



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ/ΡΙΑ: Ζευγαρά Ελευθερία

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : κ. Μπρέντα Γεωργία

ΠΑΤΡΑ, 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ.Μπρέντα Γεωργία, που με την εργασία αυτή μου έδωσε την ευκαιρία να εμβαθύνω σε ένα θέμα που απασχολεί την κοινωνία και τα τελευταία χρόνια είναι έντονο και στη χώρα μας. Αποτελεί ένα επίκαιροαντικείμενο έρευνας και μελέτης από τους επιστήμονες ανά τον κόσμο και μου έδωσε τη δυνατότητα να μελετήσω νέες έρευνες και απόψεις πάνω στο θέμα αυτό.

Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην οικογένεια μουγια την υποστήριξη, υλική και ψυχική, σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Με εκτίμηση

Ζευγαρά Ελευθερία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έννοια του εμβολιασμού μπήκε στη ζωή των ανθρώπων και τους απάλλαξε από θανατηφόρες ασθένειες και λοιμώξεις που οδηγούσαν μεγάλο μέρος του πληθυσμού στο θάνατο. Με την ανακάλυψη των εμβολίων ο πληθυσμός προστατεύεται από τις ασθένειες αυτές ενώ πολλές από τις ασθένειες αυτές δεν έχουν δώσει κρούσματα εδώ και χρόνια.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναλυθεί το κίνημα του αντιεμβολιασμού, που έχει εμφανιστεί τα τελευταία χρόνια στην κοινωνία μας, να παρουσιαστούν τα επιχειρήματα των ανθρώπων που το υποστηρίζουν και να παρουσιαστούν οι λόγοι για τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας, και συγκεκριμένα οι νοσηλευτές, θα πρέπει να παροτρύνουν τους γονείς να εμβολιάζουν τα παιδιά τους.

Η **μεθοδολογία** περιελάμβανε συλλογή πληροφοριών σχετικά με το θέμα από άρθρα και βιβλία της τελευταίας δεκαετίας. Αναζητήθηκαν ιστοσελίδες σχετικά με το θέμα και αναγνώστηκαν εργασίες που έχουν συνταχθεί για το θέμα αυτό.

Τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής μελέτης δείχνουν ότι το κίνημα του αντιεμβολιασμού έχει σαν συνέπεια την επανεμφάνιση ασθενειών που για πολλά χρόνια είχαν εκλείψει, και πολλούς ασθενείς, και ειδικότερα ανεμβολίαστα παιδιά, που φέρουν τις νόσους και τις επιδημίες αυτές και τις μεταδίδουν και στον υπόλοιπο πληθυσμό.

Λέξεις κλειδιά: Εμβολιασμός, Αντιεμβολιαστικό κίνημα, Νοσηλευτής, Επιδημία

SUMMARY

The concept of vaccination came into people's lives and relieved them of fatal diseases and infections that led a large part of the population to death. With the discovery of the vaccines, the population is protected from these diseases, and many of these diseases have not appeared for many years.

The purpose of this paper is to analyze the anti-vaccination movement that has appeared in recent years in our society, to present the arguments of people who support it and to present the reasons why health professionals, namely nurses, should urge parents to vaccinate their children.

Methodology: The methodology included collecting information about the subject from articles and books of the last decade. Websites were searched and papers prepared on this issue were read.

The results of the bibliographic study show that the anti-vaccination movement has resulted in the reappearance of long-term illnesses, and many patients, especially those who have been vaccinated, bearing these diseases and epidemics and transmitting them to the rest of the population.

Key words: Vaccination, Anti-vaccination, Nurse, Epidemic Disease

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
SUMMARY.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ	9
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	9
1.2 Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ.....	18
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ.....	18
2.2 ΕΙΔΗ ΕΜΒΟΛΙΩΝ	19
2.3 ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ.....	21
2.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΜΒΟΛΙΩΝ	22
2.5 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΜΒΟΛΙΩΝ	24
2.6 ΒΑΣΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ.....	25
2.7 ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ.....	29
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	29
3.2. ΜΕΛΕΤΕΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ	30
3.3. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ.....	31
3.3.1 Ιλαρά.....	31
3.3.2 Διφθερίτιδα	32
3.3.3 Πολιομυελίτιδα.....	32
3.3.4 Κοκκύτης	33
3.4 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΤΩΝ.....	33
3.5. ΑΝΤΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ.....	34
3.5.1. Για τον αυτισμό	34
3.5.2. Για τη θειομερσάλη και το αλουμίνιο.....	34
3.5.3. Για το μεγάλο αριθμό εμβολίων που γίνονται στα παιδιά.....	35
3.5.4. Για τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τον πόνο που μπορεί να νιώθει το παιδί.....	35

3.5.5. Για την ελλιπή έρευνα πριν την κυκλοφορία τους	35
3.6. Οι απόψεις για τον αντιεμβολιασμό ανά τον κόσμο.....	36
3.6.1. ΕΛΛΑΔΑ	36
3.6.2. ΕΥΡΩΠΗ	38
3.7 Οι συνέπειες του αντιεμβολιασμού.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	42
4.1 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΑΡΝΟΥΝΤΑΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΟΥΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΤΟΥΣ	42
4.2. ΤΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΕΡΑΣΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	44
4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	45
Στην Κοινότητα.....	46
Στο σχολείο.....	46
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	48
5.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1	48
Αξιολόγηση ασθενούς-Νοσηλευτική Διάγνωση.....	48
Αντικειμενικός Σκοπός.....	48
Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	49
Ενέργειες Νοσηλευτή	49
Εκτίμηση Αποτελέσματος	49
5.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2	50
Αξιολόγηση ασθενούς-Νοσηλευτική Διάγνωση.....	50
Αντικειμενικός Σκοπός.....	50
Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	50
Ενέργειες Νοσηλευτή	50
Εκτίμηση Αποτελέσματος	51
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	52
Βιβλιογραφία.....	55

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι τα εμβόλια αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης. Με τη χρήση τους έχουν μειωθεί σημαντικά οι επιπτώσεις των σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων (όπως η ιλαρά, η παρωτίτιδα και η ηπατίτιδα Β). Από το 1980 έχει εξαλειφθεί η ευλογιά σε παγκόσμιο επίπεδο και από το 2002 έχει εξαλειφθεί η πολυομυελίτιδα από την Ευρώπη. Φυσικά η έρευνα για την ανάπτυξη εμβολίων για τις ασθένειες που ακόμη απασχολούν την ανθρωπότητα δεν έχει σταματήσει αλλά συνεχίζεται με πυρετώδεις ρυθμούς(Allen A., 2013).

Τα εμβόλια έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά και ασφαλή, με αποτέλεσμα οι περισσότερες χώρες του αναπτυγμένου κόσμου να έχουν υιοθετήσει Εθνικά Προγράμματα Εμβολιασμού του πληθυσμού τους. Στην Ελλάδα έχει θεσμοθετηθεί το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ), το οποίο προτείνεται από την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών και εγκρίνεται ή τροποποιείται από το Υπουργείο Υγείας. Ανά τακτά χρονικά διαστήματα το Πρόγραμμα αυτό αλλάζει και προσαρμόζεται στις εξελίξεις και στις επιδημιολογικές συνθήκες. Η τελευταία τροποποίηση στη χώρα μας έγινε στις 23/05/2017 και αφορούσε το μηνιγγιτιδόκοκκο Β' (Infovac, 2019).

Παρόλο που η εφαρμογή του μαζικού εμβολιασμού γίνεται με επιτυχή αποτελέσματα εδώ και πολλές δεκαετίες όλο και περισσότεροι άνθρωποι εναντιώνονται σε αυτή τη διαδικασία και συνειδητά επιλέγουν να μην εμβολιάσουν τα παιδιά τους. Συνέπεια του γεγονότος αυτού είναι η επανεμφάνιση λοιμωδών νόσων που προσβάλλουν τον πληθυσμό και έχουν ακόμη και θανατηφόρες συνέπειες. Σημειώνουμε ότι τον Οκτώβριο του 2016 στην Αθήνα ένα βρέφος 50 ημερών πέθανε από κοκκύτη, ενώ στην αρχή του 2017 εμφανίστηκε επιδημία ιλαράς στην Ευρώπη(Anon., 2019).

Η εμφάνιση του αντιεμβολιαστικού κινήματος και η συνεχώς αυξανόμενη αποδοχή του έχει δυσάρεστες και επικίνδυνες συνέπειες για την ανθρωπότητα, λόγω του κινδύνου διασποράς μεταδοτικών ασθενειών και της εξάπλωσης επιδημιών. Είναι επομένως πολύ σημαντικό να υπάρχει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στο θέμα του αντιεμβολιασμού, καθώς κρίνεται η ζωή και η υγεία όχι μόνο των παιδιών αλλά και των ανθρώπων όλων των ηλικιών.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εστιάσει στο κίνημα του αντιεμβολιασμού και στις επιπτώσεις που αυτό έχει στην κοινωνία και μέσα από αυτό να μελετηθεί ο ρόλος του νοσηλευτή και η στάση που θα πρέπει να υιοθετεί απέναντι στο συγκεκριμένο φαινόμενο.

Στο **Κεφάλαιο 1** παρουσιάζεται μια μικρή ιστορική αναδρομή σχετικά με τον εμβολιασμό, πως ξεκίνησε και πως εξελίχθηκε μέσα στο χρόνο αλλά και στη Ελλάδα.

Στο **Κεφάλαιο 2** δίνεται ο ορισμός του εμβολιασμού και τα είδη του. Παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματά του αλλά και κάποιες παρενέργειες που ενδεχομένως να παρουσιαστούν. Επίσης δίνονται οι κανόνες του εμβολιασμού και αναλύεται η ανάγκη για εμβολιαστική κάλυψη.

Στο **Κεφάλαιο 3** δίνεται ο ορισμός του αντιεμβολιασμού. Παρουσιάζονται ορισμένα παραδείγματα και δίνονται τα επιχειρήματα αλλά και τα αντεπιχειρήματα σε ότι αφορά το αντιεμβολιαστικό κίνημα. Επίσης παρουσιάζονται οι απόψεις ανά τον κόσμο σχετικά με τον αντιεμβολιασμό.

Στο **Κεφάλαιο 4** αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτή, ο τρόπος που θα πρέπει να χειριστεί τους γονείς που είναι επηρεασμένοι από το αντιεμβολιαστικό κίνημα, τα μηνύματα που πρέπει να τους περάσει αλλά και η κοινοτική νοσηλευτική που θα πρέπει να ασκήσει.

Στο **Κεφάλαιο 5** παρουσιάζονται δύο περιστατικά νοσηλευτικής διεργασίας που αφορούν ασθενείς που υπέφεραν εξαιτίας της παράληψης των απαραίτητων εμβολίων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η μελέτη της ιστορίας από την αρχαιότητα ως σήμερα έχει δείξει ότι η ανθρωπότητα έχει πληγεί πάρα πολλές φορές από φονικές επιδημίες, που προκάλεσαν πανικό και τρόμο. Στις αρχές της Κλασικής Εποχής (499 π.Χ. – 323 π.Χ.) το επίπεδο υγείας των κατοίκων των περιοχών του Αιγαίου ήταν πολύ ικανοποιητική. Τον 5ο π.Χ. αιώνα, όμως, παρατηρήθηκε μια σταδιακή επιδείνωση, την οποία δεν μπόρεσαν να αναστρέψουν τα επιτεύγματα της ιπποκράτειας ιατρικής (Τούντας, 2002). Οι αρχαίοι Έλληνες ιστορικοί, όπως ο Θουκυδίδης, έκαναν πολλές αναφορές στο έργο τους στις διάφορες νόσους, αλλά σημαντικότερη προσφορά στην περιγραφή και αντιμετώπισή τους έχουν οι αρχαίοι Έλληνες ιατροί, δηλαδή ο Ιπποκράτης, ο Αρεταίος, ο Γαληνός (Περσιάνης, 2011). Εκτός από τους αρχαίους Έλληνες ιστορικούς και ιατρούς, οι Πέρσες φιλόσοφοι και ιατροί Rhazes (Al – Razi) και Avicenna (AbuAliSina) περιέγραψαν λεπτομερώς πολλές ασθένειες την περίοδο 9ο – 11ο μ.Χ. αιώνες (Περσιάνης, 2011).

Κατά τους πρώτους μεσαιωνικούς αιώνες ο πληθυσμός της Ευρώπης μειώθηκε σημαντικά μετά από επιδημίες ανεμοβλογιάς, σκορβούτου και εργοτισμού (νόσος που προέρχεται από τη σίκαλη). Επίσης, μετά από την εμφάνιση επιδημιών, όπως της πανώλης, παρατηρήθηκε το φαινόμενο της εμφάνισης «επιδημιών» ψυχικών διαταραχών και μαζικών εκδηλώσεων υστερίας (Τούντας, 2002). Στην Ευρώπη κάθε αιώνας από τον Μεσαίωνα μέχρι τον 19ο έχει χαρακτηριστεί από ένα λοιμώδες νόσημα που το καθένα έχει αφήσει πίσω του χιλιάδες θύματα. Για παράδειγμα, η λέπρα τον 14ο αιώνα, η πανώλη τον 15ο, τον 16ο αιώνα η σύφιλη, η ιλαρά του 17ο και 18ο και τέλος τον 19ο αιώνα η φυματίωση και η οστρακιά (Τούντας, 2002).

Οι ιστορικοί, αλλά και οι απλοί αναγνώστες της ιστορίας, έχουν κατανοήσει την σημασία που έπαιξαν οι επιδημίες στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της ανθρωπότητας ανά τους αιώνες. Το τέλος του «Χρυσού Αιώνα», για παράδειγμα, σηματοδοτήθηκε από το λοιμό των Αθηνών και τον συνεπακόλουθο θάνατο του Περικλή από τυφοειδή πυρετό. Επιπλέον, η επιδημία πανώλης στην Ευρώπη βοήθησε στην κατάργηση του φεουδαρχισμού και στην έναρξη της γεωργικής επανάστασης (Περσιάνης, 2011). Η ανθρώπινη ιστορία έχει χαρακτηριστεί από

πολλές πολεμικές συρράξεις με πάρα πολλά θύματα η κάθε μία. Κανένας πόλεμος όμως δεν έχει αφήσει τόσους νεκρούς όσους ο πόλεμος των ανθρώπων με τις επιδημίες. Παραδείγματος χάριν, ο Α΄ και ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος σκότωσαν 120.000.000 ανθρώπους, στον ίδιο αιώνα η ευλογία, που βασανίζει την ανθρωπότητα για πάνω από 3000 χρόνια, σκότωσε περισσότερους από τους διπλάσιους.

Αρχικά, οι μελέτες του Άγγλου γιατρού John Snow (1813 – 1858), που θεωρείται ο πατέρας της σύγχρονης επιδημιολογίας (Wikipedia, 2018), στον εντοπισμό της πηγής της επιδημίας χολέρας στο Λονδίνο το 1854, βοήθησαν στην μείωση των λοιμωδών νοσημάτων που μεταδίδονται με το νερό. Μετά το 1900 παρατηρείται μείωση των νοσημάτων που μεταδίδονται με τον αέρα, όπως η βρογχίτιδα, η πνευμονία και η γρίπη. Η φυματίωση, που ανήκει στα νοσήματα που μεταδίδονται μέσω του αέρα, παρουσίασε σταθερή μείωση από το 1850 ως το 1971, συμβάλλοντας έτσι στη μείωση της συνολικής θνησιμότητας κατά 17,5% (Τούντας, 2002).

Σημαντικό γεγονός που επηρέασε την μείωση εμφάνισης επιδημιών, αλλά και εξαφάνισης πολλών λοιμωδών νοσημάτων, είναι η ανακάλυψη και η δημιουργία των εμβολίων. Η έρευνα και η επιμονή του Άγγλου ιατρού Edward Jenner (1749 – 1823), επινοητή του εμβολιασμού και θεωρούμενου «πατέρα της ανοσολογίας», θεωρείται ότι έχει σώσει περισσότερες ζωές σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη ανακάλυψη (Wikipedia, 2018). Ο Jenner σπούδασε ιατρική, μαθήτευσε δίπλα στον διάσημο χειρουργό John Hunter και με το πέρας των σπουδών του επέστρεψε στη γενέτειρά του για να ασκήσει το επάγγελμά του. Το 1788 στην αγροτική περιοχή που ζούσε ξέσπασε επιδημία ευλογιάς. Η μέχρι τότε προσπάθεια θεραπείας της ήταν μια μέθοδος του Ολλανδού φυσιολόγου Jan Ingenhous, που την έφερε στην Αγγλία το 1721 από την Τουρκία η Lady Mary Wortley Montague. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο υγιή άτομα εμβολιάζονταν με ουσίες από τις φλύκταινες ασθενών με ήπια ευλογία, αλλά αυτό είχε συχνά θανατηφόρα αποτελέσματα (Wikipedia, 2018). Ο Jenner, όμως, παρατήρησε ότι οι γυναίκες που αρμέγουν τις αγελάδες δεν κολλούν σχεδόν ποτέ ευλογία. Έχοντας κάνει αυτή την παρατήρηση διατυπώνει την θεωρία ότι οι γυναίκες αυτές προστατεύονται από την ευλογία επειδή στο παρελθόν έχουν εκτεθεί σε μια πιο ελαφριά αλλά παρόμοια ασθένεια τη δαμαλίτιδα. Το επόμενο βήμα για να εξετάσει τη θεωρία του είναι να εκτελέσει κάποιο πείραμα και η ευκαιρία του δίνεται όταν την άνοιξη του 1796 τον επισκέπτεται στο ιατρείο του μια κοπέλα που έχει κολλήσει δαμαλίτιδα από μια αγελάδα. Ο Jenner εκμεταλλεύεται αυτή την ευκαιρία και παίρνει πύον από ένα εξάνθημα της κοπέλας και μολύνει με αυτό τον 8χρονο James Phipps, γιο του

κηπουρού του. Ο μικρός ανεβάζει λίγο πυρετό, στη συνέχεια ο Jenner με σκοπό να διαπιστώσει ότι το πείραμα πέτυχε κάνει μια ίσως παράτολμη κίνηση και μολύνει τον James με ευλογιά. Ο James Phipps δεν κολλάει ποτέ ευλογιά και μετά από 6 μήνες συνέρχεται πλήρως και από τη δαμαλίτιδα. Το πείραμα του Jenner πέτυχε και είναι το πρώτο επιστημονικά αποδεδειγμένο επιτυχημένο εμβόλιο. Ο Jenner προσπαθεί να δημοσιεύσει τα αποτελέσματα των ερευνών του στην Ακαδημία Επιστημών, αλλά αυτά απορρίπτονται. Έτσι, καταλαβαίνει ότι πρέπει να κάνει τον κόσμο να εμπιστευτεί τη μέθοδό του. Τα επόμενα χρόνια με δικά του έξοδα χτίζει ένα μικρό νοσοκομείο δίπλα στο ιατρείο του και εμβολιάζει εθελοντές δωρεάν. Τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά, μέχρι το 1807 300 άτομα την μέρα επισκέπτονται τον Jenner και εμβολιάζονται. Ενάμισι χρόνο αργότερα τα κρούσματα ευλογιάς στην Αγγλία έχουν μειωθεί κατά 75%. Θα περάσουν πάρα πολλά χρόνια, αλλά το 1840 η Βρετανική κυβέρνηση με νόμο απαγορεύει μεθόδους επιτηδευμένης μόλυνσης και της αντικαθιστά με τον εθελοντικό εμβολιασμό με το εμβόλιο του Jenner. Το 1873 με νόμο τα εμβόλια γίνονται υποχρεωτικό κομμάτι της δημόσιας υγείας. Το 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακοίνωσε ότι η ευλογιά έχει εξαιρεθεί. Σήμερα διατηρούνται ιοί ευλογιάς μόνο σε δύο εργαστήρια στον κόσμο, στο CDC στην Ατλάντα των ΗΠΑ και στο Research Institute for Viral Preparations στο Νοβοσιμπίρσκ της Ρωσίας (Περσιάνης, 2011).

