



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Εμβολιαστική κάλυψη παιδιών μεταναστών
σε ένα αστικό Δήμο της Κρήτης**

**Ευλαμπίδου Ζαφειρούλα (Ηρώ)
Ιατρός**

- Επιβλέποντες:
1. **Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
 2. **Α. Κούτης**, Ιατρός Κοινωνικής Ιατρικής, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης

© 2005

Ζαφειρούλας (Ηρούς) Ευλαμπίδου

ALL RIGHTS RESERVED

Στους ρομαντικούς που παλεύουν με τους ανεμόμυλους...
και σε αυτούς που έπεσαν στη μάχη...



Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος Εργασίας: Εμβολιαστική κάλυψη παιδιών μεταναστών σε ένα αστικό Δήμο της Κρήτης
Της: Ευλαμπίδου Ζαφειρούλας (Ηρώ)
Υπό την επίβλεψη των: 1. Α. Φιλαλήθη 2. Α. Κούτη
Ημερομηνία: 15-06-2005

ΕΙΣΑΓΩΓΗ και ΣΚΟΠΟΣ: Το επίπεδο εμβολιαστικής κάλυψης στις μειονοτικές ομάδες είναι συνήθως μικρότερο από αυτό που απαιτείται στο γενικό πληθυσμό με αποτέλεσμα να αυξάνει ο κίνδυνος νόσησης του ίδιου του ατόμου και να μειώνεται η συλλογική ανοσία του πληθυσμού. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του επιπέδου της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών μεταναστών στο Δήμο Γαζίου του νομού Ηρακλείου Κρήτης για το έτος 2004.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε ο έλεγχος των πιστοποιητικών εμβολιασμού 88 παιδιών μεταναστών σε σύνολο 159, ηλικίας 2 μηνών έως 18 ετών, κατά τους μήνες Σεπτέμβριο και Οκτώβριο του 2004. Συλλέχθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών, οι ημερομηνίες διεξαγωγής των εμβολιασμών τους και ο φορέας διενέργειας των εμβολιασμών. Η συμπλήρωση των στοιχείων έγινε με προσωπική, κατ'οίκον, συνέντευξη με τις μητέρες των παιδιών με τη χρήση ενός πρότυπου ερωτηματολογίου. Ο υπολογισμός των επιμέρους δεικτών έγινε με βάση το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και σύμφωνα με τα πρότυπα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό συμμετοχής στη μελέτη ήταν 55,3%. 52,3% ήταν άρρενες και 84,1% Αλβανικής καταγωγής. Η μέση ηλικία ήταν τα 7,5 έτη με σταθερά απόκλιση 4,6. 14 παιδιά θεωρήθηκαν ανεμβολίαστα (15,9%) διότι δεν έφεραν κάποιο αποδεικτικό εμβολιασμού.

Εμβολιασμένο με 3 δόσεις ως την ηλικία του 1 έτους με DTP βρέθηκε το 76,7% [ΔΕ95%: 72,7 – 80,7], για την πολιομυελίτιδα το 77,9% [ΔΕ95%: 74,0 – 81,8] και για τον αιμόφιλο της ινφλουέντσας το 54,5% [ΔΕ95%: 49,8 – 59,2]. 4 δόσεις μέχρι την ηλικία των 2 ετών έλαβε για το DTP το 40,5% [ΔΕ95%: 35,9 – 45,1], για την πολιομυελίτιδα το 59% [ΔΕ95%: 54,4 – 63,6] και για τον αιμόφιλο το 51,6% [ΔΕ95%: 46,9 – 56,3]. Με 1 δόση μέχρι την ηλικία των 2 ετών για την ιλαρά ήταν εμβολιασμένο το 50,6% [ΔΕ95%: 45,9 – 55,3] ενώ για την ερυθρά και την παρωτίτιδα το 34,9% [ΔΕ95%: 30,4 – 39,4]. 2 δόσεις για τις ίδιες νόσους είχε λάβει το 24,6% [ΔΕ95%: 20,6 – 28,6], το 18,5% και το 18,5% [ΔΕ95%: 14,9 – 22,1] αντίστοιχα. Έναντι της φυματίωσης ήταν εμβολιασμένο το 67,8% [ΔΕ95%: 63,4– 72,2] και με 3 δόσεις ηπατίτιδας το 62,5% [ΔΕ95%: 58,0 – 67,0].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ– ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι εμβολιαστικοί δείκτες της συγκεκριμένης ομάδας παιδιών μεταναστών είναι πολύ χαμηλότεροι από τους προτεινόμενους από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αλλά και από τους αντίστοιχους που απαντώνται στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Αυτό καθιστά αναγκαία την παρέμβαση των υγειονομικών αρχών για την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης και τη συνεχή επιτήρηση του επιπέδου εμβολιασμών στη συγκεκριμένη μειονοτική ομάδα ώστε να αποφευχθούν μελλοντικές επιδημίες των νόσων που τείνουν προς εξάφάνιση.

Λέξεις κλειδιά: Εμβολιαστική κάλυψη, εμβόλια, επιδημιολογία, μετανάστες, Ελλάδα

ABSTRACT

Title: Vaccination coverage of immigrant children in an urban area of Crete, Greece

By: Evlampidou Zafeiroula (Iro)

Supervisors: 1. A. Philalithis 2. A. Koutis

Date: 15-06-2005

INTRODUCTION – AIM: The immunization status of the minority groups is usually lower than in the general population resulting in a higher risk of disease for the person itself and in the reduction of the herd immunity of the population. The aim of this study was to explore of the immunization status of immigrant children in the municipality of Gazi in the prefecture of Heraklion, Crete, for the year 2004.

POPULATION – METHODS: Immunization data were abstracted from the vaccination cards of 88 immigrant children out of 159 in total, aged 2 months to 18 years, during September and October 2004. Vital data, dates of immunizations and the health providers of the vaccinations were collected. The collection of data was made during a household study with personal interviews of the children's mothers, with the use of a standardized questionnaire. The calculation of the immunization indicators was based on the National Vaccination Programme and was made according to the standards of World Health Organization.

RESULTS: The participation rate was 55,3%. 52,3% were male and 84,1% was of Albanian origin. The mean age was 7,5 years (SD±4,6). 14 children (15,9%) were classified as unvaccinated because they did not provide their vaccination cards.

3 doses by the age of 1 year were administered in 76,6% [CI95%: 72,7 – 80,7] for DTP, for poliomyelitis in 77,9% [CI95%: 74,0 – 81,8] and in 54,5% [CI95%: 49,8 – 59,2] for haemophilus influenzae b. 4 doses by the age of 2 years were given to 40,5% [CI95%: 35,9 – 45,1] for DTP, to 59,0% [CI95%: 54,4 – 63,6] for poliomyelitis and 51,6% [CI95%: 46,9 – 56,3] for haemophilus. 50,6% [CI95%: 45,9 – 55,3] has received one dose of measles vaccine by the age of two and 34,9% [CI95%: 30,4 – 39,4] of rubella and mumps. 2 doses for the same diseases were administered in 24,6% [CI95%: 20,6 – 28,6], 18,5% and 18,5% [CI95%: 14,9 – 22,1] respectively. Against tuberculosis was vaccinated 67,8% [CI95%: 63,4– 72,2] of the children and with 3 doses of hepatitis B 62,5% [CI95%: 58,0 – 67,0].

DISCUSSION – CONCLUSIONS: The immunization indicators of this immigrant group are much lower than the ones proposed by the World Health Organization and also lower than those of the general population in Greece. These findings are making necessary the intervention of public health authorities for the increase of the vaccination coverage and the continuous surveillance of the immunization status of this minority group in order to prevent future outbreaks of the diseases which are under elimination.

Keywords: Vaccination coverage, vaccine, epidemiology, immigrants, Greece

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	IV
ABSTRACT	V
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	V
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΩΝ	VII
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
‘Α ΜΕΡΟΣ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ	4
1.1 Μεταδοτικές ασθένειες που προλαμβάνονται με εμβολιασμούς	4
1.2 Εμβολιασμοί	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ	8
2.1 Υγεία και μετανάστευση	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ	10
3.1 Η μετανάστευση στην Ελλάδα	10
3.2 Το προφίλ των μεταναστών στην Ελλάδα – Στατιστικά στοιχεία	11
3.3 Μετανάστες και υγεία στην Ελλάδα	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΙ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΒΑΛΚΑΝΙΚΗΣ	14
Οι χώρες της Βαλκανικής	14
4.1 Τα συστήματα υγείας στις χώρες της Βαλκανικής – Εισαγωγικά	14
4.2 Αλβανία	15
4.3 Βουλγαρία, Ρουμανία, Πολωνία	20
4.4 Ελλάδα	22
Β’ ΜΕΡΟΣ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΙ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	27
6.1 Περιγραφή Πληθυσμού –Δήμος Γαζίου	27
6.2 Μεθοδολογία	28
6.3 Στατιστική ανάλυση-Παρουσίαση δεδομένων	34
6.4 Χρονοδιάγραμμα ενεργειών	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	36
7.1 Δημογραφικά στοιχεία	36
7.2 Εμβολιαστικοί δείκτες	37

7.3 Φορείς διενέργειας εμβολιασμών	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	44
8.1 Αδυναμίες της μελέτης – Περιορισμοί	44
8.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων	47
8.3 Συμπέρασμα – Προτάσεις	63
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι – ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	82
ΠΙΝΑΚΕΣ	82
ΣΧΗΜΑΤΑ	105
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	111
ΕΙΚΟΝΕΣ	138
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	149
ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	149
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	195
ΣΧΗΜΑΤΑ	203
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	204
ΦΥΛΛΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ	205
Δήλωση συμμετοχής στα Ελληνικά	208
Δήλωση Συμμετοχής στα Βουλγάρικα	209
Δήλωση συμμετοχής στα Αλβανικά	210
Δήλωση Συμμετοχής στα Ρώσικα	211
Ενημερωτικό Έντυπο στα Ελληνικά	212
Ενημερωτικό Έντυπο στα Αλβανικά	213
Ενημερωτικό Έντυπο στα Ρώσικα	214
Ανακοίνωση στα Ελληνικά	215
Ανακοίνωση στα Αλβανικά	216
ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	217

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΩΝ

ΑΔΜ: Αρχικές δειγματοληπτικές μονάδες

ΑΔΠ: Αρχικό δειγματοληπτικό πλαίσιο

ΔΕ95%: Διάστημα εμπιστοσύνης 95%

ΤΔΜ: Τελικές δειγματοληπτικές μονάδες

ΤΔΠ: Τελικό δειγματοληπτικό πλαίσιο

ΚΕΠ: Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

EPI: Expanded Programme on Immunization

GAVI: The Global Alliance for Vaccines and Immunization

UNICEF: United Nation's Children's Fund

WHO: World Health Organization- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

HBV: Ιός της ηπατίτιδας Β

HCV: Ιός της ηπατίτιδας C

HIV: Human Immunodeficiency Virus

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome

BCG: Εμβόλιο Φυματίωσης

DT: Διπλό εμβόλιο διφθερίτιδας – τετάνου για παιδιά

DTaP: Τριπλό εμβόλιο διφθερίτιδας-τετάνου-ακυτταρικό κοκκύτη

DTP: Τριπλό εμβόλιο διφθερίτιδας-τετάνου-κοκκύτη

Hep.A: Εμβόλιο ηπατίτιδας Α

Hep.B: Εμβόλιο Ηπατίτιδας Β

HepB+HepA: Διπλό εμβόλιο ηπατίτιδας Β-ηπατίτιδας Α

Hib: Εμβόλιο Αιμόφιλου Ινφλουέντζας τύπου b

Hib+HepB: Διπλό εμβόλιο αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b-ηπατίτιδας Β

IPV: Εμβόλιο Salk

Infanrix: Εμβόλιο τριπλό προσροφημένο: διφθερίτιδας-τετάνου- ακυτταρικό κοκκύτη

Infanrix-IPV: Εμβόλιο τετραπλό προσροφημένο: διφθερίτιδας-τετάνου-ακυτταρικό κοκκύτη-
πολιομυελίτιδας

Infanrix-HepB: Εμβόλιο τετραπλό προσροφημένο: διφθερίτιδας-τετάνου-ακυτταρικό κοκκύτη-ηπατίτιδας Β

Infanrix-IPV-HepB: Εμβόλιο πενταπλό προσροφημένο: διφθερίτιδας-τετάνου-ακυτταρικό κοκκύτη-πολιομυελίτιδας-ηπατίτιδας Β

Infanrix-IPV-HiB: Εμβόλιο πενταπλό προσροφημένο: διφθερίτιδας-τετάνου-ακυτταρικό κοκκύτη-πολιομυελίτιδας-αιμόφιλου ινφλούντσας τύπου b

Infanrix-IPV-HiB-HepB: Εμβόλιο εξαπλό προσροφημένο: διφθερίτιδας-τετάνου-ακυτταρικό κοκκύτη-πολιομυελίτιδας-αιμόφιλου ινφλούντσας τύπου b-ηπατίτιδας Β

MCCV: Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου ορομάδας C

MMR: Τριπλό εμβόλιο ιλαράς- παρωτίτιδας –ερυθράς

OPV: Εμβόλιο Sabin

TB: Φυματίωση

Td: Διπλό εμβόλιο διφθερίτιδας-τετάνου τύπου ενηλίκου

Te: Εμβόλιο τετάνου

Tetracoq: Εμβόλιο τετραπλό προσροφημένο: διφθερίτιδας-τετάνου-κοκκύτη-πολιομυελίτιδας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φτώχεια, η σχετική στέρηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός σε μια κοινωνία έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην υγεία και τον πρόωρο θάνατο των ανθρώπων που βιώνουν αυτές τις καταστάσεις (WHO 2003, Τούντας 2000). Οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, οι περιορισμοί σε πόρους, η διατροφή, το πόσιμο νερό, το κάπνισμα, αλλά και οι κοινωνικές σχέσεις είναι μερικοί από τους παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με τη φτώχεια και την κατάσταση υγείας (Shaw, Dorling και Smith 2003). Η πρόσβαση στις υπηρεσίες και τις δομές υγείας είναι επίσης περιορισμένη στα άτομα που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό, με αποτέλεσμα να στερούνται, εκτός των θεραπευτικών, και τις προληπτικές υπηρεσίες που προσφέρει η χώρα κατοικίας τους (Committee on Community Health Services 1997).

Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες είναι από τις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού που υφίστανται αυτές τις συνέπειες. Το επίπεδο υγείας τους είναι χαμηλότερο από αυτό των γηγενών πληθυσμών, με μεγαλύτερη νοσηρότητα και μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης (Shaw, Dawrling και Smith 2003). Αποτελούν επίσης φορείς ξεχασμένων ή αναδυόμενων νόσων που κάνουν την επανεμφάνισή τους με διαφορετικά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά (HBV, HCV, TB). (Chironna et al 2000, Kremastinou et al. 1999, Pournaras et al. 1999).

Τα παιδιά των μεταναστών είναι περισσότερο ευαίσθητα στην υγεία τους, παρουσιάζουν μεγαλύτερο επιπολασμό φυματίωσης, λοιμώξεων του αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος, παρασιτώσεων, κακή στοματική υγιεινή και χειρότερη διατροφή (Scotto et al. 2005, Stampi et al. 2003, CDC 1998, Committee on Community Health Services 1997). Το επίπεδο των εμβολιασμών τους επίσης, είναι χαμηλότερο από αυτό των παιδιών της χώρας υποδοχής τους (Strine et al. 2002, Waldhoer et al. 1997) παρόλο που σε κάποιες περιπτώσεις τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης είναι ίδια ή και

υψηλότερα στις χώρες προέλευσής τους (WHO, 2004).

Αυτό θέτει σε κίνδυνο κατά πρώτον τα ίδια τα παιδιά των μεταναστών τα οποία, ζώντας ταυτόχρονα σε κακές συνθήκες διαβίωσης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από νοσήματα που προλαμβάνονται με τους εμβολιασμούς. Κατά δεύτερο, θέτει σε κίνδυνο και την υγεία του υπόλοιπου πληθυσμού, αφού έτσι μειώνεται η συλλογική ανοσία. Είναι σημαντικό, λοιπόν, η χώρα υποδοχής να λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα προστασίας τόσο αυτής της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας όσο και του πληθυσμού στο σύνολό του. Να έχει τη δυνατότητα συστηματικής επαγρύπνησης και επιτήρησης των ασθενειών καθώς και του επιπέδου εμβολιασμού τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων και να έχει τη δυνατότητα άμεσης παρέμβασης στις περιπτώσεις που αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Η Ελλάδα έχει μια μακρά ιστορία στο πεδίο των εμβολιασμών και το επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού έχει αυξηθεί πολύ τα τελευταία εικοσιπέντε χρόνια. Νόσοι όπως η διφθερίτιδα και η πολιομυελίτιδα έχουν να εμφανιστούν πολλά χρόνια, ενώ άλλες, όπως η ιλαρά, τείνουν προς εξαφάνιση. Παρόλα αυτά, δεν έχει επιτευχθεί το επιθυμητό επίπεδο εμβολιασμών κι έτσι ο κίνδυνος εμφάνισης επιδημιών εξακολουθεί να υπάρχει. Σε αυτό συντελεί, εν μέρει, και η αθρόα είσοδος οικονομικών μεταναστών και προσφύγων από χώρες με μεγαλύτερο επιπολασμό αρκετών νόσων που προλαμβάνονται με τους εμβολιασμούς (ηπατίτιδα Β, φυματίωση).

Το επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και των ειδικών πληθυσμιακών ομάδων στην Ελλάδα δεν επιτηρείται συστηματικά. Δεν υπάρχει Εθνικό Μητρώο Καταγραφής των διενεργούμενων εμβολιασμών και τα δεδομένα για την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού προέρχονται από μεμονωμένες και τοπικές μελέτες με διαφορετική μεθοδολογία και δείγμα προερχόμενο κυρίως από το γηγενή πληθυσμό. Εξαιρέση αποτελούν οι δύο Πανελλαδικές Μελέτες Κατάστασης Εμβολιασμού που διενέργησε το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού τα έτη 1997 και 2001 (Παναγιωτόπουλος και Βαλάσση-Αδάμ 1998, Παναγιωτόπουλος και συν. 2002α, Παναγιωτόπουλος και συν. 2002β). Οι εμβολιασμοί των παιδιών μεταναστών αποτελούν αντικείμενο μελέτης σε μικρό αριθμό ερευνών με τοπικό χαρακτήρα, οι οποίες έχουν διεξαχθεί σε νοσοκομειακά δείγματα και σε μαθητές σχολείων. Το επίπεδο, όμως, των εμβολιασμών στο γενικό μεταναστευτικό πληθυσμό είναι άγνωστο.

Η παρούσα μελέτη έρχεται να καλύψει ένα μικρό μέρος αυτού του ερευνητικού κενού, με την καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης μιας μειονοτικής ομάδας πληθυσμού, αυτή των παιδιών μεταναστών στο Δήμο Γαζίου του νομού Ηρακλείου Κρήτης.

‘Α ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ

1.1 Μεταδοτικές ασθένειες που προλαμβάνονται με εμβολιασμούς

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1940 τα λοιμώδη νοσήματα αποτελούσαν την κυριότερη αιτία θανάτου και νοσηρότητας σε παγκόσμια κλίμακα. Με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου και την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, την ανακάλυψη των αντιβιοτικών και την παρασκευή εμβολίων και εφαρμογή μαζικών εμβολιασμών, παρατηρήθηκε μια σταδιακή αλλά σταθερή μείωση της επίπτωσης των λοιμωδών νοσημάτων τόσο στις αναπτυγμένες χώρες, όσο και στην Ελλάδα. (Θωμαΐδης και Λάγγας, άγνωστη ημερομηνία έκδοσης)

Αντίθετα με τις αναπτυγμένες χώρες όμως, οι αναπτυσσόμενες δεν ακολούθησαν την ίδια πορεία. Οι λοιμώδεις νόσοι αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου σε αυτές τις περιοχές, με την φυματίωση και την ελονοσία να κατέχουν τις πρώτες θέσεις. Σύμφωνα με εκτίμηση του ΠΟΥ, η πλειοψηφία των περιπτώσεων και των θανάτων από φυματίωση παρατηρείται στις χώρες της Αφρικής και της νοτιοανατολικής Ασίας (WHO 2005). Ένα πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού της γης - κυρίως παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών - εξακολουθεί να νοσεί και να πεθαίνει από ασθένειες που προλαμβάνονται με τους εμβολιασμούς. Σύμφωνα με τη UNICEF χάνονται κάθε ημέρα σχεδόν 5.000 παιδικές ζωές, και κάθε χρόνο περισσότερα από 2.000.000 παιδιά, από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν με ένα απλό εμβολιασμό (UNICEF 2004).

Στην εποχή της παγκοσμιοποίησης, όμως, το πρόβλημα των αναπτυσσόμενων χωρών δεν είναι μόνο δικό τους. Τα τελευταία χρόνια στο δυτικό κόσμο παρατηρείται η εμφάνιση νέων νόσων (AIDS, SARS) (γραφ. 1), η επανεμφάνιση ξεχασμένων ασθενειών (φυματίωση, διφθερίτιδα) (εικ. 1,2,3), η εξάπλωση γνωστών νόσων (Δάγγειος πυρετός,

χολέρα) από τον αναπτυσσόμενο κόσμο στον αναπτυγμένο και η εμφάνιση τοπικών επιδημιών (Hantavirus, E.Coli O157:H7) ενώ παρατηρούνται και τοπικές επιδημίες νοσημάτων που τείνουν προς εξαφάνιση (πολιομυελίτιδα, ιλαρά) (Wilson 1995).

1.2 Εμβολιασμοί

Ο τομέας των εμβολιασμών αποτελεί έναν από τους θεμέλιους λίθους της δημόσιας υγείας μέσω του περιορισμού των λοιμώξεων από νόσους που επί χιλιάδες χρόνια ταλαιπωρούσαν την ανθρωπότητα. Η εφαρμογή του δαμαλισμού σε ευρεία κλίμακα μείωσε πολύ γρήγορα τα κρούσματα της ευλογιάς και η συστηματική του χορήγηση οδήγησε το 1977 στη δήλωση του τελευταίου κρούσματος αυτής της θανατηφόρας νόσου. Το 1979 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακοίνωσε την εκρίζωση της ευλογιάς από τον πλανήτη. Αποτέλεσμα αυτού ήταν η εφαρμογή ενός μεγαλεπήβολου σχεδίου με στόχο την εξάλειψη κάποιων νόσων που προλαμβάνονται με τους εμβολιασμούς και την ελαχιστοποίηση των κρουσμάτων σε πολλές άλλες.

Η αύξηση της παγκόσμιας εμβολιαστικής κάλυψης και η μείωση των κρουσμάτων από τις νόσους που προλαμβάνονται με εμβολιασμούς ήταν ο βασικός στόχος του Εκτεταμένου Προγράμματος Εμβολιασμών (EPI - Extended Program on Immunization) που ξεκίνησε από τον ΠΟΥ το 1974, ενώ ο ίδιος στόχος περιλήφθηκε και στην Παγκόσμια Στρατηγική «Υγεία για Όλους μέχρι το έτος 2000» (WHO 1979). Ένα χρόνο μετά, το πρόγραμμα αυτό υιοθετήθηκε και από το Περιφερειακό Συμβούλιο του ΠΟΥ για την Ευρώπη. Συγκεκριμένα, ο πέμπτος στόχος του ήταν η εξάλειψη επτά συγκεκριμένων ασθενειών, δηλαδή, «μέχρι το 2000 δεν πρέπει να υπάρχουν κρούσματα ιλαράς, πολιομυελίτιδας, νεογνικού τετάνου, συγγενούς ερυθράς, διφθερίτιδας, συγγενούς σύφιλης και ενδημικής ελονοσίας στην Ευρώπη» (WHO 1980, WHO 1985). Το 1998 υιοθετήθηκε για την Ευρώπη η στρατηγική «Υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα» (WHO 1998) ενώ οι Ηνωμένες Πολιτείες ξεκίνησαν το πρόγραμμα «Healthy People 2010» (Centers for Disease Control and Prevention). Ένας από τους κύριους άξονες όλων των παραπάνω προγραμμάτων ήταν η εξάλειψη ή η μείωση των κρουσμάτων και των θανάτων των μεταδοτικών νόσων.

Οι στόχοι αυτοί, μέχρι και σήμερα, δεν έχουν επιτευχθεί πλήρως, τα μέχρι στιγμής αποτελέσματά όμως είναι ενθαρρυντικά. Σε μια κοινή προσπάθεια του ΠΟΥ και της UNICEF, από το 1980 ως το 1990, η παγκόσμια εμβολιαστική κάλυψη αυξήθηκε από το

20% στο 80% για τις έξι θανατηφόρους νόσους (πολιομυελίτιδα, τέτανος, ιλαρά, κοκκύτης, διφθερίτιδα και φυματίωση) (γραφ. 2-10). Η πρόοδος αυτή όμως δεν έχει επιτευχθεί στον επιθυμητό βαθμό σε όλες τις περιοχές του κόσμου (εικ. 1,2), με αποτέλεσμα πάνω από εικοσιπέντε εκατομμύρια παιδιά σε όλο τον κόσμο να μην εμβολιάζονται (πιν. 1) (WHO 2004c). Στην υποσαχάρια Αφρική, μόνο τα μισά παιδιά εμβολιάζονται κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής τους (εικ. 4,5), ενώ σε κάποιες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και της Κοινοπολιτείας των Ανεξάρτητων Κρατών (Γεωργία, Τουρκμενιστάν) τα ποσοστά κάλυψης έχουν πέσει αρκετά μετά τη διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης (γραφ. 12,13). Ως αποτέλεσμα, περισσότερα από δύο εκατομμύρια παιδιά πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό (UNICEF 2004) (πιν. 2, εικ. 6).

Παρόλα αυτά, και παρόλο που δεν κατάφεραν να τηρηθούν τα χρονικά όρια που είχε θέσει ο ΠΟΥ, και αυτό για λόγους κυρίως οικονομικούς και πολιτικούς, η επίπτωση, για παράδειγμα, της πολιομυελίτιδας έχει μειωθεί σημαντικά (εικ. 7,8). Το 2003 ελάχιστες χώρες του κόσμου ήταν ενδημικές (Νιγηρία, Ινδία, Πακιστάν, Νίγηρας, Αφγανιστάν και Αίγυπτος) (WHO 2004a), ενώ πολύ λίγες δηλώνουν πλέον κρούσματα νόσου και οι περισσότερες από αυτές εντοπίζονται στην υποσαχάρια Αφρική. Αρκετές από τις χώρες αυτές, μάλιστα, ήταν ελεύθερες νόσου από το 2000 ή δήλωναν ένα με δύο κρούσματα το χρόνο. Επιδημίες όμως σε γειτονικές περιοχές επανεισήγαγαν τον ιό στα εδάφη τους, με αποτέλεσμα την επανεμφάνιση της νόσου (WHO 2004b) και την αύξηση του κινδύνου διασποράς της σε πιο απομακρυσμένες περιοχές του κόσμου.

Οι σύγχρονες αερομεταφορές, το διεθνές εμπόριο, η αντίσταση στα αντιβιοτικά, η αποδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας ορισμένων οικονομικά αναπτυγμένων χωρών μετά την κατάρρευση των πολιτικών καθεστώτων τους, η υπερσυγκέντρωση των ανθρώπων στις πόλεις, αλλά κυρίως η αύξηση του μεταναστευτικού κύματος από χώρες που ενδημούν αυτές οι νόσοι και η ανεπαρκής υγειονομική υποδομή αρκετών σύγχρονων πόλεων που υποδέχονται αυτούς τους ανθρώπους, θέτουν σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία και των πιο αναπτυγμένων κρατών (Θωμαΐδης και Λάγγας, άγνωστη ημερομηνία έκδοσης) (εικ. 9, γραφ. 14). Επίσης, πολλές φορές παρατηρείται η πτώση των ποσοστών των δεικτών εμβολιασμού, ενώ άλλες φορές εκδηλώνονται και κάποιες μικροεπιδημίες. Σύμφωνα με τους ανωτέρω συγγραφείς, από τις κυριότερες αιτίες για το φαινόμενο αυτό είναι τα λάθη στη στρατηγική κατά την εφαρμογή ευρέων προγραμμάτων εμβολιασμών, όπως α) εφησυχασμός και έλλειψη επιδημιολογικής

εποπτείας στις Υπηρεσίες Υγείας μετά τη ραγδαία μείωση των κρουσμάτων, β) ανεπαρκής καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού στόχου, γ) αδυναμία προσπέλασης μειονοτικών ομάδων (τσιγγάνοι, μετανάστες), δ) λανθασμένη επιλογή σχημάτων εμβολιασμών κ.α.

Παράδειγμα μόνο, αποτελούν οι πρόσφατες επιδημίες κοκκύτη στις Ηνωμένες Πολιτείες (ProMED 2004e), ιλαράς σε παιδιά (ProMED 2004a) και παρωτίτιδας σε φοιτητές στο Ηνωμένο Βασίλειο (ProMED 2004c). Η τελευταία μάλιστα πιθανόν να επεκτάθηκε και στα πανεπιστήμια της γειτονικής Ιρλανδίας, αφού και εκεί παρατηρήθηκαν ταυτόχρονα αρκετά κρούσματα της νόσου (ProMED 2004d). Το ποσοστό κάλυψης με το τριπλό εμβόλιο MMR στα παιδιά της περιοχής που εμφανίστηκαν τα κρούσματα ιλαράς στην Αγγλία, ήταν μόλις 70% (ProMED 2004a), αρκετά χαμηλότερο από αυτό που ορίζει ο ΠΟΥ ως θεμιτό για την πρόληψη τέτοιων επιδημιών, ενώ οι περισσότεροι από τους φοιτητές στους οποίους εμφανίστηκε η παρωτίτιδα δεν είχαν λάβει τη δεύτερη δόση του MMR (ProMED 2004d).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

2.1 Υγεία και μετανάστευση

Οι μετανάστες, όπως αναφέρθηκε, είναι μια ειδική και ανομοιογενής πληθυσμιακή ομάδα που αντιμετωπίζει ποικίλα προβλήματα τόσο στην υγεία όσο και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Το συχνά παράνομο καθεστώς διαμονής, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, το κόστος της περίθαλψης, προβλήματα επικοινωνίας λόγω μη κατανόησης της γλώσσας, πολιτισμικές διαφορές, καθώς και η άγνοια των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι συνήθη προβλήματα που αντιμετωπίζουν κυρίως οι νεοεισερχόμενοι μετανάστες (American Academy of Pediatrics 1997).

Έτσι, παρόλο που σε πολλές περιπτώσεις ισχύει το «φαινόμενο του υγιούς μετανάστη» (κατά το οποίο οι μετανάστες τα πρώτα χρόνια της διαμονής τους στη χώρα υποδοχής εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά χρόνιων νόσων σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό) (McDonald και Kennedy 2004) έχει παρατηρηθεί πως τα μεταδοτικά νοσήματα, όπως και θέματα που αφορούν την υγεία μητέρας – παιδιού, είναι συχνά σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Από τη μελέτη των Carballo, Divino και Zeric (1998) γίνεται εμφανές ότι οι μετανάστες στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά φυματίωσης, AIDS, ηπατίτιδας Β και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων σε σχέση με τους ντόπιους πληθυσμούς, γεννούν συχνότερα ελλειποβαρή νεογνά, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες αποβολής και αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα. Σε μελέτη που έγινε στην Ιταλία, οι συχνότερες αιτίες νοσηλείας για μεταδοτικές νόσους ήταν η φυματίωση, το AIDS, οι ηπατίτιδες, οι λοιμώξεις του αναπνευστικού και του γαστρεντερικού συστήματος. Ένα ποσοστό των περιπτώσεων νοσηλείας, της τάξης του 6%, οφειλόταν σε τροπικές νόσους με προεξάρχουσα την ελονοσία (Scotto et al. 2005).

Όσον αφορά τις χρόνιες νόσους, όπως αναφέρθηκε, η πλειονότητα των μεταναστών φαίνεται να παρουσιάζει μικρή επίπτωση, με κάποιες όμως διαφοροποιήσεις σε επιμέρους ασθένειες, όπως αυτές του καρδιαγγειακού ή του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, που παρατηρούνται συχνότερα σε μετανάστες από τη νοτιοανατολική Ασία (Balarajan 1995, Enas et al. 1996). Οι μελέτες για τις ψυχικές νόσους έχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα, με εξαίρεση ίσως την εμφάνιση σχιζοφρένειας, τις αγχώδεις διαταραχές και την κατάθλιψη, που φαίνεται να προεξάρχουν, κυρίως, στις περιπτώσεις που τα αίτια της μετανάστευσης ήταν πολεμικές συγκρούσεις ή πολιτικές αναταραχές στη χώρα προέλευσης των μεταναστών (Bhugra 2004, Carballo, Divino και Zeric 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

3.1 Η μετανάστευση στην Ελλάδα

Η Ελλάδα από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 αποτέλεσε χώρα υποδοχής μεταναστών, κυρίως από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και των Βαλκανίων, ιδίως μετά την κατάρρευση των πολιτικών τους συστημάτων. Το κύμα μαζικής μετανάστευσης βρήκε την Ελλάδα απροετοίμαστη, χωρίς την ύπαρξη των αναγκαίων πολιτικών, θεσμών, πλαισίων και δομών υποδοχής. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την αθρόα είσοδο στη χώρα μεταναστών, που προέρχονταν κυρίως από γειτονικά κράτη (Αλβανία, Βουλγαρία), χωρίς την κατοχή νόμιμων εγγράφων. Σε αυτούς ήρθε να προστεθεί και ο μεγάλος αριθμός παλιννοστούντων από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και την Αλβανία, που το 1998 αριθμούσαν τις 250.000 (Cavounidis 2002).

Μέχρι το 1991 η ελληνική νομοθεσία για τους μετανάστες βασιζόταν στο νόμο 4310 του 1929, ο οποίος πραγματεύονταν ζητήματα εθνικής ασφάλειας, επαναπατρισμού των ελλήνων ομογενών και μεταναστών, ελέγχου, απασχόλησης, άσκησης επαγγέλματος και κατάρτισης στατιστικών των αλλοδαπών. Ο νόμος αυτός αντικαταστάθηκε το 1991 με το νόμο 1975/1991 ο οποίος ήταν περισσότερο εναρμονισμένος με τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αρκετά όμως «αστυνομοκεντρικός», και μαζί με το νόμο του 1996 (ν. 2452/1996) και προεδρικά διατάγματα μέχρι το 2001, προσπάθησαν να περιορίσουν την παράνομη μετανάστευση (Γετίμης και Πετρινώτη 2003). Αποτέλεσμα αυτών ήταν οι μαζικές απελάσεις αλλά και η εμφάνιση φαινομένων ξενοφοβίας και ρατσισμού στην ελληνική κοινωνία, η οποία βρέθηκε απροετοίμαστη στη νέα κατάσταση (Thalhammer et al. 2001).

Το 1998 έγινε μια πρώτη απόπειρα νομιμοποίησης των παράνομων μεταναστών, η οποία αποτελούνταν από 2 φάσεις, μία πρώτη φάση «λευκής κάρτας» - Προσωρινής Κάρτας Παραμονής (ΠΔ 358/97) και μία δεύτερη, απόκτησης της «πράσινης κάρτας» - Κάρτας Παραμονής Περιορισμένης Χρονικής Διάρκειας (ΠΔ 359/97), ετήσιας διάρκειας. Κατά το στάδιο αυτό έγιναν 372.000 αιτήσεις για λευκή κάρτα, από τις οποίες

οι 225.000 προχώρησαν σε απόκτηση και πράσινης κάρτας (Γετίμης και Πετρινιώτη 2003). Από το 2001, με μία σειρά νόμων (ν. 2910/2001, ν. 2310/2002) και διατάξεων, έγινε μια πιο ρεαλιστική προσπάθεια προσέγγισης του φαινομένου της μετανάστευσης στην Ελλάδα με πιο ευνοϊκές ρυθμίσεις για τους αλλοδαπούς, μικρότερη γραφειοκρατία και μεγαλύτερο σεβασμό στα δικαιώματά τους (πρόσβαση στην εκπαίδευση, την κοινωνική ασφάλιση, την υγεία, τη δικαιοσύνη, ένταξη στην ελληνική κοινωνία) (Κονιόρδος και συν. 2003). Τότε έγινε και μια δεύτερη διαδικασία νομιμοποίησης των αλλοδαπών με καταγραφή των στοιχείων σε ενιαία βάση δεδομένων που μπορεί να δώσει τη δυνατότητα καλύτερης επεξεργασίας, ανάλυσης και διεξαγωγής συμπερασμάτων για το φαινόμενο της μετανάστευσης στην Ελλάδα γενικά, αλλά και για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τα προβλήματα των μεταναστών ειδικότερα (Γετίμης και Πετρινιώτη 2003).

3.2 Το προφίλ των μεταναστών στην Ελλάδα – Στατιστικά στοιχεία

Σύμφωνα με τα δεδομένα της ΕΣΥΕ, στην απογραφή πληθυσμού το 1981 καταγράφηκαν 176.199 αλλοδαποί, το 1991 καταγράφηκαν 167.276, ενώ το 2001 762.191 αλλοδαποί από όλες τις χώρες (ΕΣΥΕ 2001). Οι μισοί περίπου από αυτούς κατοικούν στην περιφέρεια Αττικής με δεύτερη σε σειρά προτίμησης την κεντρική Μακεδονία (πιν. 3,4). Παρόλο που δεν υπάρχουν επίσημες στατιστικές για τον αριθμό των παράνομων μεταναστών, αυτοί υπολογίζονται σε περίπου 300.000 (Cavounidis 2002).

Κατά την απογραφή της ΕΣΥΕ του 2001, το 57,4% των αλλοδαπών κατάγεται από την Αλβανία, το 4,6% από τη Βουλγαρία, το 3,0% από τη Γεωργία και το 2,9% από τη Ρουμανία (πιν. 5). Η αναλογία ανδρών – γυναικών είναι περίπου ίση (55%/44%) ενώ στην πλειοψηφία τους είναι έγγαμοι και ανήκουν στις παραγωγικές ηλικίες (20 – 65 ετών) (γραφ. 22). Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των αλλοδαπών στην Ελλάδα, ένα μεγάλο ποσοστό (28,0%) είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και ακολουθούν οι απόφοιτοι της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (21,9%) και του γυμνασίου/τεχνικών-επαγγελματικών σχολών (19,7%) (γραφ. 23). Πολλοί άνδρες απασχολούνται στον τομέα των κατασκευών (35,4%), στις μεταποιητικές βιομηχανικές μονάδες (13,8%) και στο εμπόριο, τις ξενοδοχειακές μονάδες και τα εστιατόρια (13,9%). Από τις γυναίκες, το μεγαλύτερο ποσοστό εργάζεται ως βοηθητικό προσωπικό σε ιδιωτικά νοικοκυριά

(51,9%) καθώς και στο εμπόριο, τις ξενοδοχειακές μονάδες και τα εστιατόρια (19,9%) (γραφ. 24).

3.3 Μετανάστες και υγεία στην Ελλάδα

Τόσο στα Βαλκάνια, όσο και στην Ελλάδα, το θέμα της υγείας των μεταναστών έχει μελετηθεί σε πολύ μικρό βαθμό, γεγονός που αντανακλά τη «σχετικά πρόσφατη εμφάνιση του φαινομένου της μετανάστευσης, την έλλειψη προσανατολισμού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την πρόληψη στις περισσότερες χώρες της Βαλκανικής και την χαμηλή προτεραιότητα των θεμάτων υγείας των μεταναστών στην πολιτική της δημόσια υγείας» των διαφόρων χωρών υποδοχής (Mestheneos 1999).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την κατάσταση της υγείας των μεταναστών και των προσφύγων. Το κράτος δεν διαθέτει μηχανισμούς παρακολούθησης και μέτρησης διαφόρων δεικτών υγείας, ενώ έχουν γίνει μόνο λίγες και αποσπασματικές μελέτες που αφορούν κυρίως την επίπτωση και επιπολασμό των λοιμωδών νοσημάτων (ηπατίτιδες, φυματίωση, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα), συνήθως σε δείγμα μεταναστών που προσερχόταν στις δομές υγείας για την απόκτηση πιστοποιητικού υγείας. Κάποια στοιχεία για τη κατάσταση της υγείας των μεταναστών δίνονται από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, όπως οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα και οι Γιατροί του Κόσμου, που παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.

Σύμφωνα με στοιχεία των Γιατρών Χωρίς Σύνορα Ελλάδας για το 2002, οι συχνότερες αιτίες προσέλευσης στο πολυϊατρείο τους στην Αθήνα αφορούσαν παθολογικά (32%), ορθοπεδικά (14%) και δερματολογικά (14%) περιστατικά. Από τις γυναίκες που επισκέφτηκαν το γυναικολογικό ιατρείο, το 74% αφορούσε γυναικολογικές παθήσεις, το 24% παρακολούθηση εγκυμοσύνης και το 2% διακοπή κύησης (Γιατροί Χωρίς Σύνορα Ελλάδας, 2002).

Σε μελέτη των Roussos et al. (2003) στην Αθήνα, από τους 130 πρόσφυγες, ηλικίας 18 – 68 ετών, που εξετάστηκαν για ηπατίτιδα Β και C, ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β ήταν αρκετά υψηλός, φτάνοντας το 15,4% για το HbsAg και το 53,0% για το anti-HBc αντιγόνο. Τα ποσοστά αυτά ήταν μεγαλύτερα για τους αλβανικής καταγωγής πρόσφυγες και τους Ασιάτες. Ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C ήταν χαμηλός. Τα ποσοστά για την ηπατίτιδα Β, όπως αναφέρεται στην έρευνα, είναι αρκετά υψηλά σε σχέση με τα αντίστοιχα που παρατηρούνται στην Ελλάδα και δείχνουν να συμφωνούν και με άλλες

αντίστοιχες μελέτες, ενώ για την Ηπατίτιδα C ποικίλλουν (Πετεινέλλη και συν. 2002; Αλευρά και συν. 2002; Αντισένου και συν. 2002).

Οι Κωνσταντινίδης και συν. (2000) σε μελέτη για τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της φυματίωσης στη Βόρεια Ελλάδα σε γηγενείς και μετανάστες, βρήκαν πως η προσέλευση μεταναστών με φυματίωση είχε αυξητική τάση με το πέρασμα των χρόνων και πως αυτοί ήταν νεαρότεροι σε ηλικία, είχαν συχνότερα ιστορικό φυματίωσης, υψηλότερες αναλογίες θετικότητας των άμεσων παρασκευασμάτων και των καλλιιεργειών και ινωδών στοιχείων στις ακτινογραφίες θώρακα, σε σχέση με τους Έλληνες ασθενείς.

Η υγεία των γυναικών μεταναστριών έχει μελετηθεί κι αυτή μόνο σε μικρό βαθμό. Πρόσφατη μελέτη της Κούτρα (2005) έδειξε πως η υποκειμενική αντίληψη για την υγεία πλησίαζε εκείνη του ελληνικού πληθυσμού αν και συμπτώματα όπως το άγχος ή η κατάθλιψη ήταν αρκετά συχνά. Επίσης φάνηκε πως οι γυναίκες αυτές δεν κάνουν συχνά χρήση των προληπτικών γυναικολογικών εξετάσεων (test Παπανικολάου), έχουν υψηλό ποσοστό εκτρώσεων και μικρή χρήση μέσων αντισύλληψης.

Μελέτη που έγινε σε παιδιά μεταναστών, έδειξε πως ήταν περισσότερο λιπόσαρκα, με χαμηλότερο ύψος και χειρότερη στοματική υγιεινή και είχαν διαφορετικές διατροφικές συνήθειες (Δρούγια και συν. 1999). Οι Tzimis και Kafatos (2000) σε μελέτη τους στην Κρήτη, επιβεβαίωσαν το τελευταίο ενώ βρήκαν και μεγαλύτερο επιπολασμό φυματίωσης και οξείας βρογχίτιδας. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί και αυξημένη φορεία μικροβίων υπεύθυνων για αναδυόμενες λοιμώξεις, όπως αυτό της *Neisseria Lactamica* (Kremastinou et al 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΙ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΒΑΛΚΑΝΙΚΗΣ

Οι χώρες της Βαλκανικής

Η κοινωνικοοικονομική και πολιτική κατάσταση μιας χώρας αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού, μέσω των συνθηκών διαβίωσης, της εργασίας, της ασφάλειας, της συνοχής του κοινωνικού ιστού αλλά και της οργάνωσης του συστήματος λειτουργίας της χώρας αυτής. Η δομή του συστήματος υγείας είναι ένας άλλος παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού, μέσω των θεραπευτικών και προληπτικών υπηρεσιών που προσφέρει, αλλά και του τρόπου και της ποιότητας που γίνεται η παροχή αυτή. Παρακάτω παρατίθενται μερικά στοιχεία για τις χώρες προέλευσης των μεταναστών που συμμετείχαν στη μελέτη (Αλβανία, Βουλγαρία, Πολωνία, Ρουμανία), τα συστήματα υγείας τους καθώς και τα προγράμματα εμβολιασμών. Μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στην Αλβανία, ως κύρια χώρα προέλευσης των ατόμων του δείγματος. Επίσης αναφέρονται κάποια στοιχεία για την Ελλάδα, ως χώρα υποδοχής των μεταναστών και υπεύθυνη πλέον για την κατάσταση της υγείας τους.

4.1 Τα συστήματα υγείας στις χώρες της Βαλκανικής – Εισαγωγικά

Η Βαλκανική χερσόνησος είναι μια πολυτάραχη περιοχή με μεγάλη ιστορία, αρκετά κοινές πολιτιστικές παραδόσεις αλλά και πολιτικές και οικονομικές αναταραχές. Η κατάρρευση των κομμουνιστικών καθεστώτων στην Αλβανία, τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και οι παρατεταμένες πολεμικές συγκρούσεις σε όλη τη δεκαετία του 1990 στις χώρες της πρώην Γιουγκοσλαβίας είχαν ως αποτέλεσμα την παρατεταμένη πολιτική και κοινωνική αναστάτωση στα βόρεια Βαλκάνια, την καταστροφή ή υπολειτουργία των υποδομών, προβλήματα ασφάλειας, σταθερότητας, φτώχειας και επιβίωσης. Οι αναταραχές αυτές δεν άφησαν αλώβητες και τις δομές υγείας. Στις περισσότερες χώρες υπήρξε αποδιοργάνωση των συστημάτων υγείας, με καταστροφές βασικών δομών, υποχρηματοδότησή τους και επίταση των

ανισοτήτων, ενώ η πρόσβαση σε υπηρεσίες ποιοτικά υψηλές και κρίσιμες για τη ζωή ήταν και εξακολουθεί να είναι δύσκολη (Δόλγερας, άγνωστη ημερομηνία έκδοσης).

Οι χώρες αυτές προσπαθούν πλέον να επαναδιοργανώσουν τις δομές τους και να προσαρμοστούν στα νέα κοινωνικοπολιτικά δεδομένα. Τα συστήματα υγείας τους βρίσκονται σε μια περίοδο μετάβασης όπου καλούνται να ανταποκριθούν σε μια ποικιλία οικονομικών και πολιτικών παραγόντων καθώς και σε μακροχρόνια προβλήματα παροχής υγείας στον πληθυσμό (Figueras et al. 2004).

4.2 Αλβανία

Η Αλβανία κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα πέρασε αρκετές πολιτικές αναταράξεις. Από το 1946 μέχρι και το 1985, το καθεστώς της Αλβανίας ήταν κομμουνιστικό και συνέβαλλε στην απομόνωσή της από τον υπόλοιπο κόσμο. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου η χώρα γνώρισε μία περίοδο αργής ανάπτυξης και φτώχειας. (Nuri 2002). Στη δεκαετία του 1990, με την κατάρρευση των κομμουνιστικών καθεστώτων, η χώρα εισήλθε σε μία φάση έντονων πολιτικών και οικονομικών αναταράξεων, σε μια προσπάθειά της να μεταβεί από την κρατικά διευθυνόμενη οικονομία στην οικονομία της ελεύθερης αγοράς.

Η μικρή οικονομική ανάπτυξη, ο υψηλός πληθωρισμός και το μεγάλο οικονομικό έλλειμμα της χώρας μαζί με την κατάρρευση ενός συστήματος πυραμίδων (1997) όπου τα 2/3 του πληθυσμού είχαν επενδύσει περίπου 1000 εκ. Δολάρια (ICMH Report 2000, Nuri 2002) είχαν σαν αποτέλεσμα την αποσταθεροποίηση της χώρας, δημιουργώντας παράλληλα προβλήματα ασφάλειας και επιβίωσης. Η παραγωγή βασικών αγαθών μειώθηκε σημαντικά καθώς και το εισόδημα των πολιτών (Δόλγερας και Οικονόμου 2002), υπήρξε μεγάλη καταστροφή βασικών υποδομών όπως νοσοκομεία και κέντρα υγείας (Λαναράς 2002), μεγάλη μετακίνηση πληθυσμών εντός και εκτός της χώρας, εξασθένηση των οικογενειακών και κοινωνικών δικτύων, εμφάνιση του οργανωμένου εγκλήματος, της κατάχρησης ουσιών, της πορνείας, καθώς και διάφορων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένου και του AIDS (UNICEF, Albania). Τα τελευταία 5 χρόνια η πολιτική κατάσταση στην Αλβανία είναι αρκετά σταθερή και η χώρα δείχνει να εξέρχεται αργά από την μεγάλη οικονομική της κρίση. Παρόλα αυτά, η φτώχεια και οι χαμηλοί ρυθμοί ανάπτυξης εξακολουθούν να είναι από τα σοβαρότερα προβλήματά της.

4.2.1 Δημογραφικοί Δείκτες και Δείκτες υγείας

Ο συνολικός πληθυσμός της Αλβανίας ανέρχεται σε 3.141.000 (HFA, 2002) από τους οποίους το 40% είναι κάτω των 18 ετών και το 33% κάτω των 15 (Nuri 2002). Αποτελείται δηλαδή κυρίως από νέους ανθρώπους παρόλο που τα τελευταία χρόνια ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού είναι αρνητικός και ο δείκτης γονιμότητας τείνει περισσότερο προς τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Οι δείκτες υγείας και θνησιμότητας, μετά από μια μεγάλη κάμψη κατά τη δεκαετία του 1990, βελτιώνονται τα τελευταία χρόνια αν και παρατηρείται μια αύξηση της επίπτωσης των λοιμωδών νόσων με προεξάρχουσα τη φυματίωση και την ηπατίτιδα Β. Η οικονομική κατάσταση της χώρας είναι από τις χειρότερες στην Ευρώπη. Το ίδιο ισχύει και για τις δαπάνες υγείας. Χαρακτηριστικό είναι πως οι συνολικές δαπάνες υγείας ως εκατοστιαίο ποσοστό επί του ΑΕΠ το 2003 ήταν μόνο 2.3%. Οι δείκτες για την Αλβανία φαίνονται αναλυτικότερα στους πίνακες 6-10.

4.2.2 Μετανάστευση

Μέχρι και το 1989 η μετανάστευση ήταν περιορισμένη ενώ άρχισε να αυξάνεται με γρήγορους ρυθμούς κατά τη δεκαετία του 1990. Η εσωτερική μετανάστευση από τις αγροτικές προς τις αστικές περιοχές αυξήθηκε αρκετά ενώ υπολογίζεται πως 750.000 κάτοικοι έφυγαν από τη χώρα για οικονομικούς λόγους (νόμιμα και παράνομα) ενώ το 1999, κατά τη διάρκεια του πολέμου στη Γιουγκοσλαβία, περίπου 400.000 πρόσφυγες από το Κόσοβο αναζήτησαν πρόσκαιρο καταφύγιο στα εδάφη της (Nuri 2002). Σύμφωνα με εκτιμήσεις για το έτος 2004, ο ρυθμός μετανάστευσης είναι -4.93/1000 κατοίκους (CIA 2005). Υπολογίζεται επίσης, πως περίπου 4000 παιδιά μετανάστευσαν σε γειτονικές χώρες (3000 στην Ελλάδα, 1000 στην Ιταλία) χωρίς τη συνοδεία των γονέων τους. Τα παιδιά αυτά πολύ συχνά υπέστησαν κακομεταχείριση, φυσική και σεξουαλική κακοποίηση, πωλήθηκαν ή χρησιμοποιήθηκαν ως εργάτες σε σκληρή εργασία (National Committee on Women and Family 2001).

4.2.3 Το σύστημα υγείας στην Αλβανία

Το σύστημα υγείας στην Αλβανία μέχρι και το 1992 ακολουθούσε το Σοβιετικό πρότυπο του Semashko. Σήμερα, εξακολουθεί να είναι κατά βάση δημόσιο, αλλά έχει αρχίσει να αναπτύσσεται σιγά – σιγά και ο ιδιωτικός τομέας, κυρίως στο χώρο της οδοντιατρικής περίθαλψης και της φαρμακευτικής. Τα προβλήματα που υπάρχουν όμως είναι σημαντικά. Τόσο οι οικονομικοί όσο και οι ανθρώπινοι πόροι δεν επαρκούν για να καλυφθούν ικανοποιητικά οι λειτουργίες του συστήματος (Koko 2002), ενώ παρατηρείται άνιση κατανομή του ιατρικού προσωπικού τόσο μεταξύ των περιφερειών όσο και ανά νομό μέσα σε κάθε περιφέρεια (Θεοδωράκης, Μαντζαβίνης και Rumbullaku 2000)

Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, που προωθήθηκε από την πολιτική ηγεσία της χώρας από το 1993 και μετά, είχε ως βασικούς στόχους την ισότητα στην πρόσβαση όλων των πολιτών με το μικρότερο δυνατό κόστος, την προώθηση των οικονομικότερων μορφών παροχής υγείας με έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καθώς και την εισαγωγή στοιχείων της αγοράς στην χρηματοδότηση του συστήματος (Nuri 2002). Η παροχή φροντίδας γίνεται σε τρία επίπεδα: Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η δομή του συστήματος φαίνεται στο σχήμα 1.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Αλβανία περιλαμβάνει κέντρα υγείας αστικού και αγροτικού τύπου και αγροτικούς υγειονομικούς σταθμούς. Οι δομές αυτές παρέχουν θεραπεία και προληπτικές υπηρεσίες όπως μητρική και παιδική υγεία, σχολική υγεία, φροντίδα για τους ηλικιωμένους, εμβολιασμούς και ανοσοποίηση (Koko 2002). Είναι στελεχωμένα κατά βάση από νοσηλευτικό προσωπικό ή μαίες ενώ στα κέντρα υγείας υπάρχουν από 1 μέχρι 3 γενικοί γιατροί (Nuri 2002).

Κατά τη δεκαετία του 1990 ο αριθμός των δομών της ΠΦΥ μειώθηκε αισθητά, κυρίως λόγω των πολιτικών αναταράξεων και των περικοπών στη χρηματοδότηση. Οι δομές αυτές εμφανίζουν σημαντικές ελλείψεις στον εξοπλισμό καθώς και στη στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό, κυρίως γιατρούς (Nuri 2002). Είναι χαρακτηριστικό πως το 2000 αντιστοιχούσαν μόνο 50 γενικοί γιατροί ανά 100.000 πληθυσμού, όταν ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν 101 (πιν 10). Παράλληλα, οι περισσότεροι από αυτούς είναι γιατροί άνευ ειδικότητας. Το 1997 δημιουργήθηκε για πρώτη φορά στην Αλβανία η ειδικότητα της Οικογενειακής Ιατρικής και μέχρι το 2001 είχαν

εκπαιδευτεί 48 γιατροί. Ο σχεδιασμός του εκπαιδευτικού προγράμματος έγινε βάση των αναγκών της Αλβανίας, των υπαρχόντων υλικών πόρων και του ανθρωπίνου δυναμικού καθώς και της εμπειρίας άλλων κρατών με αναπτυγμένο τον τομέα της ΠΦΥ (Rrumbullaku et al. 2002)

Η **δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας** είναι κατά βάση κρατική και παρέχεται από 50 νοσοκομεία. Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιστοιχούν περίπου 306 κλίνες ανά 100.000 πληθυσμού (HFA, 2005). Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε νομαρχιακά, επαρχιακά και νοσοκομειακά ημερήσιας νοσηλείας. Όπως και στον τομέα της ΠΦΥ, ο αριθμός των νοσοκομείων και των κλινών έχει μειωθεί αρκετά και η αναλογία τους παραμένει από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη (Nuri 2002). Οι θεραπείες και οι υπηρεσίες που παρέχονται στους νοσηλευόμενους ασθενείς είναι δωρεάν (Koko 2002), παρόλα αυτά οι «αμοιβές-κάτω-από-το τραπέζι» είναι σύνηθες γεγονός και αρκετές φορές είναι αποτρεπτικές για τη νοσηλεία των ασθενών, ακόμα και όταν αυτή κρίνεται απαραίτητη (Nuri 2002).

Η **τριοβάθμια φροντίδα υγείας** είναι περιορισμένη και παρέχεται μόνο στα Τίρανα από τέσσερις νοσοκομειακές μονάδες, μία εκ των οποίων είναι στρατιωτική και υπάγεται στο Υπουργείο Άμυνας. Τα τελευταία χρόνια χάρις σε δωρεές διαφόρων κρατών (Γαλλία, Γερμανία, Ιαπωνία) και διεθνών οργανισμών γίνεται μια προσπάθεια αναβάθμισης της τριοβάθμιας φροντίδας (Nuri 2002, Starova 1997). Στα πλαίσια κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, το Υπουργείο Υγείας της Αλβανίας συμμετέχει επίσης σε κοινοτικά και διμερή προγράμματα βοήθειας, σε κάποια από τα οποία συνεργάζεται και με την Ελλάδα (INTERREG, Κοινοτικό Πρόγραμμα PHARE). Έτσι, στα πλαίσια αυτά, δημιουργήθηκαν 2 Διασυνοριακά Κέντρα Δημόσιας Υγείας (Ιωάννινα, Φλώρινα) για τη στήριξη των παραμεθόριων περιοχών και τη δημιουργία μόνιμης συνεργασίας ενώ παρέχεται οικονομική και υλικοτεχνική υποστήριξη καθώς και δωρεάν νοσηλεία των οικονομικά αδύνατων αλλοδαπών σε ελληνικά νοσοκομεία (Ιωάννινα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα) (Λαναράς 2002).

4.2.4 Η κατάσταση υγείας των παιδιών στην Αλβανία

Η οικονομική και πολιτική κατάσταση στην Αλβανία δεν έχει αφήσει ανεπηρέαστη και ένα μεγάλο μέρος του αλβανικού πληθυσμού, τα παιδιά. Η νεογνική και παιδική θνησιμότητα είναι αρκετά υψηλές σε σχέση με τις ευρωπαϊκές χώρες με 23 και 27

θανάτους ανά 1000 γεννήσεις αντίστοιχα (WHOc 2004). Οι κύριες αιτίες θανάτου του παιδικού πληθυσμού είναι οι λοιμώξεις του αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος, καθώς και νόσοι της νεογνικής ηλικίας. Η κακή διατροφή και ο υποσιτισμός είναι επίσης σημαντικό πρόβλημα (Buonomo 2000). Το 10% των παιδιών ηλικίας 0-3 ετών παρουσιάζουν σοβαρό υποσιτισμό, ενώ το 15% των παιδιών της ίδιας ηλικίας εμφανίζουν ήπιο έως μέτριο υποσιτισμό (πιν. 11). Μεγάλης σημασίας είναι και η ανεπάρκεια βιταμινών και ιχνοστοιχείων, όπως βιταμινών Α και D. Χαρακτηριστικό είναι επίσης πως, το 63% των παιδιών ηλικίας 10-12 ετών έχουν σοβαρή έλλειψη ιωδίου και σιδήρου (National Committee on Women and Family 2001, Buonomo 2005).

Το έτος 2001 η κυβέρνηση της Αλβανίας σχεδίασε την Εθνική Στρατηγική για τα Παιδιά (National Strategy for Children), σύμφωνα με την οποία τα παιδιά δικαιούνται ειδικής προστασίας από το κράτος και είναι εναρμονισμένη με τη Συνθήκη για τα Δικαιώματα του Παιδιού των Ηνωμένων Εθνών. Αποτελείται από άρθρα και διατάξεις γύρω από την προστασία των παιδιών και όλους τους τομείς της ζωής τους και είναι ένα σημαντικό βήμα της Αλβανικής πολιτείας στον ευαίσθητο τομέα της Κοινωνικής ανάπτυξης (National Committee on Women and Family 2001).

4.2.5 Εμβολιασμοί

Το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών της Αλβανίας καθώς και οι διαφορές του από το αντίστοιχο ελληνικό φαίνονται στον πίνακα 12. Από το 1993 στηρίζεται από τον ΠΟΥ, τη UNICEF και τη GAVI¹ (Global Alliance for Vaccines and Immunization) τόσο σε οικονομικούς όσο και υλικοτεχνικούς πόρους. Οι οργανισμοί αυτοί βοήθησαν πολύ τη χώρα, ιδίως κατά τη δύσκολη περίοδο της μετάβασης του πολιτικού της συστήματος, όταν υπήρχαν μεγάλα προβλήματα στην επάρκεια των εμβολίων και στην αλυσίδα κρύου², με τραγικό αποτέλεσμα την εκδήλωση επιδημίας πολιομυελίτιδας το 1996 με 138 περιπτώσεις παράλυσης και 16 θανάτους (Prevots και συν. 1998). Έτσι, παρόλο που η χώρα αντιμετωπίζει σημαντικά οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα, το σύστημα εμβολιασμών λειτουργεί πλέον πολύ ικανοποιητικά, έχει γίνει εφικτή η διατήρηση της

¹ GAVI: Συμμαχία μεταξύ μεγάλων δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, όπως ο ΠΟΥ, η UNICEF, η Παγκόσμια Τράπεζα, το Bill & Mellinda Gates Foundation, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, και ερευνητικά ιδρύματα. Βασικός στόχος της GAVI είναι «να σώσουν τις ζωές των παιδιών και να προστατέψουν την υγεία των ανθρώπων μέσα από τη διαδεδομένη χρήση των εμβολίων».

² Αλυσίδα κρύου είναι η μεταφορά, συντήρηση και αποθήκευση των εμβολίων στην κατάλληλη θερμοκρασία από το σημείο της παραγωγής τους μέχρι και την τελική τους χρήση

αλυσίδας κρύου, η σωστή διανομή των εμβολίων σύμφωνα με τα πρότυπα της ΠΟΥ (WHO 1998) και η επιτήρηση των νόσων που προλαμβάνονται με εμβολιασμούς.

Το εμβολιαστικό πρόγραμμα χρηματοδοτείται κατά 20% από το κράτος ενώ το υπόλοιπο 80% προέρχεται από τη UNICEF και την ΠΟΥ και οι εμβολιασμοί διενεργούνται στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης είναι υψηλότερο στις αγροτικές περιοχές και στα παιδιά των οποίων οι μητέρες έχουν τελειώσει τη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση (UNICEF – Albania 2000).

Σύμφωνα με αναφορές από τους ανωτέρω οργανισμούς τα επίπεδα εμβολιασμών για τα περισσότερα εμβόλια είναι πολύ υψηλά (>95%) ενώ υπογραμμίζεται πως δεν έχει επιτευχθεί κάλυψη 100% λόγω της μαζικής μετανάστευσης (πιν. 13, γραφ. 13-18). Όλες οι περιφέρειες της Αλβανίας για το έτος 2002 ανέφεραν πληθυσμιακή κάλυψη πάνω από 80% (WHO 2003). Παρόλα αυτά, σε πληθυσμιακή μελέτη της UNICEF το 1999, η εμβολιαστική κάλυψη για τα παιδιά ηλικίας ενός έτους ήταν αρκετά χαμηλότερη από τα αναφερόμενα σε επίσημα έγγραφα. Η συγκεκριμένη μελέτη υπολόγισε την εμβολιαστική κάλυψη βάση των καρτών εμβολιασμού (πιν. 14,15, γραφ. 19). Όπως αναφέρεται όμως, οι κάρτες αυτές δεν ενημερώνονται συχνά καθώς πολλοί εμβολιασμοί γίνονται κατά τη διάρκεια επιδημιών ή οι μητέρες δεν προμηθεύονται με αυτές. Έτσι, το τελικό ποσοστό εμβολιασμού για τους 8 προτεινόμενους εμβολιασμούς μέχρι τα πρώτα τους γενέθλια ήταν πολύ χαμηλό, μόνο 17% (UNICEF – Albania 2000)

4.3 Βουλγαρία, Ρουμανία, Πολωνία

Η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Πολωνία βίωσαν την κατάρρευση των πολιτικών τους καθεστώτων στο τέλος της δεκαετίας του 1980 και, τα επόμενα χρόνια, μέσα από κοινωνικές αναταραχές και πολιτική αστάθεια πέρασαν στο δημοκρατικό σύστημα διακυβέρνησης και στην οικονομία της ελεύθερης αγοράς (Δόλγερας και Οικονόμου 2002). Και σε αυτή την περίπτωση όμως η μετάβαση δεν έγινε χωρίς προβλήματα. Η φτώχεια, η ανασφάλεια, η ανεργία αποτέλεσαν σημαντικούς παράγοντες αργής οικονομικής ανάπτυξης και βασικό αίτιο της επιδείνωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού του και του μεγάλου κύματος μετανάστευσης που βίωσαν οι χώρες αυτές την προηγούμενη δεκαετία (Δόλγερας, άγνωστη ημερομηνία έκδοσης) Οι κυριότεροι δημογραφικοί δείκτες και οι δείκτες υγείας φαίνονται στους πίνακες 2-6. Το πρόγραμμα

εμβολιασμών των ανωτέρω χωρών καθώς και η εμβολιαστική κάλυψη στους κυριότερους δείκτες φαίνονται στους πίνακες 12, 13 και στα γραφήματα 12-17

4.3.1 Τα συστήματα υγείας της Βουλγαρίας, της Ρουμανίας και της Πολωνίας

Το σύστημα υγείας που ακολουθούσαν και οι τρεις χώρες πριν την αλλαγή των πολιτικών τους συστημάτων ήταν αυτό του Semashko. Στα πλαίσια των αναταραχών και της αλλαγής, τα συστήματα υγείας τους πέρασαν κι αυτά μια περίοδο μετάβασης. Κατά τα πρώτα αυτά στάδια, υπήρξε μείωση της χρηματοδότησης και των δαπανών για την υγεία και η ικανότητα του συστήματος να παράγει υπηρεσίες μειώθηκε σημαντικά (Δόλγερας, άγνωστη ημερομηνία έκδοσης). Τα τελευταία χρόνια, με παρόμοιους τρόπους, και οι τρεις χώρες προσπαθούν να βελτιώσουν την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας τους ώστε να παρέχουν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου στους πολίτες τους. Στα σχήματα 2-5 φαίνεται η οργάνωση των συστημάτων υγείας της Βουλγαρίας, της Ρουμανίας και της Πολωνίας.

Στη Βουλγαρία έγινε μια προσπάθεια μεταρρύθμισης, κατά την πρώτη περίοδο της οποίας (1989 – 1995), υπήρξαν αρκετές αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας της Βουλγαρίας όσο και στους δείκτες υγείας του πληθυσμού. Σε αυτό συνέβαλλε αρκετά και η καθυστέρηση στην δημιουργία και εφαρμογή του κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου, η διαχείριση των οικονομικών και διαχειριστικών θεμάτων των δομών υγείας σε σώματα που δεν είχαν αρκετή εμπειρία σε αυτό τον τομέα, ο μικρός βαθμός επίβλεψης των ανωτέρω δομών από το Υπουργείο Υγείας, η ελεύθερη διακίνηση και πώληση των φαρμάκων χωρίς κεντρικό έλεγχο των τιμών τους καθώς και το μικρό ενδιαφέρον των νεοσύστατων επαγγελματιών ενώσεων για τη συμμετοχή στη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας. Παρόλα αυτά, τα θετικά αποτελέσματα της μεταρρύθμισης ήταν η αύξηση τόσο των συνολικών δαπανών για την υγεία όσο και της συμμετοχής του κράτους σε αυτές καθώς και η δημιουργία κλίματος που επέτρεπε τον ελεύθερο διάλογο και την ταχεία λήψη αποφάσεων σε σημαντικά προβλήματα και προκλήσεις στο χώρο της υγείας που αντιμετώπιζε η Βουλγαρία (Philalithis 1995)

Οι βασικοί στόχοι που τέθηκαν τελικά για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας ήταν η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση τόσο των πολιτών όσο και των επαγγελματιών υγείας, η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα

ταυτόχρονα με αυτή του δημόσιου, η συντήρηση του συστήματος μέσω της υποστήριξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της δημιουργίας αποδοτικών αυτοδιαχειριζόμενων οργανισμών (Koulaksazon et al. 2003).

Στη Ρουμανία οι κύριοι άξονες της μεταρρύθμισης ήταν η αύξηση της χρηματοδότησης μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, η αποκέντρωση της οργανωτικής και εκτελεστικής εξουσίας, η στροφή προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η μεγαλύτερη αυτονομία των νοσοκομείων όσον αφορά τη χρήση των πόρων και των κινήτρων προς τους επαγγελματίες υγείας καθώς και ο ποιοτικός έλεγχος και η πιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (European Observatory on Health Care Systems 2000)

Στην Πολωνία ο σκοπός της μεταρρύθμισης ήταν η αλλαγή της φύσης του συστήματος υγείας και η βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας παροχής φροντίδας. Οι στρατηγικές που χαρακτήθηκαν για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού ήταν η κατάργηση του κρατικού μονοπωλιακού χαρακτήρα του συστήματος και η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, η αποκέντρωσή του τόσο σε οικονομικό όσο και σε διοικητικό επίπεδο, η δημιουργία νέων τρόπων πληρωμών και συμβολαίων και η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω του θεσμού των οικογενειακών γιατρών (Girouard και Imai 2000).

4.4 Ελλάδα

Η Ελλάδα, με 10,6 εκατομμύρια πληθυσμό, είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης και μία από τις χώρες της Βαλκανικής χερσονήσου που απολαμβάνει πολιτική και κοινωνική σταθερότητα και οικονομική ανάπτυξη τα τελευταία 30 χρόνια. Έτσι, παρόλο που η ανεργία (9.2%, HFA 2005) και η υποαπασχόληση είναι από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η χώρα, μέσω μιας περιοριστικής οικονομίας έχει καταφέρει να πετύχει χαμηλό πληθωρισμό (3%, HFA 2005) και να βελτιώσει τους οικονομικούς της δείκτες (Δόλγερας, άγνωστη ημερομηνία έκδοσης). Το κατά κεφαλήν εισόδημα της Ελλάδας είναι από τα μεγαλύτερα στις χώρες της Βαλκανικής χερσονήσου ενώ οι δείκτες υγείας του πληθυσμού από τους υψηλότερους στην Ευρώπη. Τα επιμέρους στοιχεία για την Ελλάδα φαίνονται στους πιν. 6-10.

4.4.1 Το σύστημα υγείας της Ελλάδας

Η Ελλάδα αρκετά νωρίτερα από τις υπόλοιπες χώρες της Βαλκανικής χερσονήσου, ψήφισε το 1983 το νομοσχέδιο για τη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Κύριοι άξονες του ήταν η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η αποκέντρωση, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, ο κοινωνικός έλεγχος, η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (Ν 1397/1983). Δόθηκε έτσι έμφαση στην καθολική ασφάλιση του πληθυσμού, την ανάπτυξη των υποδομών, του ιατροτεχνικού εξοπλισμού, στο κέντρο και την περιφέρεια, και στην αύξηση των δημοσίων δαπανών. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του συστήματος είναι οι εισφορές των ασφαλιστικών φορέων, η κρατική επιχορήγηση και οι ιδιωτικές δαπάνες.

Η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας κάλυψε αρκετά κενά στον τομέα της περίθαλψης και παροχής υπηρεσιών και βελτίωσε, σε κάποιο βαθμό, την ποιότητά του, τελικά όμως αποδείχτηκε αναποτελεσματικό και αποσπασματικό παρουσιάζοντας αρκετά προβλήματα στην οργάνωση και τη λειτουργία του (WHO 1996). Από το 1983 έχουν γίνει αλληπάλληλες προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος, με την ψήφιση μιας σειράς νόμων (ν. 2071/92, ν. 2194/94, ν. 2519/97, ν. 2889/01, ν. 2920/01) και με μια συνεχή διαδικασία δοκιμών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να θεωρείται ένα καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης 2001).