Ο Luis Pasteur τη δεκαετία του 1880 εισήγαγε τη «δεύτερη γενιά» εμβολίων ενάντια στη λύσσα, τη χολέρα, τον άνθρακα και τον τυφοειδή πυρετό. Είναι άξιο αναφοράς ότι ο Pasteur είναι ο πρώτος που χρησιμοποίησε τη λέξη vaccine για όλα τα εμβόλια, μια και η λέξη προέρχεται από τη λατινική λέξη vacca, δηλαδή αγελάδα (Περσιάνης, 2011).

Η εφαρμογή, η ανάπτυξη των εμβολιασμών και η χρήση αντιβιοτικών μείωσαν τα κρούσματα ή εξαφάνισαν πλήρως τα λοιμώδη νοσήματα. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες το γεγονός αυτό προκάλεσε αλλαγή στο νοσολογικό μοντέλο, με τη μετατόπιση από τα λοιμώδη νοσήματα προς τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα. Παρόλ' αυτά σε πολλές περιοχές του αναπτυσσόμενου κόσμου η μετάβαση δεν έχει ακόμα ξεκινήσει και στο σύνολο του κόσμου δεν θα ολοκληρωθεί πριν από το 2020 (Τούντας, 2002). Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα παρήχθησαν πολλά εμβόλια, αναπτύχθηκαν οι μέθοδοι παραγωγής τους και καθιερώθηκαν εθνικά προγράμματα εμβολιασμού με θεαματικά αποτελέσματα. Ένα από τα κορυφαία επιτεύγματα μπορούμε να πούμε ότι είναι η εξάλειψη της πολιομυελίτιδας το 2002, σώζοντας εκατομμύρια ανθρώπους από παράλυση (WHO, 2019). Τα 2/3 περίπου των αναπτυσσόμενων

χωρών έχουν εξαλείψει τον νεογνικό τέτανο, ενώ τα κρούσματα κοκκύτη μειώθηκαν από 3.000.000 σε 250.000(Καραγιαννοπούλου-Κόγιου, n.d.).

Για αρκετά χρόνια ο κόσμος εφησυχάστηκε, αλλά το 2003 η εμφάνιση της επιδημίας του AIDS προκάλεσε ανησυχία και οι εθνικές υπηρεσίες υγείας ένωσαν τις δυνάμεις τους, αν και καθυστερημένα, με σκοπό να σταματήσουν την νόσο. Από τη στιγμή αυτή η πολιτική κατά των λοιμωδών νοσημάτων άλλαξε. Η διαφοροποίηση της πολιτικής αυτής δεν είχε να κάνει μόνο με την επιδημία της νόσου του AIDS, αλλά και με την επανεμφάνιση νοσημάτων που θεωρούνταν ξεχασμένα. Οι επιδημίες χολέρας, πανώλης, διφθερίτιδας, πολιομυελίτιδας κ.α. των τελευταίων ετών που εξαπλώθηκαν ακόμα και στις υγειονομικά ανεπτυγμένες χώρες επιβεβαίωσαν την ανάγκη αύξησης της ετοιμότητας και της επαγρύπνησης. Τα ταξίδια ατόμων χωρίς τον κατάλληλο εμβολιασμό, προκάλεσε για παράδειγμα το 1996 την εμφάνιση θανατηφόρου επιδημίας κίτρινου πυρετού στις ΗΠΑ και την Ελβετία. Την ίδια χρονική περίοδο σημειώθηκαν περίπου 10.000 κρούσματα ελονοσίας σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με το ¼ αυτών να έχει καταγραφεί στη Μεγάλη Βρετανία. Άλλο ένα παράδειγμα επανεμφάνισης μιας «ξεχασμένης» νόσου είναι η εμφάνιση της χολέρας το 1991 στο Περού προκαλώντας το θάνατο 3.000 ατόμων αφού εξαπλώθηκε γρήγορα μέσω των δικτύων ύδρευσης και αποχέτευσης(Σταμάτη, 2001).



Εικ. 3: Επιδημίες που οδήγησαν στο θάνατο. (Πηγή: Η διαχρονική εξέλιξη των λοιμωδών νοσημάτων στην Ελλάδα)

Η επανεμφάνιση κάποιων από τα λοιμώδη νοσήματα που πιστεύαμε ότι έχουν εξαλειφθεί, αλλά και η εμφάνιση νέων ασθενειών που έχουν προέλθει από μετάλλαξη κάποιου στελέχους του ιού της γρίπης έχουν δημιουργήσει το φόβο πανδημίας. Ο σύγχρονος κόσμος αλλάζει με γρήγορους ρυθμούς και η κατάχρηση των αντιβιοτικών και γενικά των φαρμάκων έχει αυξήσει ανησυχητικά την ανθεκτικότητα των μικροοργανισμών. Τα αρχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αφορούν τις εστιές ασθενειών ανά τον κόσμο δείχνουν ότι δεν υπάρχει μέρα που να μην πλήττεται μια χώρα, κυρίως στην Αφρική, την Ασία και την Λατινική Αμερική από ασθένειες, που κάποιες έρχονται από το παρελθόν. Κάποιες από τις ξεχασμένες νόσους που ανά πάσα στιγμή μπορούμε να βρεθούμε αντιμέτωποι είναι η φυματίωση, η ελονοσία, η αφρικανική τρυπανοσωμίαση, η λεισημανίαση και η νόσος Τσάγκας(Σταμάτη, 2001).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι είναι λανθασμένη η αντίληψη πως οι ασθένειες αυτές σταμάτησαν να αποτελούν πρόβλημα δημόσιας υγείας για τις χώρες του αναπτυγμένου κόσμου. Τα λοιμώδη νοσήματα επανέρχονται δριμύτερα απειλώντας ξανά τον δυτικό κόσμο. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η γρίπη, που οφείλεται σε ιό, είναι μεταδοτική νόσος και προσβάλλει το αναπνευστικό σύστημα. Στις ομάδες κινδύνου για γρίπη ανήκουν τα βρέφη, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με χρόνια νοσήματα, ενώ θεωρείται το ευκολότερα μεταδιδόμενο λοιμώδες νόσημα(Μπαβέας, 2012).

Στο σύγχρονο, παγκοσμιοποιημένο κόσμο τα σενάρια για εκρήξεις επιδημιών είναι τρομακτικά, όχι μόνο γιατί τα σύνορα είναι ανοιχτά, τα ταξίδια πιο εύκολα κι έτσι οι ιοί ταξιδεύουν γρηγορότερα ανά την υφήλιο, αλλά γιατί σε έναν παγκόσμιο πληθυσμό δισεκατομμυρίων ακόμα και η πιο ελαφριά επιδημία μπορεί να προκαλέσει εκατομμύρια θανάτους, δημιουργώντας ανθρωπιστική και οικονομική κρίση. Οι μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δείχνουν ότι βρισκόμαστε πολύ κοντά σε μια πανδημία γρίπης, εφόσον ο ιός μεταλλαχθεί σε μορφή που μπορεί να προσβάλει τον άνθρωπο. Το σενάριο του Οργανισμού σε περίπτωση μη έγκαιρης προετοιμασίας προβάλλει το εφιαλτικό των 150.000.000 θανάτων(Τσώλη, 2008).

Μέχρι πριν λίγα χρόνια οι βασικές αρχές ανάπτυξης των συμβατικών εμβολίων βασιζόνταν στις αρχές του Pasteur, δηλαδή «απομόνωση – αδρανοποίηση – ένεση». Αρχικά, ο παθογόνος μικροοργανισμός καλλιεργούνταν στο εργαστήριο, έπειτα απομονώνονταν μεμονωμένα συστατικά με βιοχημικές, μικροβιολογικές και ορολογικές μεθόδους. Στη συνέχεια, παράγονταν αντιγόνα σε κεκαθαρμένη μορφή, είτε απευθείας από το βακτήριο είτε ως

ανασυνδυασμένο υλικό (τεχνολογία ανασυνδυασμένου DNA). Τέλος, ελέγχονταν η ικανότητά τους να επάγουν ανοσολογική απόκριση. Ωστόσο, η τεχνολογία αυτή είχε ορισμένους περιορισμούς και προβλήματα, όπως ότι δεν ήταν δυνατή η εφαρμογή της σε μη καλλιεργήσιμους παθογόνους μικροοργανισμούς. Αντιγόνα που εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια λοίμωξης δεν μπορούν να παραχθούν πάντα στο εργαστήριο, ενώ οι πρωτεΐνες που υπάρχουν σε αφθονία και παράγονται με ευκολία σε κεκαθαρμένη μορφή δεν παράγουν απαραίτητα προστατευτικά αντισώματα. Επιπλέον, οι παραπάνω μέθοδοι είναι διαδικασίες ακριβές και χρονοβόρες γιατί μόνο ένας μικρός αριθμός αντιγόνων μπορεί να απομονωθεί και να ελεγχθεί ταυτόχρονα (Φαρμάκη & Ταπάρκου, 2017). Από το 2005 ως σήμερα έχουν αναπτυχθεί καινοτόμες μέθοδοι, όπως η Αντίστροφη Μηχανική Ανάπτυξης εμβολίων (Reverse Vaccinology) και η Δομική Εμβολιολογία (Structural Vaccinology), οι οποίες βοήθησαν στην ανάπτυξη νέων εμβολίων, βελτίωσαν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των σκευασμάτων. Η έλευση της «γονιδιωματικής εποχής» άλλαξε σημαντικά την προσέγγιση στην παραγωγή των εμβολίων, τώρα πια αφετηρία είναι το γονιδίωμα και όχι το κύτταρο, αποκαλύπτοντας έτσι όλο το «οπλοστάσιο» του παθογόνου και όχι μόνο αυτό που εκδηλώνεται μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Αναλύοντας ένα – ένα τα γονίδια, επιλέγονται αυτά που κωδικοποιούν πρωτεΐνες, οι οποίες είναι κατάλληλες να χρησιμοποιηθούν ως αντιγόνα σε κάποιο εμβόλιο. Η παρασκευή εμβολίου ενάντια στο μηνιγγιτιδόκοκκο τύπου B, που για χρόνια αποτελούσε πρόκληση για τους επιστήμονες, επετεύχθη με τη μέθοδο της Αντίστροφης Μηχανικής Ανάπτυξης εμβολίων και αποτελεί σταθμό στην ιστορία της (Serruto, et al., 2012).

Σήμερα, σχεδόν 2,5 αιώνες μετά το πρώτο εμβόλιο του Jenner κατά της ευλογιάς, διαθέτουμε 26 εγκεκριμένα εμβόλια τα οποία βοήθησαν στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της ανθρωπότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, περιορίζοντας σε σημαντικό ποσοστό τις επιδημίες των λοιμωδών νοσημάτων και των επιπλοκών τους, μειώνοντας την ανάγκη για νοσηλεία και θεραπεία, τις αναπηρίες και τους θανάτους (WHO, 2017). Η έρευνα, όμως, για τα εμβόλια δεν σταματά και πολλά βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, υπόσχοντας ένα μέλλον αισιόδοξο για τους τομείς της δημόσιας υγείας και της πρόληψης (Φαρμάκη & Ταπάρκου, 2017).

1.2 Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Παρ' όλο που είναι ιστορικά και επιστημονικά αποδεκτό ότι ο Edward Jenner είναι ο πρώτος που εφάρμοσε συστηματικά τον εμβολιασμό κατά της ευλογιάς, καινοτόμοι πάνω σε αυτόν τον τομέα είναι και οι Έλληνες ιατροί Εμμανουήλ Τιμόνης (1669-1720) από τη Χίο και Ιάκωβος Πυλαρινός (1659-1718) από την Κεφαλονιά. Δημοσίευσαν και οι δύο το 1714 στο αγγλικό περιοδικό *Philosophical Transactions* vol. 29, 1714-1716, pg. 72-82, την πρώτη επιστημονική κλινική εφαρμογή του εμβολιασμού, την αποκληθείσα «ευλογιασμός». Ο Τιμόνης με τον τίτλο «An account or history of the procuring the small-pox by incision or inoculation as it has for some time been practiced at Constantinople», ο Πυλαρινός με τίτλο «A new and safe method of procuring the small pox by transplantation» (Περσιάνης, 2011).

Το 1715 ο Πυλαρινός δημοσίευσε στη λατινική γλώσσα και μετά από έγκριση της Ιεράς Εξέτασης μια μελέτη με τίτλο «Νέα και ασφαλής μέθοδος του ερεθίζειν την ευλογιάν δια μεταμφυτεύσεως, νεωστί εφευρεθείσα και εις χρήσιν αχθείσα ήτις ορθώς του λοιπού τα σώματα φυλάσσει απρόσβλητα από τοιαύτης μολύνσεως». Κατά τη μέθοδο αυτή λαμβάνονταν υγρό από τις φλύκταινες ευλογιάς και στη συνέχεια γινόταν εκκεντρισμός ή η εμφύτευση μετά από σκαριφισμούς στο δέρμα υγιών παιδιών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η νόσος να εμφανίζεται ελαφρύτερα, τα παιδιά να καθίστανται άνοσα και να μην προσβάλλονταν πλέον από την ασθένεια (Περσιάνης, 2011). Η εργασία αυτή του Πυλαρινού δημοσιεύθηκε με αντίστοιχη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα το 1952 στα Πρακτικά της Ακαδημίας Αθηνών από τους Κ. Ν. Αλιβιζάτο και Γ. Κ. Πουρναρόπουλο (Αλιβιζάτος & Πουρναρόπουλος, 1952). Η εργασία αυτή επανεκδόθηκε στη Νυρεμβέργη το 1718 και το 1721 στην Ολλανδία (Μπαρτζόκας & Μαρκέτος, 1997).

Ο Πυλαρινός στη μελέτη του δηλώνει ότι αρχικά είχε αμφιβολίες για την ορθότητα της μεθόδου του εμβολιασμού γιατί παρόμοιες πρακτικές εφαρμόζονταν από τις γυναίκες της λαϊκής ιατρικής. Στο τέλος, όμως, κέρδισε η λογική και τα αποτελέσματα έφεραν το θαυμασμό (Καραμπερόπουλος, 2006). Ο Πυλαρινός στη δημοσίευσή του αναφέρει ότι το 1701 του ζητήθηκε από μια οικογένεια ευγενών η συγκατάθεση να εφαρμόσει τη μέθοδο του εμβολιασμού στα 4 παιδιά της. Ο Πυλαρινός ζήτησε να μάθει για τη μέθοδο από μια Ελληνίδα, η οποία είχε εφαρμόσει την πρακτική της επιτηδευμένης μόλυνσης πολλές φορές, και στη συνέχεια συγκέντρωσε τα περιστατικά των παιδιών που τους εφαρμόστηκε η μέθοδος και δεν

είχαν νοσήσει. Τα νούμερα ικανοποίησαν τον Πυλαρινό και έδωσε τη συγκατάθεσή του στην οικογένεια να εμβολιάσει τα παιδιά της (Καραμπερόπουλος, 2006).

Στην Ιστορία της Ιατρικής του 1782 του Άγγλου William Black, την οποία μετέφρασε στη γαλλική γλώσσα ο Αδαμάντιος Κοραΐς το 1798, γίνεται αναφορά στους εισηγητές του εμβολιασμού Τιμόνη και Πυλαρινό. Επίσης, αναφορές γίνονται και στις αντιδράσεις που προκλήθηκαν εναντίον της εφαρμογής του εμβολιασμού από ιατρούς και θεολόγους (Καραμπερόπουλος, 2006).

Η μέθοδος του εμβολιασμού του Jenner άρχισε να εφαρμόζεται στην Ελλάδα περίπου το 1800. Η πρώτη αναφορά της γίνεται το 1802 στα Ιόνια νησιά στον «Κανονισμό του Ιονίου Ιατρικού Κολλεγίου», του πρώτου ιατρικού συλλόγου στην Ελλάδα, όπου στο άρθρο 22 αναφέρεται ο δαμαλισμός σαν ένας από τους τρόπους αντιμετώπισης της ευλογιάς (Περσιάνης, 2011). Σε αυτό που διαφέρει η μέθοδος των Τιμόνη – Πυλαρινού από του Jenner είναι ότι οι πρώτοι χρησιμοποιούσαν υγρό από τις φλύκταινες ευλογιάς (ευλογιασμός), ενώ ο δεύτερος υγρό από τις φλύκταινες αγελάδων (δαμαλισμός).

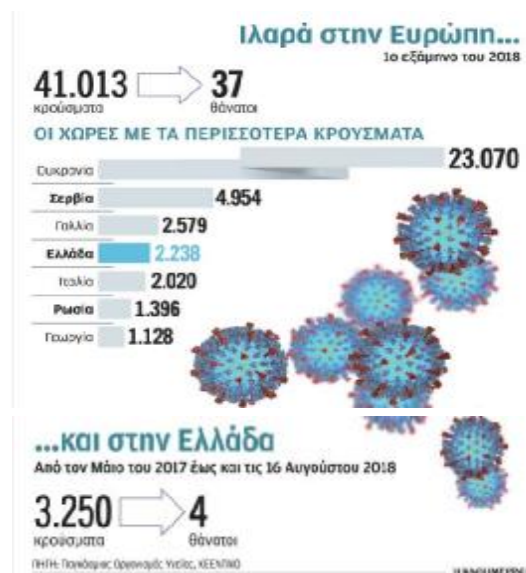
Ο εμβολιασμός στην Ελλάδα, όπως συνέβη και σε όλο τον κόσμο, έγινε υποχρεωτικό κομμάτι της δημόσιας υγείας. Το 1951 έγινε υποχρεωτικός ο εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας. Το 1926 ανακαλύφθηκε το αντικοκκυτικό εμβόλιο με νεκρούς αιμόφιλους του κοκκύτη. Το 1994 παρασκευάστηκε το ακυτταρικό εμβόλιο κατά του κοκκύτη, το οποίο έχει λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με το προηγούμενο. Στην Ελλάδα το αντικοκκυτικό εμβόλιο εφαρμόζεται σαν τμήμα του τριπλού εμβολίου μαζί με της διφθερίτιδας και του τετάνου. Ο αντιτετανικός εμβολιασμός παιδιών και ενηλίκων θεσπίστηκε ως υποχρεωτικός με Υπουργική Απόφαση το 1973. Από τα 170 κρούσματα κατά μέσο όρο ανά έτος της δεκαετίας 1950-1960 καταλήξαμε στα 7 στα μέσα της δεκαετίας του 1990, με καταπολέμηση του νεογνικού τετάνου (Μπαρτζόκας & Μαρκέτος, 1997).