4.4.2 Εμβολιασμοί

Η Ελλάδα δεν διαθέτει Εθνικό Μητρώο Καταγραφής Εμβολιασμών, ούτε και εκτελεί τακτικές εθνικές μελέτες, με εξαίρεση τις δύο Πανελλήνιες Εθνικές Μελέτες Εμβολιασμού το 1997 και το 2001 (Παναγιωτόπουλος, Βαλάσση-Αδάμ 1998, Παναγιωτόπουλος και συν. 2002α, Παναγιωτόπουλος και συν. 2002β). Αποτέλεσμα αυτού είναι να μην υπάρχουν σε τακτικά διαστήματα επίσημα και αξιόπιστα στοιχεία για την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού στο σύνολο της επικράτειας, να μη γίνεται παρακολούθηση της πορείας τους τόσο σε τοπικό επίπεδο όσο και σε ειδικές ομάδες πληθυσμού και να μη μπορεί να γίνει αποτελεσματική παρέμβαση στις περιπτώσεις που αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Παρόλα αυτά, το επίπεδο εμβολιασμών απασχολεί αρκετά το υγειονομικό προσωπικό της χώρας, αφού υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία προερχόμενη από διάφορες περιοχές της Ελλάδας, κατά βάση όμως σε μορφή περιλήψεων παρουσιασμένων σε ελληνικά συνέδρια. Οι μελέτες αυτές γίνονται τόσο σε πληθυσμιακό επίπεδο όσο και σε νοσοκομειακά δείγματα. Οι περισσότερες από τις πληθυσμιακές μελέτες γίνονται σε σχολικό πληθυσμό, κυρίως παιδιά Ά Δημοτικού ή παιδιά ηλικίας 6-12 ετών που φοιτούν στο σχολείο (Παπαδάκης και συν. 2000, Lionis et al. 1998, Γαλάνη και συν. 2001, Χατζηπαντελής και συν. 2003) ενώ από τις ειδικές πληθυσμιακές ομάδες προτιμούνται κυρίως οι πληθυσμοί των αθίγγανων. Τα νοσοκομειακά δείγματα δεν είναι αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού αφού αυτά τείνουν να διαφέρουν σε μια πληθώρα παραμέτρων, όπως τόπο κατοικίας, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, κατάσταση υγείας, είδος φροντίδας υγείας (Παναγιωτόπουλος 1999). Έτσι, οι μελέτες αυτές δεν ακολουθούν τυποποιημένη μεθοδολογία, πολλές φορές θεωρούν σαν μία ομάδα τα παιδιά διαφόρων μειονοτικών ομάδων (αθίγγανοι/μετανάστες) (Τσαγρής και συν. 2002), ο υπολογισμός των διαφόρων δεικτών δεν γίνεται πάντα σύμφωνα με τα πρότυπα της ΠΟΥ ενώ υπολογίζεται κυρίως ο πλήρης εμβολιασμός ανεξαρτήτου ηλικίας συμπλήρωσης των εμβολιασμών (Τσερμενίδης και συν. 2003, Κατζηλάκης και συν. 2001, Αλευρά – Κόκκαλη και συν. 2004). Τέλος, σε αρκετές περιπτώσεις, δεν είναι δυνατό να ελεγχθεί ο σχεδιασμός της μελέτης, η μεθοδολογία και η ανάλυση, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους και να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Το εμβολιαστικό επίπεδο του πληθυσμού στην Ελλάδα, όπως προκύπτει από την σύντομη ανασκόπηση των δημοσιευμένων εργασιών, ποικίλλει, ανάλογα με τον τόπο διεξαγωγής των μελετών, το χρόνο διενέργειάς τους αλλά και τους επιμέρους μετρούμενους δείκτες. Φαίνεται πάντως πως υπάρχει αύξηση της κάλυψης τα τελευταία 20 χρόνια συνολικά για όλους τους εμβολιασμούς. Στοιχεία για το σύνολο του πληθυσμού δίνονται από τις δύο πανελλαδικές μελέτες κατάστασης εμβολιασμού, των οποίων τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα 16. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της UNICEF, η εμβολιαστική κάλυψη για τους βασικούς εμβολιασμούς μέχρι το πρώτο έτος της ζωής στην Ελλάδα, για το 2002, ήταν 87%- 88% (πίνακας 1, γραφ. 12-17). Το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών της χώρας φαίνεται στους πίνακες 12, 17-19.

Στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει πληθυσμιακές μελέτες στις μειονοτικές ομάδες, ενώ κάποια στοιχεία δίνονται από τοπικές μελέτες, σε νοσοκομειακά δείγματα (παιδιά που

νοσηλεύονται ή επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων) (Κατζηλάκης και συν. 2001, Αλευρά – Κόκκαλη και συν. 2004) ή σε παιδιά Δημοτικών σχολείων (Γαλάνη και συν. 2001). Κι εδώ όμως ο μετρούμενος δείκτης είναι ο «πλήρης εμβολιασμός», σύμφωνα με την ηλικία των παιδιών και όχι οι πρότυποι δείκτες του ΠΟΥ. Από τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών φαίνεται πως η εμβολιαστική τους κάλυψη ποικίλλει ανάλογα με τον τόπο και τον μετρούμενο δείκτη. Έτσι, δεν μπορεί να γίνει σύγκριση με τα αντίστοιχα της παρούσας μελέτης, παρατίθενται όμως στα επιμέρους κεφάλαια ως ενδεικτικοί δείκτες.

B' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή του επιπέδου των εμβολιασμών των παιδιών μεταναστών στο Δήμο Γαζίου του νομού Ηρακλείου Κρήτης.

Οι στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η καταγραφή των εμβολιασμών των παιδιών μεταναστών στο Δήμο Γαζίου.
2. Η συσχέτιση του επιπέδου εμβολιαστικής κάλυψης με το αντίστοιχο για την Ελλάδα και τις χώρες καταγωγής του υπό μελέτη πληθυσμού.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης είναι τα εξής:

1. Ποιο είναι το επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης του συγκεκριμένου πληθυσμού στο σύνολό του και για συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες για τους δείκτες που ορίζει η ΠΟΥ;
2. Το επίπεδο των εμβολιασμών βρίσκεται μέσα στα όρια που ορίζει η ΠΟΥ για την Ευρώπη και τον κόσμο;
3. Ποια η σχέση του ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης με το αντίστοιχο των γηγενών παιδιών;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 Περιγραφή Πληθυσμού –Δήμος Γαζίου

Η περιοχή Δήμου Γαζίου τοποθετείται στα βορειοδυτικά σύνορα του Ηρακλείου με τον Νομό Ρεθύμνης, ανήκει στην επαρχία Μαλεβιζίου του Ηρακλείου Κρήτης και η έδρα του είναι το Γάζι, που βρίσκεται 7 χμ δυτικά από την πόλη του Ηρακλείου. Αποτελείται από τα δημοτικά διαμερίσματα Γαζίου, Καλεσσίων, Ροδιάς, Αχλάδας και Φόδελε (εικ. 11). Ο συνολικός πληθυσμός της περιοχής του δήμου, βάση της τελευταίας απογραφής (2001), ανέρχεται σε 13.581 κατοίκους εκ των οποίων οι 885 είναι αλλοδαποί, ποσοστό περίπου 6,5% (Παράρτημα ΙΙ, πίν. 1). Το ποσοστό αυτό είναι αντίστοιχο με αυτό που παρατηρείται στο σύνολο της Ελλάδας (7%). Στην απογραφή του 1991, ο δήμος αριθμούσε 8.133 κατοίκους, ο πληθυσμός του δηλαδή έχει αυξηθεί κατά 67,0%. Η αντιστοιχία γυναικών - αντρών στους Έλληνες αλλά και στους αλλοδαπούς είναι 1:1. Η οικονομία του δήμου Γαζίου στηρίζεται κυρίως στη γεωργία και τον τουρισμό. Σύμφωνα με την απογραφή του πληθυσμού του 1991 ο τριτογενής τομέας κατέχει το 60,2% της απασχόλησης, ο δευτερογενής τα 26,8% και ο πρωτογενής το 12,9%. (Λύκειο Γαζίου 2003).

Η πλειοψηφία των αλλοδαπών είναι αλβανικής καταγωγής (περίπου 80%). Οι υπόλοιποι προέρχονται από χώρες όπως η Βουλγαρία, η Ρουμανία, η Πολωνία, η Σερβία, η Ρωσία και η Συρία. Ο δήμος Γαζίου άρχισε να προσελκύει αλλοδαπούς μετανάστες κυρίως μετά τις αρχές της δεκαετίας του 1990, και αυτό συμπίπτει χρονικά με την αθρόα εισροή μεταναστών σε ολόκληρη την ελληνική επικράτεια. Οι περισσότεροι από τους άνδρες οικονομικούς μετανάστες ασχολούνται με αγροτικές και οικοδομικές εργασίες ή δουλεύουν ως ανειδίκευτοι εργάτες. Από τις γυναίκες, αυτές που εργάζονται απασχολούνται κυρίως σε τουριστικές επιχειρήσεις/ εστιατόρια ή σε ιδιωτικά νοικοκυριά και αγροτικές εργασίες. Μια μερίδα του γυναικείου μεταναστευτικού πληθυσμού όμως δεν δύναται να εργαστεί λόγω μη γνώσης της ελληνικής γλώσσας και της ύπαρξης μικρών παιδιών στην οικογένεια που δεν μπορεί να τα αφήσει κάπου προς φύλαξη τις ώρες της εργασίας τους (Αδαμίδου και συν. 2004).

6.2 Μεθοδολογία

6.2.1 Κριτήρια Εισαγωγής

- Άτομα γεννημένα κατά τα έτη 1991-1999 (ανεξαρτήτως του τόπου γέννησής τους) και τα αδέρφια τους.
- Και οι 2 γονείς των ατόμων αυτών να ανήκουν στην ομάδα των οικονομικών μεταναστών, γεννημένοι εκτός Ελλάδας και ανεξαρτήτως του τόπου καταγωγής των.
- Ο τόπος μόνιμης κατοικίας τουλάχιστον ενός των 2 γονιών να είναι τα δημοτικά διαμερίσματα του Γαζίου, των Καλεσσίων και της Ροδιάς του Δήμου Γαζίου και τα υπό μελέτη άτομα να κατοικούν σε αυτόν.

6.2.2 Πληθυσμός Αναφοράς

Ο πληθυσμός αναφοράς (159 άτομα) αποτελείται από το σύνολο των παιδιών ηλικίας 0-18 ετών, γεννημένα δηλαδή κατά τα έτη 1987-2004, των οποίων και οι δύο γονείς είναι αλλοδαποί και κατοικούν στα δημοτικά διαμερίσματα του Γαζίου, της Ροδιάς και των Καλεσσίων του Δήμου Γαζίου.

Στη μελέτη συμμετείχαν 88 παιδιά που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Το ποσοστό συμμετοχής ήταν 55,3% (88/159).

6.2.3 Ταυτοποίηση και επιλογή του δείγματος

Η αρχική επιλογή των παιδιών ηλικίας 6-14 ετών (γεννημένα κατά τα έτη 1991-1999) έγινε διότι η καταγραφή των εμβολίων σε αυτή την ομάδα επιτρέπει τον έλεγχο των εμβολίων τόσο της προσχολικής (στα 6 έτη) όσο και της σχολικής και εφηβικής ηλικίας (στα 14 έτη) και είναι μεθοδολογικά αποδεκτή (Παναγιωτόπουλος Τ. Βαλάση – Αδάμ Ε. 1998). Τα αδέρφια τους συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη – δεδομένου του κοινού τους βιολογικού, κοινωνικού και πολιτιστικού υπόβαθρου – για τον έλεγχο της εμβολιαστικής κάλυψης και στις υπόλοιπες ηλικίες, τη διερεύνηση πιθανών διαφορών στην εμβολιαστική κάλυψη καθώς και παραγόντων που την επηρεάζουν (τόπος γέννησης, μετανάστευση). Επίσης, μέσα από τον έλεγχο των ηλικιών 0-5 μπορεί να γίνει εκτίμηση της χρήσης των νεότερων εμβολίων της ηπατίτιδας Β και του αιμόφιλου της ινφλουέντσας τύπου b, τα οποία εισήχθηκαν στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών πρόσφατα (1998 και 2002 αντίστοιχα) αλλά και των μη υποχρεωτικών εμβολίων. Από

τον έλεγχο των μεγαλύτερων ηλικιών μπορεί να ελεγχθεί το ποσοστό των παιδιών που τους χορηγήθηκαν οι αναμνηστικές δόσεις του Td και της ηπατίτιδας B καθώς και οι πρακτικές εμβολιασμού που ακολουθούνταν παλιότερα.

Ο εντοπισμός των παιδιών έγινε από τα αρχεία του Κέντρου Εξυπηρέτησης Πολιτών (ΚΕΠ) Γαζίου, στα οποία καταγράφονται οι αλλοδαποί που έχουν κάνει αίτηση για χορήγηση ή ανανέωση άδειας παραμονής στη χώρα καθώς και για οικογενειακή συνένωση, για τα έτη 2001-2004. Από τα αρχεία αυτά συλλέχθηκαν τα βασικά στοιχεία των γονέων και, όπου ήταν δυνατό και των παιδιών τους. Για την πρόσβαση στα αρχεία του ΚΕΠ χορηγήθηκε σχετική άδεια από το Δήμο Γαζίου και την ειδική επιτροπή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της Περιφέρειας Κρήτης. Κατά τη διεξαγωγή της μελέτης τα παιδιά εκπροσωπήθηκαν από τις μητέρες τους, Στις περιπτώσεις που δεν ήταν δυνατή η συμμετοχή της μητέρας στην έρευνα, τότε το ρόλο αυτό ανάλαβε ο πατέρας ή ο κηδεμόνας των παιδιών.

Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για τη δημιουργία του τελικού δειγματοληπτικού πλαισίου ήταν τα εξής (Παράρτημα II, πιν. 2, σχήμα 1):

1. Δημιουργία αρχικής λίστας (Λίστα 1) από τα αρχεία του ΚΕΠ. Αυτή περιλάμβανε το σύνολο των αλλοδαπών παιδιών του Δήμου Γαζίου ηλικίας 0-18 ετών, που αποτελούνταν από 226 παιδιά που προερχόταν από 140 οικογένειες.
2. Δημιουργία δεύτερης λίστας (Λίστα 2), υποσύνολο της πρώτης, που περιλάμβανε τα παιδιά ηλικίας 0-18 ετών που κατοικούν στα δημοτικά διαμερίσματα του Γαζίου, των Καλεσσίων και της Ροδιάς. Ο συνολικός αριθμός ήταν 172 άτομα που προερχόταν από 108 οικογένειες. Αποτελεί το 76,1% της Λίστας 1 και το ποσοστό των οικογενειών που κατοικούν σε αυτά είναι 77,1% (108/140).
3. Δημιουργία του Αρχικού Δειγματοληπτικού Πλαισίου, υποσύνολο της Λίστας 2, που περιλάμβανε παιδιά **ηλικίας 6-14 ετών** (αρχικές δειγματοληπτικές μονάδες). Ο συνολικός αριθμός ήταν 86 άτομα και αποτελεί το 50,0% της Λίστας 2. Προέρχονται από 72 οικογένειες (66,7% των 108 οικογενειών με παιδιά που αποτελούν τη Λίστα 2).
4. Δημιουργία του Τελικού Δειγματοληπτικού Πλαισίου, αποτελούμενο από παιδιά ηλικίας 0-18 ετών (τελικές δειγματοληπτικές μονάδες). Είναι τα παιδιά που τελικά πήραν μέρος στη μελέτη και αποτελούνταν από τα παιδιά του αρχικού δειγματοληπτικού πλαισίου και τα αδέρφια τους. Ο αριθμός τους είναι 88 και αποτελούν το 51,2% (88/172) της Λίστας 2. Προέρχονται από 47 οικογένειες

25 οικογένειες στο σύνολο δεν συμμετείχαν στη μελέτη. Οι λόγοι μη συμμετοχής φαίνονται στον πίνακα 3 (Παράρτημα II). Να σημειωθεί εδώ, πως μόνο 5 οικογένειες (με 8 παιδιά συνολικά), από τις 72 με τις οποίες έγινε επικοινωνία, αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη (5/25, 20,0%). 11 οικογένειες δεν συμμετείχαν στη μελέτη για άλλους λόγους (έλλειψη χρόνου, αδυναμία συνέντευξης, δεν βρέθηκαν λόγω λάθος στοιχείων). 9 οικογένειες, με 13 παιδιά, δεν πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής (κατοικία εκτός των γεωγραφικών ορίων της μελέτης, επιστροφή στη χώρα καταγωγής τους κ.α). Ο αριθμός των οικογενειών αυτών, καθώς και των παιδιών τους, εξαιρέθηκαν από τους υπολογισμούς των επιμέρους δεικτών (108-9=99 οικογένειες, 172-13=159 παιδιά). **Σύμφωνα με τα παραπάνω, το τελικό ποσοστό συμμετοχής των οικογενειών στη μελέτη είναι 47,4% (47/99) και το τελικό ποσοστό συμμετοχής των παιδιών είναι 55,3% (88/159).**

Η συμμετοχή των παιδιών, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν (προσχολική, σχολική, εφηβική) φαίνεται στον πίνακα 2 ενώ στον πίνακα 4 (Παράρτημα II) παρατίθεται η αναλογία των παιδιών καθώς και τα ποσοστά συμμετοχής ανάλογα με τον τόπο κατοικίας στα 3 δημοτικά διαμερίσματα του δήμου. Όπως φαίνεται η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών διαμένουν στο δημοτικό διαμέρισμα Γαζίου (90,6%), ενώ πολύ λίγα παιδιά μένουν στα Καλέσσια (4,6%) και τη Ροδιά (4,6%).

6.2.4 Ερωτηματολόγιο

Το μέσο της έρευνας ήταν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο – φόρμα καταγραφής με ερωτήσεις κλειστού τύπου καθώς και ειδικό χώρο συμπλήρωσης των ημερομηνιών διενέργειας των εμβολιασμών (Παράρτημα III). Η συνέντευξη έγινε πρόσωπο με πρόσωπο με τον κηδεμόνα της τελικής δειγματοληπτικής μονάδας. Για την καταγραφή των εμβολιασμών χρησιμοποιήθηκαν τα Βιβλιάρια Υγείας των Παιδιών και οι Κάρτες Εμβολίων που έφεραν από τις χώρες προέλευσής τους. Τα εμβόλια που καταγράφηκαν είναι όλα τα υποχρεωτικά εμβόλια, όπως ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Αλληλεγγύης, καθώς και οι μη υποχρεωτικοί εμβολιασμοί.

Το ερωτηματολόγιο ήταν το ίδιο που χρησιμοποίησε το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού στην «Εθνική Μελέτη Εμβολιασμών, 2001», κατόπιν σχετικής άδειας από τον κ. Τ. Παναγιωτόπουλο. Είναι ένα έγκυρο και προτυποποιημένο ερωτηματολόγιο που έχει

ήδη χρησιμοποιηθεί και σε μεταναστευτικό πληθυσμό (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού 1999).

Οι θεματικές του ενότητες περιλαμβάνουν βασικά δημογραφικά στοιχεία και τις ημερομηνίες διενέργειας των δόσεων των εμβολίων

1. Δημογραφικά στοιχεία του παιδιού
2. Εμβολιασμοί που έχουν γίνει
3. Φορέας που διενήργησε τους εμβολιασμούς (ΙΚΑ, ΠΙΚΠΑ, Κέντρο Υγείας, ιδιώτης, στο εξωτερικό κ.α.)

Για την κατανόηση και τη μετάφραση των εμβολίων που είναι γραμμένα σε γλώσσα διαφορετική από την ελληνική, χρησιμοποιήθηκε ειδικός πίνακας με τις ονομασίες των εμβολίων στις συχνότερα απαντούμενες γλώσσες, ο ίδιος που χρησιμοποίησε και το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

6.2.5 Δείκτες εμβολιασμού

Οι δείκτες εμβολιασμού που υπολογίστηκαν είναι οι πρότυποι δείκτες εμβολιασμού που προτείνονται από τον ΠΟΥ για την αξιολόγηση του Εκτεταμένου Προγράμματος Εμβολιασμών για όλο τον κόσμο και για την Ευρώπη (ποσοστό εμβολιασμένων παιδιών με καθορισμένη δόση εμβολίου μέχρι τη συμπλήρωση καθορισμένης ηλικίας) (WHO Regional Office for Europe 1996, World Health Assembly 1992, WHO 1985) (Παράρτημα I, πιν. 20)

6.2.6 Ορισμοί

Οι ορισμοί που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη βασίζονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ελλάδας (Παράρτημα I, πιν. 17). Συγκεκριμένα,

- ως **πλήρως εμβολιασμένο** χαρακτηρίζεται το άτομο που έχει κάνει όλες τις δόσεις εμβολίων σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, ανάλογα με την ηλικία του και στον κατάλληλο χρόνο.
- ως **πλήρως εμβολιασμένο με καθυστέρηση** χαρακτηρίζεται το άτομο που έχει συμπληρώσει τις απαιτούμενες δόσεις εμβολίων, σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και την ηλικία του, αλλά με χρονική καθυστέρηση.

- ως **ελλιπώς εμβολιασμένο** χαρακτηρίζεται το άτομο στο οποίο λείπουν μία ή περισσότερες δόσεις εμβολίων για την ηλικία του.
- ως **ανεμβολίαστο** χαρακτηρίζεται το άτομο στο οποίο δεν έχει γίνει καμία δόση οποιουδήποτε εμβολίου ή που δεν έχει τα ανάλογα πιστοποιητικά που να αποδεικνύουν την εμβολιαστική του επάρκεια (Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού, Κάρτα Εμβολιασμών).
- **προτεινόμενη ηλικία** εμβολιασμών είναι η ηλικία που προτείνεται από τα Εθνικά Προγράμματα Εμβολιασμών των διαφόρων χωρών για τη διενέργεια των συγκεκριμένων εμβολίων. Αποτελεί τη βέλτιστη ηλικία στην οποία αναπτύσσεται η καλύτερη δυνατή ανοσιακή απάντηση από τον οργανισμό και είναι διαφορετική για τους διάφορους τύπους εμβολίων (Παράρτημα I, πιν. 21) (CDC 2002).
- **ελάχιστη αποδεκτή ηλικία** είναι ένα κατώτερο όριο ηλικίας το οποίο δεν είναι μεν το βέλτιστο, θεωρείται όμως ότι προκαλεί ικανοποιητική ανοσιακή απάντηση. (Παράρτημα I, πιν 21) (CDC 2002).

Έτσι, για τον υπολογισμό των βασικών δεικτών εμβολιασμού για τη διφθερίτιδα, τον τέτανο, τον κοκκύτη και την πολιομυελίτιδα, λήφθηκε υπόψη και η προτεινόμενη (6, 12, 48 μηνών) και η ελάχιστη αποδεκτή ηλικία εμβολιασμού (14 εβδομάδες).

Ειδικά για τον αιμόφιλο της ινφλουέντσας τύπου b, πλήρως εμβολιασμένο ανάλογα με την ηλικία του θεωρήθηκε κάθε παιδί που έλαβε: 4 δόσεις του εμβολίου για έναρξη εμβολιασμού σε ηλικία μικρότερη των 6 μηνών, 3 δόσεις για έναρξη εμβολιασμού σε ηλικία 6 – 11 μηνών ή 1 δόση για έναρξη εμβολιασμού σε ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των 12 μηνών.

6.2.7 Σχεδιασμός μελέτης

Η έρευνα είναι μία επιδημιολογική συγχρονική μελέτη πεδίου (cross - sectional survey). Η υλοποίησή της ολοκληρώθηκε σε δύο φάσεις: Τη φάση προετοιμασίας της μελέτης και τη φάση εφαρμογής του ερωτηματολογίου.

6.2.7.1 Α' Φάση – Προετοιμασία μελέτης

Κατά τη φάση αυτή έγινε:

- ο Επαφή με το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού για απόκτηση άδειας χρήσης του ερευνητικού εργαλείου.

- Ενημέρωση των φορέων για τη διεξαγωγή της μελέτης και διασφάλιση συνεργασίας με τοπικούς και υπερτοπικούς φορείς που εδρεύουν ή δραστηριοποιούνται μέσα στα διοικητικά όρια του Δήμου Γαζίου και έχουν προηγούμενη εμπειρία με τον υπό μελέτη πληθυσμό (Δήμος, ΚΕΠ, Περιφέρεια, Α'βάθμια/Β'βάθμια Εκπαίδευση, Νοσοκομεία, ΤΕΙ Κρήτης – Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΚΑΠΗ Δήμου Γαζίου).
- Αίτηση στο Δήμο και την Ειδική Επιτροπή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης Περιφέρειας Κρήτης για έγκριση πρόσβασης στα αρχεία του ΚΕΠ ώστε να διαμορφωθεί το Αρχικό Δειγματοληπτικό Πλαίσιο (Παράρτημα ΙΙΙ).
- Συναντήσεις με τους γιατρούς των Περιφερειακών Ιατρείων του Δήμου, ενημέρωση τους για τη μελέτη και σύναψη συνεργασίας. Συγκεκριμένα, ζητήθηκε από τους γιατρούς να ενημερώνουν τις γυναίκες μετανάστριες- μητέρες παιδιών για τη μελέτη και να τους δίνουν τα ενημερωτικά έντυπα και τα δελτία συμμετοχής
- Επαφή-γνωριμία με τις επιτροπές μεταναστών και με άτομα-κλειδιά στην κοινωνία των αλλοδαπών. Με τον τρόπο αυτό γνωστοποιήθηκε η πρόθεση και οι στόχοι της μελέτης και αναπτύχθηκε κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και του πληθυσμού.
- Σύνταξη ενημερωτικών εντύπων και ανακοινώσεων στην ελληνική και αλβανική γλώσσα, καθώς και Δελτίων Συμμετοχής στη μελέτη, σε κάποιες από τις μητρικές γλώσσες των αλλοδαπών (Ελληνικά, Αλβανικά, Βουλγάρικα) (Παράρτημα ΙΙΙ)
- Ανάρτηση των ανακοινώσεων σε σημεία-κλειδιά της περιοχής και ενημέρωση του τοπικού πληθυσμού.
- Σύνταξη ειδικού ενημερωτικού εντύπου με χρήσιμα τηλέφωνα υπηρεσιών που θα μπορούσαν να καλύψουν τις ανάγκες τους κυρίως σε θέματα υγειονομικού ενδιαφέροντος.

6.2.7.2 Β' Φάση – Εφαρμογή του ερευνητικού εργαλείου

Κατά τη φάση αυτή έγινε:

- Τηλεφωνική επικοινωνία για ραντεβού
- Συλλογή των ερευνητικών δεδομένων
- Ενημέρωση των γονέων των παιδιών για τις διαθέσιμες υπηρεσίες μέσω του ενημερωτικού εντύπου και παραπομπή τους σε υπηρεσίες όπου αυτό κρίθηκε αναγκαίο.
- Με το πέρας της έρευνας πεδίου και σε συνεργασία με τον Δήμο Γαζίου, το ΤΕΙ Κοινωνικής Εργασίας Κρήτης και το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του

Βενιζέλειου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Ηρακλείου πραγματοποιήθηκε ομιλία προς τις μητέρες των παιδιών που συμμετείχαν στη μελέτη με θέμα τον οικογενειακό προγραμματισμό και την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

6.2.8 Τεχνικές Συλλογής Δεδομένων

Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω τεχνικές:

- Για τον εντοπισμό των τελικών δειγματοληπτικών μονάδων χρησιμοποιήθηκαν, κυρίως τα άτυπα δίκτυα των μεταναστών όπου, μέσω της τεχνικής Snowballing, άτομα-κλειδιά που διέδωσαν την πληροφορία και οδήγησαν στην ανεύρεση κάποιων ατόμων του τελικού δειγματοληπτικού πλαισίου (Batchelor, Rossmann Beel και Freeman, άγνωστη ημερομηνία έκδοσης). Σε δεύτερη φάση, και για τα άτομα που δεν εντοπίστηκαν με τον προαναφερθέντα τρόπο, χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία του καταλόγου που δημιουργήθηκε από τα αρχεία του ΚΕΠ. Έγινε τηλεφωνική επαφή, κατά προτυποποιημένο τρόπο, και συνεννόηση για προσωπική συνάντηση και συνέντευξη.
- Η συμμετοχή των προαναφερόμενων ατόμων στη μελέτη καθορίστηκε μετά από πλήρη ατομική ενημέρωση και υπογραφή συμφωνητικού αποδοχής και συμμετοχής στη μελέτη. Αυτό ήταν μεταφρασμένο στις μητρικές γλώσσες της πλειονότητας των συμμετεχόντων.
- Στις περιπτώσεις που υπήρχε μεγάλο πρόβλημα επικοινωνίας με τον κηδεμόνα των τελικών δειγματοληπτικών μονάδων, κυρίως λόγω μη κατανόησης της ελληνικής γλώσσας, παρόν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης βρισκόταν και άτομο που εκτελούσε χρέη διερμηνέα. Αυτό, ήταν συνήθως κάποιο άτομο του στενού συγγενικού περιβάλλοντος (συνήθως ο άλλος γονέας), ή κάποιο από τα άτομα-κλειδιά των μεταναστών με το οποίο είχε γίνει προσυνεννόηση.

6.3 Στατιστική ανάλυση-Παρουσίαση δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε χρήση των μεθόδων της περιγραφικής στατιστικής για τα δημογραφικά στοιχεία και υπολογίστηκαν οι επιμέρους πρότυποι δείκτες εμβολιασμού που προτείνονται από τον ΠΟΥ για την αξιολόγηση του Εκτεταμένου Προγράμματος Εμβολιασμών για όλο τον κόσμο και για την Ευρώπη ((WHO Regional Office for Europe 1996, World Health Assembly 1992, WHO 1985).

Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 5%. Στις σχετικές παραμέτρους λήφθηκαν υπόψη τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης. Επειδή το δειγματοληπτικό κλάσμα είναι πολύ μεγαλύτερο από 10% περιλήφθηκε στον τύπο και «ο παράγοντας διόρθωσης πεπερασμένου πληθυσμού» (finite population correction factor) (Armitage και Berry 1987, Moser και Kalton 1981)). Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS vs. 12 και με το Microsoft Office Excel 2003.

6.4 Χρονοδιάγραμμα ενεργειών

Η διεξαγωγή της προμελέτης ολοκληρώθηκε σε διάστημα 2 μηνών (Ιούλιος-Αύγουστος 2004). Εν συνεχεία κατά τους μήνες Σεπτέμβριο – Οκτώβριο 2004 πραγματοποιήθηκε η συλλογή των δεδομένων. Τους μήνες Νοέμβριο, Δεκέμβριο 2004 και Ιανουάριο 2005 ακολούθησε η εισαγωγή των δεδομένων, η ανάλυσή τους και η διεξαγωγή συμπερασμάτων ενώ η συγγραφή της έκθεσης ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του 2005. Πλήρες χρονοδιάγραμμα όλων των ενεργειών παρατίθεται στο Παράρτημα ΙΙΙ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

(Παράρτημα ΙΙ)

7.1 Δημογραφικά στοιχεία

Από τις 108 οικογένειες που αποτελούσαν την λίστα 2, το 77,8% προέρχεται από την Αλβανία, 6,5% από τη Βουλγαρία, 5,6% από τη Ρουμανία και 0,9% από την Πολωνία (πιν. 5). Οι ηλικία των μητέρων κυμαίνεται από 22 έως 36 ετών (πιν. 6)

Συνολικά στη μελέτη συμμετείχαν 88 παιδιά, ηλικίας 2 μηνών έως 17.3 ετών, με μέσο όρο τα 7.5 έτη και σταθερά απόκλιση 4.6 έτη (πίν. 7) (ποσοστό συμμετοχής 55,3%). Το 52,3% ήταν άρρενες και το 47,7% θήλεις (πίν. 8). Η πλειονότητά τους ήταν Αλβανικής καταγωγής (84,1%), και τα υπόλοιπα ήταν Βουλγάρικης (9,11%), Ρουμάνικης (4,5%) και Πολωνικής (2,3%) (πιν. 9, γραφ. 1). Τα μισά περίπου γεννήθηκαν στην Αλβανία (53,4%), 36,4% στην Ελλάδα, 6 παιδιά στη Βουλγαρία, 2 στην Πολωνία και 1 στη Ρουμανία (πιν. 10, γραφ. 2). Παρατηρείται πως οι γεννήσεις των παιδιών στην Ελλάδα ήταν μετά το 1997 (πιν. 11).

Ένα στα 5 παιδιά σχολικής ηλικίας δεν πηγαίνει σχολείο (20,4%), ενώ τα υπόλοιπα φοιτούν κανονικά στα σχολεία του δήμου. Η πλειονότητα των παιδιών πηγαίνει στο Δημοτικό (79,5%), 8 παιδιά στο Γυμνάσιο, ενώ 1 από τα 6 παιδιά της κατάλληλης ηλικίας, φοιτά στο Λύκειο (πιν. 12, 13).

Από τα 74 παιδιά (74/88, 84%) που έφεραν μαζί τους κάποιο αποδεικτικό έγγραφο για τους εμβολιασμούς τους, τα 59 (79,7%, ΔΕ95%: 74,1 – 85,3) είχαν Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού, και τα 14 την κάρτα εμβολιασμού από τη χώρα προέλευσης (18,9%, ΔΕ95%: 13,4 – 24,4) (πιν. 14, γραφ. 3). Τα 14 από τα 88 παιδιά (16%, ΔΕ95%: 10,9 – 21,1) δεν έφεραν μαζί τους κάρτα εμβολιασμών ή Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού. Αυτά θεωρήθηκαν ανεμβολίαστα.. Από τα 41 παιδιά που γεννήθηκαν στην Αλβανία, τα 29 (70,7%) διέθεταν το Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού πιν. 15).

Για τα παιδιά που θεωρήθηκαν ανεμβολίαστα, τα 11 γεννήθηκαν μεταξύ 1988 και 1997 και τα υπόλοιπα 3 από το 1998 έως το 2001 (πιν. 16). Η κατανομή φύλου ήταν ίδια (8 άρρενες και 6 θήλειες) (πιν. 17) και ήταν κυρίως Αλβανικής καταγωγής (50%) αν και τα 5 από τα 8 παιδιά Βουλγάρικης και τα 2 στα 4 Πολωνικής εθνικότητας δεν έφεραν μαζί τους αποδεικτικό εμβολιασμών (πιν. 9, 18). 13 στα 14 γεννήθηκαν εκτός Ελλάδας (πιν. 19) ενώ τα μισά παιδιά σχολικής ηλικίας δεν φοιτούσαν σε σχολείο (πιν. 20).

7.2 Εμβολιαστικοί δείκτες

7.2.1 Εμβολιασμός για διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη

Πλήρης εμβολιασμός για διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη, ανάλογα με την ηλικία του κάθε παιδιού παρατηρείται στο 62,5% [ΔΕ95%: 58,0 – 67,0] των περιπτώσεων (πιν. 26). Στον πίνακα 27 και το γράφημα 4 παρουσιάζονται οι κυριότεροι δείκτες εμβολιασμού για διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη. Για τις 4 πρώτες δόσεις εμβολιασμού, η εμβολιαστική κάλυψη είναι ταυτόσημη και για τις 3 νόσους, αφού σε όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε το τριπλό εμβόλιο DTP. Για την 5^η δόση εμβολιασμού μόνο σε 4 περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε το διπλό εμβόλιο, αντί για το τριπλό.

Έτσι, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 27, το ποσοστό εμβολιασμού με 3 έγκυρες δόσεις συμπληρωμένες μέχρι την ηλικία του ενός έτους, και διενεργημένες κατά την προτεινόμενη ηλικία, είναι 68,2% [ΔΕ95%: 63,8 – 72,6]. Ο συγκεκριμένος δείκτης υπολογισμένος βάση της ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας είναι 76,7%, [ΔΕ95%: 72,7 – 80,7]. Το τελικό ποσοστό κάλυψης για όλες τις ηλικίες (DTP3 - κάθε ηλικία) είναι 83,5% [ΔΕ95%: 80,0 – 87,0]. Στους πίνακες 28, 29, 30 και 31 παρατίθενται τα αναλυτικά ποσοστά κάλυψης με το τριπλό εμβόλιο ανάλογα με την ηλικία χορήγησης της δόσης.

Η κάλυψη με 4 δόσεις του τριπλού μέχρι την ηλικία των 2 ετών είναι κάτω από 50% (40,5%, [ΔΕ95%: 35,9 – 45,1]), 70,4% σε όλες τις ηλικίες [ΔΕ95%: 66,1 – 74,7] βάση της προτεινόμενης ηλικίας και 72,6% [ΔΕ95%: 68,4 – 76,8] βάση της ελάχιστης αποδεκτής (πιν 27). Το 27% των παιδιών παραμένει ανεμβολίαστο (πιν. 31, 32, 33, 34).

Με την 5^η δόση έναντι της διφθερίτιδας και του τετάνου είναι εμβολιασμένο το 55,4% [ΔΕ95%: 50,7 – 60,1] του συνόλου των παιδιών ηλικίας άνω των 4 ετών, το 35,4% δεν έχει λάβει αυτή τη δόση και 6 παιδιά από τα 42 (9,2%) εμβολιάστηκαν σε ηλικία μικρότερη της ελάχιστης αποδεκτής. Τα 38 από τα 42 παιδιά έλαβαν το τριπλό εμβόλιο (DTP) και τα 4 το διπλό (DT, Td) (πιν. 35, 36).

7.2.2 Εμβολιασμός για πολιομυελίτιδα

Πλήρης εμβολιασμός για πολιομυελίτιδα έχει γίνει στο 68,2% των παιδιών του δείγματος [ΔΕ95%: 63,8 – 72,6] (πιν. 38). Η τελική εμβολιαστική τους κάλυψη για 3 δόσεις πολιομυελίτιδας («κάθε ηλικία») είναι 78,8% [ΔΕ95%: 75,0 – 82,6] βάση υπολογισμού της προτεινόμενης ηλικίας και 82,6% [ΔΕ95%: 79,0 – 86,2] βάση της ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας. Η κάλυψη με 3 δόσεις μέχρι την ηλικία του 1 έτους είναι 74,1% [ΔΕ95%: 70,0 – 78,2] βάση της προτεινόμενης και 77,9% [ΔΕ95%: 74,0 – 81,8] (πιν. 37, 39, 40, 41, 42, γραφ. 5).

Όσον αφορά τις 4 δόσεις πολιομυελίτιδας μέχρι την ηλικία των 2 ετών η κάλυψη βάση της προτεινόμενης ηλικίας είναι 59,0% [ΔΕ95%: 54,4-63,6], ενώ για όλες τις ηλικίες φτάνει στο 71,3% [ΔΕ95%: 67,1– 75,5]. Για τον εμβολιασμό με την 5^η δόση το τελικό ποσοστό είναι 55,4% [ΔΕ95%: 50,7 – 60,1]. Στους πίνακες 43, 44 και 45 παρατίθενται αναλυτικά τα επιμέρους ποσοστά.

7.2.3 Εμβολιασμός για ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα

Για τον εμβολιασμό για ιλαρά, ερυθρά και παρωτίτιδα κυκλοφορούν 2 τύποι εμβολίων. Τα μονοδύναμα για κάθε νόσημα και το τριπλό για ιλαρά-ερυθρά-παρωτίτιδα (MMR). Στα παιδιά του δείγματος έχουν χορηγηθεί και οι 2 τύποι των εμβολίων. Για τον υπολογισμό των τελικών δεικτών λήφθηκαν υπόψη και οι 2 μορφές (πιν. 46).

7.2.3.1 Ιλαρά

Η πρώτη δόση ιλαράς χορηγήθηκε εγκαίρως (μέχρι 2 ετών) στο 50,6% των παιδιών [ΔΕ95%: 45,9– 55,3]. Ωστόσο, με κάποια χρονική καθυστέρηση (κάθε ηλικία), το τελικό ποσοστό εμβολιασθέντων έφτασε στο 79,5% [ΔΕ95%: 75,7 – 83,3]. Για τη 2^η δόση του εμβολίου η τελική κάλυψη είναι 24,6%, με το 75% περίπου του δείγματος να μη την έχει λάβει (πιν. 47,48, 49, γραφ. 6).

7.2.3.2 Ερυθρά

Στην ηλικία των 2 ετών το 34,9% [ΔΕ95%: 30,4 – 39,4] των παιδιών έχει λάβει την 1^η δόση του εμβολίου, και με κάποια χρονική καθυστέρηση (κάθε ηλικία) επιτυγχάνεται κάλυψη της τάξης του 67,5% [ΔΕ95%: 63,1 – 71,9]. Με τη 2^η δόση του εμβολίου είναι καλυμμένο το 18,5% [ΔΕ95%: 14,9 – 22,1] των παιδιών (πιν. 50, 51, 52, γραφ. 6).

7.2.3.3 Παρωτίτιδα

Αντίστοιχα ποσοστά ισχύουν και για την παρωτίτιδα. Το 34,9% [ΔΕ95%:30,4 – 39,4] των παιδιών έχουν εμβολιαστεί μέχρι τα 2 τους χρόνια κατά της νόσου. Το ποσοστό κάλυψης ανεβαίνει στο 63,9% [ΔΕ95%: 59,4 – 68,4] για όλες τις ηλικίες. Όπως στην ερυθρά, έτσι και με τη 2^η δόση της παρωτίτιδας, η κάλυψη είναι 18,5% [ΔΕ95%:14,9 – 22,1] (πιν. 53, 54, 55, γραφ. 6).

7.2.3.4 Εμβολιασμός με το τριπλό και τα μονοδύναμα εμβόλια κατά της ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας

Με την πρώτη δόση του τριπλού εμβολίου κατά της ιλαράς, ερυθράς παρωτίτιδας (MMR) έχουν εμβολιαστεί συνολικά 51 άτομα ενώ με το μονοδύναμο εμβόλιο κατά της ιλαράς 26 παιδιά, κατά της ερυθράς 7 και κατά της παρωτίτιδας 4 παιδιά (πιν. 56, 57, 58, 59).

7.2.4 Εμβολιασμός για ηπατίτιδα Β

Στον πίνακα 60 παρατίθενται τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης για τους 3 αυτούς υποχρεωτικούς εμβολιασμούς. Όπως φαίνεται, πλήρης εμβολιασμός για ηπατίτιδα Β έχει γίνει στο 62,5% των παιδιών (3 δόσεις, κάθε ηλικία) [ΔΕ95%: 58,0 – 67,0]. Τουλάχιστον μία δόση έχει χορηγηθεί στο 71,6% [ΔΕ95%: 71,6 – 75,8] ενώ με 2 δόσεις έχει εμβολιαστεί το 70,5% του δείγματος (πιν. 61, 62, 63, γραφ. 7).

7.2.5 Εμβολιασμός για φυματίωση – Φυματινοαντίδραση Mantoux

Όσον αφορά τη φυματίωση, το εμβόλιο BCG έχει γίνει στο 45,5% [ΔΕ95%: 40,8 – 50,2] των παιδιών, ανεξαρτήτως ηλικίας (πιν. 60, 64). Η προτεινόμενη ηλικία διενέργειας του εμβολιασμού με BCG από το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών είναι 5-6 ετών. Θέτοντας τα 6 χρόνια ως ηλικιακό όριο, κάτω από το οποίο τα ανεμβολίαστα παιδιά εξαιρούνται των υπολογισμών, ως «νομίμως ανεμβολίαστα», φαίνεται πως το τελικό ποσοστό εμβολιασμού ανέρχεται στο 69,0% [ΔΕ95%: 64,7 – 73,3] (πιν. 65, 66, 67, γραφ. 7). Από τον πίνακα 68 φαίνεται πως 5 στα 6 παιδιά γεννημένα στη Βουλγαρία και όλα τα παιδιά που γεννήθηκαν στην Πολωνία, ηλικίας άνω των 6 ετών δεν έχουν κάνει τον εμβολιασμό.

Η διενέργεια δερμοαντίδρασης Mantoux πριν τον εμβολιασμό με BCG έγινε συνολικά σε 18 παιδιά. Από αυτά, σε 5 ακολούθησε εμβολιασμός για φυματίωση, δηλαδή στο 28% των παιδιών που έχουν εμβολιαστεί. Αντίθετα, σε ένα ποσοστό 27% έχει γίνει Mantoux, χωρίς να έχει ακολουθήσει εμβολιασμός για φυματίωση (πιν. 69). Σε καμία περίπτωση δεν παρατηρήθηκε θετικό αποτέλεσμα ενώ σε 8 παιδιά δεν καταγραφόταν απάντηση (πιν. 70).

7.2.6 Εμβολιασμός για αιμόφιλο ινφλουέντσας τύπου b

Με το εμβόλιο κατά του αιμόφιλου της ινφλουέντσας έχουν εμβολιαστεί συνολικά, και για κάθε ηλικία, με την 1^η δόση το 39,8% [ΔΕ95%: 35,2 – 44,4] των παιδιών, με τη 2^η το 34,1% [ΔΕ95%: 29,6 – 38,6, με την 3^η το 29,5% [ΔΕ95%: 25,2 – 33,8], και με την 4^η το 26,1% [ΔΕ95%: 22,0 – 30,2] (πιν. 71, 72, 73, 74). Η χορήγηση 1 έγκυρης δόσης του εμβολίου μέχρι την ηλικία του 1 έτους (κάθε ηλικία) ανέρχεται στο 34,1% [ΔΕ95%: 29,6 – 38,6] και 3 δόσεων για την ίδια ηλικία στο 25,6% [ΔΕ95%: 21,5– 29,7] (πιν 75, 76). Η κάλυψη με 4 δόσεις μέχρι την ηλικία των 2 ετών είναι 23,8% [ΔΕ95%: 19,8 – 27,8] (πιν. 77).

Σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών ο εμβολιασμός για τον αιμόφιλο είναι υποχρεωτικός μέχρι την ηλικία των 5 ετών. Στους παραπάνω υπολογισμούς περιλαμβάνονται όλες οι ηλικίες, δηλαδή και παιδιά μεγαλύτερα των 5 ετών.

Αφαιρώντας από τους υπολογισμούς του ποσοστού τα παιδιά άνω των 5 ετών που δεν έχουν εμβολιαστεί, η κάλυψη του πληθυσμού είναι 54,5% [ΔΕ95%: 49,8 – 59,2] για τις 3 δόσεις μέχρι το 1^ο έτος της ζωής και 78,8% [ΔΕ95%: 75,0 – 82,6] για κάθε ηλικία (πιν. 78, γραφ. 8). Η κάλυψη με 4 δόσεις έως 2 ετών είναι 51,6% [ΔΕ95%: 46,9 – 56,3] και 74,2% [ΔΕ95%: 70,1 – 78,3] για όλες τις ηλικίες (πιν. 79). Η τελική κάλυψη με μία δόση για τα παιδιά 1 έως 5 ετών είναι 86,2% [ΔΕ95%: 83,0 – 89,4], για τα παιδιά 2 μηνών έως 5 ετών είναι 83,3% [ΔΕ95%: 79,8 – 86,8] και για τα παιδιά άνω των 5 ετών είναι 17,2% [ΔΕ95%: 13,7 – 20,7] (πιν. 80, 81, 82).

7.2.7 Εμβολιασμός για ηπατίτιδα Α, Μηνιγγιτιδόκοκκο Α/Α+C, Πνευμονιόκοκκο, Γρίπη

Για την ηπατίτιδα Α, 2 παιδιά έχουν λάβει την 1^η και τη 2^η δόση (πιν. 83), ενώ με το εμβόλιο της γρίπης και του μηνιγγιτιδόκοκκου Α+C έχει εμβολιαστεί 1 παιδί (πιν. 84, 85). Με την 3^η δόση της ηπατίτιδας Α και τον πνευμονιόκοκκο δεν έχει γίνει εμβολιασμός (πιν. 83, 87). Όσον αφορά τον μηνιγγιτιδόκοκκο C, όπως φαίνεται από τον πίνακα 85, το 18,2% των παιδιών είναι καλυμμένο με 1 δόση [ΔΕ95%: 14,6 – 21,8].

7.9 Εμβολιασμός με συνδυασμένες μορφές εμβολίων

Από τους πίνακες 88 – 94 γίνεται φανερό πως τα ποσοστά χορήγησης των συνδυασμένων μορφών των εμβολίων κυμαίνονται από 0 – 5%. Εξάιρεση αποτελεί μόνο ο εμβολιασμός με την 4^η δόση του infanrix*, με την οποία έχουν εμβολιαστεί 11 παιδιά (κάθε ηλικία: 12.5% [ΔΕ95%: 9,4 - 15,6]) (πιν 88).

* Infanrix: Τριπλό εμβόλιο προσροφημένο έναντι της διφθερίτιδας – τετάνου – ακυτταρικό κοκκύτη

7.3 Φορείς διενέργειας εμβολιασμών

7.3.1 DTP

Για τον εμβολιασμό με την 1^η, 4^η, 5^η και 6^η δόση DTP βασικός φορέας χορήγησης ήταν οι υπηρεσίες υγείας των χωρών προέλευσης της πλειοψηφίας των παιδιών, σε ποσοστό που φτάνει το 45% περίπου για τις 5 πρώτες δόσεις, ενώ είναι ο αποκλειστικός για την 6^η δόση του τριπλού για διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη. Το ΙΚΑ φαίνεται πως είναι ο κυριότερος παροχέας εμβολιασμών στην Ελλάδα για το DT/P, ενώ ο αμέσως επόμενος υπεύθυνος είναι ο ιδιώτης γιατρός. Τα ποσοστά για τις παραπάνω δόσεις (για κάθε ηλικία) φαίνονται αναλυτικά στους πίνακες 95 έως 98 και στο γράφημα 9.

7.3.2 Δερμοαντίδραση Mantoux και BCG

Όσον αφορά τη διενέργεια δερμοαντίδρασης Mantoux, οι 7 από τις 18 δοκιμασίες έγιναν από ιδιώτη γιατρό (38,9%, ΔΕ95%: 34,3 – 43,5]. Το δημόσιο σ' αυτή την περίπτωση κατείχε τη 2^η θέση (5 παιδιά, 27,8%, ΔΕ95%: 23,6 – 32,0) ενώ στο εξωτερικό δεν έχει γίνει καμία δοκιμασία Mantoux (πιν. 99).

Η διενέργεια του BCG έγινε στο εξωτερικό σε ποσοστό 77,5% [ΔΕ95%: 73,6 – 81,4] (31 στα 40 παιδιά) ενώ το 10,0% εμβολιάστηκε σε Δημόσιο Νοσοκομείο (ΔΕ95%: 7,2 – 12,8) (πιν. 100, γραφ. 10).

7.3.3 Ιλαρά

Για την 1^η δόση του εμβολίου της ιλαράς (MMR και μονοδύναμο) κύριοι υπεύθυνοι ήταν εξίσου το ΙΚΑ και οι φορείς των χωρών προέλευσης των μεταναστών, με 31,3% [ΔΕ95%: 26,9 – 35,7] και 34,4% [ΔΕ95%: 29,9 – 38,9] αντίστοιχα (πιν. 101). Η 2^η δόση του MMR στις μισές περίπου περιπτώσεις χορηγήθηκε από το ΙΚΑ (44,0%, ΔΕ95%: 39,3 – 48,7), ενώ το ένα τέταρτο αυτών έγιναν στον ιδιωτικό τομέα (24,0%, ΔΕ95%: 20,0 – 28,0) (πιν.102).

7.3.4 Ηπατίτιδα Β, Αιμόφιλος ινφλουέντσας τύπου b

Στον πίνακα 104 φαίνεται πως ο κύριος υπεύθυνος για την 1^η δόση της ηπατίτιδας Β ήταν το ΙΚΑ με ποσοστό 36.5% (ΔΕ95%: 32,0 – 41,0), ενώ στη χώρα καταγωγής τους εμβολιάστηκε το 28.6% (ΔΕ95%: 24,4 – 32,8).

Η 1^η δόση του αιμόφιλου της ινφλουέντσας έγινε κατά βάση στο ΙΚΑ (57,1%, ΔΕ95%: 52,5 – 61,7). Οι ιδιώτες γιατροί ήταν οι δεύτεροι σε συχνότητα που διενέργησαν αυτό τον εμβολιασμό (34,3%, ΔΕ95%: 29,8 – 38,8) ενώ κανένα παιδί δεν έλαβε το εμβόλιο στις χώρες καταγωγής τους (πιν. 103, γραφ. 11).

7.3.5 Ηπατίτιδα Α, Μηνιγγιτιδόκοκκος Α/Α+C, Πνευμονιόκοκκος, Γρίπη

Τα δύο παιδιά που εμβολιάστηκαν για την ηπατίτιδα Α και το 1 για τον μηνιγγιτιδόκοκκο Α+C, έκαναν χρήση του ιδιωτικού τομέα όπως και το 81,3% αυτών που τους χορηγήθηκε το εμβόλιο του μηνιγγιτιδόκοκκου C (ΔΕ95%: 77,6 – 85,0) (πιν. 105 -107). Ο υπεύθυνος φορέας για τη γρίπη είναι άγνωστος, ενώ σε κανένα παιδί δεν έχει γίνει εμβολιασμός για πνευμονιόκοκκο (πιν. 108, 109).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1 Αδυναμίες της μελέτης – Περιορισμοί

Η μελέτη της υγείας των μεταναστών στον αναπτυσσόμενο κόσμο έχει απασχολήσει τη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά όχι στο βαθμό που αντιστοιχεί στο ίδιο το θέμα και τη σοβαρότητα του φαινομένου της μετανάστευσης και των επιπτώσεών της στην υγεία. Στην Ελλάδα οι μελέτες της υγείας των μεταναστών και ιδιαίτερα των παιδιών αυτών είναι περιορισμένες και αφορούν κατά βάση την επιδημιολογία των ηπατιτιδών, της φυματίωσης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Αλευρά και συν. 2002, Αντισένου και συν. 2002, Κωνσταντινίδης και συν. 2000).

Η παρούσα μελέτη, όπως έχει αναφερθεί, έγινε κατά το πρότυπο της «Πανελλαδικής Μελέτης Κατάστασης Εμβολιασμού» του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού με τη χρήση του ίδιου ερευνητικού εργαλείου. Η διαφορά της από την Πανελλαδική Μελέτη έγκειται στις ηλικιακές ομάδες που συμπεριλήφθηκαν και δεν αφορά μόνο παιδιά Α' Δημοτικού και Γ' Γυμνασίου, αλλά παιδιά όλων των ηλικιών. Επίσης, στο γεγονός ότι ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από αλλοδαπά και όχι από γηγενή παιδιά. Παρόλο όμως που στην Πανελλαδική μελέτη ο κύριος πληθυσμός ήταν ελληνικής καταγωγής, συμπεριλήφθηκε και ένας μικρός αριθμός αλλοδαπών παιδιών (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 1999). Η επιλογή συμμετοχής στην παρούσα μελέτη μόνο των παιδιών που έχουν και τους δύο γονείς τους αλλοδαπούς έγινε διότι οι Έλληνες είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με το σύστημα υγείας της Ελλάδας και αυτό μπορεί να επηρεάζει σε κάποιο βαθμό τη χορήγηση των εμβολίων στα παιδιά, άρα και την εμβολιαστική τους κάλυψη.

Το Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού έχει αποδειχτεί ένα εξαιρετικά αποτελεσματικό μέσο καταγραφής των εμβολιασμών, ακόμα και στις ομάδες μεταναστών με παιδιά που γεννήθηκαν στην Ελλάδα (Περηφάνου και συν. 2002). Τα παιδιά που γεννήθηκαν στην αλλοδαπή συνήθως φέρουν μαζί τους τις κάρτες εμβολίων που χρησιμοποιούν στη χώρα

καταγωγής τους. Κάποιες φορές όμως, λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούν εκεί ή κατά τη διαδικασία της μετανάστευσης, οι γονείς έχουν χάσει ή δεν φέρουν μαζί τους τις κάρτες εμβολίων. Τα παιδιά αυτά στην παρούσα μελέτη θεωρήθηκαν ως ανεμβολίαστα. Αυτό όμως δεν σημαίνει πως δεν έχουν λάβει και καμία δόση εμβολίων. Το αποτέλεσμα είναι, τα τελικά ποσοστά της εμβολιασμού να ανευρίσκονται χαμηλότερα από τα πραγματικά κι έτσι να υποεκτιμάται η εμβολιαστική τους κατάσταση. Ένα άλλο γεγονός είναι πως κάποιες φορές οι κάρτες εμβολίων ή κάποιες από τις δόσεις εμβολίων των παιδιών είναι πλαστές. Αυτό συμβαίνει διότι για τη λήψη της άδειας παραμονής των παιδιών στην Ελλάδα είναι απαραίτητη η κάρτα εμβολίων στην οποία να φαίνεται ότι το παιδί είναι πλήρως εμβολιασμένο. Ακριβώς όμως λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών, οι κάρτες αυτές έχουν χαθεί, καταστραφεί ή τα παιδιά έχουν πραγματικά χάσει κάποιες από τις υποχρεωτικές δόσεις εμβολίων, οι οποίες και συμπληρώνονται αργότερα στην πλαστή κάρτα. Και στις δύο περιπτώσεις το σφάλμα στους υπολογισμούς των δεικτών δεν είναι δυνατό να υπολογιστεί.

Κατά την πρώτη φάση διεξαγωγής της μελέτης η αρχική δυσκολία, και ταυτόχρονα αδυναμία, ήταν η μη απόκτηση πλήρους και ολοκληρωμένης αρχικής λίστας. Το ΚΕΠ δεν διαθέτει σε ηλεκτρονική μορφή τα αρχεία των μεταναστών. Άντ' αυτού, φυλάσσει τα διάφορα έγγραφα τους σε έντυπη μορφή σε φακέλους, με αύξοντα αριθμό πρωτοκόλλου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχουν αρκετές διπλοεγγραφές, αφού, κατά τα έτη 2001-2004 που μελετήθηκαν, αρκετοί μετανάστες κατέθεσαν πάνω από μία αιτήσεις στο ΚΕΠ για διάφορους λόγους: νέα άδεια ή ανανέωση της προηγούμενης άδειας παραμονής, οικογενειακή συνένωση με κάποια ή όλα τα μέλη της οικογένειάς τους. Επίσης παρατηρήθηκε το φαινόμενο της διπλοεγγραφής των παιδιών στο φάκελο του πατέρα και της μητέρας τους. Ακόμα, δίνονταν ελλιπή στοιχεία για την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών, ψευδή στοιχεία διεύθυνσης ή τηλεφώνου. Τέλος, υπήρχαν περιπτώσεις όπου κάποια παιδιά δεν ήταν καταγεγραμμένα στα αρχεία του ΚΕΠ (πρόσφατη γέννηση, δεν έχει γίνει αίτηση για οικογενειακή συνένωση, εκκρεμότητα της τελικής απόφασης για αυτήν). Αποτέλεσμα ήταν να δημιουργηθεί μια αρχική λίστα αρκετά ογκώδης, δυσχείριστη, με διπλοεγγραφές και ελλείψεις. Αξίζει να σημειωθεί επίσης πως τα στοιχεία που συλλέχθηκαν αφορούσαν μόνο τον νόμιμο πληθυσμό μεταναστών οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι στο ΚΕΠ. Ο αριθμός ή τα στοιχεία των παράνομων μεταναστών ήταν αδύνατο να βρεθούν, με αποτέλεσμα ένα άγνωστο ποσοστό του μεταναστευτικού πληθυσμού να μην έχει εντοπιστεί. **Επομένως, τα**

αποτελέσματα της μελέτης αφορούν μόνο τους νόμιμους αλλοδαπούς που είναι εγγεγραμμένοι στο Γάζι.

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν δείγμα ευκολίας, για την ανεύρεσή του χρησιμοποιήθηκε κατά βάση η τεχνική Snowballing (Batchelor, Rossmann Beel και Freeman, άγνωστη ημερομηνία έκδοσης) και δεν προέκυψε από τυχαιοποιημένη δειγματοληψία. Αυτό συνέβη διότι ο αρχικός πληθυσμός ήταν αρκετά μικρός (172 άτομα) και από την τυχαιοποιημένη δειγματοληψία προέκυπτε μέγιστος αριθμός δείγματος 20 ατόμων. Εξάλλου βασικός στόχος της μελέτης- δεδομένων των περιορισμών της- ήταν να αναγνωρίσει όσον το δυνατόν περισσότερα άτομα αυτής της πληθυσμιακής ομάδας και να καταγράψει την εμβολιαστική τους κάλυψη. Τελικά ανευρέθησε το 52% του συνόλου του πληθυσμού που ανήκαν στη Λίστα 2. Η αδυναμία ανεύρεσης του συνόλου του αρχικού δειγματοληπτικού πλαισίου, όπως αυτό διαμορφώθηκε από τον κατάλογο του ΚΕΠ και η πλήρης απογραφή της εμβολιαστικής κατάστασής του, οφειλόταν κατά βάση στην αδυναμία εντόπισης όλων των οικογενειών ή στις περιπτώσεις που ανεβρέθηκαν η μη ικανοποίηση των κριτηρίων εισαγωγής στη μελέτη και η άρνηση συμμετοχής τους. Κίνητρο για συμμετοχή στην μελέτη αποτέλεσε ο έλεγχος και η κάλυψη των ελλείψεων εμβολιασμών των παιδιών των μεταναστών, ηλικίας έως 18 ετών.

Το πρόβλημα επικοινωνίας/συνεννόησης με τα άτομα που δεν μιλούν καλά την ελληνική γλώσσα ξεπεράστηκε με την παρουσία ατόμου που γνωρίζει και μιλά τη μητρική γλώσσα των συνεντευξιαζόμενων. Το άτομο αυτό ήταν συνήθως ο πατέρας των παιδιών, που στην πλειονότητα των περιπτώσεων μιλούσε αρκετά καλά τα ελληνικά.

Όσον αφορά την ανάλυση των δεδομένων, αυτή εφαρμόστηκε ενιαία για το σύνολο των παιδιών, ανεξαρτήτως ηλικίας και χωρίς να υπολογίζονται οι πιθανές διαφορές στην εμβολιαστική κάλυψη των επιμέρους ηλικιακών ομάδων. Έτσι, φαίνεται μεν η συνολική κάλυψη του συγκεκριμένου πληθυσμού, αποκρύπτονται όμως τυχόν διαφορές στις ευκαιρίες και στις πρακτικές εμβολιασμού διαφορετικών γενεών (Παναγιωτόπουλος 1999), όπως η μη χρήση κάποιων εμβολίων παλιότερα, η χρήση μονοδύναμων εμβολίων, οι διαφορετικές ηλικίες χορήγησής τους (π.χ. η 2^η δόση του MMR αρχικά χορηγούνταν στα 12 περίπου έτη ενώ πλέον γίνεται στα 4 – 6 έτη).

Τέλος, περιορισμοί τίθενται από το χρονοδιάγραμμα και την έκταση της μελέτης στα πλαίσια μιας διπλωματικής εργασίας. Λόγω της απομακρυσμένης τοποθεσίας των δημοτικών διαμερισμάτων Αχλάδας και Φόδελε, της έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού-

συνεντευκτών και οικονομικών πόρων αποκλείστηκαν τελικά από τη μελέτη 2 από τα 5 δημοτικά διαμερίσματα του δήμου, στα οποία είναι εγγεγραμμένα 54 παιδιά από το σύνολο των 226 της Λίστας 1.

8.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων

8.2.1 Δημογραφικά στοιχεία

Η παρούσα μελέτη έγινε σε δείγμα ευκολίας 88 παιδιών μεταναστών από τα 172 του αρχικού καταλόγου με ποσοστό συμμετοχής 51%, αρκετά μεγάλο μεν, αλλά όχι τόσο ώστε να μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του συνόλου του παιδικού πληθυσμού που κατοικεί στα τρία υπό μελέτη δημοτικά διαμερίσματα. Μετά την επικοινωνία με όλα τα μέλη του καταλόγου, ανεβρέθησαν 13 που δεν πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Έτσι, το τελικό ποσοστό συμμετοχής στη μελέτη ήταν 55,3%

Η πλειοψηφία των παιδιών ήταν Αλβανικής καταγωγής, με δεύτερη σε σειρά χώρα προέλευσης τη Βουλγαρία, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό προέρχονταν από την Πολωνία και τη Ρουμανία. Αυτό αντικατοπτρίζει τη γενικότερη σύνθεση του μεταναστευτικού πληθυσμού στο Γάζι και στην Ελλάδα γενικότερα (ΕΣΥΕ, 2001) (Παράρτημα Ι, πιν. 5,) παρόλο που τα ποσοστά δεν αντιστοιχούν ακριβώς. Φαίνεται δηλαδή πως ενώ στην Ελλάδα οι Αλβανοί αντιστοιχούν στο 57% του συνόλου των αλλοδαπών, στην αρχική λίστα της μελέτης αλλά και στο ίδιο το δείγμα το ποσοστό ήταν πολύ υψηλότερο. Αυτό δείχνει μια ιδιαίτερη προτίμηση οικογενειών από την Αλβανία να διαμένουν στο Γάζι σε αντίθεση με άλλες εθνικότητες.

Τα μισά περίπου παιδιά ήταν γεννημένα στην Αλβανία ενώ αρκετά γεννήθηκαν στην Ελλάδα. Το έτος γέννησης φαίνεται να σχετίζεται θετικά με τον τόπο γέννησης (Παράρτημα ΙΙ, πιν. 11), αφού όλα τα παιδιά που γεννήθηκαν στην Ελλάδα ήταν μετά το 1997, με ένα μέγιστο αριθμό το 2002. Σε μελέτη της Κούτρα (2005) που έγινε στις μητέρες των παιδιών του δείγματος της παρούσας εργασίας, φαίνεται πως η πλειονότητά τους διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερο από 6 έτη (62%), δηλαδή πριν από το 1998. Παρόλα αυτά, δεν παρατηρούνται γεννήσεις πριν από αυτή τη χρονολογία. Αυτή η παρατήρηση συμπίπτει χρονικά με τις διαδικασίες νομιμοποίησης των μεταναστών (1998, 2001) και τη νομοθεσία περί οικογενειακών συνενώσεων (ν. 2910/2001) από το ελληνικό κράτος το 2001. Δόθηκε έτσι η ευκαιρία σε ένα μεγάλο αριθμό μεταναστών να

νομιμοποιηθούν, να αποκτήσουν δικαίωμα ασφάλισης και πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Αυτό ίσως βοήθησε στην «ομαλοποίηση» της οικογενειακής ζωής των μεταναστών, άρα και στη δυνατότητα τεκνοποίησης.

Είναι αξιοσημείωτο ότι ένα στα 5 παιδιά σχολικής ηλικίας δεν φοιτά σε σχολείο (20%) και η αναλογία αυτή είναι αρκετά υψηλότερη από την αντίστοιχη των Ελλήνων, όπου το 97% εισέρχεται στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ ο βαθμός εγκατάλειψης είναι της τάξης 1-2% για τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (UNICEF, Greece, άγνωστη ημερομηνία έκδοσης). Το γεγονός αυτό αναδεικνύει ένα σημαντικό πρόβλημα της ομάδας αυτής του πληθυσμού που χρειάζεται διερεύνηση, ώστε να εντοπιστούν οι βασικές αιτίες μη φοίτησης σε σχολείο και να δοθούν οι κατάλληλες λύσεις.

Το ποσοστό κατοχής αποδεικτικών στοιχείων για τους εμβολιασμούς ήταν χαμηλό, μόνο 84%. Σύμφωνα με την Εθνική Μελέτη Εμβολιασμών το 2001 (Περηφάνου και συν. 2002), το αντίστοιχο ποσοστό για την Ελλάδα είναι πολύ υψηλότερο και φτάνει το 99% για τους Έλληνες. Στην ίδια μελέτη, το ποσοστό κατοχής του Βιβλιαρίου Υγείας του Παιδιού για τις μειονοτικές ομάδες άγγιζε το 98%, αρκετά υψηλότερο από τα δεδομένα της παρούσας μελέτης. Παρόλα αυτά το δείγμα της μελέτης ήταν μικρό, μόνο 8,8% και συνεπώς δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την πραγματική κατάσταση κατοχής αποδεικτικού μέσου εμβολιασμών. Είναι ενδιαφέρον ότι το 71,0% των παιδιών που γεννήθηκαν στην Αλβανία, διέθετε το Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού, γεγονός που υποδηλώνει το ενδιαφέρον των γονέων για την εμβολιαστική κατάσταση των παιδιών τους, αφού μπήκαν στη διαδικασία προμήθειάς του και, βοηθάει τους υγειονομικούς στην ευκολότερη αναγνώριση των διενεργηθέντων εμβολιασμών καθώς και στην έγκαιρη διενέργεια αυτών που λείπουν.

Αξίζει να σημειωθεί πως από τα 14 παιδιά που θεωρήθηκαν **ανεμβολίαστα**, τα 11 γεννήθηκαν πριν το 1996 και μάλιστα εκτός Ελλάδας. Εφτά προέρχονται από την Αλβανία, 5 από τη Βουλγαρία και 2 από την Πολωνία. Είναι ενδιαφέρον όμως ότι τα 5 στα 6 παιδιά από τη Βουλγαρία και τα 2 στα 4 παιδιά από την Πολωνία είναι ανεμβολίαστα, σε αντίθεση με την Αλβανία, που είναι μόλις τα 7 από τα 74 (9.6%). Από τα ανεμβολίαστα παιδιά μόνο το 1 γεννήθηκε στην Ελλάδα. Ο σημαντικότερος λόγος μη κατοχής κάρτας εμβολιασμών φαίνεται πως είναι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε η μετανάστευση των γονέων καθώς και η κατάσταση νομιμότητάς τους.

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων με τους γονείς, αρκετοί ανέφεραν πως οι κάρτες των παιδιών τους είχαν χαθεί κατά τη μετακόμισή τους στην Ελλάδα ή πως είχαν

παραμένει στη χώρα καταγωγής τους (10 στους 14). Παρόλα αυτά, δήλωναν, πως τα παιδιά τους είχαν λάβει κάποιες δόσεις εμβολίων που δεν μπορούν όμως να αποδείξουν. Συνεπώς, τα παιδιά αυτά θεωρήθηκαν ανεμβολίαστα και συνετέλεσαν στη φαινομενική μείωση του επιπέδου εμβολιασμού όλου του δείγματος της μελέτης. Από τα 14 αυτά παιδιά τα 12 είναι σχολικής ηλικίας. Τα μισά όμως δεν φοιτούν στο σχολείο και τα 3 από αυτά είναι εφηβικής ηλικίας. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων με αυτά τα παιδιά φάνηκε πως 3 από τα 6 είχαν μετακομίσει πρόσφατα στην Ελλάδα και για το λόγο αυτό δεν είχαν εγγραφεί στο σχολείο. Έτσι, δεν μπορεί να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα για τη σχέση μεταξύ της φοίτησης στο σχολείο και της κάλυψης με εμβόλια.

8.2.2 Εμβολιασμός για διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη

Το **τελικό επίπεδο κάλυψης με DTP** (πλήρης εμβολιασμός σύμφωνα με την ηλικία κάθε παιδιού) είναι αρκετά χαμηλό, μόλις 62,0%. Σε διάφορες τοπικές μελέτες που έγιναν στην Ελλάδα τα αντίστοιχα ποσοστά διαφέρουν μεταξύ τους. Οι Κατζηλάκης και συν. (2001) βρήκαν πως σε σειρά 149 παιδιών μεταναστών που εξετάστηκαν στα παιδιατρικά εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στο Ηράκλειο Κρήτης, κατά την τριετία 1998 – 2000, επαρκής εμβολιασμός για διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη υπήρχε στο 85,0%, ποσοστό χαμηλότερο από την ομάδα ελέγχου της μελέτης (731 παιδιά οικογενειών που κατοικούν στην Κρήτη), που ήταν 98%, αλλά μεγαλύτερο από αυτό της παρούσας (Κατζηλάκης και συν. 2001).

Σε άλλη μελέτη που έγινε στο Κ.Υ. Κουφαλίων στο νομό Θεσσαλονίκης, πλήρως εμβολιασμένα για τέτανο και διφθερίτιδα ήταν το 95.8% από τους 97 αλλοδαπούς μαθητές της ζώνης ευθύνης του Κ.Υ. ποσοστό που δεν διέφερε σημαντικά από το αντίστοιχο των Ελλήνων συμμαθητών τους (99.2%) ενώ για κοκκύτη ήταν εμβολιασμένο το 77,0% (95,0% για τα παιδιά ελληνικής καταγωγής) (Τσερμενίδης και συν. 2003). Να σημειωθεί εδώ πως το συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας διατηρεί ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς για το σύνολο σχεδόν των κατοίκων της περιοχής, παρακολουθεί τους εμβολιασμούς των παιδιών μέσω αυτού και έχει πετύχει εμβολιαστική κάλυψη που αγγίζει το 100,0% (Τσερμενίδης και συν. 2002). Παρόλα αυτά, η κάλυψη για κοκκύτη, σε αυτή όπως και σε άλλες μελέτες στην Ελλάδα (Παπαδάκης και συν. 2000, Lionis et al 1998) ήταν μικρή. Οι Αλευρά – Κόκκαλη και συν. (2002), στη Λάρισα, κατέγραψαν πλήρη κάλυψη στο 76,0% των αλλοδαπών

παιδιών, 2 μηνών ως 14 ετών, σε σχέση με το 96,0% των παιδιών ελληνικής καταγωγής (Αλευρά – Κόκκαλη και συν 2004).

Το τελικό επίπεδο κάλυψης με **3 δόσεις DTP (εμβολιασμός σε κάθε ηλικία)** είναι σχετικά ικανοποιητικό, 83.5%. Ουσιαστικά, από τα παιδιά που έφεραν μαζί τους βιβλιάριο εμβολιασμών, όλα έχουν λάβει και τις 3 δόσεις του εμβολίου. Το αντίστοιχο ποσοστό για την Ελλάδα το 1997 σε παιδιά Α' Δημοτικού και Γ' Γυμνασίου ήταν πολύ υψηλό και έφτανε το 99% (Παναγιωτόπουλος και συν. 1998). Σε μελέτη που έγινε σε αγροτική περιοχή του Ηρακλείου Κρήτης σε παιδιά σχολικής ηλικίας, το τελικό ποσοστό κάλυψης με 3 δόσεις, για κάθε ηλικία, ήταν αντίστοιχο (Lionis et al. 1998). Όσον αφορά τα παιδιά μεταναστών, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν δημοσιευμένες εργασίες που να μετρούν το συγκεκριμένο δείκτη.

Το τελικό ποσοστό κάλυψης όμως, επιτυγχάνεται με σχετική καθυστέρηση αφού **3 δόσεις DTP συμπληρωμένες μέχρι την ηλικία του ενός έτους**, έχουν χορηγηθεί μόλις στο 68,2% του δείγματος. Αντίστοιχη καθυστέρηση παρατηρήθηκε και στην Πανελλαδική Μελέτη Κατάστασης Εμβολιασμού, όπου το 15% των παιδιών της γενιάς του 1991 δεν είχαν εμβολιαστεί με 3 δόσεις DTP μέχρι την ηλικία του 1 έτους (Παναγιωτόπουλος και συν. 1998). Στην μελέτη των Luman et al.(2002) το ποσοστό αυτό ανερχόταν στο 27%. Ο δείκτης αυτός για το 2002 στην Αλβανία έφτανε το 98,0%, στη Βουλγαρία το 94,0%, τη Ρουμανία το 97,0% (2003) και την Πολωνία το 99,0% (2003). Το αντίστοιχο ποσοστό για την Ελλάδα ήταν 88,0%, μικρότερο και από το προτεινόμενο από την ΠΟΥ και από αυτά των υπολοίπων Βαλκανικών χωρών (UNICEF, Info by country, άγνωστη ημερομηνία έκδοσης) (Παράρτημα I, πιν. 13).