Τους ομαδικούς εμβολιασμούς από το 1951, επιλήφθηκε το Ελληνικό Κράτος, με δικές του κινητές και μόνιμες μονάδες. Προπολεμικά η θνησιμότητα από τη φυματίωση ήταν 138,3/100.000 κατοίκους και περιορίστηκε στο 19,8/100.000 κατοίκους στην 5ετία 1955-59. Χωρίς αμφιβολία σημαντικό ρόλο έπαιξαν και άλλοι παράγοντες, όπως η καλύτερευση του βιοτικού επιπέδου και το ξεκίνημα εφαρμογής αντιφυματικής αγωγής. Περιορίστηκαν επίσης οι οξείες μορφές της βρεφικής και παιδικής ηλικίας καθώς και τα περιστατικά κεχροειδούς και μηνιγγικής φυματίωσης. Η Ελλάδα συντασσόμενη με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού

Υγείας, ετοίμασε και εφάρμοσε Εθνικές Ημέρες Εμβολιασμού που είχαν ως κύριο σκοπό τους μετακινούμενους πληθυσμούς και όσους έχουν αμελήσει τις αναμνηστικές δόσεις των εμβολίων. Να επισημανθεί, ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει βάλει ως σκοπό την καταπολέμηση της νόσου και του ιού της πολιομυελίτιδας από την Ευρώπη μέχρι το 2000, κατά το πρότυπο της Βόρειας και Νοτιάς Αμερικής (Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών).

Το 1989 έγινε υποχρεωτικό για τον ελληνικό παιδικό πληθυσμό το τριπλό εμβόλιο MMR, κατά της ιλαράς, της ερυθράς και της παρωτίτιδας με εγκύκλιο της ελληνικής κυβέρνησης. Στην Ελλάδα εφαρμόστηκε ο εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Β στις ομάδες υψηλού κινδύνου (με Υπουργική Απόφαση το 1991). Από το 1997 οι εμβολιασμοί για την Ηπατίτιδα Β εισήχθησαν στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών για την ανοσοποίηση του γενικού πληθυσμού στην παιδική ηλικία.

Η Ελλάδα, όπως και όλες οι χώρες, εφησυχάστηκε με τα αποτελέσματα που έφεραν οι υποχρεωτικοί εμβολιασμοί στη δημόσια υγεία. Έτσι, βρέθηκε ανέτοιμη όταν πριν από λίγα χρόνια εμφανίστηκε επιδημία ιλαράς με 3.250 κρούσματα ως σήμερα και 4 θανάτους, σύμφωνα με στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ. Ο λόγος αυτής της δραματικής εξέλιξης είναι η άρνηση πολλών γονιών να εμβολιάσουν τα παιδιά τους με αποτέλεσμα τα τελευταία να είναι ευάλωτα και να κινδυνεύουν όχι μόνο τα ίδια αλλά και ο περίγυρός τους.



Εικ. 5: Στατιστικά στοιχεία για την πρόσφατη επιδημία ιλαράς. (Πηγή: (Kathimerini, 2018))

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ

Ανοσοποίηση ονομάζεται η διαδικασία κατά την οποία ο οργανισμός καθίσταται προσωρινά ή μόνιμα ανθεκτικός σε μια λοιμώδη νόσο. Η ανοσοποίηση διακρίνεται στην ενεργητική, που επιτυγχάνεται με τα εμβόλια και στην παθητική, η οποία επιτυγχάνεται με τη χορήγηση έτοιμων αντισωμάτων με τη μορφή γ – σφαιρίνης ή ζωικών αντιορών ή αντιτοξινών(Κανακούδη, 2014).

Το εμβόλιο είναι ένα βιολογικό παρασκεύασμα που ως σκοπό έχει να ενεργοποιήσει τους μηχανισμούς άμυνας του οργανισμού εναντίον συγκεκριμένων παθογόνων μικροοργανισμών έτσι ώστε να αποκτήσει ανοσία. Το εμβόλιο συνήθως περιέχει έναν νεκρό ή αδρανοποιημένο νοσογόνο παράγοντα, ο οποίος είναι υπεύθυνος για κάποια ασθένεια. Ο παράγοντας αυτός διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού ώστε να το αναγνωρίσει ως ξένο, να το καταστρέψει και να αποκτήσει μνήμη για αυτόν. Έτσι, ο οργανισμός σε μεταγενέστερη επαφή με οποιοδήποτε μικροοργανισμό περιέχει τον παράγοντα αυτόν να μπορεί να τον αναγνωρίσει και να αντιδράσει γρηγορότερα.

Τα εμβόλια μπορεί να έχουν είτε προληπτικό ρόλο, με στόχο την απόκτηση ανοσίας έναντι κάποιου παθογόνου μικροοργανισμού, είτε θεραπευτικό ρόλο (Γραμματικός, June 2009). Τα εμβόλια βοηθούν στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού προσφέροντας προστασία έναντι μελλοντικών λοιμώξεων(Halloran, 2003). Πολύ σημαντικό είναι ότι με το σωστό εμβολιασμό ο άνθρωπος αποκτά προστασία κατά των λοιμώξεων χωρίς να νοσήσει.

Τρία είναι τα πιθανά ενδεχόμενα όταν ένας παθογόνος μικροοργανισμός έρθει σε επαφή με έναν ευαίσθητο ξενιστή: α) να μην νοσήσει, β) να συμβεί υποκλινική λοίμωξη με επακόλουθη εγκατάσταση φυσικής ανοσίας, γ) να νοσήσει με ή χωρίς ανάρρωση. Στην τελευταία περίπτωση πάλι θα έχουμε εγκατάσταση φυσικής ανοσίας, δηλαδή ο ξενιστής δεν θα ξανανοσήσει ή θα εμφανίσει τροποποιημένη νόσο όταν έρθει σε επαφή με τον ίδιο λοιμογόνο παράγοντα (Κανακούδη, 2014). Σκοπός της ενεργητικής ανοσοποίησης, δηλαδή του (Κανακούδη, 2014)εμβολιασμού, είναι να μιμηθούμε την εγκατάσταση φυσικής ανοσίας με την χορήγηση στον οργανισμό κατάλληλων μη τοξικών αντιγόνων.

Τα εμβόλια είναι σκευάσματα τα οποία περιέχουν:

- Το αντιγόνο, το οποίο όταν έχει την ικανότητα να προκαλέσει ισχυρή ανοσιακή απόκριση ονομάζεται ανοσογόνο.
- Ανοσοενισχυτικές ουσίες (adjavants ή έκδοχα), δηλαδή ουσίες που προστίθενται στο σκεύασμα με σκοπό την ενίσχυση της ανοσογονικότητας του εμβολίου (π.χ. άλατα αργιλίου, θειομερσάλη κ.α.).
- Πρωτεΐνες – μεταφορείς, με τις οποίες συνδέονται χημικά ορισμένα ασθενή ανοσογόνα, όπως είναι για παράδειγμα τα πολυσακχαριδικά και τα λιποπολυσακχαριδικά, ούτως ώστε να καταστούν ισχυρά ανοσογόνα.
- Σταθεροποιητικές ουσίες.
- Συντηρητικά.
- Αντιβιοτικά.
- Προσμίξεις υλικού καλλιέργειας κυττάρων, ιστών κ.α.(Κανακούδη, 2014)

Προϋπόθεση για την προληπτική δράση του εμβολίου είναι η παραγωγή και σταθερή παρουσία ικανοποιητικής στάθμης ειδικών αντισωμάτων (προστατευτικός τίτλος). Η παραγωγή προστατευτικού τίτλου αντισωμάτων είναι δυνατή με τη χορήγηση των δόσεων του βασικού σχήματος εμβολιασμού, που είναι συγκεκριμένο για κάθε τύπο εμβολίου. Μετά την πρώτη είσοδο του αντιγόνου στον οργανισμό προκαλείται πρωτοπαθής ανοσιακή απάντηση, δηλαδή μια λανθάνουσα περίοδος 1 ως 4 εβδομάδων μεσολαβεί και ακολουθείται από τη βαθμιαία παραγωγή των ειδικών αντισωμάτων που είναι αυτά που ανιχνεύονται μετά την πρώτη γνωριμία του ανοσιακού συστήματος με το αντιγόνο. Ο προστατευτικός τίτλος κορυφώνεται μετά από 4 μέρες ως 3 με 4 εβδομάδες και στη συνέχεια ελαττώνεται σταδιακά μέχρι να μην είναι ανιχνεύσιμος μετά 4 – 6 βδομάδες(Ματσανιώτης, 2010).

2.2 ΕΙΔΗ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Τα περισσότερα εμβόλια που έχουν αναπτυχθεί εφαρμόζονται εναντίον των ιών. Ανάλογα με το αντιγόνο και την επεξεργασία του υπάρχουν οι εξής τύποι εμβολίων:

1. Τα εμβόλια που περιέχουν τοξίνες. Κάποια είδη βακτηρίων διεγείρουν τη νόσο παράγοντας τοξίνες που εισβάλλουν στην κυκλοφορία του αίματος. Τα εμβόλια με τοξίνες ή

εμβόλια με ανατοξίνες χρησιμοποιούν τοξίνες βακτηρίων οι οποίες έχουν καταστεί ακίνδυνες. Τέτοια εμβόλια είναι της διφθερίτιδας και του τετάνου (KimW., 2010).

2. Τα εμβόλια που περιέχουν νεκρούς μικροοργανισμούς ή στελέχη αυτών. Τα εμβόλια αυτά περιέχουν ολόκληρο, χημικά αδρανοποιημένο τον μικροοργανισμό. Τα εμβόλια της γρίπης, της λύσσας, της πολιομυελίτιδας και της ηπατίτιδας Α είναι εμβόλια αυτής της κατηγορίας.

3. Τα εμβόλια που περιέχουν ζώντα εξασθενημένα στελέχη μικροοργανισμών. Τα εμβόλια αυτής της κατηγορίας περιέχουν μικροοργανισμούς που προκαλούν την απώλεια της λοιμογόνου ικανότητας ή της ικανότητας να προκαλέσουν νόσηση, αλλά επιτρέπουν τη διατήρηση μεγάλης διάρκειας ανοσολογικής ικανότητας. Αυτά τα εμβόλια προτιμώνται για υγιείς ενήλικες και όχι ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς ή εγκύους. Τέτοια εμβόλια είναι της ιλαράς – ερυθράς – παρωτίτιδας (MMR), της ανεμοβλογιάς και της φυματίωσης (Bhattacharya, 2006).

4. Τα εμβόλια που περιέχουν ανασυνδυσασμένα αντιγόνα – συνδεδεμένα εμβόλια. Τα εμβόλια αυτά έχουν σκοπό τη μεγαλύτερη ανοσολογική αποτελεσματικότητα σε μωρά και μικρά παιδιά. Εμβόλια σύζευξης είναι τα εμβόλια κατά της μηνιγγίτιδας, του πνευμονιόκοκκου και του αιμόφιλου της γρίπης.

5. Εμβόλια από τμήματα του μικροοργανισμού. Αντί με το εμβόλιο να εισάγεται ένας εξασθενημένος ή ανενεργός μικροοργανισμός με στόχο την πρόκληση ανοσολογικής απόκρισης, μπορεί να εισαχθεί ένα τμήμα αυτού που να διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα. Τέτοια είναι τα εμβόλια για την ηπατίτιδα Β, για τον ιό HPV (ιός σχετικός με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας) και για τον ιό της γρίπης (Υπουργείο, 2008-2012).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται συνοπτικά οι τύποι των εμβολίων για κάθε ασθένεια:

Τύπος εμβολίου	Εμβόλια
Εμβόλια με τοξίνες	Διφθερίτιδας, τετάνου.
Εμβόλια με τροποποιημένους ζωντανούς ιούς.	Ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς, ανεμεβλογιάς, κίτρινου πυρετού, πολιομυελίτιδας (OPV), έρπητα ζωστήρα, λύσσας, γρίπης (LAIV).
Εμβόλια με αδραντοποιημένους νεκρούς ιούς	Ηπατίτιδας Α, γρίπης, λύσσας (με καλλιέργεια κυττάρων), ροταϊού, πολιομυελίτιδας (IPV).
Εμβόλια με ζωντανά εξασθενημένα βακτηρίδια.	Φυματίωσης (BCG), χολέρας, τυφοειδούς πυρετού.
Εμβόλια με νεκρά βακτηρίδια.	Χολέρας, μηνιγγιδοκόκκου, πανιούλης, πνευμονιοκόκκου (πολυσακχαριδικό), τυφοειδούς πυρετού, κοκίτη.
Εμβόλια γενετικά τροποποιημένα.	Ηπατίτιδας Β, ηπατίτιδας Α, νόσος Lyme, ανθρωπίνων θηλωμάτων.
Εμβόλια συνδεδεμένα με πρωτεΐνη.	Γνευμονιοκόκκου, αιμόφιλου ινφλουέντσας, μηνιγγιδοκόκκου

Πίνακας 1: Τύποι εμβολίων\

Πηγή: (Περσιάνης, 2011)

2.3 ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ

Παγκοσμίως, η κάθε χώρα με στόχο να υπάρχει ενιαία πολιτική εμβολιασμών, ορίζει ένα χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών σύμφωνα με τις σύγχρονες επιδημιολογικές συνθήκες και τις διεθνείς οδηγίες (Κανακούδη, 2014). Το χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών ορίζεται σύμφωνα με τους ειδικούς ανά ηλικία κινδύνους προσβολής από κάποια νόσο, τους ειδικούς ανά ηλικία κινδύνους εμφάνισης επιπλοκών, την ικανότητα ανταπόκρισης ενός ατόμου σε ένα εμβόλιο και την ανοσολογική απάντηση μέσω παθητικά μεταφερθέντων μητρικών αντισωμάτων. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι συνιστώμενες ηλικίες και τα προτεινόμενα χρονικά διαστήματα μεταξύ των δόσεων αντιγόνων πολλαπλής χορήγησης, προσφέρουν την καλύτερη δυνατή προστασία ή εμφανίζουν τις καλύτερες ενδείξεις αποτελεσματικότητας (Murray T., 2012).

Εφόσον οι συνθήκες αλλάξουν, τροποποιείται η χρονολογική σειρά ή η ηλικία έναρξης ή μεταβάλλεται όλο το πρόγραμμα εμβολιασμών. Ενδεικτική ηλικία έναρξης των εμβολιασμών είναι ο 2ος μήνας έτσι ώστε να εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο ειδικών εξουδετερωτικών αντισωμάτων από την αρχή της ζωής του βρέφους. Η επιλογή αυτής της ηλικίας είναι πάρα πολύ σημαντική για την προστασία του βρέφους από βαριές συστηματικές λοιμώξεις από κυτταροπαθογόνους ιούς, που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη οργάνων άμεσα, παραδείγματος χάριν ο ιός της πολιομυελίτιδας, ή έμμεσα με αυτοανοσία ή άλλους ανοσοπαθογενετικούς μηχανισμούς, όπως οι ιοί Coxsackie (Κανακούδη, 2014).

Το πρόγραμμα εμβολιασμών της Ελλάδας προτείνεται από την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών στο Υπουργείο Υγείας και το υπουργείο το εγκρίνει ή το τροποποιεί. Το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών συνίσταται να αναθεωρείται κάθε 1 – 2 χρόνια, ώστε να προσαρμόζεται στις τρέχουσες επιδημιολογικές συνθήκες και στα νέα σκευάσματα εμβολίων που κυκλοφορούν (Κανακούδη, 2014). Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών για το 2017.

Πίνακας 1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2017*

Εμβόλιο	Ηλικία	Εξέλιξη	1 μήνες	2 μήνες	4 μήνες	6 μήνες	12 μήνες	15 μήνες	18 μήνες	19-23 μηνών	2-3 ετών	4-6 ετών	7-10 ετών	11-12 ετών	13-15 ετών	16-18 ετών
Ηπατίτιδας Β (γέννηση) (HepB) ¹			HepB													
HepB όταν γεννιέται στη γέννηση ¹				HepB	HepB											
HepB όταν γεννιέται στη γέννηση ¹							HepB 3 ή 4 δόσεις									
Διφθερίτιδας, Τετανου, ακυτοβακτ. Κοκοσίου (DTaP <7 ετών, Tdap ≥7 ετών) ²				DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP		DTaP	DTaP	DTaP	Tdap-IPV ή Tdap	Tdap-IPV ή Tdap		
Αιμόφιλου σφαιροκέντρας τύπου b (Hib) ³				Hib	Hib	Hib	Hib	Hib							Hib	
Πολιομυελίτιδας αδρανιστικού (IPV) ⁴				IPV	IPV		IPV			IPV	IPV					IPV
Πνευμονόκοκκου συζυγμένου (PCV) ⁵				PCV	PCV	PCV	PCV			PCV						PCV13
Πνευμονόκοκκου πολυσακχαριδικού (PPSV23) ⁶																PPSV23
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροσμάδας C συζυγμένου (MCC) ⁷							MCC 1 δόση									
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροσμάδων A,C,W135,Y συζυγμένου (Men ACWY) ⁷				Men ACWY	Men ACWY										MenACWY 1 δόση	MenACWY 1 δόση
Μηνιγγιτιδόκοκκου οροσμάδας B πριετίνικου (MenB-BC) ⁸																
Ιλαράς, Παρωτίτιδας, Ερυθράς (MMR) ⁹							MMR 1 ^η δόση			MMR	MMR 2 ^η				MMR	
Αιμωμυελίτιδας (VAR) ¹⁰							VAR 1 ^η δόση			VAR	VAR 2 ^η				VAR	
Ηπατίτιδας Α (HepA) ¹¹								HepA 2 δόσεις							HepA	
Ιού ανθρώπινων θηλυμάτων (HPV) ¹²															HPV 2 δόσεις	HPV 3 δόσεις
Φυματίωσης (BCG) ¹³															Manitoux ¹⁴	
Επίσης ¹⁵																Επίσης οι ομάδες αυξημένου κινδύνου
Ροσέ του (HIV) ¹⁶																IPV ή IPV2

*Τα πολυδύναμα εμβόλια πρέπει να προτιμώνται των ομοδυνάμων.
 Σημειώνεται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ενδείξει ανοσίας.
 Σημειώνεται σε άτομα που εκδηλώνουν τις εμβολιασθείς.
 Σημειώνεται σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (όλες οι ομάδες αυξημένου κινδύνου) εάν απαιτούνται.
 Δεν απαιτούνται.

Πίνακας 1: Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2017

Πηγή: Φαρμακευτικός Σύλλογος Κιλκίς

2.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Η ιστορία μας έχει δείξει την σπουδαιότητα των εμβολίων. Επειδή, όμως, είμαστε γενιές πολύ καλά ανοσοποιημένες δεν έχει χρειαστεί να έρθουμε σε επαφή με ασθένειες, όπως ευλογιά ή πολιομυελίτιδα. Το γεγονός αυτό μας έχει κάνει να μην εκτιμάμε την αναγκαιότητα των εμβολιασμών. Κάποιοι πιστεύουν η καθαριότητα και η υγιεινή είναι ικανές για την πρόληψη των ασθενειών (Sutter RW., 1999).

Πολλά λοιμώδη νοσήματα έχουν εκλείψει, αλλά οι μικροοργανισμοί που τα προκαλούν υπάρχουν ακόμη, και ανά πάσα στιγμή μπορούν να επανεμφανιστούν. Αν κάποιος δεν έχει εμβολιαστεί είναι πολύ εύκολο να μολυνθεί. Τα άτομα που ταξιδεύουν, όπως έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενο κεφάλαιο, μπορούν να μεταφέρουν εν αγνοία τους ασθένειες από τη μια χώρα στην άλλη. Μια μολυσματική νόσος μετά την εισαγωγή της μπορεί πολύ εύκολα να μεταδοθεί μεταξύ ατόμων που δεν έχουν εμβολιαστεί.