Ο δείκτης αυτός για την παρούσα μελέτη, αυξάνει από 68% στο 77% όταν θεωρηθούν ως έγκυρες και οι δόσεις που έγιναν στην ελάχιστη αποδεκτή ηλικία (3.6 μηνών). Το φαινόμενο αυτό έχει παρατηρηθεί και σε άλλες μελέτες, όπως σε αυτή της Luman et al. στις ΗΠΑ το 2002, όπου σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Μελέτης Εμβολιασμών, το 38,0% των παιδιών της μελέτης είχε λάβει τουλάχιστον μία δόση εμβολίου σε ηλικία μικρότερη – αλλά αποδεκτή – από την προτεινόμενη (Luman et al 2002). Και πάλι όμως, ο συγκεκριμένος δείκτης είναι αρκετά χαμηλότερος από τον αντίστοιχο στην Ελλάδα και μπορεί μόνο να συγκριθεί με αυτόν που ανεβρέθει στην Πανελλαδική Μελέτη Κατάστασης Εμβολιασμού το 1997 για τα παιδιά της γενιάς 1982-83 (76,8%) (Παναγιωτόπουλος και συν. 1998).

Η κάλυψη με **4 δόσεις του τριπλού μέχρι την ηλικία των 2 ετών** είναι μόλις 40,5%. Ωστόσο, και σ' αυτή την περίπτωση, αυξάνει αρκετά για τον εμβολιασμό σε «κάθε ηλικία» και φτάνει το 72,6%, γεγονός που αντανακλά την καθυστέρηση στη χορήγηση του εμβολίου, τη μη συμμόρφωση στο χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών και τη μειωμένη ανοσία του παιδικού πληθυσμού. Ο εμβολιασμός με την 4^η δόση μέχρι την ηλικία των 2 ετών για την Ελλάδα (γενιά 1998) ήταν 82,0% ενώ για κάθε ηλικία έφτανε το 93,0%, ποσοστό πολύ ικανοποιητικό αν και λίγο μικρότερο από το προτεινόμενο από την ΠΟΥ για την Ευρώπη (>95%) (Παναγιωτόπουλος και συν. 2002). Στις Ηνωμένες Πολιτείες η κάλυψη με 4 δόσεις για παιδιά 24 – 35 μηνών, για κάθε ηλικία, το 2000, ήταν 79% (Luman et al 2002) ενώ υπήρχε διαφορά ανάμεσα στα παιδιά που γεννήθηκαν εκτός χώρας (76%) και σε αυτά που γεννήθηκαν εντός (83%) (Strine et al 2002).

Πάντως, το 25% των παιδιών παραμένει ανεμβολίαστο (Παράρτημα II, πιν. 32) και δυνητικά επίνοσο τόσο για τη διφθερίτιδα και τον τέτανο, νόσους με μηδενική επίπτωση στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων 2005), αλλά και τον κοκκύτη, ασθένεια που προσβάλλει συχνά τις ευαίσθητες αυτές ηλικίες. Έχει παρατηρηθεί πως η μειωμένη ανοσοποίηση έναντι του κοκκύτη, κυρίως στις μικρές ηλικίες, συμβάλλει στην αύξηση της νοσηρότητας και της νοσηλείας σε νοσοκομείο (Grant et al. 2003). Στη μελέτη των Heininger et al (1997), για το διάστημα 1990 – 96, η απομόνωση της B. Pertussis, σε άτομα με βήχα, για διάστημα άνω των 7 ημερών, έγινε σε ποσοστό 12,4%. Από αυτά, μόνο το 4% είχε εμβολιαστεί έναντι του κοκκύτη ενώ η μέση ηλικία ήταν τα 4 έτη.

Ο εμβολιασμός με την **5^η δόση για διφθερίτιδα και τέτανο** υστερεί στα παιδιά της μελέτης (55%) και υποδηλώνει τη χαλάρωση στην επιτήρηση και τον εμβολιασμό των παιδιών με την αναμνηστική δόση του εμβολίου. Αυτό είναι σύνηθες και παρατηρείται όχι μόνο στις ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, όπως αυτή των μεταναστών, αλλά και στο γενικό πληθυσμό, παρόλο που τα ποσοστά κάλυψης είναι υψηλότερα. Συγκεκριμένα, για τη γενιά του 1990-91 το ποσοστό κάλυψης ήταν 81% και για τη γενιά του 1982-83 ήταν 88% (Παναγιωτόπουλος και συν. 1998). Πάντως, τα περισσότερα παιδιά της μελέτης έχουν λάβει το τριπλό εμβόλιο που περιέχει την αναμνηστική δόση για τον κοκκύτη και όχι το διπλό, σε αντίθεση με τα παιδιά της Πανελλαδικής Μελέτης Κατάστασης Εμβολιασμών που ήταν καλυμμένα για τον κοκκύτη σε ποσοστό 46% (Παναγιωτόπουλος και συν. 1998). Αντανακλούνται έτσι διαφορετικές, καλύτερες, πρακτικές εμβολιασμού τα τελευταία χρόνια με βελτίωση του επιπέδου κάλυψης για τον

κοκκύτη. Αυτό είναι πολύ σημαντικό μιας και η περιοχή του Ηρακλείου θεωρείται πως έχει μεγάλο αριθμό επίνουσων ατόμων για τη νόσο και η ενδοοικογενειακή διασπορά αυτής είναι αυξημένη (Μαθιουδάκη και συν. 2003).

Σε μελέτη των Rounaras et al. (1999) η ανοσία των Αλβανών μεταναστών έναντι της διφθερίτιδας ήταν αρκετά υψηλότερη από την αντίστοιχη των Ελλήνων ή αλλοδαπών από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Αυτό το γεγονός αποδίδεται από τους συγγραφείς στην αυξημένη πιθανότητα επαναλοιμώξεων σε ανθρώπους προερχόμενους από χώρες με υψηλή ενδημικότητα της νόσου, στην έλλειψη χορήγησης επαναληπτικής δόσης Td στους Έλληνες καθώς και στην καλύτερη οργάνωση του συστήματος εμβολιασμών στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης. Η επιδημία διφθερίτιδας που ξέσπασε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης οφειλόταν στη διακοπή των εμβολιαστικών προγραμμάτων και την πτώση του επιπέδου ανοσοποίησης του πληθυσμού (Golaz et al. 2000). Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με τα υψηλότερα ποσοστά ασυμπτωματικής φορέας του κορυνοβακτηριδίου της διφθερίτιδας στον Αλβανικό πληθυσμό, καθιστά τον κίνδυνο εισαγωγής και διάδοσης της νόσου αυξημένο. Σε άλλη μελέτη που έγινε στη Ρουμανία το 1998, για το σύνολο του πληθυσμού, τα επίπεδα ανοσοποίησης έναντι του τετάνου και της διφθερίτιδας, ήταν ικανοποιητικά, φτάνοντας το 94% και 87% αντίστοιχα (Durbaca et al. 1998).

Ο φορέας διενέργειας των εμβολίων υποδηλώνει έμμεσα τον τόπο γέννησης των παιδιών (1^η δόση DTP στους 2 μήνες της ζωής) την ασφαλιστική τους κατάσταση, τις προτιμήσεις των γονέων και τη χρήση των παρεχόμενων προληπτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Από την ανάλυση των φορέων διενέργειας των εμβολιασμών φαίνεται πως για τους εμβολιασμούς που έχουν γίνει στην Ελλάδα, αυτός που απαντάται συχνότερα είναι το ΙΚΑ αν και η επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό κατέχει μια σημαντική θέση στις προτιμήσεις των γονέων. Η συχνότητα χρήσης πάντως του ιδιωτικού τομέα μειώνεται με το πέρασμα των χρόνων, όπως φαίνεται από το φορέα διενέργειας των αναμνηστικών δόσεων των εμβολίων. Αυτό υποδηλώνει έμμεσα και την εξέλιξη στην ασφαλιστική κατάσταση των γονέων, όπου με την πάροδο του χρόνου είναι πιθανό οι άνθρωποι αυτοί να νομιμοποιήθηκαν και να απέκτησαν ιατροφαρμακευτική ασφάλεια με αποτέλεσμα καλύτερη πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του κράτους

Στα μισά σχεδόν παιδιά η πρώτη δόση του τριπλού χορηγήθηκε στην Ελλάδα, είναι όμως αξιοσημείωτο πως 1 στα 5 παιδιά την έλαβαν από ιδιώτη γιατρό ενώ μόνο το 1 στα

4 χρησιμοποίησε το ΙΚΑ. Όσον αφορά την 4^η και 5^η δόση του εμβολίου, η πλειονότητα των παιδιών έλαβε τη δόση αυτή στην Ελλάδα (58%) και από αυτά πλέον τα περισσότερα χρησιμοποίησαν το ΙΚΑ ενώ το ποσοστό επισκέψεων σε ιδιώτη γιατρό μειώθηκε.

8.2.3 Εμβολιασμός για πολιομυελίτιδα

Πλήρως εμβολιασμένο για την ηλικία του για πολιομυελίτιδα είναι το 68% των παιδιών του δείγματος, ποσοστό μικρότερο και από το προτεινόμενο από τον ΠΟΥ και από το αντίστοιχο της Ελλάδας, είναι όμως λίγο υψηλότερο από το αντίστοιχο για διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη. Αυτό μπορεί να οφείλεται στους μαζικούς εμβολιασμούς που είχαν στην Αλβανία το 1996 σε όλα τα άτομα ηλικίας 2 μηνών έως 50 ετών στα πλαίσια προσπάθειας των αρχών της χώρας να περιορίσουν μια επιδημία πολιομυελίτιδας που είχε 172 κρούσματα και 16 θανάτους (Prevots et al. 1998). Σε μελέτη που έγινε σε αλλοδαπά παιδιά στην περιοχή της Λάρισας, το ποσοστό πλήρους κάλυψης, για τις ηλικίες 2 μηνών – 14 ετών, ήταν 76% (Αλευρά – Κόκκαλη και συν. 2004). Ποσοστό κάλυψης 85% αναφέρεται και σε μελέτη που έγινε στο Ηράκλειο της Κρήτης για την τριετία 1998 – 2000 (Κατζηλάκης και συν. 2001). Η εκτίμηση όμως και στις 2 μελέτες έγινε σε δείγμα παιδιών που επισκέφτηκαν τα Εξωτερικά Παιδιατρικά Ιατρεία νοσοκομείων κι έτσι τα αποτελέσματά τους δεν είναι άμεσα συγκρίσιμα με αυτά της παρούσας μελέτης.

Το 78,8% των παιδιών έχουν **λάβει 3 δόσεις του εμβολίου (κάθε ηλικία)** βάση της προτεινόμενης ηλικίας, ποσοστό που αυξάνει στο 82,6% βάση της ελάχιστης αποδεκτής. Ουσιαστικά όλα τα παιδιά της μελέτης εκτός των 14 ανεμβολίαστων έχουν λάβει και τις 3 δόσεις, όπως συνέβη και για τις 3 δόσεις του DTP. Το ποσοστό αυτό είναι σχετικά ικανοποιητικό αν και επιτυγχάνεται με μικρή καθυστέρηση, αφού 4% των παιδιών δεν εμβολιάστηκαν με 3 δόσεις μέχρι τα πρώτα τους γενέθλια. Η διαφορά στα ποσοστά κάλυψης με DTP και πολιομυελίτιδα σύμφωνα με την προτεινόμενη ηλικία καταδεικνύει τη μη ταυτόχρονη χορήγησή τους, πρακτική που συμβάλλει σε πολλές περιπτώσεις σε τελικά χαμηλότερα επίπεδα εμβολιαστικής κάλυψης σε σχέση με τα επιθυμητά. Στην Ελλάδα, το ποσοστό των παιδιών που έχουν λάβει τις 3 δόσεις πολιομυελίτιδας είναι πολύ υψηλότερο και φτάνει το 98% (Σταύρου και συν. 2002) ποσοστό ικανοποιητικό και εντός των ορίων που έχουν τεθεί από την ΠΟΥ.

Το ποσοστό των παιδιών που έχει λάβει **3 δόσεις μέχρι την ηλικία του ενός έτους** είναι χαμηλό, 74%, και ανεβαίνει στο 78% βάσει της ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας. Φαίνεται λοιπόν κι εδώ, πως ένα μικρό μέρος του συγκεκριμένου πληθυσμού λαμβάνει νωρίτερα από την προτεινόμενη ηλικία κάποιες δόσεις εμβολίων. Το ποσοστό αυτό στις χώρες προέλευσης των παιδιών είναι πολύ υψηλότερο και υπερβαίνει το 94% σε αντίθεση με την Ελλάδα, που – βάση στοιχείων της UNICEF – η κάλυψη είναι αρκετά χαμηλότερο (87%) από το ανωτέρω και από το αντίστοιχων των χωρών καταγωγής των παιδιών της μελέτης (Παράρτημα I, πιν. 13). Η παραπάνω εκτίμηση για την Ελλάδα, πάντως, δε συμφωνεί με τα ευρήματα της Εθνικής Μελέτης Εμβολιασμών, αφού, για τη γενιά του 1998, ο δείκτης αυτός έφτανε το 94% (Σταύρου και συν. 2002).

Παρόλο που τα ποσοστά αυτά κρίνονται σχετικά ικανοποιητικά, αν και αρκετά πιο κάτω από τα ασφαλή για την πρόληψη επιδημιών, η κάλυψη του παιδικού πληθυσμού με **4 δόσεις πολιομυελίτιδας μέχρι τα 2 έτη είναι απογοητευτική**. Μόνο το 59,0% έχει λάβει αυτή τη δόση εγκαίρως, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης σε περίπτωση εισαγωγής του ιού στην περιοχή. Τελικά, και πάλι με καθυστέρηση, ένα 14,5% λαμβάνει και την 4^η δόση, ανεβάζοντας το ποσοστό στο 73,5% (ελάχιστη αποδεκτή ηλικία). Στην Ελλάδα, η κάλυψη για πολιομυελίτιδα με 4 δόσεις μέχρι τα 2 έτη είναι 80% και αυξάνει στο 92% για κάθε ηλικία (Σταύρου και συν. 2002). Τα παιδιά των μειονοτήτων στην Ελλάδα (γενιά 1990-91) ήταν εμβολιασμένα με τις 4 δόσεις ως τα 2 τους έτη σε ποσοστό 42% σε αντίθεση με το 68% της ομάδας ελέγχου (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού 1999).

Όπως με το DTP, έτσι και για την πολιομυελίτιδα, την **5^η δόση** του εμβολίου έχουν λάβει πολύ λίγα παιδιά (55,4%). Αυτό καταδεικνύει την χαλάρωση στην επιτήρηση των εμβολιασμών από την πλευρά των υγειονομικών αλλά και τη μη συμμόρφωση των γονέων στο πρόγραμμα εμβολιασμών των παιδιών τους μετά από κάποια ηλικία. Για τους ακριβείς λόγους πάντως είναι απαραίτητο να γίνουν άλλες μελέτες που να διερευνούν τα αίτια των μη εμβολιασμών, τις στάσεις των γονέων απέναντι στους εμβολιασμούς καθώς και τα εμπόδια που συναντούν στην πραγματοποίησή τους.

8.2.4 Εμβολιασμός για ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα

Ο εμβολιασμός με **μία δόση ιλαράς (κάθε ηλικία)** έχει γίνει σε ένα ικανοποιητικό ποσοστό των παιδιών του δείγματος, που φτάνει το 79,5%. Αντίστοιχη κάλυψη παρατηρείται και σε μελέτη που έγινε σε νοσοκομειακό δείγμα παιδιών στη Λάρισα, που

το ποσοστό ανοσοποίησης για τα έτη 2001 – 2002 έφτανε το 82% (Αλευρά – Κόκκαλη και συν. 2004) ενώ σε παρόμοιο δείγμα στο Ηράκλειο, για την τριετία 1998 – 2000, η κάλυψη ήταν 87% (Κατζηλάκης και συν. 2001). Για το σύνολο της Ελλάδας σε παιδιά 3 ετών, η κάλυψη με MMR ήταν σε ικανοποιητικά επίπεδα και έφτανε το 93% (Παναγιωτόπουλος και συν. 2002) ενώ, το ποσοστό αυτό, σύμφωνα με τη UNICEF ήταν χαμηλότερο (Παράρτημα I, πιν. 13) . Στη μελέτη των Τσερμενίδη και συν. το επίπεδο κάλυψης με 1 δόση διαφέρει σημαντικά από τα προαναφερθέντα, αφού το σύνολο των παιδιών της περιοχής ευθύνης του Κ.Υ. Κουφαλιών, ανεξαρτήτως καταγωγής, έχει εμβολιαστεί (100%) (Τσερμενίδη και συν. 2003).

Το εμβόλιο έχει χορηγηθεί με χρονική καθυστέρηση και εκτός του χρονοδιαγράμματος που προτείνεται από το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, αφού μόνο τα μισά παιδιά είχαν λάβει **το εμβόλιο μέχρι τα 2 έτη**. Το φαινόμενο αυτό είναι συχνό και έχει επισημανθεί ιδιαίτερος στην επιστημονική κοινότητα αφού θέτει σε κίνδυνο τόσο τα ίδια τα παιδιά όσο και τον πληθυσμό στο σύνολό του. Στην Εθνική Μελέτη Εμβολιασμών στις ΗΠΑ το 2000 το 13,5% των παιδιών είχε λάβει καθυστερημένα την πρώτη δόση του MMR (Luman et al. 2002), ενώ 10 χρόνια νωρίτερα, σε επιδημία ιλαράς, τα μισά κρούσματα παρατηρήθηκαν σε μη εμβολιασμένα παιδιά προσχολικής ηλικίας που ανήκαν κυρίως σε μειονοτικές ομάδες. Η κύρια αιτία της επιδημίας ήταν η αποτυχία χορήγησης του εμβολίου στο σωστό χρόνο, σύμφωνα με το πρόγραμμα εμβολιασμών (The National Vaccine Advisory Committee 1991).

Στην Ελλάδα, το ποσοστό κάλυψης με **μία δόση μέχρι τα 2 έτη** παρουσιάζει αυξητική τάση. Συγκεκριμένα, για τη γενιά 1982-83 ήταν 45%, αυξήθηκε στη γενιά του 1990-91 στο 71% (Παναγιωτόπουλος και συν. 1998) και έφτασε το 89% για τη γενιά του 1998 (Παναγιωτόπουλος και συν. 2002). Για τα παιδιά μειονοτήτων δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία. Στη μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, το 1997, σε δείγμα 251 παιδιών μειονοτήτων που φοιτούσαν στην Α' Δημοτικού, ο εμβολιασμός με μία δόση ιλαράς έως 2 ετών ήταν εξαιρετικά χαμηλός (38%) (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού 1999). Αντίστοιχο ποσοστό παρατηρείται και στην παρούσα μελέτη, παρόλα αυτά τα αποτελέσματα δεν είναι συγκρίσιμα μεταξύ τους αφού οι πληθυσμοί μελέτης διαφέρουν ως προς την ηλικιακή ομάδα. Πάντως, σε όλες τις παραπάνω μελέτες η τελική κάλυψη, αν και με κάποια καθυστέρηση, ανέρχεται σε ικανοποιητικά επίπεδα (93%). Το ποσοστό κάλυψης με 1 δόση είναι πολύ υψηλό και στις χώρες καταγωγής των παιδιών της μελέτης όπως φαίνεται από το γράφημα 15 (Παράρτημα I)

Όσον αφορά τη **δεύτερη δόση του εμβολίου της ιλαράς**, το ποσοστό μειώνεται δραματικά και φτάνει στο 24,6%, αφήνοντας τα 3/4 των παιδιών ακάλυπτα και συνεπώς με αυξημένο κίνδυνο νόσησης σε περίπτωση εισαγωγής του ιού στην περιοχή. Η δόση αυτή στην ηλικία των 5 ετών, όπως αναφέρθηκε, εισήχθηκε στο πρόγραμμα εμβολιασμών το 2000, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Αλβανία, κι έτσι εξηγούνται εν μέρει τα χαμηλά επίπεδα κάλυψης. Αντίστοιχο ποσοστό παρατηρήθηκε και στην Πιερία, όπου μόνο το 27% των αλλοδαπών μαθητών της Α' Δημοτικού είχε λάβει τη δεύτερη δόση του MMR (Δάρδα και συν. 2003). Στην Ελλάδα, στη μελέτη των Παναγιωτόπουλος και συν. (1997) τα παιδιά της γενιάς 1982-83 ήταν καλυμμένα με τη δεύτερη δόση ιλαράς σε ποσοστό μόνο 37% (Παναγιωτόπουλος και συν. 1998). Πιο πρόσφατη, αλλά τοπική μελέτη, στο Κ.Υ. Κουφαλίων στη Θεσσαλονίκη, βρήκε εμβολιασμένο το 95% του αλλοδαπού και το 99% του ημεδαπού πληθυσμού της περιοχής ευθύνης του (Τσερμενίδης και συν. 2003)

Στην Αλβανία, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 καταγράφονταν κάθε χρόνο αρκετά περιστατικά ιλαράς (παράρτημα I, πιν. 22) (Bino et al 2003). Κατά την επιδημία ιλαράς του 1996-1997, από τις 238 περιπτώσεις παιδιών που νοσηλεύτηκαν το 30% ήταν 1-4 ετών και το 46% άνω των 4. Από αυτά, το 72% παρουσίασε επιπλοκές κυρίως του αναπνευστικού συστήματος. Η υψηλή επίπτωση της ιλαράς στα παιδιά σχολικής ηλικίας αποδόθηκε εν μέρει στην έλλειψη της δεύτερης δόσης του εμβολίου ιδιαίτερα στην ομάδα των εσωτερικών μεταναστών από το βόρειο τμήμα της Αλβανίας (Lito-Kuli et al 2000). Το 2000, στα πλαίσια του στόχου του ΠΟΥ για την εξάλειψη της ιλαράς στην Ευρώπη, το Υπουργείο Υγείας της Αλβανίας ενέκρινε το Εθνικό Πρόγραμμα Εξάλειψης της Ιλαράς 2000-2007, το οποίο έθεσε 4 βασικές στρατηγικές: μία εκστρατεία εμβολιασμού με στόχο όλα τα παιδιά ηλικίας 1-14 ετών, επίτευξη και διατήρηση υψηλής εμβολιαστικής κάλυψης (>95%) στα παιδιά ηλικίας 1 έτους, εισαγωγή της δεύτερης δόσης ιλαράς στο πρόγραμμα εμβολιασμών της χώρας στα παιδιά ηλικίας 5 ετών και βελτίωση του συστήματος επιτήρησης της ιλαράς. Το πρόγραμμα αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης στο 96% και τη μείωση των κρουσμάτων (Bino et al 2003) (Παράρτημα I, γραφ. 15, 16).

Αντίστοιχο φαινόμενο παρατηρήθηκε και στη Ρουμανία, όπου μετά το 1979 αναφέρονταν μέχρι 5.000 κρούσματα ετησίως. Κατά το διάστημα 1996 – 98 η χώρα αντιμετώπισε μια μεγάλη επιδημία ιλαράς, με 33.000 κρούσματα και 23 θανάτους, κυρίως σε παιδιά σχολικής ηλικίας που είχαν λάβει μία δόση του εμβολίου. Αποτέλεσμα

αυτής, ήταν τον Οκτώβριο του 1998 να ξεκινήσει μια εκτεταμένη καμπάνια εμβολιασμού έναντι της ιλαράς σε 2 εκατομμύρια παιδιά, ηλικίας 7-18 ετών και, τέθηκε σε εφαρμογή ένα σύστημα επιτήρησης για τη νόσο. Τα μέτρα αυτά είχαν σαν αποτέλεσμα τη δραματική μείωση των κρουσμάτων της νόσου τα επόμενα χρόνια (Παράρτημα I, γραφ. 15, 16) (Pistol et al. 2003).

Η εμβολιαστική κάλυψη για **ερυθρά και παρωτίτιδα** ακολουθεί παρόμοια μοντέλα χορήγησης και βρίσκεται στα χαμηλότερα επίπεδα. Μόνο το 1/3 έχει λάβει την πρώτη δόση των εμβολίων μέχρι τα δεύτερα γενέθλιά του, ενώ και πάλι με κάποια χρονική καθυστέρηση σχεδόν άλλο 1/3 εμβολιάστηκε με αυτήν αργότερα στη ζωή του. Το ποσοστό εμβολιασμού για ερυθρά, που προέκυψε από την Πανελλαδική Μελέτη Κατάστασης Εμβολιασμού για τη γενιά του 1990-91, σε παιδιά μειονοτήτων, ήταν αρκετά χαμηλότερο, μόνο 10% έναντι του 68% της ομάδας ελέγχου (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού 1999). Αυτό εξηγείται εύκολα από το γεγονός πως ο εμβολιασμός για ερυθρά έγινε υποχρεωτικός στην Αλβανία το 2000, ενώ πιο μπροστά τα παιδιά δεν εμβολιάζονταν και εμφανιζόταν επιδημίες ερυθράς κάθε 5-6 χρόνια σε παιδιά ηλικίας <15 ετών (Bino et al. 2000).

Η **δεύτερη δόση και για τις 2 νόσους** χορηγήθηκε σε ακόμη μικρότερο αριθμό, μόνο στο 19% (16 στα 45 παιδιά). Φαίνεται λοιπόν πως και σε αυτή την περίπτωση δεν τηρείται το χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο νόσησης και μειώνοντας τη συλλογική ανοσία του συνόλου του πληθυσμού της περιοχής. Ο κίνδυνος αυτός έγινε ιδιαίτερα αντιληπτός σε επιδημία παρωτίτιδας, στη Λακωνία, το καλοκαίρι του 2002, όπου από τα 23 κρούσματα που ανιχνεύτηκαν – 19 παιδιά και 4 ενήλικες – τα 19 ήταν ανεμβολίαστα, στα 3 είχε γίνει μία δόση του MMR ενώ μόνο ένα ήταν πλήρως εμβολιασμένο. Το ποσοστό των επιλεγμένων περιπτώσεων ήταν 17% ενώ τα περισσότερα κρούσματα εκδηλώθηκαν σε αθιγγάνους (Στέρπη και συν. 2003). Στην Αλβανία, ο εμβολιασμός για παρωτίτιδα δεν ανήκει στους υποχρεωτικούς, κι έτσι τα παιδιά δεν εμβολιάζονται έναντι του ιού (Παράρτημα I, πιν. 12).

Η χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη έναντι της ερυθράς στο δείγμα αυξάνει την πιθανότητα νόσησης στα κορίτσια της μελέτης αργότερα, κατά την αναπαραγωγική τους ηλικία, με αποτέλεσμα να αυξάνει και ο κίνδυνος εμφάνισης συγγενούς ερυθράς. Αυτό είχε παρατηρηθεί στην επιδημία συγγενούς ερυθράς στην Ελλάδα, το 1993, όπου καταγράφηκαν 25 επιβεβαιωμένες περιπτώσεις και 7 θάνατοι (Παναγιωτόπουλος, Αντωνιάδου και Βαλάσση-Αδάμ 1997). Παρόλα αυτά στην Ελλάδα δεν υπάρχει

συστηματικό πρόγραμμα εμβολιασμού για εφήβους και νεαρές γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Το ίδιο ισχύει και για τη Ρουμανία, στην οποία παρατηρήθηκε μεγάλη επιδημία ερυθράς, με αρκετές περιπτώσεις και μεταξύ εγκύων γυναικών (Crowcroft και Pebody 2004) ενώ αντίθετα στη Σουηδία, η οποία διαθέτει τέτοιου είδους πρόγραμμα, από το 1985 έως και το 1997 δεν είχε παρατηρηθεί ούτε ένα κρούσμα συγγενούς ερυθράς (Boettiger και Forsgren 1997).

Η πρώτη δόση της ιλαράς στο 1/3 των παιδιών έγινε στο εξωτερικό, στις χώρες καταγωγής τους, ενώ από αυτά που τη διενέργησαν στην Ελλάδα, τα μισά περίπου προτίμησαν το ΙΚΑ και το 1/4 τον ιδιώτη γιατρό. Η δεύτερη δόση έγινε στη συντριπτική πλειοψηφία στην Ελλάδα και με βασικό φορέα το ΙΚΑ, αλλά και πάλι το 1 στα 4 παιδιά προτίμησαν τον ιδιωτικό τομέα.

8.2.5 Εμβολιασμός για ηπατίτιδα Β

Το εμβόλιο έναντι της ηπατίτιδας Β έχει εισαχθεί στα Εθνικά Προγράμματα Εμβολιασμών των χωρών της Βαλκανικής σχετικά πρόσφατα. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, ο εμβολιασμός για την ηπατίτιδα Β έγινε υποχρεωτικός το 1998 και η προτεινόμενη ηλικία έναρξης είναι οι 2 μήνες. Στις χώρες προέλευσης των μεταναστών ο εμβολιασμός για ηπατίτιδα γίνεται με τη γέννηση και η εμβολιαστική κάλυψη με 3 δόσεις είναι πάνω από 90% (Παράρτημα Ι, πιν. 12,13, γραφ. 18).

Τα ποσοστά του πλήρους εμβολιασμού για ηπατίτιδα Β (3 δόσεις) είναι σε σχετικά χαμηλά επίπεδα, αφού 2 στα 5 παιδιά δεν έχουν συμπληρώσει το σχήμα εμβολιασμού. Το 72% έχει λάβει μία δόση του εμβολίου, τελικά όμως, ένα 10% δεν ολοκληρώνει τον εμβολιασμό, με αποτέλεσμα η ανοσία του ατόμου έναντι στον ιό να είναι αμφίβολη. Στη μελέτη των Κατζηλάκη και συν. η κάλυψη με 3 δόσεις, σε αλλοδαπά παιδιά, στην περιοχή του Ηρακλείου ήταν 77% έναντι 87% στην ομάδα ελέγχου ενώ στη Λάρισα ήταν μόνο 33% έναντι του 85% στα παιδιά ελληνικής καταγωγής, ποσοστό αρκετά χαμηλότερο από τα παρατηρούμενα (Κατζηλάκης και συν. 2001, Αλευρά – Κόκκαλη και συν. 2004). Σε μελέτη που έγινε στην επαρχία Σητείας, από τα 60 αλλοδαπά παιδιά, ηλικίας 6 – 15 ετών, το 50% βρέθηκε πλήρως εμβολιασμένο (Γαλάνη και συν. 2001). Να σημειωθεί όμως πως μόνο 60 από τα 94 παιδιά προσκόμισαν βιβλιάριο υγείας στους μελετητές, οπότε το ποσοστό αυτό δεν αντικατοπτρίζει το πραγματικό.

Στο Κ.Υ. Κουφαλίων και πάλι το ποσοστό κάλυψης ήταν πολύ υψηλότερο από τα παρατηρούμενα σε άλλες μελέτες και έφτανε το 92% για τα παιδιά μεταναστών και το

99% για τα ελληνόπουλα (Τσερμενίδης και συν. 2003). Πιο χαμηλά ποσοστά πλήρους κάλυψης έχουν βρεθεί στην Πάτρα, όπου μόνο το 55% των αλλοδαπών παιδιών, ηλικίας 6 – 12 ετών είχαν λάβει και τις 3 δόσεις του εμβολίου (Γράψα και συν. 2003)

Αντίθετα με τα παραπάνω αποτελέσματα, για το σύνολο της Ελλάδας, για παιδιά μειονοτήτων, γεννημένα κατά τα έτη 1990-91, το ποσοστό κάλυψης με 3 δόσεις ήταν μόνο 14%, ενώ στα ημεδαπά παιδιά (ομάδα σύγκρισης) έφτανε το 68%. Το αντίστοιχο ποσοστό, για το σύνολο της Ελλάδας, για τη γενιά του 1982-83 ήταν 46% (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού 1998) ενώ για τα παιδιά γεννημένα το 1998 ήταν 80% (Παναγιωτόπουλος και συν. 2002).

Ο εμβολιασμός με την 1^η δόση της ηπατίτιδας διενεργήθηκε στην πλειονότητα των περιπτώσεων στην Ελλάδα, με κύριο φορέα εμβολιασμού το ΙΚΑ ενώ μόνο το 1/3 των παιδιών έλαβαν τη δόση αυτή στις χώρες καταγωγής τους.

8.2.6 Δερμοαντίδραση Mantoux και εμβολιασμός για φυματίωση

Η δερμοαντίδραση Mantoux εκτελέστηκε μόνο σε 18 παιδιά και στα 5 ακολούθησε η διενέργεια εμβολιασμού με BCG. Κανένα παιδί δεν είχε θετικό αποτέλεσμα. Στα υπόλοιπα 35 παιδιά που εμβολιάστηκαν για φυματίωση δεν τους έγινε Mantoux. Αυτό βέβαια οφείλεται στο πρόγραμμα εμβολιασμών των χωρών καταγωγής του δείγματος, όπου ο εμβολιασμός για φυματίωση γίνεται με τη γέννηση (Παράρτημα I., πιν. 12), λόγω του υψηλού επιπολασμού της νόσου, οπότε η διενέργεια Mantoux είναι άσκοπη.

Σε μελέτη που έγινε στην περιοχή του Αγ. Νικολάου στο νομό Λασιθίου, από τους 202 αλλοδαπούς κάτω των 18 ετών που υποβλήθηκαν σε mantoux, θετικό αποτέλεσμα υπήρχε στο 20% ενώ από τους 825 Έλληνες θετική αντίδραση παρατηρήθηκε στο 5% (Μουστερής και συν. 2002). Στη μελέτη όμως δεν αναφέρονται τα ποσοστά εμβολιασμού για φυματίωση στα άτομα της μελέτης, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για το θετικό αποτέλεσμα της Mantoux.

Η τακτική εμβολιασμού των παιδιών κατά τη γέννηση γίνεται φανερή από τα ποσοστά των παιδιών που έχουν εμβολιαστεί σε ηλικία μικρότερη των 6 ετών. Αποτελούν την πλειονότητα των εμβολιασθέντων και φτάνουν το 60%. Αντίθετα, μόνο 5 παιδιά ηλικίας μεγαλύτερης των 6 έχουν λάβει το BCG, ενώ 18 από αυτά (31%) όχι. Από τα 18 αυτά παιδιά, τα 12 έχουν γεννηθεί εκτός Ελλάδος και έχουν θεωρηθεί πλήρως ανεμβολίαστα μιας και δεν διέθεταν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης, ενώ τα υπόλοιπα 6 γεννήθηκαν στην Ελλάδα και έχουν λάβει κάποιες δόσεις εμβολίων, όχι όμως το BCG (πιν. 68).

Γίνεται φανερό λοιπόν πως ο εμβολιασμός έναντι της φυματίωσης κατά τη γέννηση είναι πιο αποτελεσματικός για την επίτευξη υψηλών ποσοστών εμβολιαστικής κάλυψης, ιδίως για τις περιοχές με υψηλούς δείκτες νόσου, σε σχέση με τον εμβολιασμό σε μεγαλύτερη ηλικία, όπου πολλά παιδιά μπορεί να χάνονται στην παρακολούθηση. Στην Ελλάδα, για τον εμβολιασμό με BCG είναι υπεύθυνες οι αντιφυματικές μονάδες των Κρατικών Νοσοκομείων, ιδίως μετά την κατάργηση των κέντρων του ΠΙΚΠΑ και, διενεργείται συνήθως στα σχολεία, στην πρώτη τάξη του Δημοτικού. Η τακτική αυτή είναι μεν αποδεκτή για τη συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών ελληνικής καταγωγής, αφού η φοίτηση στο Δημοτικό ξεπερνάει το 95%, με τον τρόπο αυτό όμως υπάρχει ο κίνδυνος να παραμείνουν ανεμβολίαστα παιδιά ειδικών ομάδων πληθυσμού που δεν φοιτούν σε αυτά. Αυτό φαίνεται και από το ποσοστό των παιδιών του δείγματος που δεν πηγαίνουν σχολείο (1 στα 5). Στο παραπάνω έρχεται να προστεθεί η μελέτη των Σπυρίδη και συν. (2000) στην οποία φάνηκε πως το 62% των περιπτώσεων με φυματίωση ήταν ηλικίας 0 – 6 ετών, περίοδο κατά την οποία δεν διενεργείται ο εμβολιασμός, ενώ μόνο το 11% των ασθενών ήταν εμβολιασμένο. Η εστία της μόλυνσης στο 91% των περιπτώσεων ήταν άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς (Σπυρίδης και συν. 2000).

Οι Αλευρά – Κόκκαλη και συν. (2004) μέτρησαν ποσοστά κάλυψης με BCG 87%, αρκετά υψηλά και σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ακόμη υψηλότερα επίπεδα βρήκαν οι Κατζηλάκης και συν. (2001) στο Ηράκλειο της Κρήτης, που φτάνουν το 100% ενώ αντίθετα τα παιδιά ελληνικής καταγωγής είχαν χαμηλότερα ποσοστά κάλυψης, 87%. Στη μελέτη των Γαλάνη και συν. (2001) στη Σητεία, από τα 60 αλλοδαπά παιδιά, ηλικίας 6 – 15 ετών, η κάλυψη με BCG ήταν 75%. Αντίθετα, σε μελέτη στην Πάτρα, για το σύνολο των παιδιών ηλικίας 6-12 ετών που συμμετείχαν, μόνο το 43% είχε λάβει το BCG. Στα αλλοδαπά παιδιά (10.4% του δείγματος) το ποσοστό ήταν μόνο 33% (Καριώρης και συν. 2003).