Ο μόνιμος κίνδυνος μιας νόσου ή μιας επιδημίας είναι ο βασικότερος λόγος που όλοι οι οργανισμοί δημόσιας υγείας συστήνουν τον εμβολιασμό. Σε πολλές χώρες, όπως και στη δική μας, διοργανώνονται εβδομάδες εμβολιασμού γιατί τα οφέλη των εμβολίων είναι τεράστια. Τα δεδομένα είναι ξεκάθαρα και μπορούν να πείσουν οποιονδήποτε έχει αμφιβολίες. Οι εμβολιασμοί προλαμβάνουν κάθε χρόνο 2 έως 3 εκατομμύρια θανάτους και επιπλέον αναπηρίες και ασθένειες. Η ιλαρά είναι μια από τις πρώτες αιτίες θανάτου σε βρέφη. Το εμβόλιο εναντίον της ιλαράς μείωσε κατά 84% τον αριθμό θανάτων μεταξύ των ετών 2000 – 2016 παγκοσμίως και αποφεύχθηκαν 20,4 εκατομμύρια θάνατοι(Φ.Σ.Ρεθύμνου, 2018).

Τα εμβόλια είναι ασφαλή και αποτελεσματικά. Κάθε εγκεκριμένο εμβόλιο είναι αυστηρά ελεγμένο και διαρκώς επιτηρούμενο για παρενέργειες. Δεν υπάρχει κανένα επιστημονικό δεδομένο που να συνδέει τα εμβόλια με αυτοάνοσα νοσήματα ή αυτισμό. Τα εμβόλια δεν προκαλούν καρκίνο, για παράδειγμα το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) προστατεύει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας(Φ.Σ.Ρεθύμνου, 2018).

Τα τελευταία χρόνια πολλοί αμφισβητούν την ασφάλεια των εμβολίων και πιστεύουν ότι μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές παρενέργειες ή νόσους. Πολλοί γονείς νιώθουν αγωνία και φόβο για τις «αντιδράσεις» των εμβολίων, που εμφανίζονται λίγο μετά τον εμβολιασμό των παιδιών τους. Τέτοια περιστατικά φόβου εμφανίζονται και εκφράζονται συχνότερα στο διαδίκτυο(CrowcroftNS., 2001).

Η αλήθεια όμως είναι πολύ διαφορετική γιατί τα εμβόλια πριν χρησιμοποιηθούν ελέγχονται αυστηρά ώστε να τηρούν όλες τις προϋποθέσεις που έχουν οριστεί. Για να ικανοποιούν όλες τις προϋποθέσεις μεσολαβεί μια παραγωγική διαδικασία διάρκειας ως 10 χρόνια, η οποία ακολουθείται από 3 φάσεις κλινικών πειραματισμών. Ακόμα και όταν τα εμβόλια εγκριθούν και διατεθούν στο κοινό, ελέγχονται από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων της κάθε χώρας. Οι επιστήμονες και οι γιατροί συνεχώς μελετούν, αξιολογούν και εξελίσσουν τα εμβόλια. Οι πιθανότητες να νοσήσει κάποιος από μια νόσο είναι σαφώς

μεγαλύτερες από το να νοσήσει από ένα εμβόλιο που χρησιμοποιείται για την πρόληψη μιας ασθένειας (Crowcroft NS., 2001).

2.5 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Τα εμβόλια, όπως και όλα τα φάρμακα, παρά το γεγονός ότι είναι πολύ ασφαλή ενδέχεται να παρουσιάσουν παρενέργειες. Η πλειοψηφία των παρενεργειών είναι ήπιες και μικρής χρονικής διάρκειας, για παράδειγμα τοπικό οίδημα του χεριού στο σημείο που έγινε το εμβόλιο ή ήπιος πυρετός. Σοβαρές παρενέργειες, όπως κρίση επιληψίας ή πολύ υψηλός πυρετός, συμβαίνουν σπάνια. Σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων σοβαρές παρενέργειες συμβαίνουν σε ποσοστά 1/1.000 ως 1/1.000.000 των δόσεων. Επιπλέον, ο κίνδυνος θανάτου από εμβόλιο είναι τόσο ασυνήθιστος ώστε δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί με ακρίβεια. Όταν κατά την εφαρμογή ενός εμβολίου γίνεται αναφορά για σοβαρές παρενέργειες, τότε εκτελούνται αυστηροί και προσεκτικοί έλεγχοι από τις αρμόδιες υπηρεσίες, όπως είναι το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.

Κάποια εμβόλια έχουν κατηγορηθεί ότι προκαλούν χρόνιες παθήσεις, όπως είναι ο διαβήτης και ο αυτισμός. Η άποψη πως τα εμβόλια προκαλούν αυτισμό προέκυψε από ένα άρθρο που δημοσιεύτηκε το 1998 στη Μεγάλη Βρετανία από μια ομάδα ερευνητών. Το άρθρο αυτό εξέφραζε μια σύνδεση μεταξύ του αυτισμού και του τριπλού εμβολίου ιλαράς – παρωτίτιδας – ερυθράς (MMR). Από τότε έχουν διενεργηθεί πάρα πολλές έρευνες που έχουν καταρρίψει την άποψη αυτή βάσει έλλειψης τεκμηρίων ότι οποιοδήποτε εμβόλιο αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης αυτισμού ή οποιασδήποτε άλλης διαταραχής συμπεριφοράς. Επίσης έχουν παρουσιαστεί κατά καιρούς εκθέσεις στα ΜΜΕ και στο διαδίκτυο που συνδέουν τα εμβόλια με το Σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου (SIDS), το διαβήτη, τον καρκίνο και άλλες σοβαρές ασθένειες. Δεν υπάρχει, όμως, αξιόπιστη επιστημονική βεβαίωση ότι κάποιος από αυτούς τους ισχυρισμούς αποδεικνύεται (VirkA., 2004).

Στη συνέχεια θα αναφερθούν πιο αναλυτικά οι παρενέργειες για τα πιο σημαντικά εμβόλια:

- Πνευμονιόκοκκος: Συνήθως πόνος και τοπικό οίδημα. Πυρετός 38-39 σε ποσοστό πάνω από 10%.
- Ανεμοβλογιά: Πυρετός ή βλατιδοφουσαλιδώδες εξάνθημα σε ποσοστό 5% των εμβολιασθέντων. Παρουσιάζονται τις πρώτες 6 εβδομάδες.

- Τριπλό (Διφθερίτιδας, Τετάνου, Κοκκύτη): Συνήθως ελαφρύ τοπικό οίδημα και πόνος, ήπιος πυρετός. Με το νέο τριπλό (Infanrix) σχεδόν δεν έχουμε παρενέργειες.
- Πολιομυελίτιδα (Sabin): Συνήθως δεν έχει παρενέργειες.
- Αιμόφιλου της ινφλουέντσας τύπου Β: Συνήθως ελαφρύ τοπικό οίδημα, πόνος, κακουχία και σπάνια ήπιος πυρετός.
- Ηπατίτιδα Β και Ηπατίτιδα Α: Ήπιες παρενέργειες αν υπάρξουν κι αυτές.
- Ιλαράς, Ερυθράς, Παρωτίτιδας : Σε ποσοστό 15% παρουσιάζεται υψηλός πυρετός, 5 – 12 ημέρες μετά τον εμβολιασμό.
- Μηνιγγιτιδόκοκκου C (meningitec): Σπάνια μπορεί να προξενήσει ήπιο πυρετό, πονοκέφαλο και πόνο στο σημείο της ένεσης.
- Αντιφυματικό: Αρκετές τοπικές κυρίως αντιδράσεις, αλλά αρκετές φορές και σοβαρότερες όπως είναι η φυματιώδης μασχαλιαία λεμφαδενίτιδα.

(Virka., 2004)

2.6 ΒΑΣΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Η τεχνητή ανοσοποίηση του πληθυσμού μέσω του εμβολιασμού είναι μια διαδικασία που πρέπει να ακολουθεί κάποιους βασικούς κανόνες, ούτως ώστε να είναι αποτελεσματική. Οι κανόνες αυτοί είναι οι εξής:

- Ο εμβολιαζόμενος ή οι γονείς στην περίπτωση ανηλίκων πρέπει να πληροφορούνται λεπτομερειακά για τον τύπο του εμβολίου, τη διάρκεια της ανοσίας που θα πετύχουμε και τον ακριβή χρόνο για την επόμενη δόση. Πολλές φορές ένα ποσοστό γονέων επιμένουν ότι έχει γίνει εμβόλιο τριπλό, απλά και μόνο επειδή στο παιδί έγιναν τρεις ενέσεις, που θα μπορούσαν να ήταν τρεις δόσεις του διπλού εμβολίου.
- Το παιδί και ο ενήλικας, προκειμένου να εμβολιαστούν, επιβάλλεται να εξεταστούν κλινικά από γιατρό και να ληφθούν υπόψη τα περιστατικά που δεν επιτρέπεται ο εμβολιασμός (αντενδείξεις). Ο εμβολιασμός απαιτείται να αναβάλλεται και να μεταφέρεται άλλη μέρα όταν κατά την κλινική εξέταση διαπιστωθεί οξύ εμπύρετη ασθένεια. Δεν ενδείκνυται να αναβληθεί ο εμβολιασμός σε περιστατικά ήπιου βήχα, ελαφριάς καταρροής ή και μικρής

δεκατικής πυρετικής κίνησης (37,1 - 37,3 οC). Την ημέρα του εμβολιασμού ή τις επόμενες δεν απαιτείται δίαιτα ή αλλαγή στις καθημερινές συνήθειες.

- Κάθε εμβόλιο αρμόζει να τελείται στην ηλικία που ορίζουν οι κανόνες για δύο λόγους:
 - ο περιορίζεται η πιθανότητα έντονων αντιδράσεων και επιπλοκών.
 - ο έχουμε πιο γρήγορη και πιο καλή ανοσοποίηση.
- Εάν η πρώτη δόση του τριπλού εμβολίου προξενήσει υψηλό πυρετό που συνεχίζει για ημέρες, έντονη ανησυχία, κλάμα, πάνω από τρεις ώρες, δεν υφίσταται λόγος να μην εξακολουθήσει το παιδί τις επόμενες δόσεις κανονικά. Στην περίπτωση που το παιδί επιδείξει σπασμούς, τότε γίνεται κάθε αντιγόνο του διπλού εμβολίου χωριστά και σε μικρότερη δόση.
- Εάν για οποιοδήποτε λόγο αργοπορήσει η επόμενη δόση εμβολιασμού δεν χρειάζεται να ξεκινήσει ο εμβολιασμός από την αρχή, αλλά συνεχίζει κανονικά.
- Το χρονικό διάστημα ανάμεσα σε δυο εμβολιασμούς, χρειάζεται να είναι τουλάχιστον μεγαλύτερο των 4 εβδομάδων. Το ίδιο ισχύει και για το διάστημα ιογενούς νοσήματος και εμβολιασμού με ζωντανό εξασθενημένο ιό. Δεν υφίσταται όμως πρόβλημα όταν γίνεται συγχρόνως εμβολιασμός με περισσότερους από ένα είδος ιών π.χ. MMR.

((CDC), 1999)

2.7 ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Μελέτη εμβολιαστικής κάλυψης ονομάζεται η καταγραφή σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο του ποσοστού των εμβολιασμένων παιδιών ή ενηλίκων, ανάλογα με την ηλικία που συστήνεται για κάθε εμβόλιο (Υπουργείο, 2008-2012). Οι μελέτες αυτές βοηθούν στην επιλογή του κατάλληλου προγράμματος εμβολιασμών που θα εφαρμοστεί, αλλά και στο σχεδιασμό της κατάλληλης στρατηγικής για την κάλυψη των αναγκών και την πρόληψη των επιδημιών.

Το «κρίσιμο ποσοστό» των άνοσων ατόμων είναι το επίπεδο της συλλογικής ανοσίας που μπορεί να προστατεύσει έναν πληθυσμό από την ευρεία διασπορά ενός μολυσματικού παράγοντα και συνεπώς από έκρηξη ή διατήρηση μιας παρόμοιας επιδημίας. Το ποσοστό αυτό εξαρτάται από τη φύση του λοιμογόνου παράγοντα, το είδος και το μέγεθος του πληθυσμού αναφοράς. Συγκεκριμένα το κρίσιμο ποσοστό συλλογικής ανοσίας εξαρτάται: α) από τη μολυσματικότητα του λοιμογόνου παράγοντα, β) από τη διάρκεια της περιόδου μεταδοτικότητας, γ) από το πλήθος των λοιμογόνων πηγών ή τη συχνότητα εισαγωγής του

λοιμογόνου παράγοντα στον πληθυσμό αναφοράς και δ) από την πυκνότητα, το βαθμό συγχρωτισμού και την υγειονομική συνείδηση του πληθυσμού αναφοράς. Παραδείγματος χάριν, για να επιτευχθεί συλλογική ανοσία εναντίον της ιλαράς, που είναι εξαιρετικά μολυσματική ασθένεια, απαιτείται εμβολιασμός μεγάλου αριθμού παιδιών σε αντίθεση με την παρωτίτιδα που είναι λιγότερο μολυσματική. Έτσι ώστε να αποφεύγονται οι επιδημίες των περισσότερων λοιμωδών νοσημάτων, υπολογίζεται ότι η συλλογική ανοσία πρέπει να είναι της τάξης του 80% - 95% ανάλογα με το νόσημα και τον πληθυσμό. Η συλλογική ανοσία επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εμβολιαστική κάλυψη, η οποία πρέπει να είναι στόχος κάθε κράτους (Smith, 2009).

Το 2005 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNICEF ανέπτυξαν το Global Immunization Vision And Strategy (GAVI) στόχος του οποίου είναι η μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από ασθένειες που προλαμβάνονται με εμβολιασμό με τη βελτίωση των Εθνικών Προγραμμάτων Εμβολιασμού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ονόμασε την περίοδο 2011 – 2020 «δεκαετία των εμβολίων» με σκοπό την εκρίζωση της πολιομυελίτιδας παγκοσμίως, την εξάλειψη της φυματίωσης, την επίτευξη των στόχων της εμβολιαστικής κάλυψης σε όλες τις περιοχές, την εισαγωγή των νέων εμβολίων σε όλα τα προγράμματα εμβολιασμού και τη μείωση της νοσηρότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, πέρα από τη μείωση της θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα που μέχρι ενός σημείου έχει επιτευχθεί (WHO, World Health Organization, 2019). Η εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού μιας χώρας είναι δείκτης επάρκειας των μηχανισμών πρόληψης και σωστής ενημέρωσης τόσο του κοινού όσο και των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Babatsikou F., 2010).

Για να μπορούμε να ελέγξουμε την εμβολιαστική κάλυψη του παιδικού πληθυσμού μιας περιοχής ή μιας χώρας είναι απαραίτητη η καταγραφή σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο και διαρκής επικαιροποίηση της καταγραφής σε τακτά χρονικά διαστήματα γιατί μπορεί να μεταβληθούν παράγοντες που επηρεάζουν την εμβολιαστική κάλυψη (Smith PJ., 2008). Στις περισσότερες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου τέτοιου είδους καταγραφές και μελέτες γίνονται τακτικά. Σκοπός των καταγραφών αυτών είναι να εξάγονται συμπεράσματα για το βαθμό στον οποίο γίνεται εφαρμογή των πολιτικών εμβολιασμών, αλλά και την ανάγκη για αναπροσαρμογή τους σε κάθε χώρα σε τακτά διαστήματα (Παναγιωτόπουλος, 2012).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα καταγραφής των εμβολιασμών γιατί δεν υπάρχει ενιαίο μητρώο και σε μεγάλο ποσοστό οι εμβολιασμοί γίνονται από ιδιώτες γιατρούς. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει κάποιες μελέτες καταγραφής της εμβολιαστικής κάλυψης, από

αυτές 4 έχουν γίνει σε εθνικό επίπεδο από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, το 1996-97, το 2001, το 2006 και το 2012.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Αμφισβήτηση των εμβολίων είναι η μη αποδοχή ή η άρνηση του εμβολιασμού παρόλου που τα εμβόλια και οι αντίστοιχες υπηρεσίες που τα παρέχουν είναι διαθέσιμες. Το φαινόμενο αυτό υπάρχει από την εποχή του πρώτου εμβολίου της ευλογιάς, πριν από 250 χρόνια, όταν αυτό αντιμετωπίστηκε με φόβο, άρνηση και μυθοπλασίες. Την εποχή εκείνη ο εμβολιασμός γινόταν με τον ιό της δαμαλίτιδας που προέρχονταν από τις αγελάδες. Εξαιτίας αυτού, κάποιοι σκεπτικιστές υποστήριζαν ότι όσοι εμβολιάζονται θα γίνουν αγελάδες ή θα αρχίσουν να ξεπηδούν ζώα από το σώμα τους.

Παρόλο που ο μαζικός εμβολιασμός έχει εξαλείψει πολλές θανατηφόρες ασθένειες και έχει αναμφισβήτητα οφέλη για την ανθρωπότητα όλα αυτά τα χρόνια, την τελευταία δεκαετία παρατηρείται στις αναπτυγμένες χώρες αντίδραση στον εμβολιασμό και μείωση της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού. Όταν οι άνθρωποι έβλεπαν καθημερινά τις επιπτώσεις των νοσημάτων αντιλαμβάνονταν πιο άμεσα τα οφέλη του εμβολιασμού. Στην εποχή μας τα λοιμώδη νοσήματα δεν είναι άμεσα αντιληπτά λόγω των εμβολιασμών, αυτό έχει σαν συνέπεια οι άνθρωποι να μην βλέπουν τον άμεσο κίνδυνο του θανάτου και τις επιπλοκές των λοιμωδών νοσημάτων αλλά να έχουν σαν εικόνα τις ενδεχόμενες επιπλοκές των εμβολίων. Εκφράζουν λοιπόν τη δυσφορία τους για τα εμβόλια λέγοντας ότι δεν προστατεύουν και δεν είναι ασφαλή, ότι αποτελούν επιβάρυνση για το ανοσοποιητικό των βρεφών και ότι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοάνοσου νοσήματος.

Οι άνθρωποι που εναντιώνονται στον εμβολιασμό υποστηρίζουν την φυσική ανοσία και πιστεύουν ότι ο εμβολιασμός υποστηρίζεται από τις φαρμακευτικές εταιρίες και του ιατρούς με σκοπό να αυξήσουν τα κέρδη τους. Θεωρούν ότι η πρόληψη και η αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων γίνονται με τον υγιεινό τρόπο ζωής, την καλή διατροφή και τις εναλλακτικές μορφές ιατρικής. Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την διαφορούμενη και πολλές φορές αντιφατική αντιμετώπιση του θέματος από επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι απαντούν συγκεχυμένα στις ερωτήσεις σχετικά με τον εμβολιασμό, αλλά και η πληροφορίες που βρίσκονται στο διαδίκτυο, οδηγούν πολύ συχνά στην παραπληροφόρηση και ενισχύουν τις αντιδράσεις πάνω στο θέμα του εμβολιασμού. Επιπλέον σε όλα τα παραπάνω πρέπει να αναφερθεί και η άποψη ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός μειώνει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Βρυώνης, n.d.).

3.2. ΜΕΛΕΤΕΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Η καταγραφή των παιδιών ή των ενηλίκων που έχουν εμβολιασθεί, σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο, ανάλογα με την ηλικία που θα πρέπει να γίνεται κάθε εμβόλιο, αποτελεί την μελέτη εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού. Αυτές οι μελέτες βοηθούν την οργάνωση της στρατηγικής που θα ακολουθηθεί, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες εμβολιασμού και να προληφθούν οι επιδημίες(ΥΥΚΑ, 2019).

Όταν ένας λοιμογόνος παράγοντας εξαπλωθεί, το επίπεδο της συλλογικής ανοσίας που προστατεύει τον πληθυσμό και συμβάλει στην έκρηξη ή τη συντήρηση μιας επιδημίας, ονομάζεται «κρίσιμο ποσοστό». Το ποσοστό αυτό εξαρτάται από τη φύση του λοιμογόνου παράγοντα, το είδος και το μέγεθος του πληθυσμού μιας κοινωνίας. Το κρίσιμο ποσοστό συλλογικής ανοσίας εξαρτάται από:

- 1) τη μολυσματικότητα του λοιμογόνου παράγοντα
- 2) τη διάρκεια της περιόδου μεταδοτικότητας
- 3) το πλήθος των λοιμογόνων πηγών
- 4) τη συχνότητα εισαγωγής του λοιμογόνου παράγοντα στον πληθυσμό αναφοράς
- 5) την πυκνότητα, το βαθμό συγχροτισμού και την υγειονομική συνείδηση του πληθυσμού αναφοράς

Για παράδειγμα για την περίπτωση της ιλαράς, που είναι περισσότερο μολυσματική, χρειάζεται μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού να είναι εμβολιασμένο ώστε να αποφευχθεί η επιδημία, σε σύγκριση με των παρωτίτιδα που είναι λιγότερο μολυσματική.

Για τις περισσότερες ασθένειες το ποσοστό της συλλογικής ανοσίας υπολογίζεται ότι πρέπει να είναι της τάξεως του 80-95% ανάλογα με το νόσημα και τον πληθυσμό. Κάθε κράτος επομένως θα πρέπει να επιτυγχάνει συγκεκριμένο ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης, ώστε ο πληθυσμός του να έχει τα απαραίτητα επίπεδα ανοσίας(Smith, 2010).

Στα πλαίσια βελτίωσης των εθνικών προγραμμάτων εμβολιασμού, το 2005, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF ανέπτυξαν το GAVI (Global Immunization Vision And Strategy). Στόχος του είναι, μέσω του εμβολιασμού, να γίνει πρόληψη και να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα. Η «δεκαετία των εμβολίων» («Decade of Vaccines»), όπως ονομάστηκε από τον ΠΟΥ η περίοδος 2011-2020, είχε ως στόχο την εξάλειψη της πολιομυελίτιδας και της φυματίωσης, την απαραίτητη

εμβολιαστική κάλυψη σε όλες τις περιοχές, την εισαγωγή των νέων εμβολίων σε όλα τα εμβολιαστικά προγράμματα, και τη μείωση της νοσηρότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, πέρα από τη μείωση της θνητότητας από λοιμώδη νοσήματα που έχει μέχρι ενός σημείου επιτευχθεί (Rose V, 2011).

Η εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού μιας χώρας, αποτελεί δείκτη επάρκειας των υπηρεσιών πρόληψης και σωστής ενημέρωσης τόσο του κοινού όσο και των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Babatsikou F., 2010).

Η καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού μιας χώρας ή περιοχής είναι απαραίτητη σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Θα πρέπει να επικαιροποιείται συνεχώς καθώς οι παράγοντες που την καθορίζουν μπορεί να μεταβληθούν πολύ εύκολα (Smith P.J., 2008).

Με τη συχνή καταγραφή τους μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για την εφαρμογή των πολιτικών εμβολιασμού αλλά και για το αν αυτές χρειάζονται αλλαγή και προσαρμογή στα δεδομένα της κάθε χώρας (ΕΣΔΥ, 2012-2013).

3.3. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ

3.3.1 Ιλαρά

Το παράδειγμα της Ιλαράς είναι χαρακτηριστικό του φαινομένου του κινήματος του αντιεμβολιασμού. Η συσχέτιση του εμβολίου MMR με την εμφάνιση φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (Thomson N., n.d.) δημοσιεύτηκε στο Lancet το 1995. Ήταν μια στατιστική ανάλυση περιστατικών εμβολιασμένων ατόμων, χωρίς να αποδεικνύεται βιολογική σχέση με το εμβόλιο. Η έρευνα αυτή κατέληγε στο συμπέρασμα ότι ίσως ο εμβολιασμός είχε συμβάλει στην εμφάνιση φλεγμονώδους νόσου, χωρίς όμως να εμφανίζει περισσότερα στοιχεία. Σε αυτήν ήρθε να προστεθεί το 1999 δεύτερη έρευνα που εκτός από τη φλεγμονώδη νόσο ανέφερε σαν συνέπεια και τον αυτισμό (Akobeng A.K., 1999). Αυτή η έρευνα στηρήχθηκε στο γεγονός ότι κάποια περιστατικά αυτισμού εμφανίστηκαν χρονικά συσχετισμένα με τον εμβολιασμό.

Παρόλο που οι συγγραφείς ανέφεραν ότι δεν προκύπτει άμεση σχέση μεταξύ των ασθενειών αυτών και του εμβολιασμού είχε ήδη δημιουργηθεί αρνητικό κλίμα για τον εμβολιασμό. Στη Μεγάλη Βρετανία μειώθηκαν οι εμβολιασμοί με συνέπεια να αυξηθούν τα κρούσματα ιλαράς αλλά και οι θάνατοι λόγω αυτής (Χριστοδούλου, n.d.).

Παρόλα αυτά υπήρξε και η εργαστηριακή μελέτη του Wakefield το 1993, κατά την οποία βρέθηκε, με ανοσοϊστοχημικές μεθόδους, το νουκλεοκαψίδιο του ιού της ιλαράς σε ιστούς του εντέρου ασθενών με νόσο του Crohn και, με τη χρήση ανοσοφθορισμού, ανιχνεύθηκε ο ιός σε ενδοθηλιακά κύτταρα ασθενών με την ίδια νόσο (WakefieldAJ., 1995).

Ωστόσο, έρευνες που έγιναν τα επόμενα χρόνια, με μεθόδους όπως η RT PCR, δεν μπόρεσαν να αποδείξουν κάποια συσχέτιση ούτε να εντοπίσουν το γονιδίωμα του ιού σε δείγματα ασθενών με ελκώδη κολίτιδα ή με νόσο του Crohn, και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συσχέτιση ήταν συμπτωματική (ChenRT. D. F., 1998), (Stehr-GreenP., 2003).

Επίσης μια μεγάλη μελέτη που εκπονήθηκε στη Δανία, με δείγμα 537.303 παιδιών, έδειξε ότι το ποσοστό του αυτισμού δεν ήταν διαφορετικό μεταξύ εμβολιασμένων ή μη παιδιών (MadsenKM., 2002). Το ίδιο αποτέλεσμα είχαν και 9 διαφορετικές μελέτες ανά τον κόσμο με συνολικά 1,5 εκατομμύριο παιδιά (TaylorLE., n.d.).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι κατόπιν έρευνας, αποδείχθηκε η παραποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας του Wakefield, ο οποίος έχασε την ιατρική του άδεια, και το περιοδικό Lancet απέσυρε τη δημοσίευση.

3.3.2 Διφθερίτιδα

Στις χώρες της Πρώην Σοβιετικής Ένωσης εμφανίστηκε επιδημία διφθερίτιδας η οποία κράτησε πάνω από 5 χρόνια με αποτέλεσμα 150.000 κρούσματα και 4.000 θανάτους. Επίσης το 2015 στη Δανία, τη Γερμανία και τη Σουηδία αναφέρθηκαν περιπτώσεις διφθερίτιδας του δέρματος. Οι φορείς της μορφής αυτής μπορεί να μεταδώσουν την ασθένεια σε πληθυσμό με χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη.

3.3.3 Πολιομυελίτιδα

Επιδημία πολιομυελίτιδας εμφανίστηκε στην Αλβανία. Στη Συρία εμφανίστηκε σε παιδιά κάτω των 2 ετών. Το πρόβλημα αντιμετωπίστηκε με μαζικό εμβολιασμό 3 εκατομμυρίων παιδιών, ο οποίος οδήγησε σε κάμψη της επιδημίας.

3.3.4 Κοκκύτης

Μεγάλες επιδημίες του κοκκύτη έχουν εμφανιστεί στην Αμερική (2012-2015) με παγκόσμιες συνέπειες λόγω έλλειψης εμβολίων εναντίον του κοκκύτη. Κάθε χρόνο εμφανίζονταν 30-50 εκατομμύρια κρούσματα και 300.000 θάνατοι, ενώ το ποσοστό προσβολής ήταν μεγαλύτερο σε βρέφη μικρότερα του 1 έτους κι γενικά σε παιδιά κάτω των 10 ετών.

3.4 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΤΩΝ

Καθώς το κίνημα του αντιεμβολιασμού έχει κερδίσει έδαφος τα τελευταία χρόνια, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει τη διστακτικότητα προς τα εμβόλια ως μια συμπεριφορά που οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Μεταξύ αυτών των παραγόντων είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης στον εμβολιασμό ή στο ιατρικό προσωπικό, ο εφησυχασμός και η μη συνειδητοποίηση της ανάγκης προστασίας από λοιμώδη νοσήματα αλλά και παράγοντες ευκολίας και της μη συνειδητοποίησης του κινδύνου. Επίσημια είναι αρκετά συχνό οι γονείς που δεν είναι υπέρ του εμβολιασμού να είναι άνθρωποι που δεν εμπιστεύονται το σύστημα υγείας και προσφεύγουν σε εναλλακτικές θεραπείες για όλα τα νοσήματα που εμφανίζονται στα παιδιά τους.

Έπειτα από έρευνα που έγινε (HJ. Larson, 2015), επίσημοι οργανισμοί, όπως η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρία, έχουν δημιουργήσει κατηγορίες και δίνουν οδηγίες προς τους επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση των αντιεμβολιαστών. Οι άνθρωποι που αρνούνται τον εμβολιασμό έχουν διάφορες διαβαθμίσεις, μπορεί να έχουν απλά ενδοιασμούς ή να είναι ξεκάθαρα αρνητικοί, μπορεί να εναντιώνονται προς ένα εμβόλιο ή για το σύνολο των εμβολίων. Κάποιοι γονείς ανησυχούν για τον πόνο του παιδιού όταν κάνει πολλά εμβόλια ή για την πιθανότητα παρενεργειών όπως είναι ο αυτισμός.

Η διστακτικότητα αυτή των γονέων μελετήθηκε (Chen RT. R. S., 1994) και προέκυψαν από τη μελέτη αυτή τρεις κατηγορίες αντιδράσεων:

- 1) Η αμφισβήτηση της ασφάλειας των εμβολίων. Σε αυτή συμπεριλαμβάνονται παράγοντες όπως είναι ο μεγάλος αριθμός των εμβολίων, η πιθανότητα εμφάνισης αυτισμού, τα πρόσθετα των εμβολίων (αλουμίνιο, θειομερσάλη), η υπερφόρτωση του ανοσοποιητικού συστήματος, πιθανές σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, η ελλιπής έρευνα πριν την κυκλοφορία των εμβολίων και η πιθανή πρόκληση πόνου ή ασθένειας στο παιδί.

- 2) Η αμφισβήτηση της αναγκαιότητας των εμβολίων. Υποστηρίζοντας ότι η ασθένεια είναι πιο φυσική από το εμβόλιο, οι γονείς αυτοί πιστεύουν ότι οι ασθένειες που προλαμβάνονται δεν είναι σοβαρές καθώς έχουν εξαφανιστεί και επομένως τα εμβόλια δεν είναι απαραίτητα.
- 3) Η υποστήριξη της ελευθερίας της επιλογής. Οι γονείς αυτοί υποστηρίζουν ότι είναι δικαίωμά τους να επιλέξουν αν θα εμβολιάσουν το παιδί τους ή όχι. Πιστεύουν ότι οι κίνδυνοι από τα εμβόλια είναι μεγαλύτεροι από τα οφέλη. Δεν εμπιστεύονται την ιατρική κοινότητα και τις κρατικές υγειονομικές υπηρεσίες. Επίσης υπάρχουν περιπτώσεις που πίσω από την άρνηση στον εμβολιασμό κρύβονται ηθικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις.

3.5. ΑΝΤΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ

3.5.1. Για τον αυτισμό

Η υποτιθέμενη σύνδεση του τριπλού εμβολίου MMR με τον αυτισμό, που υποστηρίχθηκε για πρώτη φορά από τον Lancet το 1998, αποδείχθηκε πως ήταν μια απάτη με παραποιημένα αποτελέσματα βιοψιών που έγιναν σε δώδεκα παιδιά στην Βρετανία. Το αποτέλεσμα της έρευνας αυτής δεν μπόρεσε ποτέ να αναπαραχθεί ξανά σε έρευνες που έγιναν μετέπειτα και ο Lancet απέσυρε τη μελέτη του ζητώντας συγγνώμη από την επιστημονική κοινότητα και χάνοντας της άδεια εξάσκησης της ιατρικής. Επίσης σύμφωνα με τις έρευνες των τελευταίων χρόνων ο αυτισμός φαίνεται να ξεκινάει κατά την εμβρυική ζωή και όχι μετά τη γέννηση.

3.5.2. Για τη θειομερσάλη και το αλουμίνιο

Η θειομερσάλη είναι παράγωγο του αιθυλεστέρα του υδραργύρου. Από το 1999, για προληπτικούς λόγους, και παρόλο που δεν υπήρχε μέχρι τότε έρευνα που να τη συνδέει με τον αυτισμό, αποσύρθηκε από τη χρήση ως συντηρητικό των εμβολίων. Βέβαια τα ποσοστά του αυτισμού παραμένουν σταθερά από τότε πράγμα που συμβάλει στην κατάρριψη αυτού του επιχειρήματος των αντιεμβολιαστών.

Από την άλλη πλευρά το αλουμίνιο χρησιμοποιείται ως ανοσοενισχυτικό, με τη μορφή του υδροξειδίου του αργιλίου και του φωσφορικού αργιλίου σε ποσότητα 0,85-1,25mg ανά δόση. Η ποσότητα αυτή είναι πολύ μικρή, ειδικά αν αναλογιστεί κανείς ότι ένα βρέφος λαμβάνει

10mg από το μητρικό γάλα και 40mg από υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος. Επομένως το αλουμίνιο που περιέχεται στα εμβόλια δεν αποτελεί κίνδυνο ακόμη και για τα βρέφη.

3.5.3. Για το μεγάλο αριθμό εμβολίων που γίνονται στα παιδιά

Οι αντιεμβολιαστές υποστηρίζουν ότι το ανοσοποιητικό σύστημα των βρεφών δεν μπορεί να διαχειριστεί το πλήθος των αντιγόνων που λαμβάνει από τα εμβόλια με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται και να προκαλείται βλάβη στον εγκέφαλο και αυτισμός. Η πραγματικότητα όμως είναι ότι ο οργανισμός ενός βρέφους μπορεί να διαχειριστεί πολύ μεγαλύτερο αριθμό αντιγόνων και καθημερινά παράγει αντιγόνα ή τα λαμβάνει από το μητρικό γάλα.

3.5.4. Για τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τον πόνο που μπορεί να νιώθει το παιδί

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να νιώθει το παιδί μπορεί να είναι:

- Τοπικές αντιδράσεις (οίδημα, ερυθρότητα, πόνος)
- Γενικές αντιδράσεις (πυρετός, ανησυχία, αϋπνία, σπασμοί) οι οποίες τα τελευταία χρόνια με τα νέα ακυτταρικά εμβόλια εκλείπουν.
- Εγκεφαλίτιδα ή εγκεφαλομυελίτιδα (είναι σπανιότατες και με τα νέα εμβόλια έχουν εκλείψει)
- Αλλεργικές αντιδράσεις. Μπορεί να είναι ήπιες (παροδικό εξάνθημα ή κνησμός) ή σοβαρότερες (οίδημα λάρυγγα, αναπνευστική δυσχέρεια, αναφυλακτικό shock)
- Σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες (κώφωση, εγκεφαλίτιδες, κώμα, ακόμη και θάνατο) οι οποίες όμως είναι εξαιρετικά σπάνιες.

Τα εμβόλια όντως δεν είναι ελεύθερα κινδύνων, όμως οι πιθανοί κίνδυνοι είναι υποδεέστεροι του οφέλους που έχουν τα εμβόλια. Τα εμβόλια έχουν μειώσει τη νοσηρότητα και την θνησιμότητα που προκαλούσαν ασθένειες όπως η διφθερίτιδα, ο κοκκύτης, ο τέτανος κλπ. Και εξακολουθούν να διασφαλίζουν τη δημόσια υγεία.

3.5.5. Για την ελλιπή έρευνα πριν την κυκλοφορία τους

Πριν τα εμβόλια εφαρμοστούν στον ανθρώπινο πληθυσμό διεξάγονται προκλινικές μελέτες (in vivo και in vitro), οι οποίες γίνονται σε πειραματόζωα για να μελετηθεί η τοξικότητα και η φαρμακοκινητική του συμπεριφορά. Στη συνέχεια οι κλινικές δοκιμές χωρίζονται σε

τέσσερις φάσεις (I, II, III, IV) οι οποίες διαρκούν πολλά χρόνια και γίνονται σταδιακά (αρχικά σε μικρό αριθμό ατόμων), βασίζονται σε συγκεκριμένα πρωτόκολλα και οι οποίες διασφαλίζουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων.

3.6. Οι απόψεις για τον αντιεμβολιασμό ανά τον κόσμο

3.6.1. ΕΛΛΑΔΑ

Στη χώρα μας δεν υπάρχει ενιαίο μητρώο καταγραφής των εμβολιασμών, και στο μεγαλύτερο ποσοστό οι εμβολιασμοί επιτελούνται από ιδιώτες παιδίατρους. Στην προσπάθεια απεικόνισης ενός στιγμιότυπου εμβολιαστικής κάλυψης και εκτίμησης των δράσεων και των παρεμβάσεων της δημόσιας υγείας, έχουν γίνει αρκετές μελέτες εκτίμησης του επιπέδου του εμβολιασμού τα τελευταία χρόνια. Από αυτές, τέσσερις έχουν διεξαχθεί σε εθνικό επίπεδο από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, το 1996-97, το 2001, το 2006 και το 2012.

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, λόγω της οικονομικής κρίσης, είναι μειωμένη η πρόσβαση των γονέων σε υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον η μεγάλη εισροή προσφύγων και η αύξηση του αριθμού των γονέων που αμφιβάλλει για τον εμβολιασμό, έχουν οδηγήσει σε μείωση των εμβολιασμένων παιδιών στη χώρα μας.

Το 2014 η Ελληνική Παιδιατρική εταιρεία πραγματοποίησε έρευνα, σύμφωνα με την οποία 10% των γονέων ήταν προβληματισμένοι για την ασφάλεια των εμβολίων και υποστήριζαν ότι δεν εμπιστεύονται τις φαρμακευτικές εταιρίες και φοβούνται για τις παρενέργειες ενώ δεν γνώριζαν τα συστατικά των σκευασμάτων των εμβολίων.

Στην ίδια έρευνα το 11% των παιδίατρων ήταν αρνητικοί να εμβολιάσουν τα παιδιά τους για MMR, HPV ή γρίπη. Το 90% των παιδίατρων ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν τουλάχιστον έναν γονέα που ήταν αρνητικός στον εμβολιασμό στο παρελθόν. Συγκεκριμένα το 2012 οι παιδίατροι αντιμετώπισαν 1% άρνηση των γονέων στον εμβολιασμό των παιδιών τους. Το εμβόλιο για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) ήταν το εμβόλιο το οποίο αρνήθηκαν οι περισσότεροι γονείς, ακολουθούμενο από το εμβόλιο κατά της ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς (MMR)(Maltezou HC., 2015).

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία(Παναγιωτόπουλος T., 2013) η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών στην Ελλάδα παραμένει αρκετά υψηλή. Παρόλ'αυτά, τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε μείωση των εμβολιασμών ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς, και το γεγονός αυτό δείχνει ότι το αντιεμβολιαστικό κίνημα άρχισε να επηρεάζει και την ελληνική κοινωνία. Ειδικά

τα τελευταία χρόνια με την πληροφορία που δίνεται στο διαδίκτυο, τα ποσοστά εμβολιασμών φαίνεται να πέφτουν δραματικά. Η ελλιπής ενημέρωση από το διαδίκτυο σε συνδυασμό με την ανικανότητα να τη διαχειριστούν σωστά οι γονείς, η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου που κάνει τους γονείς πιο απαιτητικούς και ενημερωμένους και η αμφισβήτηση της επιστήμης κάνουν πολλούς γονείς να αποδέχονται το κίνημα του αντιεμβολιασμού. Το γεγονός ότι δεν έχουν βιώσει τις τραγικές συνέπειες των επιδημιών αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα σε αυτή την επιλογή τους.

Η αμφισβήτηση και η παράλειψη των εμβολιασμών ενδέχεται να οδηγήσει μια κοινότητα να χάσει την ανοσία της. Αυτό σημαίνει ότι τα λοιμώδη νοσήματα θα αρχίσουν να εμφανίζονται ξανά και βαθμιαία θα εμφανιστούν και οι επιπτώσεις τους. Αυτή η επανεμφάνιση, που σήμερα είναι ελεγχόμενη, θα έχει σοβαρές συνέπειες, όπως είναι η σοβαρή νοσηρότητα, χρόνιες παραλύσεις ακόμη και ο θάνατος των ασθενών.

Οι επιδημίες ιλαράς, κοκκύτη και οι λοιμώξεις από αιμόφιλοινφλουέντζας τύπου β που έχουν καταγραφεί τα τελευταία χρόνια σε διάφορες περιοχές του κόσμου, και αποδίδονται στη μείωση της εμβολιαστικής κάλυψης, αποτελούν πραγματικά παραδείγματα των επιπτώσεων άρνησης εμβολιασμού του πληθυσμού.

Συγκεκριμένα, κατά την περίοδο 2016-2017 έχουν καταγραφεί περισσότερα από 20.000 περιστατικά ιλαράς σε όλη την Ευρώπη και 50 θάνατοι. Από τις 01/5/2017 και μέχρι τις 31/5/2018 σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ στην Ελλάδα έχουν καταγραφεί 3016 κρούσματα ιλαράς, με μεγαλύτερη συχνότητα στη Νότια Ελλάδα. Από τα άτομα αυτά που νόσησαν, 4 κατέληξαν(ΚΕΕΛΠΝΟ, 2019).

Μετά από αυτή την επιδημία το αντιεμβολιαστικό κίνημα στη χώρα μας φαίνεται να χάνει έδαφος, καθώς σύμφωνα με νέα έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (ΕΕ) αυξήθηκε το ποσοστό των Ελλήνων που πιστεύουν ότι τα εμβόλια είναι ασφαλή και αποτελεσματικά, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα (ec.europa.eu, 2019).Επικρατεί λοιπόν μια συγκρατημένη αισιοδοξία σε ό,τι αφορά την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού το 2019, βάζοντας έτσι φρένο σε μελλοντικές επιδημίες.

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ 2018	
Είναι σημαντικό τα παιδιά να κάνουν εμβόλια	92,8%

Είναι σημαντικό τα παιδιά να κάνουν το MMR	85,2%
Είναι σημαντικό το εμβόλιο της εποχικής γρίπης	76,4%
Τα εμβόλια είναι ασφαλή	84,5%
Το εμβόλιο MMR είναι ασφαλές	81,5%
Το εμβόλιο της εποχικής γρίπης είναι ασφαλές	78,8%
Τα εμβόλια είναι αποτελεσματικά	89,4%
Τα εμβόλια συμβαδίζουν με τις θρησκευτικές μου αντιλήψεις	82,2%

Πίνακας 1: Οι απόψεις για τον εμβολιασμό στην Ελλάδα

Πηγή: (Anon., 2019)

Από τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται ότι οι Έλληνες εμπιστεύονται περισσότερο τον εμβολιασμό σε σύγκριση με το 2015. Συγκεκριμένα, 28.782 ευρωπαίοι πολίτες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο σχετικά με τον εμβολιασμό γενικά, αλλά και ειδικότερα για το μεικτό εμβόλιο ιλαράς – ερυθράς – παρωτίτιδας (εμβόλιο MMR) και το αντιγριπικό.

Προέκυψε ότι, το 92,8% των Ελλήνων συμφωνούν ότι είναι σημαντικός ο εμβολιασμός των παιδιών, ενώ σε ό,τι αφορά το MMR το αντίστοιχο ποσοστό πέφτει στο 85,2%, δείχνοντας την επιφύλαξη που διατηρούν ορισμένοι γονείς. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην ερώτηση για την ασφάλεια του MMR οι θετικές απαντήσεις έφτασαν το 81,5%. Επιπλέον, το 76,4% των πολιτών στη χώρα μας παραδέχονται ότι ο εμβολιασμός για την εποχική γρίπη είναι σημαντικό μέτρο, χωρίς να αμφιβάλουν για την ασφάλειά του.

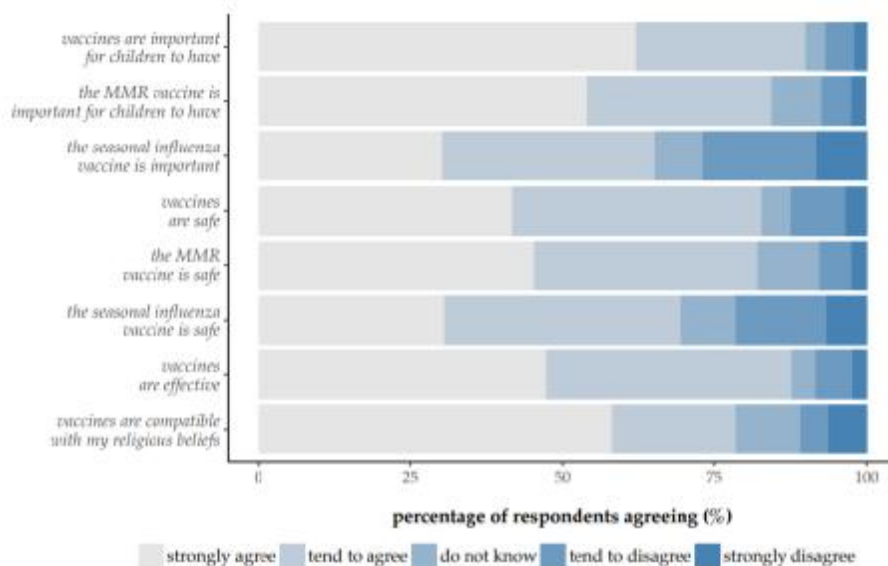
Τέλος, παρτηρείται ότι το 82,2% των Ελλήνων σημειώνουν ότι τα εμβόλια είναι συμβατά με τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις.

3.6.2. ΕΥΡΩΠΗ

Η μεγαλύτερη έρευνα που έγινε στην Ευρωπαϊκή Ένωση σχετικά με τη στάση του πληθυσμού και των γενικών ιατρών έναντι των εμβολιασμών είναι η «State of VaccineConfidence in the EU 2018». Όπως αναφέρεται στην έκθεση αυτή, κρίσιμος παράγοντας, για να διατηρηθεί υψηλό το εμβολιαστικό επίπεδο και να προστατευθεί η δημόσια υγεία, είναι το ποσοστό εμπιστοσύνης στα εμβολιαστικά προγράμματα.

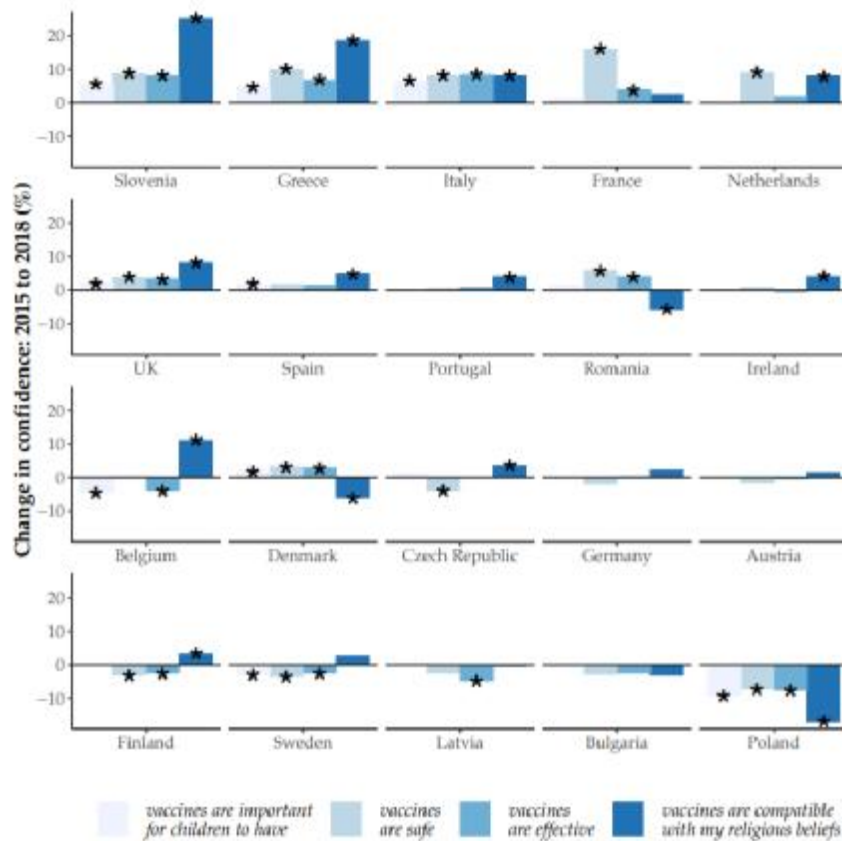
Ωστόσο σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες καθυστερεί η πραγματοποίηση των εμβολιασμών και υπάρχει ακόμη άρνηση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των ποσοστών

εμβολιασμού και ανοσοποίησης και την αύξηση των επιδημικών εξάρσεων. Πρόσφατο παράδειγμα, η επιδημία ιλαράς που ήταν η μεγαλύτερη στην ΕΕ κατά τα τελευταία επτά έτη (ΤΟΒΗΜΑ, 2019).



Πίνακας 1: Οι απόψεις στην Ευρώπη για τα εμβόλια της Ιλαράς και το MMR)

Πηγή: (Anon., 2019)



Πίνακας 1: Η αλλαγή στο ποσοστό εμπιστοσύνης στον εμβολιασμό από το 2015 έως το 2018

Πηγή: (ec.europa, 2019)

Στην Ιταλία το 2012 το περιφερειακό δικαστήριο του Ρίμινι έκρινε ότι το MMR είναι υπεύθυνο για αυτισμό. Κατόπιν έφεσης από το Ιταλικό Υπουργείο Υγείας, το 2015 το Εφετείο της Μπολόνια αναίρεσε την απόφαση αυτή και το 2017 έγινε υποχρεωτικός ο εμβολιασμός των παιδιών ηλικίας έως 12 ετών με ετήσιο έλεγχο της εμβολιαστικής κάλυψης. Επίσης, από τον Ιούλιο του 2017 είναι υποχρεωτικό τα παιδιά να είναι εμβολιασμένα για τις περισσότερες ασθένειες για να μπορέσουν να ξεκινήσουν το σχολείο. Σε περίπτωση που οι γονείς δεν προχωρήσουν σε άμεσο εμβολιασμό των παιδιών, τους επιβάλλεται πρόστιμο.

Στην Κροατία, το 2014, απερρίφθει το αίτημα του αντιεμβολιαστικού κινήματος να εξαιρούνται τα παιδιά από τον υποχρεωτικό εμβολιασμό. Το επιχείρημα για την απόρριψη του αιτήματος ήταν ότι «τα παιδιά έχουν αναφαίρετο δικαίωμα στην υγεία και αυτό είναι ανώτερο από το διακαίωμα των γονέων στη λάθος επιλογή».

Στο Ηνωμένο Βασίλειο , το 2017, το HighCourt υποχρέωσε μια μητέρα, που ήταν ενάντια στον εμβολιασμό, να εμβολιάσει τα δύο παιδιά της λέγοντας ότι «λυπάται που η μητέρα δεν θεωρεί την απόφαση σωστή, αλλά το καθήκον είναι ξεκάθαρο».

Στην Αυστραλία από το 2016 οι γονείς που αρνούνται να εμβολιάσουν τα παιδιά τους δεν δικαιούνται οικογενειακά επιδόματα. Αυτό είχε σαν συνέπεια την άυξηση των εμβολιασμών. Επίσης στη Δυτική Αυστραλία δεν επιτρέπεται η εγγραφή ανεμβολίαστων παιδιών στους παιδικούς σταθμούς και στα σχολεία.

3.7 Οι συνέπειες του αντιεμβολιασμού

Οι συνέπειες από το κίνημα του αντιεμβολιασμού έχουν εμφανιστεί τα τελευταία χρόνια καθώς όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού έμενε χωρίς ασπίδα προστασίας απέναντι σε θανατηφόρες ασθένειες.

Κύρια συνέπεια του αντιεμβολιασμού είναι η επανεμφάνιση ασθενειών που είχαν πολλά χρόνια να προσβάλουν ανθρώπους και να τους οδηγήσουν στο θάνατο. Οι άνθρωποι που δεν εμβολιάζονται είναι εκτεθειμένοι σε κίνδυνο ανά πάσα στιγμή και δεν μπορούν να ελέγξουν πότε θα προσβληθούν από την ασθένεια.

Μια ακόμη συνέπεια του αντιεμβολιασμού είναι ότι ωθεί τους επιστήμονες να ερευνήσουν περισσότερο και να διορθώσουν τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να έχουν τα εμβόλια και να αυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους.

Τέλος το κίνημα του αντιεμβολιασμού, χωρίς να έχει επιστημονικό υπόβαθρο, έδειξε στην κοινωνία πόσο σημαντικά είναι τα οφέλη του εμβολιασμού, την προσφορά του στην ανθρωπότητα και ότι χωρίς αυτόν ο άνθρωπος θα ήταν εκτεθειμένος και ευάλωτος σε θανατηφόρες ασθένειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

4.1 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΑΡΝΟΥΝΤΑΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΟΥΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΤΟΥΣ

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ποσοστό των γονέων που αρνούνται να εμβολιάσουν τα παιδιά τους. Οι επαγγελματίες υγείας, γιατροί και νοσηλευτές, έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με αυτές τις πεποιθήσεις και καλούνται να τις διαχειριστούν ώστε να διασφαλιστεί η υγεία των παιδιών αλλά και η υγεία του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Στόχος είναι να εξασφαλιστεί ο εμβολιασμός του πληθυσμού και να προτατευθούν οι άνθρωποι από τις επιδημίες και τις λοιμώξεις(Δρονούδας, 2017).

Πρακτικά όταν ένας νοσηλευτής είναι αντιμέτωπος με έναν αρνητικό γονέα μπορεί να εφαρμόσει τις παρακάτω πολιτικές:

1) Πολιτική της συναίνεσης του γονέα.

Ο νοσηλευτής ρωτάει το γονέα την άποψή του για τα εμβόλια. Τον ενημερώνει ότι το παιδί του είναι σε ηλικία για να αρχίσει τα εμβόλια και αναφέρει τα θετικά αποτελέσματα που έχει ο εμβολιασμός για την υγεία του. Η μέθοδος αυτή έχει θετική ανταπόκριση από τους γονείς κατά 27%.

2) Πολιτική της μη αμφισβήτησης.

Ο νοσηλευτής σημειώνει στους γονείς ότι το παιδί είναι σε ηλικία να ξεκινήσει τα εμβόλια και δίνει συγκεκριμένη ημερομηνία για την επόμενη επίσκεψη στην οποία θα γίνει το πρώτο εμβόλιο. Εάν οι γονείς εκφράσουν δισταγμό ή ρωτήσουν πόσο απαραίτητο είναι το εμβόλιο η απάντηση θα πρέπει να είναι κάθετη λέγοντας «Το παιδί χρειάζεται οπωσδήποτε εμβόλιο» και δεν χρειάζεται να γίνει κάποια περαιτέρω διαπραγμάτευση.

3) Πολιτική της εξατομικευμένης διαχείρισης των γονέων.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου θα πρέπει να γίνει συζήτηση με τον κάθε γονέα προσωπικά, καθώς έτσι γίνεται πιο αποτελεσματικά η διαχείρησή τους (tailoringcommunication).

4) Πολιτική της παραπομπής σε επιστημονικά υπεύθυνες ιστοσελίδες π.χ. IVACinformation για όλα τα εμβόλια (Web based Educational intervention)(Δρονούδας, 2017).

Ο νοσηλευτής, πριν ξεκινήσει οποιαδήποτε συζήτηση με τους γονείς που έχουν αμφιβολίες για τον εμβολιασμό θα πρέπει να έχει στη σκέψη του τα εξής:

- 1) Οι γονείς δεν θα πρέπει να αποφασίζουν για θέματα υγείας των παιδιών τους, ειδικά όταν αυτά αφορούν τη δημόσια υγεία και επιδημίες που μπορεί να προκύψουν.
- 2) Είναι καθήκον και υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να τους ενημερώνουν και να τους πείθουν για τη λανθασμένη τους τακτική.
- 3) Θα πρέπει η ενημέρωση των γονέων να γίνεται με απλά και κατανοητά λόγια και όχι με δύσκολη ορολογία. Με αυτό τον τρόπο το μήνυμα θα είναι πιο εύκολο να περάσει σε αυτούς και να πειστούν ότι ο εμβολιασμός των παιδιών τους είναι απαραίτητος.
- 4) Θα πρέπει να υπάρχει παραδοχή από τους επαγγελματίες υγείας ότι ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες ή συμπτώματα είναι πιθανό να εμφανιστούν σε ορισμένα παιδιά.
- 5) Πρέπει όμως παράλληλα να τονίζεται ότι αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σπανιότερες από μια λοίμωξη και λιγότερο επικίνδυνες από μια επιδημία (π.χ. ιλαρά).
- 6) Θα πρέπει οι γονείς να καταλάβουν ότι τα εμβόλια προστατεύουν τα παιδιά αλλά και τον υπόλοιπο πληθυσμό από πολύ σοβαρά μεταδιδόμενα νοσήματα.