Οι Παναγιωτόπουλος και συν. το 1998 βρήκαν πως το ποσοστό κάλυψης με BCG ήταν 39% για τα παιδιά που γεννήθηκαν τα έτη 1990-91 (Α' Δημοτικού) και αρκετά ψηλότερο (68%) για τα παιδιά που είχαν γεννηθεί νωρίτερα (1982-83, Γ' Γυμνασίου). Από τα παραπάνω στοιχεία όμως δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή αποτελέσματα και πιθανώς το 39% να υποεκτιμά την πραγματική εμβολιαστική κάλυψη, αφού, όπως είναι γνωστό, ο εμβολιασμός για BCG από τους σχολιάτρους γίνεται σε όλη τη διάρκεια του σχολικού έτους ενώ η Πανελλαδική Μελέτη έγινε κατά την αρχή του.

Ο κύριος φορέας διενέργειας της Mantoux ήταν τόσο ο ιδιώτης γιατρός όσο και το Δημόσιο ενώ καμία δοκιμασία δεν πραγματοποιήθηκε στο εξωτερικό. Αυτό βέβαια είναι αναμενόμενο αφού όπως αναφέρθηκε ο εμβολιασμός με BCG γίνεται με τη γέννηση του παιδιού. Με το παραπάνω συμβαδίζει και το εύρημα της μελέτης για τον φορέα του BCG, το οποίο έγινε στη μεγαλύτερη πλειοψηφία των παιδιών στις χώρες καταγωγής τους. Μόνο 9 στα 40 παιδιά εμβολιάστηκαν στην Ελλάδα, από τα οποία τα 4 στο Δημόσιο.

8.2.7 Εμβολιασμός για αιμόφιλο της ινφλουέντσας τύπου b

Το εμβόλιο έναντι του αιμόφιλου της ινφλουέντσας τύπου b έγινε υποχρεωτικό στην Ελλάδα μόλις το 2002 και μόνο για τα παιδιά ηλικίας έως 5 ετών. Παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας δεν υποχρεούνται να εμβολιαστούν έναντι αυτού, αφού η νόσος προσβάλλει κυρίως παιδιά μικρότερων ηλικιών.

Παρόλο που η συνολική κάλυψη έναντι του **αιμόφιλου με μία δόση (κάθε ηλικία)** δείχνει πως είναι πολύ χαμηλή (40%), τα παιδιά **ηλικίας 1-5 ετών** είναι εμβολιασμένα σε ικανοποιητικό ποσοστό (86%). Αυτό δικαιολογείται, μιας και το εμβόλιο είναι υποχρεωτικό για τα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 5 ετών, ενώ τα μεγαλύτερα δεν χρειάζεται να εμβολιαστούν. Φαίνεται όμως πως 10 παιδιά άνω των 5 έχουν λάβει μία δόση του εμβολίου στο παρελθόν, αντανακλώντας τη χορήγησή του όταν αυτό ήταν ακόμη προαιρετικό.

Μπορεί η κάλυψη με μία δόση μέχρι την ηλικία των 5 να είναι υψηλή, το ποσοστό πλήρους κάλυψης ανάλογα με την ηλικία τους όμως πέφτει σε αρκετά χαμηλότερα επίπεδα. Έτσι, **3 δόσεις του εμβολίου ως την ηλικία του 1 έτους** (για παιδιά 1-5 ετών) έχει λάβει το 55% του δείγματος, ενώ το ποσοστό των παιδιών που συμπλήρωσαν **3 δόσεις του εμβολίου**, έστω και με καθυστέρηση, αυξάνει αρκετά και φτάνει το 79%. Αντίστοιχα, τα μισά περίπου παιδιά έλαβαν **4 δόσεις ως τα 2 τους έτη** ωστόσο και πάλι με κάποια χρονική καθυστέρηση στα 3/4 χορηγήθηκε και η τέταρτη.

Για την περιοχή του Ηρακλείου, για την τριετία 1998-2000, οι Κατζηλάκης και συν. (2001) βρήκαν ποσοστό κάλυψης, για αλλοδαπά παιδιά ηλικίας μικρότερης των 5 ετών, επαρκή εμβολιασμό μόνο στο 46% σε σχέση με το 91% που ανευρέθη στα γηγενή, επειδή όμως δεν αναφέρονται οι επιμέρους δείκτες δεν είναι δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων. Το ποσοστό αυτό όμως έρχεται σε αντίθεση και με το ανευρισκόμενο στη μελέτη των Αλευρά – Κόκκαλη και συν. (2004) όπου ο πλήρης εμβολιασμός έναντι

του αιμόφιλου ήταν 68%. Η κάλυψη για τα παιδιά ελληνικής καταγωγής όμως ήταν αρκετά υψηλότερη και έφτανε το 91%. Σε άλλη μελέτη, στην Πάτρα, μόνο το 22% του αλλοδαπού πληθυσμού, ηλικίας 6 – 12 ετών, ήταν πλήρως εμβολιασμένο έναντι του αιμόφιλου (Καριώρης και συν. 2003). Η μελέτη αυτή έγινε πριν την εισαγωγή του εμβολίου στους υποχρεωτικούς, ενώ, όπως και στις ανωτέρω μελέτες, δεν γίνεται αναφορά στον ορισμό του «πλήρως εμβολιασμένου».

Για το σύνολο της Ελλάδας, στη γενιά του 1998, πλήρης κάλυψη μέχρι την ηλικία των 2 ετών υπήρχε στο 73% (Παναγιωτόπουλος και συν. 2002), στη γενιά του 1990-91 (για κάθε ηλικία) στο 15% και στη γενιά του 1982-83 στο 0.1% (Παναγιωτόπουλος και συν. 1998). Από τα παραπάνω γίνεται φανερό αφενός η μεγάλη αύξηση του επιπέδου εμβολιασμού στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία και αφετέρου την επιλογή των γονέων και των υγειονομικών να προβούν στον εμβολιασμό των παιδιών για τον αιμόφιλο, παρόλο που μέχρι το 2002 δεν ανήκε στους υποχρεωτικούς (δωρεάν) εμβολιασμούς. Η εμβολιαστική κάλυψη σε Ευρωπαϊκό επίπεδο το 2003 ήταν 41% και ο μέσος όρος κάλυψης με 3 δόσεις αιμόφιλου σε 25 χώρες ήταν 92% (WHO Regional Office for Europe 2004)

Ο κύριος φορέας διενέργειας της 1^{ης} δόσης του αιμόφιλου ήταν και πάλι το ΙΚΑ ενώ 1 στα 3 παιδιά επισκέφτηκαν ιδιώτη γιατρό. Είναι χαρακτηριστικό, και συμβαδίζει με τις πρακτικές που ακολουθούνταν μέχρι πρόσφατα στις Βαλκανικές χώρες, πως κανένα παιδί δεν εμβολιάστηκε στο εξωτερικό έναντι του αιμόφιλου.

8.2.8 Εμβολιασμός για νοσήματα που δεν ανήκουν στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (μηνιγγιτιδόκοκκος, ηπατίτιδα Α, πνευμονιόκοκκος)

Με τα μη υποχρεωτικά εμβόλια είναι καλυμμένο ένα πολύ μικρό ποσοστό των παιδιών, που κυμαίνεται ανάλογα από 0% ως και 18%. Η συχνότερη χορήγηση φαίνεται πως γίνεται για τον **μηνιγγιτιδόκοκκο C** (18%), ποσοστό που δεν διαφέρει πολύ από αυτό που βρέθηκε στην Εθνική Μελέτη Εμβολιασμών του 2001 για τα ημεδαπά παιδιά (23%) (Παναγιωτόπουλος και συν. 2002) ή από το 10% που μετρήθηκε στη Λάρισα (Αλευρά – Κόκκαλη και συν. 2004). Αντίθετα, με το εμβόλιο της **ηπατίτιδας Α** είναι εμβολιασμένα μόνο 2 παιδιά. Στη μελέτη των Αλευρά – Κόκκαλη και συν. (2004) ο εμβολιασμός αυτός έφτανε το 15% στα παιδιά μεταναστών και το 36% στα ημεδαπά. Τα ποσοστά αυτά και για τις 2 υποομάδες πληθυσμού είναι σχετικά υψηλά, δεδομένου πως ο εμβολιασμός αυτός δεν ανήκει στους υποχρεωτικούς. Στην Πανελλαδική Μελέτη

Κατάστασης Εμβολιασμού, η κάλυψη ήταν πολύ μικρότερη και προσέγγιζε το 1% (Παναγιωτόπουλος και συν. 1998).

Για τους μη υποχρεωτικούς εμβολιασμούς, όπως ήταν αναμενόμενο ο φορέας διενέργειάς τους ήταν ο ιδιώτης γιατρός.

8.3 Συμπέρασμα – Προτάσεις

Από την ανάλυση των δεικτών εμβολιασμού προκύπτει πως τα ποσοστά εμβολιασμού, των παιδιών της μελέτης, απέχουν αρκετά τόσο από τα προτεινόμενα από τον ΠΟΥ (>90 - 95%) όσο και από τα αντίστοιχα της Ελλάδας αλλά και των χωρών καταγωγής τους (Παράρτημα I, πιν. 13, 16, 23, Παράρτημα II, πιν. 110) ενώ επιτυγχάνονται με σχετική καθυστέρηση αφήνοντας τα παιδιά ακάλυπτα για κάποιους μήνες. (Παράρτημα II, πιν. 27,37,46). Υποδηλώνουν δε, πως ένα μέρος της ομάδας μελέτης είναι είτε ανεμβολίαστο είτε ατελώς εμβολιασμένο. Το φαινόμενο αυτό δεν είναι αποκλειστικό της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας ούτε και παρατηρείται μόνο στη Ελλάδα, αλλά εμφανίζεται σε διάφορες ομάδες μεταναστών στις αναπτυγμένες χώρες (Waldhoerr et al. 1997, Strine et al. 2002).

Από την ανάλυση των φορέων διενέργειας των εμβολιασμών, παρατηρείται πως η χορήγηση των αρχικών δόσεων αρκετών εμβολίων έγινε σε ένα ποσοστό της τάξης του 15-20% από ιδιώτη γιατρό. Αυτό φανερώνει έμμεσα την αρχική ασφαλιστική κατάσταση των γονέων (ανασφάλιστοι) ή την προτίμησή τους στον ιδιωτικό τομέα. Για τις επόμενες δόσεις των εμβολίων η χρήση των δημόσιων φορέων και κυρίως του ΙΚΑ αυξάνει αισθητά, υποδηλώνοντας την εξέλιξή τους όσον αφορά το εργασιακό τους καθεστώς.

Αποτέλεσμα του ατελή εμβολιασμού ή του καθόλου εμβολιασμού που παρατηρείται σε αρκετά από τα παιδιά της μελέτης είναι η μειωμένη ανοσία τους σε νοσήματα που δύναται να είναι θανατηφόρα ή να προκαλέσουν μόνιμες βλάβες στην υγεία τους, όπως η πολιομυελίτιδα. Ταυτόχρονα, μειώνεται και η συλλογική ανοσία τόσο της συγκεκριμένης μειονοτικής ομάδας όσο και του συνόλου του πληθυσμού της περιοχής, καθιστώντας έτσι τα άτομα επίνοσα, σε περίπτωση εισαγωγής στην περιοχή των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για τις νόσους που προλαμβάνονται με τους εμβολιασμούς. Σε μελέτη των Feikin et al (2000), για παράδειγμα, σε ανεμβολίαστα παιδιά των οποίων οι γονείς αρνούσαν τον εμβολιασμό για λόγους φιλοσοφικούς ή

θηρσκευτικούς, φάνηκε πως ο κίνδυνος νόσησης ήταν 22 φορές μεγαλύτερος για την ιλαρά και 5 φορές για τον κοκκύτη σε σχέση με τα εμβολιασμένα.

Η εισαγωγή και διάδοση μεταδοτικών παραγόντων στην περιοχή δεν είναι απίθανη. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 είχε εμφανιστεί επιδημία διφθερίτιδας στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (Golaz et al. 2000). Έχει ήδη αναφερθεί πως άτομα που κατάγονται από την Αλβανία έχουν υψηλότερα ποσοστά φορέας του κορνοβακτηριδίου της διφθερίτιδας σε σχέση με τους Έλληνες (Pournaras et al. 1999). Κατά την επιδημία πολιομυελίτιδας στην Αλβανία το 1996 παρατηρήθηκαν και 5 κρούσματα της νόσου και στην Ελλάδα (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού 1997). Η πιθανότητα επανεμφάνισης της πολιομυελίτιδας ενισχύεται από το γεγονός ότι τον τελευταίο χρόνο η νόσος έχει εξαπλωθεί από τις ενδημικές χώρες σε περιοχές που ήταν ελεύθερες για χρόνια (Ινδονησία) (Polio Eradication 2005) και οι σύγχρονες αερομεταφορές και οι μετακινήσεις των πληθυσμών ευνοούν μία τέτοια εξέλιξη. Η επίπτωση της ηπατίτιδας Β στην Αλβανία και τη Βουλγαρία είναι πολύ υψηλή (17/100.000 και 12/100.000 αντίστοιχα) και έτσι, υπάρχει κίνδυνος αύξησης των κρουσμάτων και στην Ελλάδα (επίπτωση 2/100.000) (WHO Regional Office for Europe 2005).

Καθίσταται λοιπόν σαφές πως είναι σημαντικό να επιτυγχάνονται υψηλά επίπεδα ανοσοποίησης για το σύνολο του πληθυσμού και για τις ειδικές ομάδες ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος εμφάνισης και εξάπλωσης των μεταδοτικών νόσων. Για την επίτευξη υψηλού ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης, δεν επαρκούν μόνο οι οδηγίες του Υπουργείου Υγείας προς το υγειονομικό προσωπικό. Απαιτείται η επεξεργασία και εφαρμογή ειδικής στρατηγικής για τους εμβολιασμούς στην Ελλάδα, με καθορισμένους στόχους – σύμφωνα με τις επιμέρους κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας – υποστήριξη του προγράμματος σε οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους και η συνεχής αξιολόγησή του. Είναι σημαντικό να μην παραμελούνται οι μειονοτικές ομάδες και οι παράνομοι μετανάστες μέσω της δημιουργίας ενός συστηματικού και διαρκούς προγράμματος εμβολιασμών. Τα άτομα των ομάδων αυτών είναι πολλές φορές δύσκολο να ανιχνευτούν ενώ αρκετά συχνά χάνονται στην παρακολούθηση με αποτέλεσμα να παραμένει χαμηλή η εμβολιαστική τους κάλυψη, να μειώνεται έτσι συνολικά η ανοσία του πληθυσμού και να μην είναι δυνατή η εκτίμηση του επιπέδου των εμβολιασμών.

Είναι επίσης αναγκαία η ειδική ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού κόσμου για τη σημασία των εμβολιασμών, των αναμνηστικών δόσεων των εμβολίων και την ανάγκη εμβολιασμού μεγάλων εφήβων και ενηλίκων για ερυθρά και με Td. Όσον αφορά την ερυθρά και τον τέτανο, απαιτείται η επεξεργασία και εφαρμογή ειδικού σχεδίου για τον εμβολιασμό κατά της νόσου στα άτομα αναπαραγωγικής ηλικίας και με Td στους ενήλικες (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού 1999)

Η διενέργεια τοπικών μελετών πρέπει να γίνεται με τη χρήση κοινής μεθοδολογίας ώστε να είναι συγκρίσιμα τα ευρήματά τους και να μπορούν να εξαχθούν αξιόπιστα συμπεράσματα για το επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης τόσο σε τοπικό όσο και σε πανελλήνιο επίπεδο. Ο σχεδιασμός της προαγωγής των εμβολιασμών οφείλει να γίνεται σε τοπικό επίπεδο από τις υγειονομικές υπηρεσίες κάθε περιοχής, σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες και βάση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του πληθυσμού τους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κ. Κούτρα Κλειώ, κοινωνική λειτουργό, ΜΔΕ, για την πολύτιμη βοήθειά της στη διεξαγωγή της μελέτης. Επίσης, στον κ. Παναγιωτόπουλο Τάκη, παιδίατρο, από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και καθηγητή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, για την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου και τη συμβολή του στην ανάλυση των δεδομένων, στον κ. Αλεγκάκη Θανάση, Διδάκτωρ Επιστημών Υγείας, στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου και τους σπουδαστές του εργαστηρίου Κοινωνικής Κατεύθυνσης, τον Δήμο Γαζίου και το ΚΕΠ Γαζίου για τη συνεργασία και την υποστήριξη που παρείχαν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδαμίδου Α., Ζουγανέλη Μ., Λαγουδιανάκη Φ., Λουλακίδης Π., Ναμλή Ζ., Χριστοδουλάκη Μ., (2004) *Έρευνα δράση που αφορά γυναίκες μετανάστριες του Δήμου Γαζίου*», εργασία σπουδαστών εργαστηρίου Κοινωνικής Κατεύθυνσης, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π, τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Αλευρά Α., Αντωνάκος Γ., Χατζάκη Δ., Τόμπρου Ε., Φιλίππου Ε., Βογιατζάκης Ε. (2002) *Διαδικασίες νομιμοποίησης μεταναστών και λοιμώδη νοσήματα*, 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα (περίληψη Νο48)

Αντισένου Ν., Δουδουλάκης Α., Θεοδωρά Μ., Ισαακίδης Π., Λουκάς Α., Στασινοπούλου Π., Συρίδου Γ. (2002) *Επιπολασμός ηπατιτίδων Β και C σε ένα δείγμα αποδεκτών υπηρεσιών υγείας στο Πολυϊατρείο Αθήνας των Γιατρών Χωρίς Σύνορα Ελλάδας*, Γιατροί Χωρίς Σύνορα Ελλάδας, 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα (περίληψη)

Βαρδάκη Μ., Κούτης Α. (2002) *Χάρτης Υγείας, Ο πληθυσμός της Κρήτης: Γεωγραφικά και πληθυσμιακά δεδομένα. Στοιχεία Απογραφών πληθυσμού 1991 και 2001*, Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Περιφερειακό Σύστημα Κρήτης, Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας – Πρόνοιας, Ηράκλειο, Κρήτη

Γαλάνη Α., Κατσαράκης Γ., Μαλαθράκη Μ., Δρακάκη Κ., Νεάρχου Α., (2001) *Εμβολιασμοί στην επαρχία Σητείας*, 39^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κρήτη (περίληψη)

Γετίμης Π., Πετρινώτη Ξ. (2003) *Έρευνα για την ανίχνευση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στελέχη του Δημοσίου στην εξυπηρέτηση των μεταναστών – παλιννοστούντων – προσφύγων. Τελική έκθεση, Αθήνα*

Γιατροί Χωρίς Σύνορα Ελλάδας (2002) *Προγράμματα εντός συνόρων – Προγράμματα Διπλανής Πόρτας*, Τακτική Γενική Συνέλευση, Αθήνα

Γράβα Μ., Καριώρης Γ., Νείλα Χ., Γαλανοπούλου Α., Μπεκιάρης Π., Κωνσταντόπουλος Ι., Μαρκέτος Γ., Κροκιδάς Γ. (2003) *Μελέτη του πλήρους εμβολιασμού έναντι της ηπατίτιδας Β*, 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος (περίληψη)

Δάρδα Α., Φιδάνη Λ., Ακτσελή Κ., Φιλιππίδης Σ., Μπόζογλου Μ., Καραβέργιος Π. (2003) *Κατάσταση εμβολιασμού παιδιών 6 – 7 ετών στο νομό Πιερίας*, 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος (περίληψη ΕΑ070)

Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., 2002, *Η Υγεία στα Βαλκάνια*, στο: *Η Υγεία του Πληθυσμού, τόμος 3*, Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG II, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, Ελλάδα

Δόλγερας Α., (άγνωστη ημερομηνία έκδοσης) *Τα συστήματα Υγείας στα Βαλκάνια*, στο: *Η Μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας. Προβλήματα και Τάσεις, τόμος 1*, Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG II, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, Ελλάδα

Δρούγια Α., Χολέβας Β., Αλαμάνος Ι., Γαλανάκης Ε., Παπαδοπούλου-Κουλουμπή Ζ. (1999) *Ανάπτυξη και διατροφικές συνήθειες των παιδιών μεταναστών από την Αλβανία: Σύγκριση με το γηγενή πληθυσμό*, 37^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο (περίληψη Νο 008ΑΑ)

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, Απογραφή 2001

Εθνικό Τυπογραφείο (1983), Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως, ΦΕΚ 143/1983, Τεύχος Α΄

Θεοδωράκης Π., Μαντζαβίνης Γ., Rumbullaku L. (2000) *Υπηρεσίες υγείας, υγειονομικό δυναμικό και κοινωνικοοικονομικοί δείκτες στην Αλβανία*, στο: *Δημόσια Υγεία και*

Μετανάστευση, τόμος 6, Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG II, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Ελλάδα

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Μ. (2001) *Συστήματα Υγείας*, κεφ. 7, σελ: 194-206, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, Ελλάδα

Θωμαΐδης Θ, Λάγγας Δ. (άγνωστη ημερομηνία έκδοσης) Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών στην Ελλάδα: Επιδημιολογικά δεδομένα, στο: *Ενδημικά Νοσήματα στα Βαλκάνια, τόμος 4, Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG II, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Ελλάδα*

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (1997) *Σύνολο κρουσμάτων επιλεγμένων λοιμωδών νοσημάτων για τα έτη 1995 και 1996*, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής Παιδιατρικής, Εμβόλιο, Ιούνιος (4):3

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (1999) *Σύνοψη ευρημάτων και συμπερασμάτων της Πανελλαδικής Μελέτης Κατάστασης Εμβολιασμού*, Αθήνα

Καριώρης Γ., Γράψα Μ., Γαλανοπούλου Α., Νείλα Χ., Μπεκιάρης Π., Κωνσταντόπουλος Ι., Μαρκέτος Γ., Κροκιδάς Γ. (2003) *Εμβολιαστική κατάσταση έναντι του H. Influenzae B*, 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος (περίληψη)

Καριώρης Γ., Γράψα Μ., Νείλα Χ., Γαλανοπούλου Α., Μπεκιάρης Π., Κωνσταντόπουλος Ι., Μαρκέτος Γ., Κροκιδάς Γ. (2003) *Προφίλ του εμβολιασμού έναντι της φυματιώσεως*, 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος (περίληψη)

Κατζηλάκης Ν., Παρασκάκης Ε., Μπικουβαράκης Σ., Γαλανάκης Ε., Σμπυράκης Σ. (2001) *Ανεπαρκής εμβολιασμός σε παιδιά μεταναστών και αθίγγανων*, 39^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κρήτη

Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης, Δηλωθέντα κρούσματα νοσημάτων υποχρεωτικής δήλωσης κατά έτος [Internet] διαθέσιμο στο: <www.keel.org.gr/stanalysis/>

Κονιόρδος Μ. και συν. (2003) *Οι μεταναστευτικές τάσεις προς τις Μεσογειακές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η μεταναστευτική πολιτική των χωρών αυτών*, ΙΔ' Εκπαιδευτική Σειρά, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα

Κούτρα Κ. (2005) *Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας και η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας από μετανάστριες μητέρες σε ένα Δήμο της Κρήτης*, Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής

Κωνσταντινίδης Κ.Θ., Χριστάκη Π., Τσάρα Β., Καπετανγιώργης Α., Κατσουγιαννόπουλος Χ.Β. (2000) *Επιδημιολογικοί και κλινικοί χαρακτήρες της φυματίωσης σε μετανάστες στη Βόρεια Ελλάδα κατά την περίοδο 1988-97*, Πνεύμων 13(1): 73-83

Λαναράς Α. (2002) *Η συνεργασία της Ελλάδας με τις βαλκανικές χώρες στον τομέα της υγείας στο: Η Δημόσια Υγεία σε μετάβαση, τόμος 2, Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG II, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Ελλάδα*

Μαθιουδάκη Π., Γαλανάκης Ε., Αντωνίου Μ., Μαράκη Σ., Τσελέντης Ι., Σμπυράκης Σ. (2003) *Ενδοοικογενειακή διασπορά του κοκκύτη*, 2003, 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος (περίληψη)

Μουστερής Π., Τεριζάκη Α., Στεφανάκη Ε., Μανιουδάκη Α., Χατζάκης Ε., Φιλιππίδη Α., Παΐσιου Α., Καρακωνσταντή Μ., Παπαδήμας Μ. (2002) *Συγκριτική και επιδημιολογική μελέτη της φυματινοαντίδρασης Mantoux Ελλήνων και αλλοδαπών στην ευρύτερη περιοχή Αγίου Νικολάου Λασιθίου*, 40^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη (περίληψη)

Παναγιωτόπουλος Τ, Αντωνιάδου Ι, Βαλάσση-Αδάμ Ε. (1997) *Επιδημία συγγενούς ερυθράς στην Ελλάδα. Καταγραφή 25 επιβεβαιωμένων περιπτώσεων*. Παιδιατρική 60:582-91.

Παναγιωτόπουλος Τ., Βαλάσση – Αδάμ Ε., Σαραφίδου Ε., Μπένος Α., Λειβαδίτη Β., Παπαδημητροπούλου Α., Σταύρου Θ., Περηφάνου Δ. (2002) *Εθνική Μελέτη*

Εμβολιασμών, 2001: Κάλυψη με DTP και MMR, 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα (περίληψη)

Παναγιωτόπουλος Τ., Βαλάσση – Αδάμ Ε., Σαραφίδου Ε., Μπένος Α., Λειβαδίτη Β., Παπαδημητροπούλου Α., Σταύρου Θ., Περηφάνου Δ. (2002) *Εθνική Μελέτη Εμβολιασμών, 2001: Κάλυψη με εμβόλιο για ηπατίτιδα Β, αιμόφιλο ινφλουέντσας τύπου b και μηνιγγιτιδόκοκκο, 40^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη (περίληψη)*

Παναγιωτόπουλος Τ., Βαλάσση-Αδάμ Ε. (1998) *Έκθεση. Πανελλαδική Μελέτη Κατάστασης Εμβολιασμού, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής Παιδιατρικής, Αθήνα*

Παπαδάκης Ε., Δρακωνάκης Ν., Αλεξανδράκη Ρ., Παπαδάκη Ε., Μπρίμης Δ., Χαλκιαδάκης Ν., Σεραφειμίδη Κ., Κυριάκου Η., Σταυρακάκη Ε., Παρασύρης Π., Ξηρουχάκης Γ., Παπαδόπουλος Γ., (2000) *Έλεγχος εμβολιασμών στα παιδιά ηλικίας 3 – 18 χρόνων κατά το σχολικό έτος 1996 – 1997, της περιοχής του Κέντρου Υγείας Χάρακα Νομού Ηρακλείου, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 12(1):25-31*

Παπαδημητράκη Κ., Παπαδομανωλάκη Γ., Περάκη Α., Περυσινάκη Γ., Πιτσούλη Γ., Ρανούτσου Μ., Ρεθεμνιωτάκης Μ., Σαλούστρος Κ., Σαλούστρος Ν., Σαρρή Μ., Σβώλου Α., Σκουλάς Μ., Σκουτέλη Ν., Σπόκου Ε., Σπυριδάκη Μ., Στεφανάκης Δ., Στρατήγης Λ., Σωπασή Ε., Τσαφαντάκης Β., Τσιντάρη Μ., Τσουγλαράκη Ο., Τυράκης Μ., Φλουρή Μ., Χρονιάρης Β., Καρπαθάκης Γ., Φουκαράκη Χ. (2003), *Δήμος Γαζίου: Ιστορία, Γεωγραφία και Περιβάλλον, Ενιαίο Λύκειο Γαζίου Ηρακλείου, στο: <http://lyk-gaziou.ira.sch.gr/>*

Πετεινέλλη Ε., Θεοδώρου Μ., Ποντικάκη Δ., Μπλάνα Α., Παπαναστασίου Α., Σαγκανά Ε. (2002) *Διερεύνηση λοιμωδών νοσημάτων σε οικονομικούς μετανάστες στην Ελλάδα, 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα (περίληψη Νο 47)*

Σπυρίδης Π., Τσόλια Μ., Γελεσμέ Α., Σπυρίδης Ν., Καφετζής Δ., Σινανιώτης Κ., Καρπάθιος Θ., (2000) *Μελέτη των δημογραφικών μελετών και επιδημιολογικών μεταβολών της φυματίωσης της παιδικής ηλικίας (1982-1999), 560, 38^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κως (περίληψη)*

Σταύρου Θ., Παναγιωτόπουλος Γ., Βαλάσση – Αδάμ Ε., Σαραφίδου Ε., Μπένος Α., Λειβαδίτη Β., Παπαδημητροπούλου Α., Περηφάνου Δ. (2002) *Εθνική Μελέτη Εμβολιασμών, 2001: Κάλυψη για πολιομυελίτιδα*, 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα (περίληψη)

Στέρπη Π., Τσιρώνη Μ., Πατζιά Θ., Μασουρίδου Σ., Στέρπη Μ., Ρήγας Σ., Τριτάκης Ι. (2003) *Έξαρση παρωτίτιδας την περίοδο Ιουλίου – Σεπτεμβρίου 2002 στο νομό Λακωνίας*, 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος (περίληψη RT154)

Τούντας Γ. (2000) *Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(4): 351-353

Τσαγρής Β., Μανάκου Ν., Γκάρου Ε., Παπαδάκη Ε. (2002) *Αποτύπωση της αποδοχής των νεότερων εμβολίων στον παιδικό πληθυσμό της Δυτικής Αττικής: Τάσεις και συμπεράσματα*, 40^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη (περίληψη)

Τσερμενίδης Ι., Βλαχάκη Δ., Ασβεστοπούλου Α., Δρασαγάκη Μ., Σταματάκης Κ., Μπένος Α. (2002) *Αξιολόγηση Προγράμματος Εμβολιασμού μετά από 15 χρόνια εφαρμογής του*, 40^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη (περίληψη)

Τσερμενίδης Ι., Νικητίδης Ν., Αντωνόπουλος Ι., Αναστασιάδου Α., Μπένος Α. (2003) *Εμβολιαστικό επίπεδο παιδιών σχολικής ηλικίας σε σύγκριση με ειδικές πληθυσμιακές ομάδες*, 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος (περίληψη)

Χατζηπαντελής Ε., Καρασμάνης Κ., Ντιούδης Γ., Κουτσός Γ., Τζηρίνης Χ., Στόγιας Α. (2003) *Αποτύπωση της εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού των Δημοτικών σχολείων της επαρχίας Γιαννιτσών*, 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος (περίληψη)

Κοκο V. (2002) Το σύστημα υγείας στην Αλβανία, στο: *Η υγεία του πληθυσμού, τόμος 3*, Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG II, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, Ελλάδα

Lito-Kuli G., Hoxha H., Hidri B., Pasha D., Vevecka E., Saraci S. (2000)
Επιδημία ιλαράς στην Αλβανία και οι επιπλοκές της, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ 63(3): 231-235

UNICEF, *Κόσμος*, Τεύχος 56, σελ. 16, 2004

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Armitage P., Berry G. (1987) *Statistical Methods in medical research*, Second edition. Blackwell Scientific Publications, Oxford

Balarajan R. (1995 – 1996) *Ethnicity and variations in the nation's health*, Health Trends 27(4):114-9.

Batchelor K., Rossmann Beel E., Freeman A., *Community Based Assessment: A guide for HIV Prevention Workers*, σελ. 67 – 70, University of Texas Southwestern Medical Center, [Internet] διαθέσιμο στο: <http://www8.utsouthwestern.edu/vgn/images/portal/cit_56417/20/1/205382Community_Based_Assessment_Guide.pdf>.

Bhugra D. (2004) *Migration and mental health*. Acta Psychiatr Scand 109: 243–258

Bino S., Kakarriqi E., Xibinaku M., Ion-Nedelcu N., Bukli M, Emiroglu N., Uzicanin A. (2003) *Measles-Rubella Mass Immunization Campaign in Albania, November 2000*, Journal of Infectious Diseases 2003:187 (suppl 1)

Boettiger M., Forsgren M. (1997) *Twenty years' experience of rubella vaccination in Sweden: 10 years of selective vaccination (of 12-year-old girls and of women post-partum) and 13 years of a general two-dose vaccination*, Vaccine 15;(4):1538-1544

Buonomo E, Cenko F, Altan AM, Godo A, Marazzi MC (2005) Palombi L *Iron deficiency anemia and feeding practices in Albanian children* Ann Ig. Jan-Feb;17(1):27-33.

Buonomo E, Godo A, Marazzi MC, Scarcella P, Mancinelli S, Palombi L. (2000) *Child malnutrition in north Albania: results from an anthropometric survey* Ann Ig. Nov-Dec;12(6):505-11

Carballo M., Divino J. J., Zeric D. (1998) *Migration and Health in the European Union*, Tropical Medicine and International Health 3(12):936-944

Cavounidis J. (2002) *Migration in southern Europe and the case of Greece*, International Migration, quarterly review, 40(1):45-68

Centers for Disease Control and Prevention (1998) *Report of the working group on tuberculosis among foreign born persons*, MMWR vol. 47:1-29, No RR-16

Centers for Disease Control and Prevention (2002) *General Recommendations on Immunization, Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP)*, MMWR vol.51:1-36, No RR-2

Centers for Disease Control and Prevention, Immunization and Infectious Diseases, chapter 14, στο: *Healthy People 2010*, [Internet] διαθέσιμο στο: <[www.healthypeople.gov/document/HTML/Volume1/14 Immunization and Infectious Diseases.htm](http://www.healthypeople.gov/document/HTML/Volume1/14%20Immunization%20and%20Infectious%20Diseases.htm)>

Central Intelligence Agency (CIA) (2003), *The World Factbook 2003*, [Internet] διαθέσιμο στο: <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html>

Central Intelligence Agency (CIA) (2005), *The World Factbook 2005*, [Internet] διαθέσιμο στο <www.odci.gov/cia/publications/factbook/geos/al.html>

Chironna M, Germinario C, Lopalco PL, Quarto M, Barbuti S (2000) *HBV, HCV and HDV infections in Albanian refugees in Southern Italy (Apulia region)*, Epidemiol Infect Aug 125:163-7

Committee on Community Health Services (1997) *Health Care for Children of Immigrant Families*, Pediatrics, 100:153-156

Crowcroft N., Pebody R. (2004) *Editorial: Prevention of congenital rubella infection: a challenge for every country in Europe*, Eurosurveillance 9 ;(4):2-3

Durbaca S., Serban R., Ulmeanu V. (1998) *Antidiphtheria and antitetanus immunity in various age groups (0 – 70 yrs) in Romania*, Roum Arch Microbiol Immunol. Jan-Mar;57(1):45-51 (abstract).

Enas EA, Garg A, Davidson MA, Nair VM, Huet BA, Yusuf S. (1996) *Coronary heart disease and its risk factors in first-generation immigrant Asian Indians to the United States of America*, Indian Heart J. Jul-Aug;48(4):343-53.

European Observatory on Health Care Systems (2000) *Health Care Systems in Transition: Romania*, σελ: 68, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Feikin DR., Lazotte DC., Hamman RF., Salmon DA., Chen RT., Hoffman RE. (2000) *Individual and community risks of measles and pertussis associated with personal exemptions to immunization* JAMA;284 (24):3145-50

Figueras J., McKee M., Cain J., Lessof S. (2004) *Health Systems in Transition: Learning from experience*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization

Girouard N., Imai Y. (2000) *The Health Care System in Poland*, Economics Department Working Papers No.257, σελ: 4-5, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, France

Golaz A., Hardy I., Strebel P., Bisgard K., Vitek C., Popovic T., Wharton M. (2000) *Epidemic Diphtheria in the Newly Independent States of the Former Soviet Union: Implications for Diphtheria Control in the United States* The Journal of Infectious Diseases 181:S237 - 243

Grant C.C., Roberts M., Scragg R., Stewart J, Lennon D., Kivell D., Ford R., Menzies R. (2003) *Delayed immunisation and risk of pertussis in infants: unmatched case-control study*, BMJ 326:852-853

Heininger U., Klich K., Stehr K., Cherry D.J. (1997) *Clinical Findings in Bordetella pertussis Infections: Results of a Prospective Multicenter Surveillance Study*, Pediatrics 100;10

Koulaksazov S., Todorova S., Tragakes E., Hristova S. (2003) *Health Care Systems in Transition: Bulgaria*, σελ: 73-74, European Observatory on Health Care Systems, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Kremastinou J., Tzanakaki G., Velonakis E., Voyiatzi A., Nickolaou A., Elton R.A., Weir D., Blackwell C. (1999) *Carriage of Neisseria Lactamica among ethnic Greek school children from Russian immigrant families in Athens*, FEMS Immunology and Medical Microbiology; 23(1): 13-20

Lionis C., Chatziarsenis M., Antonakis N., Gianoulis Y., Fioretos M. (1998) *Assessment of vaccine coverage of schoolchildren in three primary health care areas in rural Crete, Greece*, Family Practice 15(5):443-448

Luman T. E, Mason McCauley M, Stockley S, Chu Y. S, Pickering K. L. (2002) *Timeliness of Childhood Immunizations*, Pediatrics 110(5):935-939

McDonald T.J., Kennedy S. (2004) *Insights into the “healthy immigrant effect”*: health status and health service use of immigrants to Canada Social Science and Medicine 59: 1613-1627

Mestheneos E. (1999) Migrants in the Balkans – some health-related aspects from a Greek perspective, σελ 117, στο: *Neighbours in the Balkans – Initiating a dialogue for Health* editors Ritsatakis A., Levett J., Kyriopoulos J., World Health Organization Europe, Copenhagen, Denmark

Moser CA, Kalton G. (1981) *Survey methods in social investigation*. Second edition. Heinemann Education Books, London σελ: 79-117

National Committee on Women and Family (2001) *National Strategy for children, 5 year plan*, [Internet] Republic of Albania, Albania, διαθέσιμο στο: <www.unicef.org/albania/publications/nationalstrategy.pdf>

Nuri B. (2002) *Health Care Systems in Transition, Albania, 2002*, European Observatory on Health Care Systems

Philalithis A.E. (1995) *Health Service Reforms in Bulgaria: Constraints and Opportunities*, στο: Health Challenges for Countries of Central and Eastern Europe and the Newly Independent States, editors: Harrington P., Ritsatsakis A., European Health Policy Conference: Opportunities for the Future, 5-9 December 1994, Volume V:235-245, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Pistol A., Hennessey K., Pitigoi D., Ion-Nedelcu N., Lupulescu E., Walls L., Bellini W. (2003) Strebel P. *Progress toward Measles Elimination in Romania after a Mass Vaccination Campaign and Implementation of Enhanced Measles Surveillance*, The Journal of Infectious Diseases 187(Suppl 1):S217–22

Polio Eradication (2005) *Outbreak of Polio in Indonesia*, updated 14 June 2005 [Internet] διαθέσιμο στο: <http://www.polioeradication.org/content/pressreleases/Indonesiapolio14June2005.pdf>

Pournaras S., Tsakris A., Hadjichristodoulou C., Skoura L., Souliou E., Antoniadis A., Douboyas J. (1999) *Diphtheria Immunity of Albanian and Other Eastern European Immigrants in Greece Compared with the Local Population – The Risk of Re-emergence in Greece*, Infection 27:361–364

Prevots R., Ciofi degli Atti M., Sallabanda A., Diamante E., Aylward R. B., Kakariqqi E., Fiore L., Ylli A., Van der Avoort H., Sutter W. R., Tozzi E. A., Panci P., Schinaia N., Genovese D., Oblapenko G., Greco D., Wassilak S. (1998) *Outbreak of Paralytic Poliomyelitis in Albania, 1996: High attack rate among adults and apparent interruption of transmission following nationwide mass vaccination*, Clinical Infectious Diseases 26:419-25

ProMED-mail posts (2004), Measles - UK (Wales) [Internet] International Society for Infectious Diseases, διαθέσιμο στο: <www.isid.org>

ProMED-mail posts (2004), *Measles-Indonesia (Alor) (02) 20041113.3074* [Internet] International Society for Infectious Diseases, διαθέσιμο στο: <www.isid.org>

ProMED-mail posts (2004), Mumps - UK (Scotland) [Internet] International Society for Infectious Diseases, διαθέσιμο στο: <www.isid.org>

ProMED-mail posts (2004), Mumps, students – UK&Ireland [Internet] International Society for Infectious Diseases, διαθέσιμο στο: <www.isid.org>

ProMED-mail posts (2004), *Pertussis-USA (multistate)* [Internet] International Society for Infectious Diseases, διαθέσιμο στο: <www.isid.org>

ProMED-mail posts (2005), *Tetanus, Tsunami-related-Asia (Indonesia) (02) 20050107.0039* [Internet] International Society for Infectious Diseases, διαθέσιμο στο: <www.isid.org>,

Roussos A., Goritsas C., Pappas T., Spanaki M., Papadaki P., Ferti A. (2003) *Prevalence of Hepatitis B and C markers among refugees in Athens*, World J Gastroenterol 9(5):993-995

Rrumbullaku L, Theodorakis PN, Pulluqi P, Lionis C, Trelle E (2002) *Postgraduate training in family medicine in Albania*, Postgrad Med J 78:308–310

Scotto G., Saracino A., Pempinello R., El Hamad I, Geraci S., Panunzio M., Palumbo E., Cibelli C.D., Angarano G., and the Italian Study Group for Infectious Diseases in Immigrants (2005) *Simit Epidemiological Multicentric Study on hospitalized Immigrants in Italy during 2002* Journal of Immigrant Health, Vol.7(1):55-60

Shaw M., Dorling D, Smith G. D. (2003) *Poverty, social exclusion, and minorities* In: *The social determinants of health*, M. Marmot and R. G. Wilkinson, Oxford University Press

Stampi S., Matteini P., Zanetti F., Baldi E. (2003) *Immigration and health: observational study concerning the foreign children attending the Bologna community paediatric service*, Ann Ig 15:261-70

Starova T. (1997) *HOSE Report on Albania*, [Internet] διαθέσιμο στο: <www.coe.int/T/E/Social_cohesion/HDSE/>

Strine W.T., Barker E.L, Mokdad H.A., Luman T.E., Sutter W.R., Chu Y.S. (2002) *Vaccination Coverage of Foreign-Born Children 19 to 35 Months of Age: Findings From the National Immunization Survey, 1999–2000*, Pediatrics 110(2);15

Thalhammer E., Zucha V., Enzenhofer E., Salfinger B., Orgis G. (2001) *Attitudes towards minority groups in the European Union*, European Monitoring Center on Racism and Xenophobia, Vienna, Austria

The National Vaccine Advisory Committee (1991) *The measles epidemic. The problems, barriers, and recommendations*. JAMA 266:1547-1552

Tzimis L., Kafatos A. (2000) *Drug utilization and nutrition patterns among children from indigent and emigrant families in Crete, Greece*, Public Health; 114(5): 393-7

UNICEF – Albania (2000) *Multiple Indicator Cluster Survey Report, Albania*, National Institute of Statistics, Committee on Women and Family, Institute of Public Health, Faculty of Social Sciences, Albania

UNICEF - ICMH Report (2000) – *Albania KABP Survey 2000* [Internet] διαθέσιμο στο: <www.unicef.org/albania/kapb.pdf>

UNICEF, Albania [Internet] διαθέσιμο στο: <www.unicef.org/albania/overview.htm> (άγνωστη ημερομηνία έκδοσης)

UNICEF, Greece [Internet] διαθέσιμο στο: www.unicef.org/infobycountry/greece_statistics.html

UNICEF, Info by Country [Internet] διαθέσιμο στο www.unicef.org/infobycountry/

Waldhoer T., Haidinger G., Vutuc C., Haschke F., Plank R. (1997) *The impact of sociodemographic variables on immunization coverage of children*, European Journal of Epidemiology, 13: 145–149

Wilkinson R.G., Marmot M. (2003) *Social determinants of health: the solid facts, 2nd edition*. World Health Organization Europe, Copenhagen, Denmark

Wilson E. M. (1995) *Towards a better World, Infectious diseases: an ecological perspective*, BMJ 311:1681-1684

World Health Assembly (1988) Global eradication of poliomyelitis by the year 2000: resolution of the 41st World Health Assembly. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHA resolution no. 41.28).

World Health Assembly, 55th World Health Assembly (1992) Resolution WHA 45.17 *Immunization and vaccine quality* and Annex 3, paragraphs 13-15 (Expanded Programme on Immunization and Vaccine quality), 4 – 14 May, Geneva, Switzerland

World Health Organization (1979) *Formulating Strategies for health for all by the year 2000*, World Health Organization, Geneva, Switzerland

World Health Organization (1980), *Health for all by the year 2000*, World Health Organization, Geneva, Switzerland

World Health Organization (1985) *Expanded Programme on Immunization, European Conference on immunization policies*, Weekly Epidemiological Record; 60:165-8

World Health Organization (1996) *Health Care Systems in Transition: Greece*, σελ: 5-7, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

World Health Organization (1998), *Health 21, an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

World Health Organization (1998), *Safe vaccine handling, cold chain and immunizations: A manual for the Newly Independent States*, Global Programme for Vaccines and Immunization, Expanded Programme on Immunization, World Health Organization, Produced in collaboration with Basics, USAID and UNICEF, Geneva

World Health Organization (2003) *Poliomyelitis, Fact sheet N° 114, Revised April 2003* [Internet], διαθέσιμο στο <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en/>

World Health Organization (2003) *WHO vaccine – preventable diseases: monitoring system 2003 Global Summary*, Vaccines and Biologicals, World Health Organization, Geneva, Switzerland,

World Health Organization (2004) *Eradication of Poliomyelitis, Report by the Secretariat*, Executive Board, 115th Session, Provisional Agenda item 9.2

World Health Organization (2004) *Global Polio Eradication Initiative, Progress 2003*, Geneva, Switzerland

World Health Organization (2004) *Progress Towards Global Immunization Goals-2003, Summary presentation of key indicators*,

World Health Organization (2004) *The World Health Report: 2004: Changing History*, Geneva, Switzerland

World Health Organization (2005) *Tuberculosis, Fact sheet No 104, Revised April 2005*, [Internet] διαθέσιμο στο: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>>

World Health Organization Regional Office for Europe (1985) *Targets for Health for All*. Copenhagen, Denmark

World Health Organization Regional Office for Europe (1996) *Operational targets for EPI diseases* (Document EUR/ICP/CMD5 01 01 14 Rev.1) Copenhagen, Denmark

World Health Organization Regional Office for Europe (2004) *Haemophilus influenzae b (Hib) vaccine introduction* [Internet] διαθέσιμο στο: <www.euro.who.int/vaccine/20030808>

World Health Organization Regional Office for Europe (2005) *European Health for All Database*, Copenhagen, Denmark

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι – ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Αριθμός εμβολιασμένων και ανεμβολίαστων βρεφών παγκόσμια και αριθμός ανεμβολίαστων βρεφών ανά κατηγορία εμβολιαστικής κάλυψης	84
Πίνακας 2. Ετήσιος αριθμός θανάτων από νόσους που προλαμβάνονται με εμβολιασμούς, παγκόσμια, για το έτος 2002	85
Πίνακας 3. Γεωγραφική κατανομή αλλοδαπών ανά περιφέρεια και φύλο, σύμφωνα με την απογραφή της ΕΣΥΕ, 2001	86
Πίνακας 4. Ποσοστό αλλοδαπών που κατοικούν στην Ελλάδα επί του συνόλου του πληθυσμού ανά περιφέρεια, σύμφωνα με την απογραφή της ΕΣΥΕ, 2001	86
Πίνακας 5. Χώρα καταγωγής των μεταναστών που κατοικούν στην Ελλάδα, απογραφή 2001	87
Πίνακας 6. Βασικοί Δείκτες στις υπό μελέτη χώρες της Βαλκανικής και στην Ευρωπαϊκή Ένωση	88
Πίνακας 7. Δείκτες υγείας και θνησιμότητας στις υπό μελέτη χώρες της Βαλκανικής και στην Ευρωπαϊκή Ένωση	89
Πίνακας 8. Οικονομικοί δείκτες στις υπό μελέτη χώρες της Βαλκανικής και στην Ευρωπαϊκή Ένωση	90
Πίνακας 9. Δαπάνες για την Υγεία στις υπό μελέτη χώρες της Βαλκανικής και στην Ευρωπαϊκή Ένωση	91
Πίνακας 10. Δομές Υγείας/Ανθρώπινο δυναμικό υπηρεσιών υγείας στις υπό μελέτη χώρες της Βαλκανικής και στην Ευρωπαϊκή Ένωση	92
Πίνακας 11. Ποσοστό των παιδιών κάτω των 5 ετών που είναι σοβαρά ή μέτρια υποσιτισμένα, Αλβανία 2000	93
Πίνακας 12. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ελλάδας, Αλβανίας, Βουλγαρίας, Ρουμανίας, Πολωνίας	94
Πίνακας 14. Ποσοστό παιδιών ηλικίας 12 – 23 μηνών που έχουν εμβολιαστεί έναντι των παιδικών ασθενειών οποτεδήποτε πριν την έρευνα και πριν τα πρώτα τους γενέθλια, Αλβανία 2000	95
Πίνακας 15. Ποσοστό παιδιών ηλικίας 12 -23 μηνών που είναι εμβολιασμένα έναντι των παιδικών ασθενειών, Αλβανία 2000	96

Πίνακας 16. Εμβολιαστική κάλυψη για επιλεγμένους δείκτες (WHO) στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις 2 Πανελλαδικές Μελέτες κατάστασης εμβολιασμού (1997, 2001)	97
Πίνακας 17. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ελλάδος - Χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών για βρέφη και παιδιά	98
Πίνακας 18. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ελλάδος - Χρονοδιάγραμμα Εμβολιασμών για βρέφη και παιδιά μικρότερα των 7 ετών που καθυστέρησαν να εμβολιαστούν	99
Πίνακας 19. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ελλάδος – Χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών για παιδιά 7-12 ετών που καθυστέρησαν να εμβολιαστούν	100
Πίνακας 20. Στόχοι Εκτεταμένου Προγράμματος Εμβολιασμών για όλο τον κόσμο και την Ευρώπη	101
Πίνακας 21. Προτεινόμενες και ελάχιστες ηλικίες και μεσοδιαστήματα μεταξύ των δόσεων των εμβολίων	102
Πίνακας 22. Κρούσματα ιλαράς και επίπτωση ανά 100.000 πληθυσμού ($IR/10^5$) κατά ηλικιακή ομάδα, Αλβανία, 1991-2001	103
Πίνακας 23. Στόχοι του Εκτεταμένου Προγράμματος Υγείας για όλο τον κόσμο και για την Ευρώπη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και εμβολιαστική κάλυψη στην Ελλάδα και την παρούσα μελέτη	104

Πίνακας 1. Αριθμός εμβολιασμένων και ανεμβολίαστων βρεφών παγκόσμια και αριθμός ανεμβολίαστων βρεφών ανά κατηγορία εμβολιαστικής κάλυψης

GLOBAL			Slide Date: October 04
Annual surviving infants cohort = 125 million			
78% DTP3 coverage			
98 million children vaccinated			
Additional children to reach:		Children unvaccinated	
78%	0	27.5 million	
80%	2.4 million	25.1 million	
90%	14.9 million	12.6 million	
100%	27.5 million	0	

Source: WHO/UNICEF estimates, 2004

Πηγή: WHO 2004c, *WHO/UNICEF estimates, 2004*

Πίνακας 2. Ετήσιος αριθμός θανάτων από νόσους που προλαμβάνονται με εμβολιασμούς, παγκόσμια, για το έτος 2002

Diseases	deaths < 5 years of age (000)	deaths total (000)
Diseases for which vaccination is part of most national immunization schedules		
Measles	540	610
Hib	386	386
Pertussis	294	294
Tetanus	198	213
Yellow Fever	15	30
Diphtheria	4	5
Polio	<1	<1
Hepatitis B	<1	600
Diseases for which a licenced vaccine is available		
Japanese encephalitis	5	14
Meningococcal	10	26
Rotavirus	402	449
Pneumococcal	716	1,612
Total deaths from all causes	10,468	57,029

Source: WHO/IVB
July 2004

Πηγή: WHO vaccines, immunization and biologicals 2004

Πίνακας 3. Γεωγραφική κατανομή αλλοδαπών ανά περιφέρεια και φύλο, σύμφωνα με την απογραφή της ΕΣΥΕ, 2001

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ		ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	15.146	2,0%	7.796	1,88%	7.350	2,12%
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	100.178	13,1%	53.811	12,95%	46.367	13,38%
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	8.870	1,2%	5.129	1,23%	3.741	1,08%
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	31.957	4,2%	18.945	4,56%	13.012	3,75%
ΗΠΕΙΡΟΣ	15.692	2,1%	8.610	2,07%	7.082	2,04%
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	19.460	2,6%	10.059	2,42%	9.401	2,71%
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	35.144	4,6%	20.937	5,04%	14.207	4,10%
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	39.397	5,2%	25.643	6,17%	13.754	3,97%
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	47.882	6,3%	27.415	6,60%	20.467	5,90%
ΑΤΤΙΚΗ	370.218	48,6%	195.477	47,04%	174.741	50,41%
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	9.711	1,3%	5.380	1,29%	4.331	1,25%
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	28.112	3,7%	14.255	3,43%	13.857	4,00%
ΚΡΗΤΗ	40.424	5,3%	22.095	5,32%	18.329	5,29%
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	762.191	100%	415.552	100%	346.639	100%

Πηγή: Γετίμης και Πετρινιώτη 2003

Πίνακας 4. Ποσοστό αλλοδαπών που κατοικούν στην Ελλάδα επί του συνόλου του πληθυσμού ανά περιφέρεια, σύμφωνα με την απογραφή της ΕΣΥΕ, 2001

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΗΣ	3.761.810	376.732	10,01%
ΛΟΙΠΗ ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΣ ΚΑΙ ΕΥΒΟΙΑ	829.758	49.189	5,93%
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	1.155.019	81.681	7,07%
ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	212.984	20.524	9,64%
ΗΠΕΙΡΟΣ	353.820	17.067	4,82%
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	753.888	33.782	4,48%
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	2.424.765	125.967	5,20%
ΘΡΑΚΗ	362.038	5.743	1,59%
ΝΗΣΟΙ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	206.121	30.365	14,73%
ΝΗΣΟΙ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	302.686	10.546	10,03%
ΚΡΗΤΗ	601.131	45.495	7,57%
	10.964.020	797.091	7,27%

Πηγή: Γετίμης και Πετρινιώτη 2003

Πίνακας 5. Χώρα καταγωγής των μεταναστών που κατοικούν στην Ελλάδα, απογραφή 2001

ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ
1. Αλβανία	438.036	57,47%
2. Βουλγαρία	35.104	4,61%
3. Γεωργία	22.875	3,00%
4. Ρουμανία	21.994	2,89%
5. Ηνωμένες Πολιτείες	18.140	2,38%
6. Ρωσική Ομοσπ.	17.535	2,30%
7. Κύπρος	17.426	2,29%
8. Ουκρανία	13.616	1,79%
9. Ηνωμένο Βασίλειο	13.196	1,73%
10. Πολωνία	12.831	1,68%
11. Γερμανία	11.806	1,55%
12. Πακιστάν	11.130	1,46%
13. Αυστραλία	8.767	1,15%
14. Τουρκία	7.881	1,03%
15. Αρμενία	7.742	1,02%
16. Αίγυπτος	7.448	0,98%
17. Ινδία	7.216	0,95%
18. Ιράκ	6.936	0,91%
19. Φιλιππίνες	6.478	0,85%
20. Καναδάς	6.049	0,79%
21. Ιταλία	5.825	0,76%
22. Μολδαβία	5.716	0,75%
23. Συρία	5.552	0,73%
24. Γαλλία	5.267	0,69%
25. Μπανγκλαντές	4.854	0,64%
26. Γιουγκοσλαβία	3.832	0,50%
27. Ολλανδία	2.519	0,33%
28. Καζακστάν	2.256	0,30%
29. Σουηδία	2.203	0,29%
30. Νιγηρία	2.015	0,26%

Πηγή: Γετίμης και Πετρινιώτη 2003

Πίνακας 6. Βασικοί Δείκτες στις υπό μελέτη χώρες της Βαλκανικής και στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Π							Ευρωπαϊκή
	Βασικοί δείκτες	Ελλάδα	Αλβανία	Βουλγαρία	Ρουμανία	Πολωνία	Ένωση πριν τον Μάιο του 2004
	Συνολικός πληθυσμός *	10.976.000 (2003)	3141000 (2002)	7.823.557 (2003)	21.733.556 (2003)	38.588.000 (2003)	380.962.720 (2003)
	Ρυθμός αύξησης πληθυσμού (1992-2002) **	0.7	-0,4	-0.8	-0.3	0.1	
	% του πληθυσμού ηλικίας 0-14 ετών *	14.63 (2001)	28 (2003)	14.37 (2003)	17.34 (2002)	18.09 (2002)	16.64 (2001)
	Ρυθμός γονιμότητας *	1.3 (2002)	2 (2003)	1.2 (2003)	1.3 (2003)	1.25 (2003)	1.49 (2003)
	Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση (άρρηνες/θήλειες) *	76.34/81.66 (2001)	73,31/78,42 (2003)	68.97/75.98 (2003)	67.36/74.76 (2002)	70.38/78.88 (2002)	75.92/82.02 (2001)
	% αστικού πληθυσμού *	60.6 (2002)	43.2 (2002)	69.4 (2002)	54.5 (2002)	61.8 (2002)	78.85 (2002)

Πηγή: * Health for All Database 2005, World Health Organization, Regional Office for Europe

** World Health Report 2004, World Health Organization

Πίνακας 7. Δείκτες υγείας και θνησιμότητας στις υπό μελέτη χώρες της Βαλκανικής και στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Δείκτες υγείας/θνησιμότητας	Ελλάδα	Αλβανία	Βουλγαρία	Ρουμανία	Πολωνία	Ευρωπαϊκή Ένωση πριν τον Μάιο του 2004
Αδρός δείκτης θνησιμότητας /1000 κατοίκους *	9.07 (2001)	5.79 (2003)	14.31 (2003)	12.37 (2002)	9.4 (2002)	9.66 (2001)
Θνησιμότητα κάτω των 5 ετών (παιδική)/1000 γεννήσεις ζώντων **	7	27	16	22	9	
Θνησιμότητα κάτω του 1 έτους (βρεφική)/1000 γεννήσεις ζώντων **	6	23	14	19	8	
Μητρική θνησιμότητα/100000 γεννήσεις ζώντων **	10	55	32	58	10	
Γεννήσεις ζώντων/1000 κατοίκους *	9.74 (2002)	15.5 (2003)	8.87 (2003)	9.78 (2003)	9.25 (2002)	10.59 (2003)

Πηγή: * Health for All Database 2005, World Health Organization, Regional Office for Europe

** World Health Report 2000

Οικονομικοί δείκτες	Ελλάδα	Αλβανία	Βουλγαρία	Ρουμανία	Πολωνία	Ευρωπαϊκή Ένωση πριν τον Μάιο του 2004
Κατά κεφαλήν εισόδημα σε \$ (GDP) *	12494 (2002)	1535 (2002)	1944 (2002)	2052 (2002)	4894 (2002)	22780 (2002)
Κατά κεφαλήν εισόδημα σε \$ εκφρασμένο σε PPP *	19700 (2003)	4830 (2002)	7130 (2002)	6560 (2002)	11350 (2003)	26.594 (2003)
Πληθωρισμός (%) *	3 (2001)	3,5 (2001)	n/a	15.3 (2003)	0.8 (2003)	1.79 (2003)
Ανεργία (%) * **	9,6 (HFA, 2002) 10,3 (CIA, 2002)	15 (HFA, 2003) 30 (CIA, 2004)	16.3 (HFA, 2002) 18 (CIA, 2002)	7.2 (HFA, 2003) 8.3 (CIA, 2002)	18.1 (HFA, 2002)	8.19 (HFA, 2003)
Φτώχεια (%) **	n/a	30 (CIA, 2004)	12.6 (CIA, 2001)	44.5 (CIA, 2000)	18.4 (CIA, 2000)	
Ρυθμός Ανθρώπινης Ανάπτυξης *	0.902 (2002)	0,781 (2002)	0.796 (2002)	0.778 (2002)	0.85 (2002)	
Ρυθμός μετανάστευσης/1000 κατοίκους **	1.96 (2003)	-4,93 (2004)	-4.58 (2003)	-0.6 (2003)	-0.49 (2003)	
Αριθμός ατόμων που λαμβάνει επιδόματα (κοινωνικά/αναπηρίας)/100.000 *	1281 (2001)	n/a	n/a	n/a	8422 (2002)	

Πίνακας 8. Οικονομικοί δείκτες στις υπό μελέτη χώρες της Βαλκανικής και στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Πηγή: *Health for All Database 2005, World Health Organization, Regional Office for Europe

** Central Intelligence Agency 2004

Πίνακας 9. Δαπάνες για την Υγεία στις υπό μελέτη χώρες της Βαλκανικής και στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Δαπάνες για την Υγεία	Ελλάδα	Αλβανία	Βουλγαρία	Ρουμανία	Πολωνία	Ευρωπαϊκή Ένωση πριν τον Μάιο του 2004
Συνολικές δαπάνες υγείας ως % επί του ΑΕΠ *	9,4	3,7	4,8	6,5	6,1	8,93 ** (2001)
Δημόσιες δαπάνες ως % των συνολικών δαπανών υγείας *	56	64,6	82,1	79,2	71,9	74,9 (HFA, 2001-WHO estimates)
Δαπάνες Κοινωνικής ασφάλισης ως % των συνολικών δημόσιων δαπανών υγείας *	35	19,3	36,7	88,3	76,7	
Δημόσιες δαπάνες ως % των συνολικών δημόσιων δαπανών *	11,2	7,3	9,3	15,9	10,9	
Συνολικές δαπάνες υγείας κατ'άτομο εκφρασμένες σε \$ (PPP) **	1814 (2002)	106 (2002)	n/a	275 (2002)	654 (2002)	2364 (2002)

Πηγή: * World Health Report 2001

** Health for All Database 2005, World Health Organization, Regional Office for Europe

Πίνακας 10. Δομές Υγείας/Ανθρώπινο δυναμικό υπηρεσιών υγείας στις υπό μελέτη χώρες της Βαλκανικής και στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Δομές Υγείας/Ανθρώπινο δυναμικό υπηρεσιών υγείας	Ελλάδα	Αλβανία	Βουλγαρία	Ρουμανία	Πολωνία	Ευρωπαϊκή Ένωση πριν τον Μάιο του 2004
	3.19 (2000)	1.61 (2003)	3.81 (2003)	1.94 (2003)	2.17 (2003)	3.26 (2002)
Νοσοκομεία/100.000						
Νοσοκομειακά κρεβάτια/100.000	487 (2000)	306 (2003)	628 (2003)	656 (2003)	557 (2003)	600 (2002)
Κέντρα Υγείας		564 (2000)				
Υγειονομικοί σταθμοί *	n/a	1582				
Πρωτοβάθμιες δομές υγείας/100.000	n/a	67 (2003)	19 (2003)	44 (2003)	n/a	n/a
Γιατροί/100.000	453	133 (2002)	360 (2003)	196 (2003)	230 (2002)	358 (2002)
Γενικοί γιατροί/100.000	n/a	50 (2000)	68 (2003)	n/a	n/a	102 (2002)
Νοσηλευτές/100.000	n/a	369 (2003)	379 (2003)	399 (2003)	486 (2002)	818 (2002)
Γιατροί/100 νοσοκομειακά κρεβάτια	92 (2000)	43 (2002)	57 (2003)	30 (2003)	41 (2002)	60 (2002)

Πηγή: Health for All Database 2005, World Health Organization, Regional Office for Europe

* Nuri, 2002

Πίνακας 11. Ποσοστό των παιδιών κάτω των 5 ετών που είναι σοβαρά ή μέτρια υποσιτισμένα, Αλβανία 2000

	Weight for age		Height for age		Weight for height		Number of children
	Percent below - 2 SD	Percent below - 3 SD	Percent below -2 SD	Percent below -3 SD	Percent below -2 SD	Percent below -3 SD	
	Male	15.3	4.8	34.1	19.8	11.9	
Female	13.3	3.8	29.4	14.8	10.3	2.4	519
Urban	14.1	4.9	23.8	12.2	11.9	3.7	402
Rural	14.4	4.0	36.7	20.5	10.6	3.5	641
Age							
< 6 months	7.3	2.4	19.2	5.7	11.4	5.4	81
6 - 11 months	10.7	4.8	27.4	10.7	16.5	10.1	77
12 - 23 months	20.1	9.2	36.0	22.9	14.6	3.5	193
24 - 35 months	15.5	6.9	37.4	21.4	8.2	2.0	216
36 - 47 months	12.0	1.0	30.6	16.1	8.9	2.5	289
48 - 59 months	14.8	2.1	29.8	16.5	11.7	3.6	188
Mother's education							
Primary	16.9	4.6	38.3	19.7	12.1	4.2	556
Secondary	11.7	4.2	25.4	15.9	10.7	3.1	396
Higher	9.3	3.0	19.2	9.4	6.7	1.4	91
Total	14.3	4.3	31.7	17.3	11.1	3.6	1043

Πηγή: Multiple Indicator Cluster Survey Report, Albania, Unicef-Albania, 2000

Πίνακας 12. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ελλάδας, Αλβανίας, Βουλγαρίας, Ρουμανίας, Πολωνίας

Περιγραφή Εμβολίου	Κωδικός Εμβολίου	Πρόγραμμα				
		Ελλάδα	Αλβανία	Βουλγαρία	Ρουμανία	Πολωνία
Εμβόλιο Bacille Calmette-Guérin	BCG	6 έτη;		γέννηση; 7 μήνες; 7, 11, 17 έτη	4-7 ημέρες	γέννηση; 7, 12 έτη;
Τοξίνη Τετάνου και Διφθερίτιδας, παιδική δόση	DT	14-16 έτη;	γέννηση	7 έτη	7, 14 έτη;	6 έτη;
Τοξίνη Διφθερίτιδας και Τετάνου με ολοκωτταρικό εμβόλιο για Κοκκύτη	DTwP	2, 4, 6, 18 μήνες; 4-6 έτη;	6 έτη	2, 3, 4 μήνες; 2 έτη	2, 4, 6, 12, 30-35 μήνες;	2, 3-4, 5, 16-18 μήνες;
Τοξίνη Διφθερίτιδας και Τετάνου με ακωτταρικό εμβόλιο για Κοκκύτη	DTaP	2, 4, 6, 18 μήνες; 4-6 έτη;				6 έτη;
Εμβόλιο Ηπατίτιδας Β	HepB	γέννηση; 2-4 μήνες; 6-18 μήνες;	Γέννηση; 2, 6 μήνες;	γέννηση; 1, 6 μήνες	γέννηση 2, 6 μήνες;	γέννηση 2, 6-7 μήνες; 14 έτη x3;
Εμβόλιο Ιλαράς και Ερυθράς (και Παρωτίτιδας)	MR (MMR)	15 μήνες; 4-6 έτη; (MMR)	1, 5 έτη (MR);	13 μήνες; 12 έτη; (MMR)	12-15 μήνες; 7 έτη; (μόνο ιλαράς) 14 έτη;	13-14 μήνες (MMR); 7 έτη (MR);
Εμβόλιο Ερυθράς						13 έτη;
Εμβόλιο Πολιομυελίτιδας από του στόματος	OPV	2, 4, 6, 18 μήνες; 4-6 έτη;	2, 4, 6 μήνες; 2, 5 έτη;	2, 3, 4, 14, 22 μήνες;	2, 4, 6, 12 μήνες; 9 έτη;	6-7, 16-18 μήνες; 6 έτη;
Εμβόλιο Πολιομυελίτιδας (αδρανοποιημένο)	IPV	2, 4 μήνες;			2, 4, 6, 12 μήνες;	3-4, 5 μήνες;
Εμβόλιο Αιμόφιλου ινφλουέντσας τύπου b	Hib	2, 4, 6, 12-15 μήνες;				
Τοξίνη Τετάνου και Διφθερίτιδας για μεγαλύτερα παιδιά/ενήλικες	Td		14 έτη;	12, 17, 25, 35 έτη;	24 έτη;	14, 19 έτη;
Τοξίνη Τετάνου	TT		Έγκυες γυναίκες 1η επαφή; +1 μήνας;	45, 55, 65, 75, 85 έτη;		

Πηγή: World Health Organization, World Schedule

Πίνακας 13. Εμβολιαστική κάλυψη των υπό μελέτη χωρών για επιλεγμένους δείκτες, 2002

Εμβόλιο	Ευρώπη** (2002)	Ελλάδα (2002)	Αλβανία (2002)			Βουλγαρία (2002)	Ρουμανία (2002)	Πολωνία (2003)
		Εκτιμήσεις Unicef	Εκτιμήσεις Unicef	MICS*** (1999)	Εκτιμήσεις Unicef	Εκτιμήσεις Unicef	Εκτιμήσεις Unicef	
BCG	89*	88	94	80	98	99	94	
DTP3	93*	88	98	52	94	99	99	
HepB3	60*	88	96		93	99	97	
MCV	89*	88	96	61	90	98	97	
Pol3	93*	87	98	29	94	99	98	

* Εκτιμήσεις WHO-UNICEF ** Αναφερόμενη κάλυψη

*** WHO vaccine-preventable disease monitoring system, 2003 global summary

**** Multiple Indicator Cluster Survey Report, Albania, Unicef-Albania, 1999

Πίνακας 14. Ποσοστό παιδιών ηλικίας 12 – 23 μηνών που έχουν εμβολιαστεί έναντι των παιδικών ασθενειών οποτεδήποτε πριν την έρευνα και πριν τα πρώτα τους γενέθλια, Αλβανία 2000

	Percentage of children who received :										
	BCG	DPT1	DPT2	DPT3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Measles	All	None
Vaccination card	41.2	41.7	40.2	39.2	6.8	22.6	22.4	18.4	32.3	13.6	0.7
Mother's report	38.4	29.0	20.9	12.5	17.3	34.7	23.8	10.3	28.7	3.5	14.8
Either	79.6	70.7	61.1	51.7	24.1	57.3	46.2	28.7	61.0	17.1	15.5
Vaccinated before											
12 months	98.9	96.2	96.5	94.4	100.0	99.0	99.5	100	71.7	35.5	0.0

Πηγή: Multiple Indicator Cluster Survey Report, Albania, Unicef-Albania, 2000

Πίνακας 15. Ποσοστό παιδιών ηλικίας 12 -23 μηνών που είναι εμβολιασμένα έναντι των παιδικών ασθενειών, Αλβανία 2000

	BCG	DPT1	DPT2	DPT3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Measles	All	None	% with health care	Number of children
Male	80.4	70.7	62.9	52.6	25.9	60.2	49.8	28.3	61.0	15.8	15.3	43.6	157
Female	78.8	70.7	59.6	50.5	22.0	54.0	41.9	29.2	61.1	18.4	15.7	45.3	132
Urban	81.9	77.9	69.9	63.3	19.8	44.2	40.2	21.8	66.4	12.8	12.0	61.1	106
Rural	78.4	66.6	56.5	44.9	26.6	64.9	49.6	32.6	58.0	19.5	17.5	34.7	183
Mother's education													
Primary	79.8	65.7	56.3	42.7	24.7	62.9	46.5	29.8	59.4	17.9	15.7	36.1	159
Secondary	78.2	75.4	66.3	61.0	19.6	47.1	42.5	27.2	63.7	15.8	16.3	52.8	109
Higher	85.6	84.5	74.3	71.2	43.0	68.2	62.9	28.0	60.2	16.8	9.0	63.0	21
Total	79.6	70.7	61.4	51.7	24.1	57.4	46.2	28.7	61.1	17.0	15.5	44.3	289

Πηγή: Multiple Indicator Cluster Survey Report, Albania, Unicef-Albania, 2000

Πίνακας 16. Εμβολιαστική κάλυψη για επιλεγμένους δείκτες (WHO) στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις 2 Πανελλαδικές Μελέτες κατάστασης εμβολιασμού (1997, 2001)

Δείκτης εμβολιασμού	Κάλυψη με εμβολιασμούς Ελλάδα	
	Μελέτη 1997 (γενιά 1990-91)	Μελέτη 2001 (γενιά 1998)
Διφθερίτιδα-τέτανος (DT) 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους	84%	n/a
Κοκκύτης – 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους	82%	n/a
Πολιομυελίτιδα - 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους	81%	94%
Διφθερίτιδα-τέτανος-κοκκύτης (DTP) 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών	69%	82%
Διφθερίτιδα-τέτανος - 5 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	81%	n/a
Ιλαρά- 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	71%	89%
Ερυθρά- 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	64%	89%
Παρωτίτιδα - 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	64%	89%

Πηγή: Παναγιωτόπουλος και Βαλάσση-Αδάμ (1998), Παναγιωτόπουλος και συν. (2002a, 2002b), Σταύρου και συν. (2002)

Πίνακας 17. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ελλάδος - Χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών για βρέφη και παιδιά