π.χ. Αν ένα εκατομμύριο παιδιών εμβολιαστούν με το MMR:

1.000 θα εμφανίσουν πυρετικούς σπασμούς

30 θα εμφανίσουν θρομβοπενία

10 θα εμφανίσουν σοβαρή αναφυλακτική αντίδραση

1 θα εμφανίσει εγκεφαλίτιδα (ADEM)

Αντίστοιχα, αν ένα εκατομμύριο άνθρωποι αρρωστήσουν με ιλαρά στην Ευρώπη του σήμερα, τότε:

200 θα πεθάνουν

100.000 θα χρειαστούν νοσηλεία στο νοσοκομείο

50.000 θα εμφανίσουν είτε ιογενή (πρωτοπαθή) είτε βακτηριακή (δευτεροπαθή) πνευμονία

5.000 θα εμφανίσουν πυρετικούς σπασμούς

1.000 θα εμφανίσουν εγκεφαλίτιδα (ADEM ή SPEE) από τους οποίους οι 100 θα πεθάνουν και άλλοι 200-300 θα αποκτήσουν μόνιμη εγκεφαλική βλάβη

1.000θα εμφανίσουν διάφορα άλλα προβλήματα, μεταξύ των οποίων ηπατίτιδα, μυοκαρδίτιδα, θρομβοπενία ή αποβολή αν νοσήσει έγκυος (Κανακούδη, n.d.)

Ο ιός της ιλαράς είναι 9 φορές πιο μολυσματικός από την ηπατίτιδα C και τον Ebola και 4,5 φορές πιο μολυσματικός από τον HIV. Γι' αυτό, σε περιοχές με μεγάλο αριθμό ανεμβολίαστων ατόμων, συχνά εμφανίζονται εξάρσεις ή επιδημίες ιλαράς.

- 7) Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αφιερώνουν χρόνο στους γονείς για να τους εξηγούν τις λεπτομέρειες και να συζητούν για κάθε εμβόλιο ξεχωριστά.
- 8) Θα πρέπει να συστήνονται στους γονείς τα πολυδύναμα εμβόλια, ώστε να ελαττώνεται η συχνότητα των ενέσεων.
- 9) Ένα σημαντικό θέμα που θα πρέπει να γνωρίζουν οι γονείς είναι το κόστος των εμβολίων καθώς υπάρχουν τρόποι για την εμβολιαστική κάλυψη των οικονομικά αδυνάτων.
- 10) Δεν θα πρέπει να τονίζονται οι αρνητικές επιδράσεις των εμβολίων αλλά αντίθετα να τονίζεται η προστασία που προσφέρουν όχι μόνο στα παιδιά αλλά και στο κοινωνικό σύνολο.
- 11) Σε περίπτωση που οι γονείς επιμένουν να είναι αρνητικοί στον εμβολιασμό, παρά την ενημέρωση και τη σύσταση που γίνεται από τους επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να ζητείται η έγγραφη άρνησή τους με συγκεκριμένη φόρμα η οποία θα κρατηθεί στο ιστορικό του παιδιού. (Κανακούδη, n.d.)

4.2. ΤΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΕΡΑΣΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Το γεγονός ότι κάποια νοσήματα δεν εμφανίζονται πλέον πολύ συχνά οφείλεται στο γεγονός ότι προηγήθηκαν εμβολιασμοί και έχει δημιουργηθεί ανοσία στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (εμβολιαστική κάλυψη >80-95%).

Εφόσον το παιδί τους δεν έχει εμβολιαστεί, οι ίδιοι δεν είναι δυνατόν να γνωρίζουν πότε το παιδί θα έρθει σε επαφή με έναν άνθρωπο που έχει ήδη μολυνθεί και φέρει τη νόσο, με αποτέλεσμα να παίζουν με την πιθανότητα το παιδί τους να κολλήσει από κάποιον φορέα οποιαδήποτε στιγμή.

Εφόσον το παιδί κολλήσει και είναι φορέας της νόσου, αποτελεί πηγή μετάδοσης της ασθένειας και στους γύρω του. Τα πρώτα άτομα που θα κολλήσουν και θα νοσήσουν είναι τα

άλλα ανεμβολίαστα παιδιά αλλά και τα άτομα ευαίσθητων κατηγοριών, τα οποία μπορεί να βρίσκονται και στην ίδια την οικογένειά τους (π.χ. ηλικιωμένοι). Σαν αποτέλεσμα οι συνέπειες της μετάδοσης θα είναι πολύ σοβαρές όχι μόνο για το δικό τους παιδί αλλά και για άλλους ανθρώπους που θα κολλήσουν.

Τα παιδιά που ανήκουν σε ομάδες «υψηλού κινδύνου» σε περίπτωση που κολλήσουν τη νόσο θα πρέπει γύρω τους να δημιουργηθεί ένα «τείχος προστασίας». Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς, τα αδέρφια αλλά και όλα τα άτομα του περιβάλλοντός τους που έρχονται σε επαφή μαζί τους θα πρέπει να εμβολιαστούν ώστε να προστατεύσουν τα παιδιά αυτά από την επιδείνωση της νόσου.

Είναι γεγονός ότι πολλοί δύσπιστοι γονείς επηρεάζονται περισσότερο όταν οι νοσηλευτές τους μιλάνε με πραγματικές ιστορίες (προσωπικές ιστορίες, βίντεο με μαρτυρίες άλλων γονέων, γραπτά κείμενα).

Το αντιεμβολιαστικό κίνημα και οι απόψεις εναντίον του εμβολιασμού, απ'όπου κι αν αυτές προέρχονται, δεν θα πρέπει να επηρεάζουν κανέναν, και περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας, που είναι υπεύθυνοι για να διατηρήσουν τον επαρκή εμβολιασμό του πληθυσμού, ο οποίος επιτεύχθηκε μετά από αγώνες και αφού θυσιάστηκε πλήθος ανθρώπων μέχρι να ανακαλυφθούν τα εμβόλια. (Κανακούδη, n.d.)

4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι το κίνημα του εμβολιασμού έχει επηρεάσει και τους επαγγελματίες υγείας. Υπάρχουν γιατροί και νοσηλευτές που εναντιώνονται στον εμβολιασμό χρησιμοποιώντας τα επιχειρήματα που αναφέρθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο. Αυτό σημαίνει ότι έχουν και αυτοί μερίδιο ευθύνης απέναντι στη μειωμένη εμβολιαστική κάλυψη, καθώς δεν είναι δυνατόν να πιστέψουν οι πολίτες στα θετικά του εμβολιασμού όταν οι ίδιοι οι επαγγελματίες δεν τον υποστηρίζουν.

Ο ρόλος του νοσηλευτή δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπευτική παρέμβαση με στόχο την αποκατάσταση του ασθενούς, αλλά περιλαμβάνει και ενέργειες που σχετίζονται με την πρόληψη, τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας. Τέτοιες ενέργειες είναι ο εμβολιασμός, η σχολιατρική υπηρεσία και τα κέντρα μητρότητας και παιδιού.

Σε αυτές τις περιπτώσεις οι νοσηλευτές εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και προλαμβάνουν την εξάπλωση ασθενειών. Για το λόγο αυτό οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρακολουθούν τις εξελίξεις της επιστήμης, παρακολουθώντας συνέδρια και σεμινάρια. Επίσης θα πρέπει να συνεργάζεται με τους αρμόδιους φορείς από το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Παιδείας, τους δήμους, τα σχολεία και τους συλλόγους γονέων. Με τον τρόπο αυτό επεκτείνει το ρόλο του στην κοινότητα και μεταφέρει τη γνώση του στο κοινό για να προάγει την υγεία.

Στην Κοινότητα

Η κοινοτική νοσηλευτική είναι ο κλάδος της νοσηλευτικής που έχει σαν στόχο την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων και των κοινοτήτων στο φυσικό τους περιβάλλον. Σε αυτήν σημαντικό ρόλο παίζουν ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας για την πρόληψη των ασθενειών και την ενημέρωση του πληθυσμού.

Για να γίνει σχεδιασμός ενός εκπαιδευτικού προγράμματος στην κοινότητα θα πρέπει να γίνει περιγραφή και ανάλυση του πληθυσμού, καθορισμός των στόχων, αποτίμηση των πόρων, σχεδιασμός της μεθοδολογίας και να καθοριστεί ο τρόπος αξιολόγησης. Κατά την αξιολόγηση ενός προγράμματος γίνεται μέτρηση της μείωσης του προβλήματος και εξετάζεται η βελτίωση της υγείας.

Ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας, όπως είναι και αυτό της ενημέρωσης για τον εμβολιασμό, μπορεί να οργανώνεται εξ'ολοκλήρου από νοσηλευτές και οι ίδιοι να αποτελούν την ομάδα υγείας. Φυσικά δεν λείπουν τα εμπόδια στις προσπάθειες αυτές όπως είναι οι εξωγενείς παράγοντες, η έλλειψη συνεργασίας με τη διοίκηση, η έλλειψη μέσων για τη διδασκαλία, οι συγκρούσεις με άλλες ειδικότητες ή η έλλειψη προσωπικού.

Εαν τα προγράμματα αφορούν παιδιά, όπως είναι και ο εμβολιασμός, θα πρέπει να έχουν ευελιξία, δημιουργικότητα και ποικιλία.

Στο σχολείο

Ο σκοπός της σχολικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τους μαθητές να βελτιώσουν την αυτοεικόνα τους, να φροντίζουν οι ίδιοι για την υγεία τους και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Η διδασκαλία υγείας μπορεί να περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα των μαθημάτων ή να είναι περιστασιακή.

Η περιστασιακή αγωγή στοχεύει στην αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών, όπως είναι ένα λοιμώδες νόσημα, ένα ατύχημα ή μια επιδημία. Ο νοσηλευτής διδάσκει τον τρόπο πρόληψης αλλά και αντιμετώπισης των διαφόρων ασθενειών.

Ο νοσηλευτής εκτός από εκπαιδευτικό έχει και συμβουλευτικό ρόλο. Είναι απαραίτητο λοιπόν να επικοινωνεί και να συζητά με τους μαθητές, να τους ενημερώνει και να τους δίνει σωστές πληροφορίες και οδηγίες, να υποστηρίζει και να ενθαρρύνει τα παιδιά.

Αυτό φυσικά αφορά και το θέμα του εμβολιασμού και της σωστής ενημέρωσης για αυτόν. Είναι ένα θέμα για το οποίο τα παιδιά και οι γονείς βομβαρδίζονται με αρνητικές και μη έγκυρες ειδήσεις, με αποτέλεσμα να τίθενται ενάντια στον εμβολιασμό, βάζοντας σε κίνδυνο την υγεία του παιδιού τους αλλά και του υπόλοιπου πληθυσμού.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

5.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Παιδί ηλικίας 7 ετών μεταφέρθηκε από τους γονείς του στο νοσοκομείο παιδων στην Πάτρα. Το παιδί εμφάνιζε υψηλό πυρετό 40°C, βήχα και έντονους πυρετικούς σπασμούς. Επίσης στο δέρμα του υπήρχαν ερυθρές κυλίδες. Οι γονείς ενημέρωσαν ότι το παιδί είχε πυρετό για πάνω από δύο ημέρες.

Έγιναν οι απαραίτητες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες έδειξαν αύξηση των ηλεκτρικών εκφορτίσεων στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να συσπώνται οι μύες. Η διάρκεια των σπασμών ήταν μεταξύ 5 και 10 λεπτών και η εξέταση έδειξε ότι δεν υπήρχε προδιάθεση για επιληψία. Η διάγνωση κατέληξε ότι ο ασθενής πάσχει από ίλαρά και ο υψηλός πυρετός προκαλεί σπασμούς. Στο ιστορικό του παιδιού δεν είναι καταγεγραμμένο ότι έχει εμβολιαστεί. Οι γονείς όταν ερωτήθηκαν, απάντησαν ότι το παιδί δεν έχει εμβολιαστεί κατόπιν δικής τους απόφασης.

Αξιολόγηση ασθενούς-Νοσηλευτική Διάγνωση

- Ο ασθενής εμφανίζει υψηλό πυρετό 40°C για πολλές ημέρες.
- Το παιδί είναι καταβεβλημένο χωρίς πολλές δυνάμεις, έχει ατονία.
- Εμφανίζονται σπασμοί λόγω του υψηλού πυρετού.
- Οι γονείς είναι επηρεασμένοι αρνητικά ως προς τον εμβολιασμό του παιδιού.

Αντικειμενικός Σκοπός

- Ο πυρετός πρέπει να μειωθεί και να εξαληφθεί.
- Το παιδί πρέπει να ανακτήσει τις δυνάμεις του.
- Οι σπασμοί πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα.
- Οι γονείς πρέπει να καταλάβουν τη σπουδαιότητα του εμβολιασμού και να γίνουν θετικοί.

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

- Για τον πυρετό θα πρέπει να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή, να ενυδατωθεί ο ασθενής και να προστατευθεί από την εφίδρωση
- Για να ανακτήσει τις δυνάμεις του θα πρέπει να αναπαύεται επαρκώς, να χαλαρώνει και να τρέφεται καλά.
- Για να αντιμετωπιστούν οι σπασμοί πρέπει να χορηγηθεί αγωγή. Επίσης θα πρέπει να αποτραπεί το ενδεχόμενο πνιγμού από εμετό και να παρακολουθείται συχνά η πορεία των σπασμών.
- Οι γονείς θα πρέπει να ενημερωθούν σωστά για τα πλεονεκτήματα και την ανάγκη εμβολιασμού του παιδιού τους.

Ενέργειες Νοσηλεύτη

- Για τον πυρετό χορηγούνται ενδοφλέβια αντιπυρετικά μετά από οδηγία του θεράποντος ιατρού. Εφαρμόζονται χλιαρά επιθέματα και εξετάζονται συχνά τα ζωτικά σημεία. Το παιδί κάνει συχνά χλιαρό μπάνιο και αλλάζονται τα κλινოსκεπάσματα. Το παιδί παραμένει ντυμένο με ελαφρά ρούχα και του χορηγούνται πολλά υγρά ώστε να ενυδατώνεται επαρκώς.
- Για να ανακτήσει το παιδί τις δυνάμεις του ο νοσηλευτής θα πρέπει να καθοδηγήσει σωστά το ίδιο και τους γονείς του και να εξασφαλίσει ότι θα αναπαύεται επαρκώς. Το παιδί θα πρέπει να κοιμάται ήρεμα, χωρίς θόρυβο και με χαμηλό φωτισμό. Επίσης θα πρέπει η διατροφή του παιδιού να του παρέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία για την ανάρρωσή του.
- Για να αντιμετωπιστούν οι σπασμοί θα πρέπει το παιδί να τοποθετείται σε πλάγια θέση ώστε να μην πνιγεί από εμετό. Χορηγείται διαζεπάμη από το όρθο με εντολή ιατρού και παρακολουθούνται οι σπασμοί ανά τακτά χρονικά διαστήματα.
- Οι γονείς ενημερώνονται ότι με τον εμβολιασμό προστατεύουν όχι μόνο το παιδί τους αλλά και τους ανθρώπους γύρω του. Ενημερώνονται για τα θετικά οφέλη του εμβολιασμού και ότι οι αρνητικές επιπτώσεις του είναι σπάνιες. Ενημερώνονται για το πρόγραμμα του εμβολιασμού που θα πρέπει να ακολουθήσει το παιδί τους στο εξής.

Εκτίμηση Αποτελέσματος

- Το σύμπτωμα του πυρετού υποχώρησε, η θερμοκρασία του παιδιού έχει σταθεροποιηθεί στους 36,6°C.
- Το παιδί ανακτά τις δυνάμεις του.
- Οι σπασμοί υποχώρησαν.
- Οι γονείς αντιλαμβάνονται πόσο σημαντικός είναι ο εμβολιασμός για το παιδί και ότι αν είχαν προνοήσει για αυτό δεν θα είχε εκτεθεί το παιδί τους σε αυτόν τον κίνδυνο της ιλαράς.

5.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Κορίτσι ηλικίας 12 ετών προσέρχεται στον παιδίατρο με ίωση. Ο γιατρός εξετάζει το παιδί και σημειώνει στο βιβλιάριο του ιστορικού την αγωγή που χρειάζεται για την θεραπεία της ίωσης. Εκεί βλέπει ότι το κορίτσι δεν έχει κάνει το εμβόλιο του ΗΡV ενάντια στον καρκίνο της μήτρας. Όταν το αναφέρει στους γονείς αυτοί φαίνονται αρνητικοί, λέγοντας ότι δεν εμπιστεύονται το συγκεκριμένο εμβόλιο καθώς έχει δοθεί σε κυκλοφορία τα τελευταία χρόνια και δεν γνωρίζουν ποιες είναι οι επιπτώσεις και οι παρενέργειές του.

Αξιολόγηση ασθενούς-Νοσηλευτική Διάγνωση

- Οι γονείς είναι αρνητικοί καθώς δεν εμπιστεύονται το εμβόλιο. Πιστεύουν ότι επειδή έχει δοθεί σε κυκλοφορία τα τελευταία χρόνια, οι επιπτώσεις του δεν έχουν γίνει ακόμη γνωστές.
- Το παιδί δεν έχει κάνει καμία δόση του εμβολίου. Αυτό σημαίνει ότι θα είναι εκτεθειμένο σε μελλοντικό κίνδυνο.

Αντικειμενικός Σκοπός

- Θα πρέπει οι γονείς να καταλάβουν ότι ο εμβολιασμός του παιδιού εξασφαλίζει τη μελλοντική του υγεία και το προστατεύει από πιθανή μελλοντική ασθένεια.
- Το παιδί θα πρέπει να κάνει το εμβόλιο, ώστε να είναι θωρακισμένο από την απειλή της ασθένειας.

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

- Ο νοσηλευτής θα εξηγήσει τους λόγους που το εμβόλιο είναι απαραίτητο και τα οφέλη που θα έχει για το κορίτσι.
- Το παιδί θα πρέπει να κάνει την πρώτη δόση του εμβολίου και να προγραμματιστούν οι επισκέψεις για τις επόμενες δύο δόσεις.

Ενέργειες Νοσηλεύτη

- Ο νοσηλευτής εξηγεί με απλά λόγια στους γονείς ότι το εμβόλιο προστατεύει το παιδί από τον καρκίνο της μήτρας, ασθένεια που εμφανίζεται πολύ συχνά στις γυναίκες. Τους ενημερώνει σωστά για τη διαδικασία των τριών δόσεων. Τους αναφέρει ότι

είναι σπάνιες οι φορές που ένα εμβόλιο έχει αρνητικές επιπτώσεις και ότι τα οφέλη του είναι πολλά περισσότερα. Τους εξηγεί ότι το συγκεκριμένο εμβόλιο πριν φτάσει στην αγορά έχει δοκιμαστεί εργαστηριακά αλλά και σε ανθρώπους για να ελαχιστοποιηθούν οι παρενέργειές του.

- Ο νοσηλευτής κάνει στο παιδί το εμβόλιο και το σημειώνει στο ιστορικό του. Προγραμματίζει την ημερομηνία που θα γίνει η δεύτερη δόση του εμβολίου.

Εκτίμηση Αποτελέσματος

- Οι γονείς, έχοντας πλέον ενημερωθεί σωστά, αποδέχονται τον εμβολιασμό για τον καρκίνο της μήτρας.
- Το παιδί είναι προστατευμένο από την ασθένεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην παρούσα εργασία αναλύθηκε διεξοδικά το κίνημα του αντιεμβολιασμού και πως αυτό έχει επηρεάσει την υγεία της σημερινής κοινωνίας.

Είναι γεγονός ότι ο εμβολιασμός ως ιατρική πράξη είναι γνωστός εδώ και δεκαετίες, και έχει συμβάλει στην μείωση ή ακόμη και στην εξάλειψη ασθενειών και λοιμώδων νοσημάτων που βασάνιζαν τον άνθρωπο για πολλά χρόνια.

Ο εμβολιασμός, όπως οι περισσότερες ιατρικές ανακαλύψεις, ενδέχεται σε ορισμένους ανθρώπους να προκαλέσουν αρνητικές παρενέργειες, σε καμία όμως περίπτωση οι περιπτώσεις αυτές δεν είναι περισσότερες από τους θανάτους που προκαλούσε η εξάπλωση διαφόρων ασθενειών όπως για παράδειγμα είναι η ιλαρά.

Εξαιτίας λοιπόν αυτών των περιστατικών και ξεχνώντας τους μαζικούς θανάτους που προκαλούσαν οι ασθένειες αυτές, δημιουργήθηκε το κίνημα του αντιεμβολιασμού, οι υποστηρικτές του οποίου έχουν επηρεάσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Τα επιχειρήματα του κινήματος αυτού ενώ καταρρίπτονται από την επιστήμη, παρόλ'αυτά επηρεάζουν την κοινή γνώμη με αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια να παρατηρείται μείωση της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού. Σαν συνέπεια αυτού τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει να εμφανίζονται ασθένειες που είχαν εκλείψει, όπως είναι η ιλαρά, και οι οποίες προσβάλλουν τον πληθυσμό και επιφέρουν ακόμη και το θάνατο των ασθενών.

Το κίνημα αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση των ανθρώπων, και με τη σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση των παιδιών αλλά και των γονέων, ώστε να μην γυρίσουμε σε γεγονότα που έζησαν οι πρόγονοί μας αλλά να προχωρήσουμε σε ένα μέλλον με ασπίδα την υγεία.

Από όλα όσα αναφέρθηκαν στην εργασία αυτή, προκύπτει ότι για να αντιμετωπιστεί το αντιεμβολιαστικό κίνημα θα πρέπει να γίνουν δύο ενέργειες. Πρώτον θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα σαφές και αυστηρό πλαίσιο για τους εμβολιασμούς και δεύτερον θα πρέπει η ιατρική κοινότητα να φροντίσει για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ώστε να παταχθεί η ψευδοεπιστήμη και να εξασφαλιστεί η προστασία της δημόσιας υγείας.

Αν η ιατρική κοινότητα φροντίζει μόνο για την καταστολή του φαινομένου του αντιεμβολιασμού αυτό δεν αρκεί για να καταπολεμηθεί εντελώς. Η αντιμετώπιση του κινήματος χρειάζεται μεγάλο ενδιαφέρον και εφαρμογή πολιτικών πρόληψης, όπως είναι η αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος των ιατρών που υποστηρίζουν το κίνημα και ο έλεγχος ιστοσελίδων που προωθούν ψευδείς ειδήσεις.

Το πιο σημαντικό από όλα είναι να συνειδητοποιήσουν οι άνθρωποι μιας κοινωνίας ότι τα ευρήματα της επιστήμης δεν είναι τυχαία. Είναι αποτελέσματα έρευνας, δοκιμών και αναλύσεων. Για πολλά χρόνια τα εμβόλια σώζουν ζωές και για το λόγο αυτό επιβάλλεται να συνεχίσει ο εμβολιασμός του πληθυσμού. Εάν λοιπόν κάποιος είναι ενάντια στον εμβολιασμό θα πρέπει να το έχει αποδείξει πρώτα επιστημονικά και να στηρίζει την άποψή του σε γεγονότα και όχι στις σπάνιες παρενέργειες που παρατηρούνται σε πολύ μικρό ποσοστό του πληθυσμού.

Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια, με τη διάδοση του διαδικτύου, οι άνθρωποι έχουν τη δυνατότητα να έχουν πρόσβαση σε πληθώρα πληροφοριών. Αυτό έχει σαν συνέπεια, άνθρωποι που δεν έχουν επιστημονική γνώση να αναρτούν οποιαδήποτε λανθασμένη πληροφορία και αυτό να επηρεάζει ένα μέρος του πληθυσμού, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία.

Είναι γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει πρώτοι να επιλέγουν τη σωστή πλευρά, και να υποστηρίζουν την υγεία του πληθυσμού. Αυτό εξασφαλίζεται μέσω του εμβολιασμού και σίγουρα αποτελεί προτεραιότητα για τους επιστήμονες. Για το λόγο αυτό οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένη στάση απέναντι στους ανθρώπους που υποστηρίζουν το κίνημα του αντιεμβολιασμού. Θα πρέπει καταρχήν να τους ενημερώνουν σωστά και υπεύθυνα, και να μην επηρεάζονται από αυτούς. Αυτό θα έχει σαν συνέπεια την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης και την αύξηση της προστασίας του πληθυσμού.

Το κίνημα του αντιεμβολιασμού είχε κερδίσει αρκετό έδαφος τα προηγούμενα χρόνια για πολλούς λόγους, είτε αυτοί αφορούσαν τη διάδοση ψευδών ειδήσεων, είτε αφορούσαν την οικονομική δυσκολία που πολλές οικογένειες περνούσαν και δεν είχαν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, και αναπτύχθηκαν ιδέες και επιχειρήματα για την υπεράσπισή του.

Φυσικά, οι απόψεις αυτές δεν στηρίχθηκαν σε καμία επιστημονική μελέτη ή έρευνα, με αποτέλεσμα γρήγορα να αποδειχθεί ότι ήταν αβάσιμες. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι έπαψαν να έχουν υποστηρικτές. Όσο και αν προσπαθούν οι επαγγελματίες υγείας, ιατροί και νοσηλευτές, να αντικρούσουν αυτές τις απόψεις, δεν έχει ακόμη εξαλειφθεί το κίνημα αυτό, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την υγεία παιδιών αλλά και ενηλίκων.

Το γεγονός ότι με τον εμβολιασμό πολλές ασθένειες εξαλείφθηκαν έκανε τους ανθρώπους να ξεχάσουν, με το πέρασμα των χρόνων, τις δραματικές συνέπειες που είχαν αυτές. Εξελίσσονταν ως πανδημίες και οδηγούσαν στο θάνατο χιλιάδες ανθρώπους. Αυτό με τα χρόνια άρχισε να εκλείπει, με αποτέλεσμα οι νέες γενιές να έχουν σαν εικόνα μόνο τις πιθανές παρενέργειες των εμβολίων και όχι τις θετικές επιδράσεις. Με την εξάπλωση του αντιεμβολιαστικού κινήματος οι ασθένειες αυτές άρχισαν να επανεμφανίζονται και να προσβάλλουν τον πληθυσμό, οδηγώντας ξανά στο θάνατο πολλούς ασθενείς.

Αυτό χρειαζόταν για να κρούσει τον κώδωνα του κινδύνου και να ταρακουνήσει την εξάπλωση του αντιεμβολιαστικού κινήματος το οποίο δεν μπορούσε φυσικά να προστατεύσει τον πληθυσμό.

Οι άνθρωποι άρχισαν να αντιλαμβάνονται τα οφέλη και να προστατεύουν την υγεία τη δική τους και των παιδιών τους. Με τον τρόπο αυτό προστατεύονται οι επόμενες γενιές και εξασφαλίζεται η μακροζωία και η ευημερία της κοινωνίας.

Η παρούσα εργασία αποτέλεσε μια βιβλιογραφική αναζήτηση σχετικά με το θέμα του κινήματος του αντιεμβολιασμού, μέσα από την οποία, εκτός από την ιστορική αναδρομή και την εξέλιξη του εμβολιασμού και του αντιεμβολιασμού, αναλύθηκαν τα επιχειρήματα των αντιεμβολιαστών αλλά και τα αντεπιχειρήματα των εμβολιαστών. Αναπτύχθηκε η θεωρία γύρω από το κίνημα αλλά και οι συνέπειές του. Η εργασία αυτή αποτέλεσε συγκέντρωση των πληροφοριών και ανάλυση των λόγων που δεν θα πρέπει το συγκεκριμένο κίνημα να συνεχίσει να βρίσκει υποστηρικτές.

Βιβλιογραφία

(CDC), C. o. D. C., 1999. *Achievements in ublic Health 1990-1999, impact of vaccines universally recommended for children*. United states: MMWR.

Akobeng AK., T. A., 1999. *Inflammatory bowel disease, aytism, and the measles, mumps, and rubella vaccine..* s.l.:J Pediatr Gastroenterol Nutr..

Allen A., Y. K. H. B. & S. M., 2013. *Εμβόλια: Η ιστορία της πιο σωτήριας ιατρικής ανακάλυψης, "The history of vaccines"*. s.l.:The College of Physicians of Philadelphia, Αρχιτέλαγος 2009.

Anon., 2018. *Kathimerini*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.kathimerini.gr>

Anon., 2018. *Wikipedia*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Edward_Jenner

Anon., 2018. *Wikipedia*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/John_Snow

Anon., 2019. *ec.europa*. [Ηλεκτρονικό]
Available at:
[\[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/vaccination/docs/2018_vaccine_confidence_en.pdf\]](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/vaccination/docs/2018_vaccine_confidence_en.pdf)

Anon., 2019. *ec.europa.eu*. [Ηλεκτρονικό]
Available at:
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/vaccination/docs/2018_vaccine_confidence_en.pdf

Anon., 2019. *Ellinika Hoaxes*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://ellinikahoaxes.gr/2016/10/17/pertussis/>

Anon., 2019. *Infovac*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://infovac.gr>

Anon., 2019. *TO BHMA*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: https://www.tovima.gr/printed_post/xanei-edafos-to-antiemvolia-stiko-kinima-stin-ellada/

Babatsikou F., V. R. V. Z. G. S. K. E. K. C., 2010. s.l.:Heal Sci J..

Bhattacharya, J. S. & S., 2006. *A Text Book of Immunology*. s.l.:Academic Publishers.

Chen RT., D. F., 1998. *Vaccine adverse events: Causal or coincidental?*. s.l.:Lancet.

Chen RT., R. S. M. J. e. a., 1994. *The Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)*. s.l.:Vaccine.

Crowcroft NS., W. B. D. K. G. U., 2001. *Guidelines for the control of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. s.l.:MMWR 2005.

- Halloran, P. &, 2003. *Effects of Pertussis Vaccination on Disease: Vaccine Efficacy in Reducing Clinical Severity*. s.l.:Clinical Infectious Diseases.
- HJ. Larson, e. a., 2015. *Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool*. s.l.:Vaccine.
- Kim W., L. L., 2010. *Dendritic cell Vaccines for Brain Tumors*. s.l.:Neurosurg Clin N Am.
- Madsen KM., H. A. V. M. S. D. W. J. T. P. e. a., 2002. *Numb ER 19 Vaccination and Autism*. s.l.:N Engl J Med..
- Maltezos HC., G. D. G. I. C. N. G. E. P. A. e. a., 2015. *Experience with parental vaccination refusal and attitudes about vaccinations of pediatricians in Greece*. [Ηλεκτρονικό]
Available at:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lah&AN=20143400902&site=ehost-live%5Cnhttp://www.cabi.org/cabdirect/showpdf.aspx?PAN=http://www.cabi.org/cabdirect/showpdf.aspx?PAN=20143400902%5Cnhttp://www.sciencedomain.org/abstract.php?iid=715&id=1>
- Murray T., E. P. O. K., 2012. *Φροντίζοντας Ασθενείς με Δερματικές Διαταραχές, Παθολογική Χειρουργική*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- RoseV, T. g. v. A. p., 2011. [Ηλεκτρονικό]
Availableat: http://veldarose.org/uploads/July_013.pdf
- Seib, Zhao & Rappuoli, 2012. *Developing vaccines in the era of genomics: a decade of reverse vaccinology*. [Ηλεκτρονικό]
Availableat: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22882709>
[Πρόσβαση 19 Ιανουάριος 2019].
- Serruto, και συν., 2012. The new multicomponent vaccine against meningococcal serogroup B, 4CMenB: Immunological, functional and structural characterization of the antigens.. *Vaccine*, p. 30(SUPPL. 2):1–23.
- Smith PJ., S. J., 2008. *Vaccination coverage estimates for selected countries: Achievement of healthy people 2010 goals and association with indices of access to care, economic conditions, and demographic composition*. s.l.:Public Health Rep..
- Smith, 2010. *Concepts of herd protection and immunity*. s.l.:Procedia Vaccinol.
- Smith, P., 2009. *Concepts of herd protection and immunity*. Ninth Global Vaccine Research Forum and Parallel Satellite Symposia: s.n.
- Stehr-Green P., T. P. S. M. M. P. S. D., 2003. *Autism and thimerosal-containing vaccines: Lack of consistent evidence for an association*. s.l.:Am J Prev Med..
- Sutter RW., C. S. M. J., 1999. *Live attenuated polio vaccines*. Philadelphia: W.B.Saunders.

Taylor LE., S. A. E. G., n.d. *Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies..* [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.04.085>

Thomson N., M. S. P. R. W. A., n.d. [Ηλεκτρονικό]

Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(95\)90816-](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(95)90816-1)

[1%5Cn/Users/yiranerlinliu/Documents/ReadCube Media/Lancet 1995 Thompson NP.pdf](https://www.researchprotocols.org/2019/1/e13111)

Virk A., J. E., 2004. *Adult Immunizations, Travel Medicine*. Kozarsky et al.: Mosby.

Wakefield AJ., E. A. D. A. P. R. P. R., 1995. *Crohn's disease: pathogenesis and persistent measles virus infection..* s.l.:Gastroenterology.

WHO, 2017. Στο: *Total IR..* s.l.:WHO EpiData., pp. 1-6.

WHO, 2019. *World Health Organization*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>

[Πρόσβαση 13 Ιανουάριος 2019].

Αλιβιζάτος & Πουρναρόπουλος, 1952. *Το περί "ευλογιασμού" έργον του Έλληνος ιατρού του ΙΗ' αιώνος Ιάκωβου Πυλαρινού*. Αθήνα, Ακαδημία Αθηνών, pp. 287-307.

Βρυώνης, n.d. *Το αντιεμβολιαστικό κίνημα*. s.l.:s.n.

Γραμματικός, Μ. Φ., June 2009. *Meta Analyses on Pediatric Infections and Vaccines*. s.l.:Infectious Disease Clinics of North America.

Δρονούδας, Ν., 2017. *Εμβολιασμοί σε παιδιά: ιατρική, βιοηθική και νομική διάσταση*. Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

ΕΣΔΥ, Ε. Σ. Δ. Υ., 2012-2013. *Εθνική Μελέτη Κατάστασης Εμβολιασμού των Παιδιών στην Ελλάδα*. s.l.:s.n.

Κανακούδη, Τ., n.d. *Ασφάλεια των Εμβολίων, Αντιεμβολιαστικό Κίνημα, Παρέμβαση Παιδιάτρου*. s.l.:ΑΠΘ, Τμήμα Ιατρικής.

Κανακούδη, Τ. Κ. Π. Δ. Α., 2014. *Βασική Παιδιατρική*. Θεσσαλονίκη: UniversityStudioPress 3η Έκδοση.

Καραγιαννοπούλου-Κόγιου, n.d. *Νεότερες απόψεις για τα εμβόλια παιδιών και ενηλίκων..*

[Ηλεκτρονικό]

Available at: <https://docplayer.gr/2644478-Neoteris-apopseis-gia-ta-embolia-paidion-kai-enilikon-dr-sofia-karagiannopoyloy-kogioy-paidiatros-syntonistria-dieythyntria-kentroy-ygeias-thermis.html>

[Πρόσβαση 13 Ιανουάριος 2019].

Καραμπερόπουλος, 2006. Εμβολιασμός: Η Πρώτη Επιστημονική Εφαρμογή του από τους Έλληνες Ιατρούς Εμμ. Τιμόνη και Ιακ. Πυλαρινό (αρχές 18ου αι.). *Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*, τόμ. 53, τεύχ. 4, pp. 347-351.

ΚΕΕΛΠΝΟ, 2019. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.keelpno.gr/>

Ματσανιώτης, Σ. κ., 2010. *Επίτομη Ιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Μαυριδάκη Ειρ., Σ. Ε., 2002. *Nefeli.lib.teicrete.gr*. [Ηλεκτρονικό]
Available at:
http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/nos/2002/MauridakiEirini.SamaritakiEirini/attached-document-1302160136-584513-10818/mayridaki_samaritaki2002.pdf
[Πρόσβαση Φεβρουάριος 2019].

Μπαβέας, Θ., 2012. *Εγχειρίδιο για τα λοιμώδη νοσήματα*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <https://www.emprosnet.gr/emprosnet-archive/916211fb-7400-4b9d-92eb-f80fdedbe57f>
[Πρόσβαση 12 Ιανουάριος 2019].

Μπαρτζόκας & Μαρκέτος, 1997. Emmanouel Timonis, Jakonos Pylarinos and smallpox inoculation. *Journal of Medical Biography*, τόμ. 5, pp. 122-123.

Παναγιωτόπουλος Τ., κ., 2013. *Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα..* s.l.: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Παναγιωτόπουλος, 2012. *Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Περσιάνης, 2011. *Σύντομη ιστορία των εμβολίων 1796 - 2011*, Λευκωσία: s.n.

Σταμάτη, 2001. Οι επιδημίες ταξιδεύουν στον πλανήτη. *ΤΑ ΝΕΑ*.

Τούντας, 2002. *Η Ιστορία της Αρρώστιας. Από την Κλασική Εποχή στη Σύγχρονη*, s.l.: διαθέσιμο στο <http://www.24grammata.com/?p=12851>, ανακτήθηκε στις 10/01/2019.

Τρακαδά Αικ., Κ. Μ., 2001. *ΝΕΣΤΩΡ ΤΕΙ Καλαμάτας*. [Ηλεκτρονικό]
Available at:
http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12242/SDO_DMYP_00192_Medium.pdf?sequence=1
[Πρόσβαση Φεβρουάριος 2019].

Τσώλη, 2008. *Θερίζουν οι «ΞΕΧΑΣΜΕΝΕΣ» ασθένειες*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <https://www.tovima.gr/2008/11/24/science/therizoyn-oi-ksexasmenes-astheneies/>
[Πρόσβαση 19 Ιανουάριος 2019].

Υπουργείο, Υ., 2008-2012. *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων*. Αθήνα: s.n.

ΥΓΚΑ, 2019. ΥΓΚΑ. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/95-ethnika-sxedia-drashs>

Φ.Σ.Ρεθύμνου, 2018. *Φαρμακευτικός Κόσμος*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <https://www.farmaceutikoskosmos.gr/article-f/ta-terastia-ofelh-ton-embolion-sthn-an9r/20983>

Φαρμάκη & Ταπάρκου, 2017. *Εμβόλια στη μεταγενωμική εποχή*. Θεσσαλονίκη: s.n.

Χριστοδούλου, n.d. *Το αντιεμβολιαστικό κίνημα, μια προσπάθεια αποδόμησης του και εφαρμογής ενός πλαισίου εμβολιασμού*. s.l.:s.n.