ΗΛΙΚΙΑ	ΕΜΒΟΛΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
2 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> • DTaP ή DTP, • OPV ή IPV • Hib, • Hep.B, • MCCV* 	<p>→ Το Hep.B χορηγείται αμέσως μετά τη γέννηση αν η μητέρα είναι θετική για αντιγόνο ηπατίτιδας B</p> <p>→ Σε επιδημικές περιοχές ο εμβολιασμός μπορεί να αρχίσει από τον 1^ο μήνα ζωής (π.χ. πολιομυελίτιδας)</p>
4 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> • DtaP ή DTP • OPV ή IPV • Hib • Hep.B • MCCV* 	<p>→ Όταν χορηγούνται ζώντα εξασθενημένα εμβόλια το μεσοδιάστημα εμβολιασμού πρέπει να είναι 6-8 εβδομάδες, για καλύτερη ανοσοαποκριτική απάντηση</p>
6 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> • DtaP ή DTP • (OPV ή IPV) • Hib • Hep.B • MCCV* 	<p>→ Η 3^η δόση (OPV ή IPV) δεν είναι απαραίτητη</p>
12-18 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> • MMR • Hib • MCCV* 	<p>→ Το MCCV σε άτομα >12 μηνών χορηγείται σε μία δόση</p> <p>→ Σε επιδημία το εμβόλιο της ιλαράς χορηγείται από τον 6^ο μήνα της ζωής και εν συνεχεία τον 15^ο μήνα και το 4-6^ο έτος θα γίνει το MMR</p> <p>→ Το MMR γίνεται κανονικά ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της Mantoux. Η Mantoux μπορεί να γίνει ταυτόχρονα με το MMR</p>
18 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> • DtaP ή DTP • OPV 	<p>→ Το DtaP ή DTP και το OPV μπορούν να χορηγηθούν σε οποιοδήποτε χρονικό διάστημα από 12-24 μηνών και ταυτόχρονα με το MMR</p>
4-6 ετών	<ul style="list-style-type: none"> • DtaP ή DTP • OPV ή IPV • MMR 	<p>→ Το DTaP ή DTP και το OPV μπορούν να δοθούν μέχρι το 7^ο έτος της ηλικίας</p>
5-6 ετών	<ul style="list-style-type: none"> • BCG 	<p>→ Το BCG χορηγείται από κρατικό φορέα</p>
12-16 ετών	<ul style="list-style-type: none"> • Td 	<p>→ Επαναλαμβάνεται κάθε 10 χρόνια δια βίου</p>
>2 ετών	<ul style="list-style-type: none"> • HepA* 	<p>→ Χορηγείται σε 2 δόσεις με μεσοδιάστημα 6 μηνών.</p> <p>→ Συνιστάται κυρίως για άτομα υψηλού κινδύνου και >12 ετών</p>

*Δεν περιλαμβάνεται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών

Πηγή: Εθνικό Συνταγολόγιο 2003

Πίνακας 18. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ελλάδος - Χρονοδιάγραμμα Εμβολιασμών για βρέφη και παιδιά μικρότερα των 7 ετών που καθυστέρησαν να εμβολιαστούν

ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ	ΕΜΒΟΛΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
1^η επίσκεψη	<ul style="list-style-type: none"> • DTaP/DTP • OPV ή IPV • Hib* • HepB 	Ταυτόχρονα μπορεί να γίνει δερμοαντίδραση Mantoux
Μεσοδιάστημα μετά την πρώτη επίσκεψη		
1 μήνα	<ul style="list-style-type: none"> • DTaP/DTP • OPV ή IPV • MMR • HepB 	Το MMR μπορεί να γίνει στην 1 ^η επίσκεψη
2 μήνες	<ul style="list-style-type: none"> • DTaP/DTP • Hib 	Η 2 ^η δόση του Hib συνιστάται στα παιδιά που πήραν την
≥ 8 μήνες	<ul style="list-style-type: none"> • DTaP/DTP • OPV • HepB 	1 ^η δόση σε ηλικία ≤12 μηνών Το OPV και το Hep.B δεν χορηγούνται αν η 3 ^η δόση έχει χορηγηθεί
4-6 ετών (Προσχολική ηλικία)	<ul style="list-style-type: none"> • DTaP/DTP • OPV • MMR 	νωρίτερα Αν η 4 ^η δόση του DTaP/DTP και η 3 ^η του OPV χορηγηθούν μετά τον 4 ^ο χρόνο της ζωής, δεν είναι
11-12 ετών	<ul style="list-style-type: none"> • Td 	απαραίτητες Επαναλαμβάνεται κάθε 10 χρόνια δια βίου

*Το Hib σε παιδιά ≥ 12 μηνών-5 ετών μία δόση στην πρώτη ή οποιαδήποτε επίσκεψη

Πηγή: Εθνικό Συνταγολόγιο 2003

Πίνακας 19. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ελλάδος – Χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών για παιδιά 7-12 ετών που καθυστέρησαν να εμβολιαστούν

ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ	ΕΜΒΟΛΙΑ	ΣΧΟΛΙΑ
1^η επίσκεψη	<ul style="list-style-type: none"> • Td • OPV ή IPV • MMR • Hep.B 	Αν κριθεί σκόπιμος ο εμβολιασμός κατά της πολιομυελίτιδας σε άτομα ≥ 18 ετών, χορηγείται το IPV (Salk)
Μεσοδιάστημα μετά την		
1^η επίσκεψη		
2 μήνες	<ul style="list-style-type: none"> • Td • OPV ή IPV • MMR • Hep.B 	
8-14 μήνες	<ul style="list-style-type: none"> • Td • OPV ή IPV • MMR • Hep.B 	
10 χρόνια	<ul style="list-style-type: none"> • Td 	Κάθε 10 χρόνια δια βίου

Πηγή: Εθνικό Συνταγολόγιο 2003

Πίνακας 20. Στόχοι Εκτεταμένου Προγράμματος Εμβολιασμών για όλο τον κόσμο και την Ευρώπη

Δείκτης εμβολιασμού	Στόχοι ΠΟΥ
Διφθερίτιδα-τέτανος-κοκκύτης (DT) 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους	≥ 90% ως το 2000*
Κοκκύτης – 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους	≥ 90% ως το 2000* ≥ 95% έως το 1995**
Πολιομυελίτιδα - 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους	≥ 90% ως το 2000*
Διφθερίτιδα-τέτανος-κοκκύτης (DTP) 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών	≥ 95% έως το 1995**
Διφθερίτιδα-τέτανος - 5 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	≥ 95% έως το 1995**
Ίλαρά- 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	≥ 90% ως το 2000* ≥ 95% έως το 1997**
Ερυθρά- 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	≥ 95% έως το 1997**
Παρωτίτιδα - 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	≥ 95% έως το 1997**

Πηγή: World Health Assembly 1992, WHO Europe 1996, Παναγιωτόπουλος και Βαλάσση- Αδάμ 1998

Πίνακας 21 Προτεινόμενες και ελάχιστες ηλικίες και μεσοδιαστήματα μεταξύ των δόσεων των εμβολίων

TABLE 1. Recommended and minimum ages and intervals between vaccine doses*

Vaccine and dose number	Recommended age for this dose	Minimum age for this dose	Recommended interval to next dose	Minimum interval to next dose
Hepatitis B1 [†]	Birth–2 mos	Birth	1–4 mos	4 wks
Hepatitis B2	1–4 mos	4 weeks	2–17 mos	8 wks
Hepatitis B3 [‡]	6–18 mos	6 mos [†]	—	—
Diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis (DTaP)1	2 mos	6 wks	2 mos	4 wks
DTaP2	4 mos	10 wks	2 mos	4 wks
DTaP3	6 mos	14 wks	6–12 mos	6 mos ^{†**}
DTaP4	15–18 mos	12 mos	3 yrs	6 mos [†]
DTaP5	4–6 yrs	4 yrs	—	—
<i>Haemophilus influenzae</i> , type b (Hib)1 ^{††}	2 mos	6 wks	2 mos	4 wks
Hib2	4 mos	10 wks	2 mos	4 wks
Hib3 ^{‡‡}	6 mos	14 wks	6–9 mos	8 wks
Hib4	12–15 mos	12 mos	—	—
Inactivated poliovirus vaccine (IPV)1	2 mos	6 wks	2 mos	4 wks
IPV2	4 mos	10 wks	2–14 mos	4 wks
IPV3	6–18 mos	14 wks	3.5 yrs	4 wks
IPV4	4–6 yrs	18 wks	—	—
Pneumococcal conjugate vaccine (PCV)1 ^{††}	2 mos	6 wks	2 mos	4 wks
PCV2	4 mos	10 wks	2 mos	4 wks
PCV3	6 mos	14 wks	6 mos	8 wks
PCV4	12–15 mos	12 mos	—	—
Measles, mumps, and rubella (MMR)1	12–15 mos ^{†††}	12 mos	3–5 yrs	4 wks
MMR2	4–6 yrs	13 mos	—	—
Varicella ^{***}	12–15 mos	12 mos	4 wks ^{***}	4 wks ^{***}
Hepatitis A1	≥2 yrs	2 yrs	6–18 mos [†]	6 mos [†]
Hepatitis A2	≥30 mos	30 mos	—	—
Influenza ^{†††}	—	6 mos [†]	1 mo	4 wks
pneumococcal polysaccharide (PPV)1	—	2 yrs	5 yrs ^{‡‡‡}	5 yrs
PPV2	—	7 yrs ^{‡‡‡}	—	—

Πηγή: CDC 2002

Πίνακας 22. Κρούσματα ιλαράς και επίπτωση ανά 100.000 πληθυσμού (IR/10⁵) κατά ηλικιακή ομάδα, Αλβανία, 1991-2001

Year	Age group								Total	
	<5 years		5–9 years		10–14 years		≥15 years			
	Cases	IR/10 ⁵	Cases	IR/10 ⁵	Cases	IR/10 ⁵	Cases	IR/10 ⁵	Cases	IR/10 ⁵
1991	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0
1992	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0
1993	3	0.9	2	0.6	1	0.3	1	0.04	7	0.2
1994	9	2.6	15	4.8	5	1.7	0	0	29	0.9
1995	6	1.7	4	1.3	3	1.0	2	0.08	15	0.5
1996	329	95.5	783	250.1	73	24.5	19	0.8	1204	37.1
1997	852	247.3	1080	345.0	148	49.7	306	13.3	2386	73.4
1998	528	153.3	845	270.0	354	119.0	174	7.6	1901	58.5
1999	235	68.2	288	92.0	169	56.8	105	4.6	797	24.5
2000	112	32.5	259	82.7	227	76.3	64	2.8	662	20.4
2001	11 ^a	3.2	4	1.3	2	0.7	1	0.04	18	0.5

^a All 11 cases were <1 year old.

Πηγή: Bino et al 2003

Πίνακας 23. Στόχοι του Εκτεταμένου Προγράμματος Υγείας για όλο τον κόσμο και για την Ευρώπη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και εμβολιαστική κάλυψη στην Ελλάδα και την παρούσα μελέτη

Δείκτης εμβολιασμού	Στόχοι ΠΟΥ	Κάλυψη με εμβολιασμούς Ελλάδα		Κάλυψη με εμβολιασμούς Μετανάστες- Γάζι	
		Μελέτη 1997 (γενιά 1990-91)	Μελέτη 2001 (γενιά 1998)	Μελέτη 2004 (γενιά 1986- 2004)	
				Προτεινόμενη ηλικία	Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία
Διφθερίτιδα-τέτανος-κοκκύτης (DT) 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους	≥ 90% ως το 2000*	84%		68.2%	76,6%
Κοκκύτης – 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους	≥ 90% ως το 2000* ≥ 95% έως το 1995**	82%		68.2%	76,6%
Πολιομυελίτιδα - 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους	≥ 90% ως το 2000*	81%	94%	74.1%	77,9%
Διφθερίτιδα-τέτανος-κοκκύτης (DTP) 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών	≥ 95% έως το 1995**	69%	82%	40,5%	40,5%
Διφθερίτιδα-τέτανος - 5 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	≥ 95% έως το 1995**	81%		55.4%	55,4%
Ιλαρά- 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	≥ 90% ως το 2000* ≥ 95% έως το 1997**	71%	89%	50.6%	50,6%
Ερυθρά- 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	≥ 95% έως το 1997**	64%	89%	34.9%	34,9%
Παρωτίτιδα -1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	≥ 95% έως το 1997**	64%	89%	34.9%	34,9%

* Στόχοι Εκτεταμένου Προγράμματος Εμβολιασμών για όλο τον κόσμο

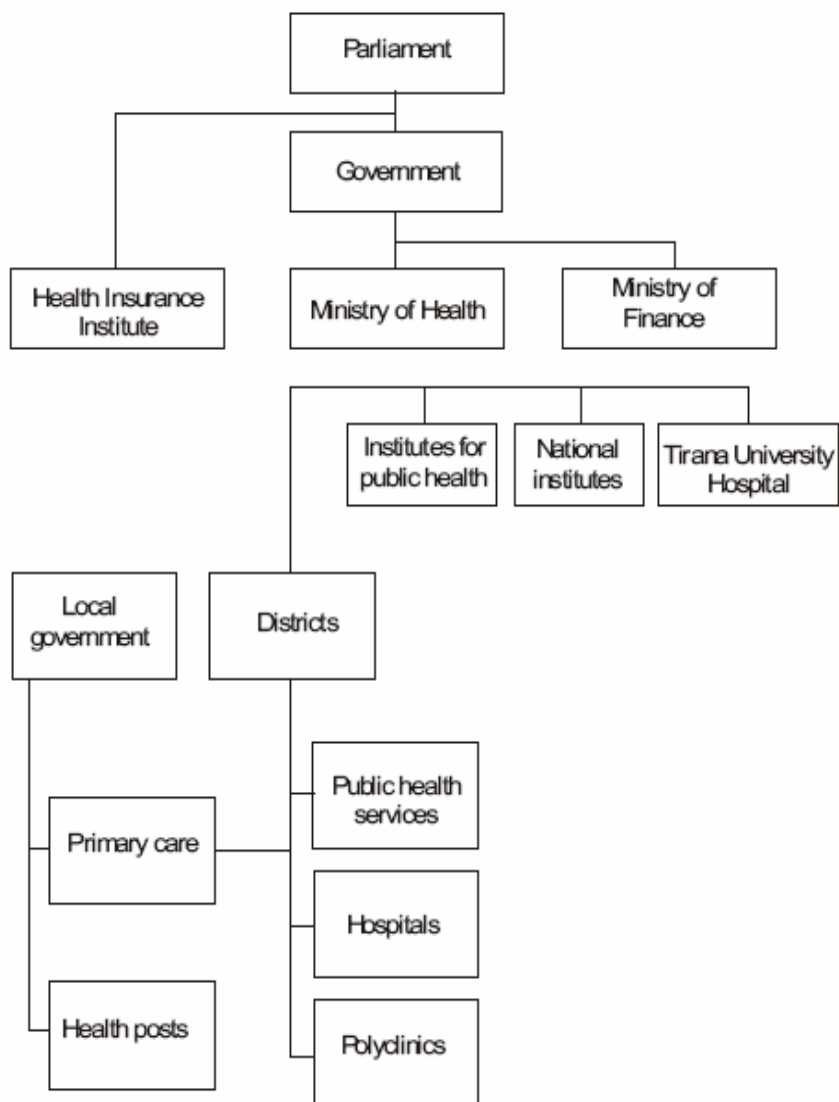
** Στόχοι Εκτεταμένου Προγράμματος Εμβολιασμών για την Ευρώπη

ΣΧΗΜΑΤΑ

Σχήμα 1. Οργανόγραμμα του συστήματος υγείας της Αλβανίας	106
Σχήμα 2. Οργανόγραμμα του συστήματος υγείας της Βουλγαρίας	107
Σχήμα 3. Οργανόγραμμα του συστήματος υγείας της Ρουμανίας	108
Σχήμα 4. Οργανόγραμμα του συστήματος υγείας της Πολωνίας πριν τη μεταρρύθμισή του	109
Σχήμα 5. Οργανόγραμμα του συστήματος υγείας της Πολωνίας μετά τη μεταρρύθμισή του	110

Σχήμα 1. Οργανόγραμμα του συστήματος υγείας της Αλβανίας

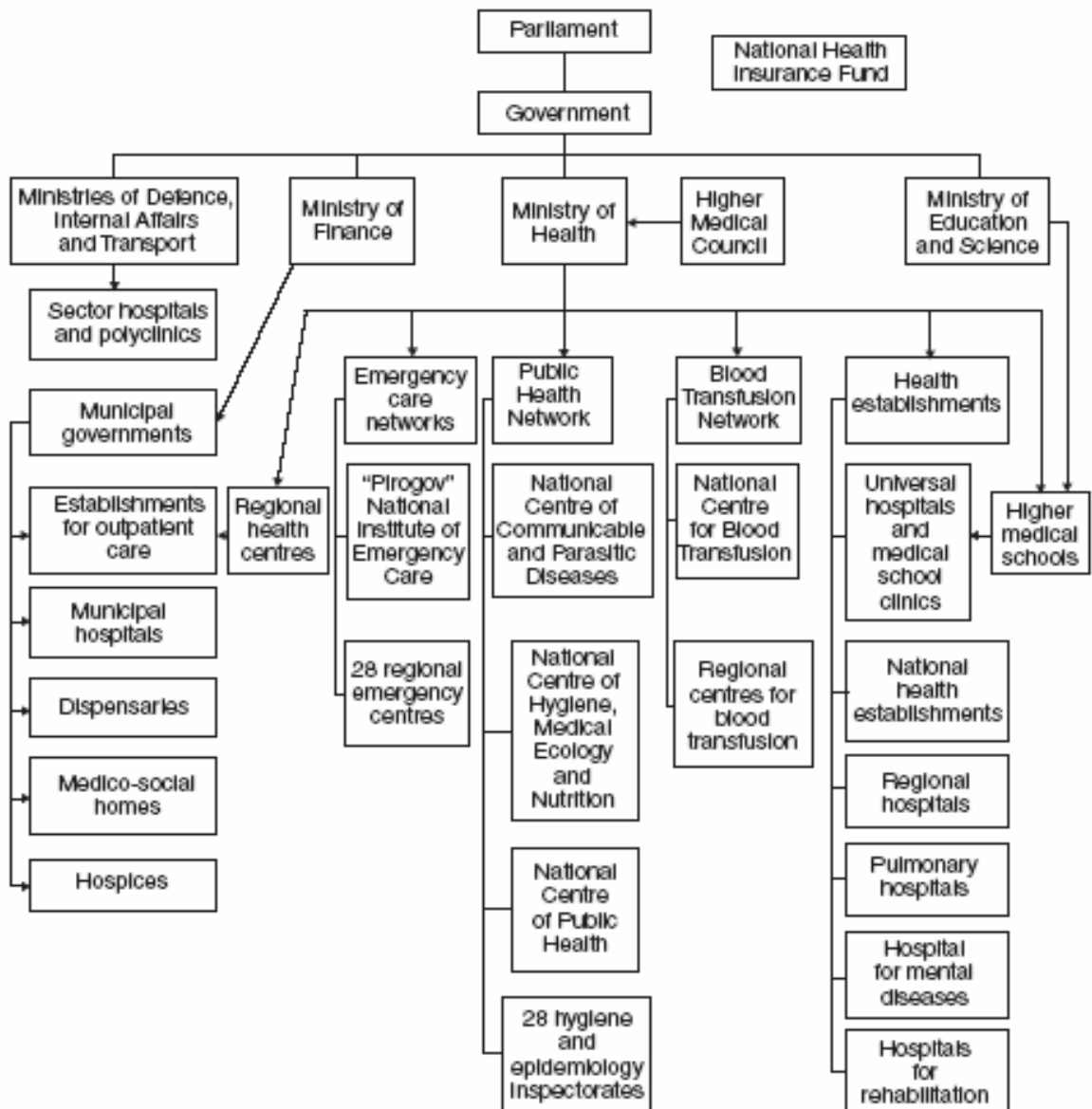
Fig. 2. Organizational chart of the health care system



Πηγή: Health Care Systems in Transition, Albania, 2002

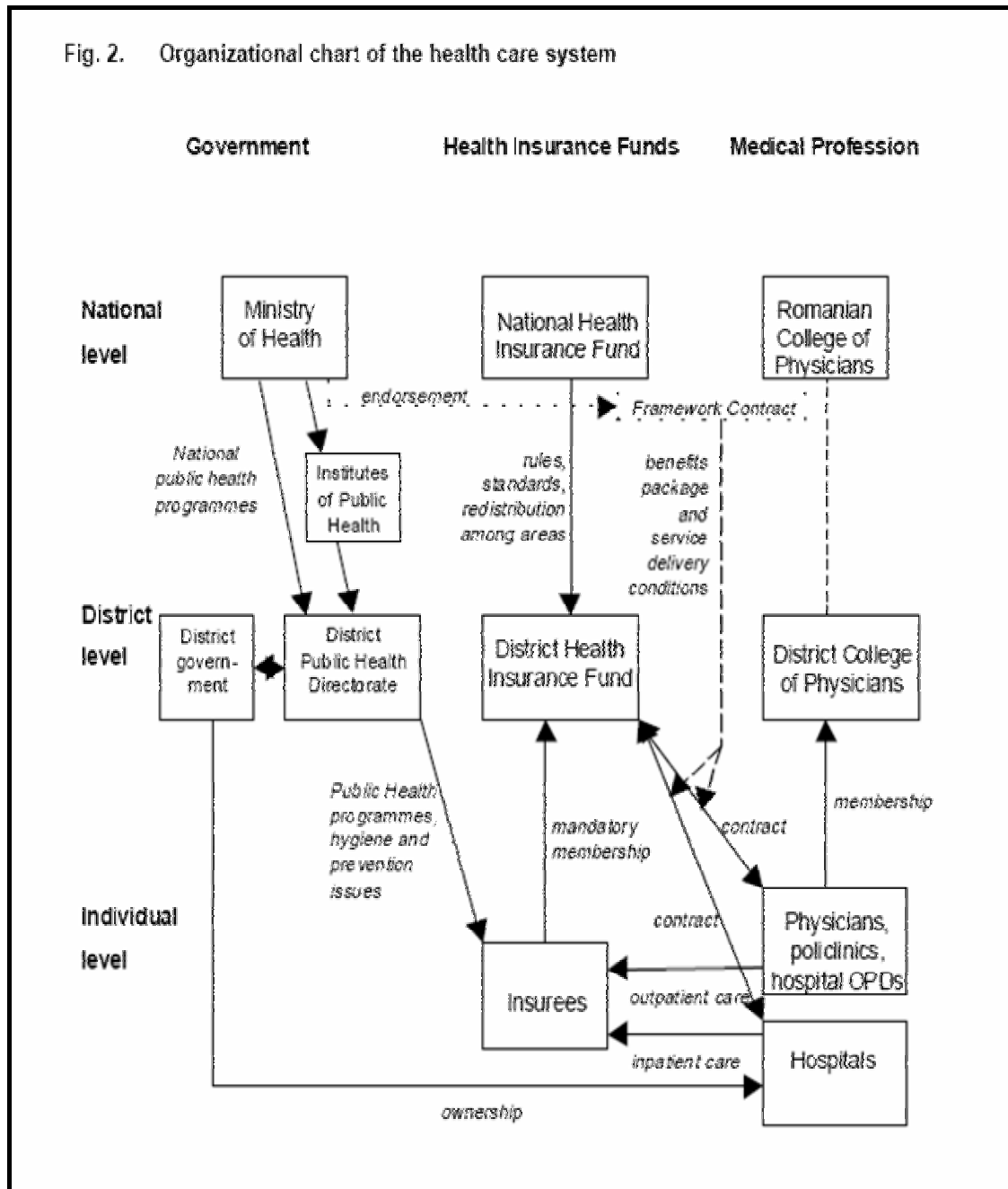
Σχήμα 2. Οργανόγραμμα του συστήματος υγείας της Βουλγαρίας

Fig. 2. Organizational structure of the health care system



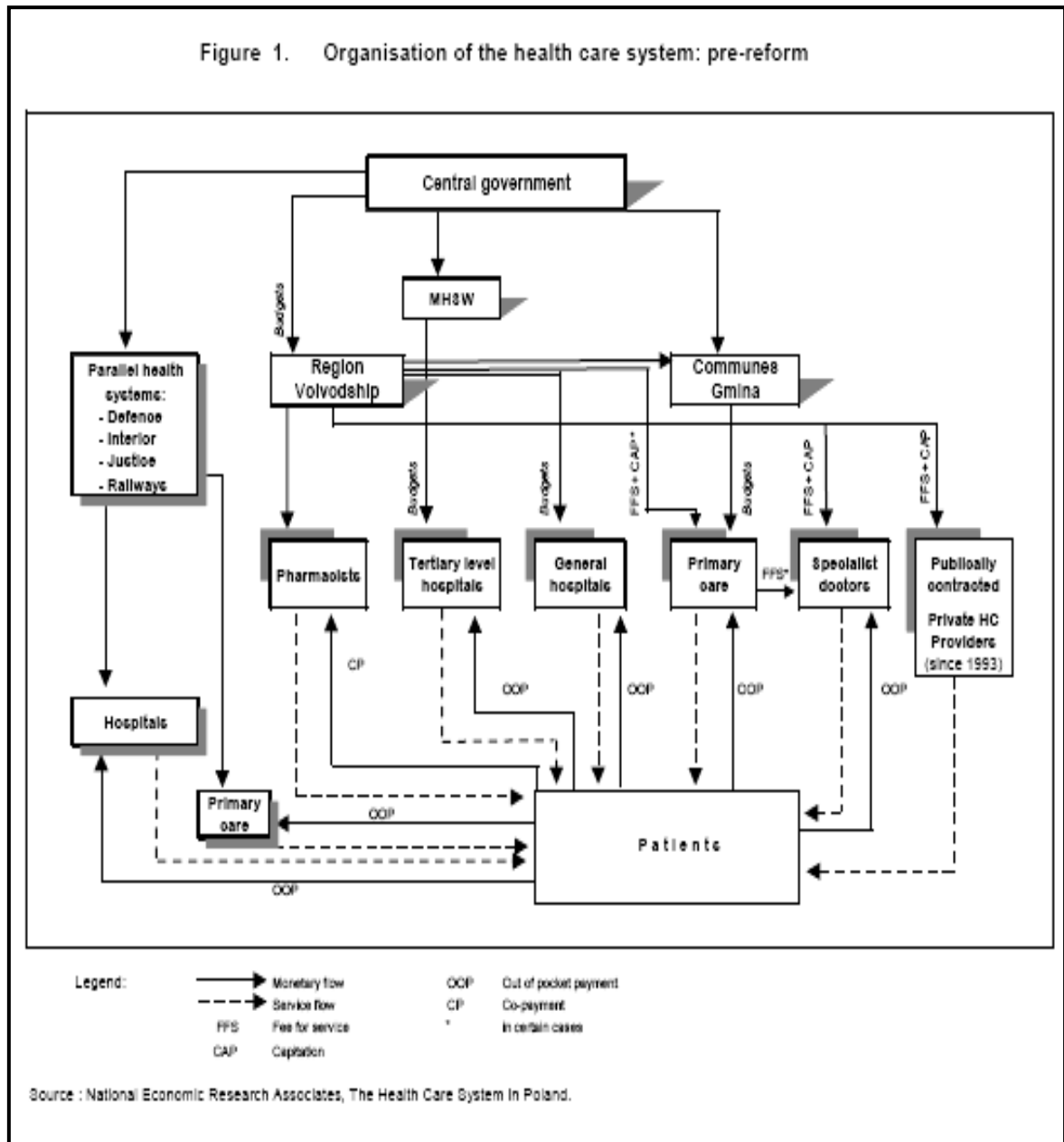
Πηγή: Health Care Systems in Transition, Bulgaria, 2003

Σχήμα 3. Οργανόγραμμα του συστήματος υγείας της Ρουμανίας



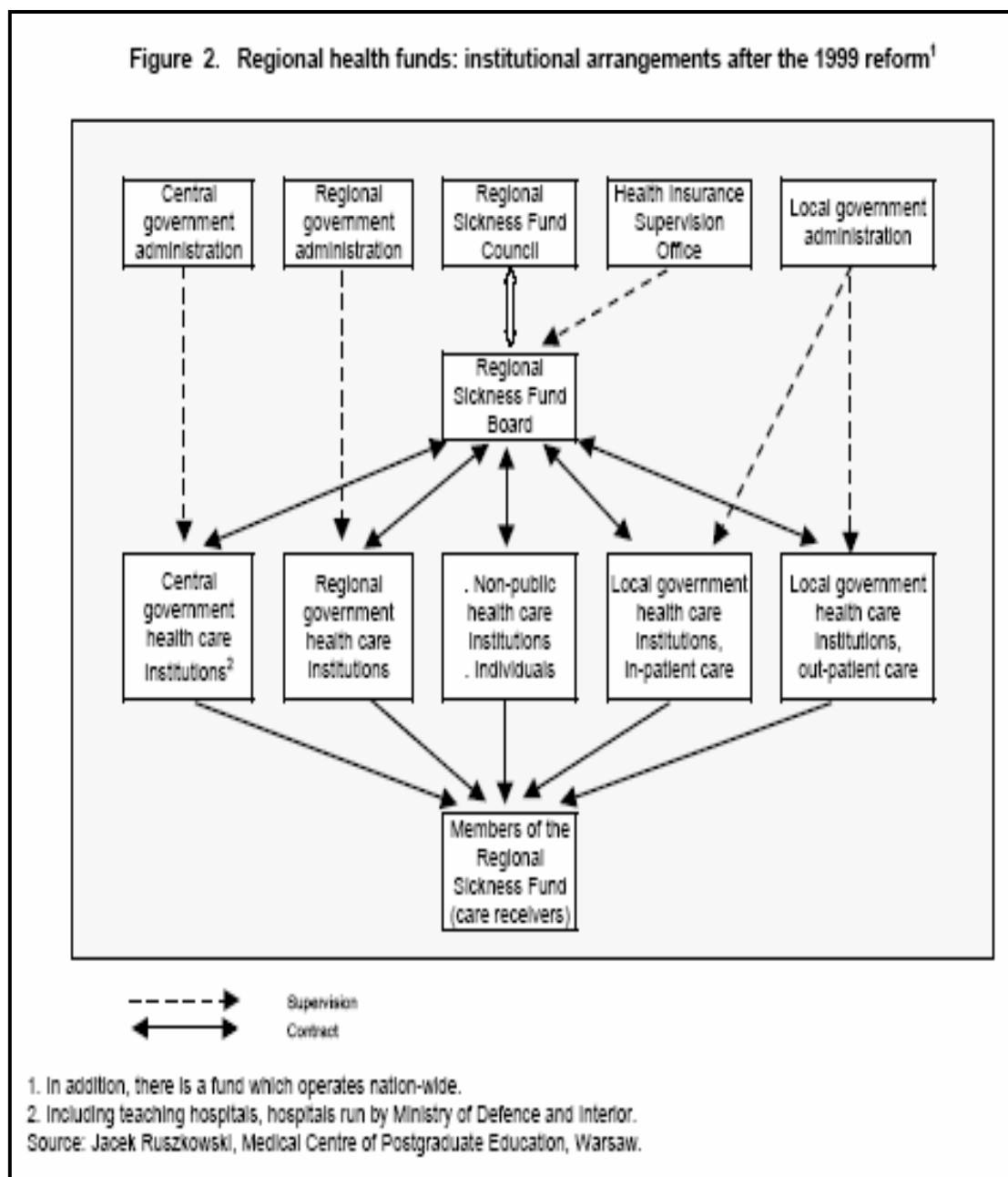
Πηγή: Health Care Systems in Transition, Romania, 2000

Σχήμα 4. Οργανόγραμμα του συστήματος υγείας της Πολωνίας πριν τη μεταρρύθμισή του



Πηγή: Girouard και Imai, 2000

Σχήμα 5. Οργανόγραμμα του συστήματος υγείας της Πολωνίας μετά τη μεταρρύθμισή του



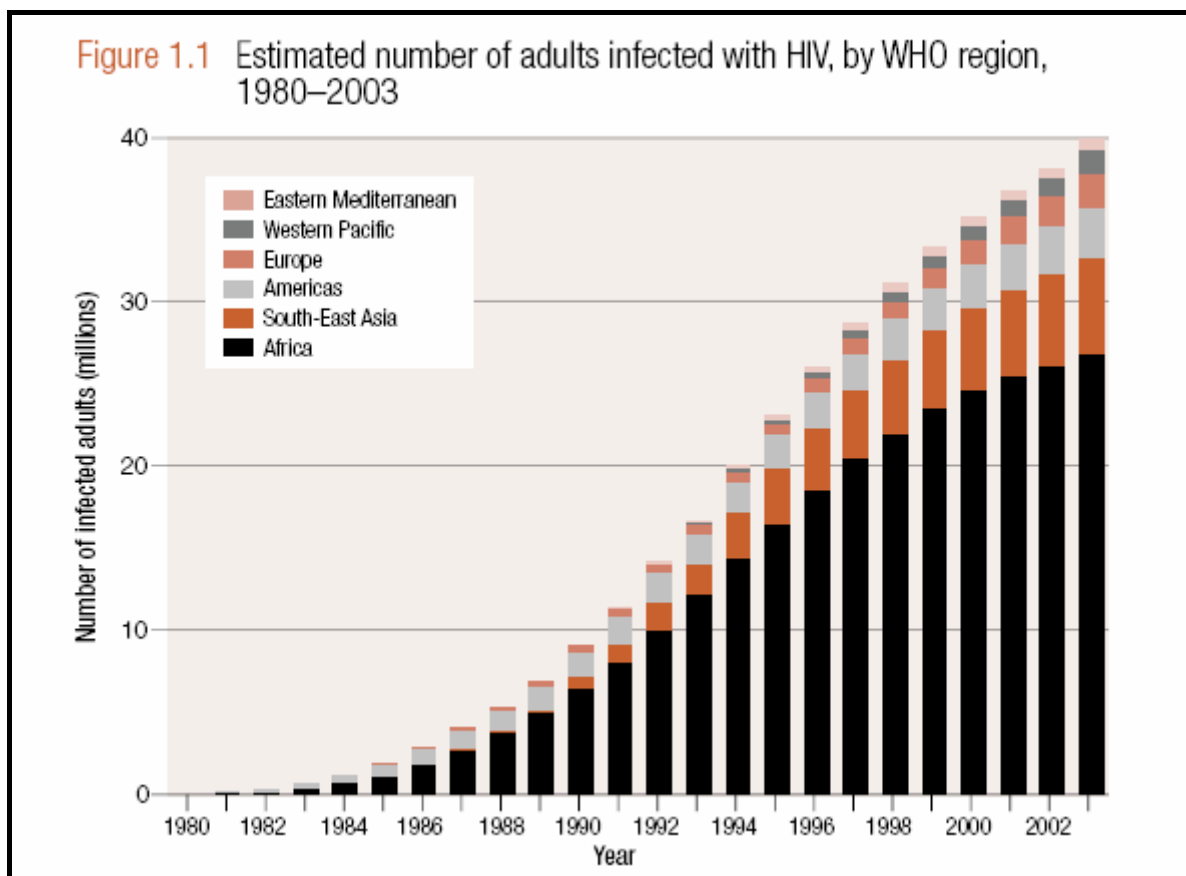
Πηγή: Girouard και Imai, 2000

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 1. Αριθμός ενηλίκων μολυσμένοι με HIV, ανά περιοχή WHO, 1980-2003	113
Γράφημα 2. Παγκόσμια εμβολιαστική κάλυψη για επιλεγμένα εμβόλια μεταξύ βρεφών, 1980-2003	114
Γράφημα 3. Παγκόσμια και κατά περιοχή εμβολιαστική εκτίμηση, 2003	115
Γράφημα 4. Εμβολιαστική κάλυψη, 1980 – 2003, 3 δόσεις DTP – παγκόσμια και κατά περιοχή	116
Γράφημα 5. Αριθμός ανεμβολίαστων βρεφών κατά περιοχή, παγκόσμια, 2003	117
Γράφημα 6. Παγκόσμια, ετήσια επίπτωση διφθερίτιδας και κάλυψη με DTP3, 1980 – 2003	118
Γράφημα 7. Παγκόσμια, ετήσια επίπτωση νεογνικού τετάνου και κάλυψη με TT2+, 1980 – 2003	119
Γράφημα 8. Παγκόσμια, ετήσια επίπτωση κοκκύτη και κάλυψη με DTP3, 1980 – 2003	120
Γράφημα 9. Παγκόσμια, ετήσια επίπτωση πολιομυελίτιδας και κάλυψη με Polio3, 1980 – 2003	121
Γράφημα 10. Παγκόσμια, ετήσια επίπτωση ιλαράς και κάλυψη με MCV, 1980 – 2003	122
Γράφημα 11. Παγκόσμια, ετήσια κάλυψη με ηπατίτιδα Β, 1980 – 2003	123
Γράφημα 12. Ετήσια εμβολιαστική κάλυψη έναντι της διφθερίτιδας στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, 1995 – 2003	124
Γράφημα 13. Ετήσια εμβολιαστική κάλυψη έναντι της πολιομυελίτιδας στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, 1995 – 2003	125
Γράφημα 14. Δηλώσεις κρουσμάτων φυματίωσης, Ανατολική Ευρώπη, 1996 – 2002	126
Γράφημα 15. Γράφημα 16. Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 3 δόσεις πολιομυελίτιδας στην Αλβανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Πολωνία και Ρουμανία, 1985 - 2004	127
Γράφημα 17. Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 3 δόσεις πολιομυελίτιδας στην Αλβανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Πολωνία και Ρουμανία, 1985 - 2004	128
Γράφημα 18. Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 1 δόση ιλαράς στην Αλβανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Πολωνία και Ρουμανία, 1985 - 2004	129
Γράφημα 19. Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 2 δόσεις ιλαράς στην Αλβανία, Βουλγαρία, Πολωνία και Ρουμανία, 1995 - 2004	130
Γράφημα 20. Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 1 δόση BCG στην Αλβανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Πολωνία και Ρουμανία, 1985 - 2004	131
Γράφημα 21. Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 3 δόσεις ηπατίτιδας Β στην Αλβανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Πολωνία και Ρουμανία, 1985 - 2004	132
Γράφημα 22. Ποσοστό παιδιών ηλικίας 12 -23 μηνών που εμβολιάστηκαν μέχρι την ηλικία των 12 μηνών, Αλβανία, 2000	133

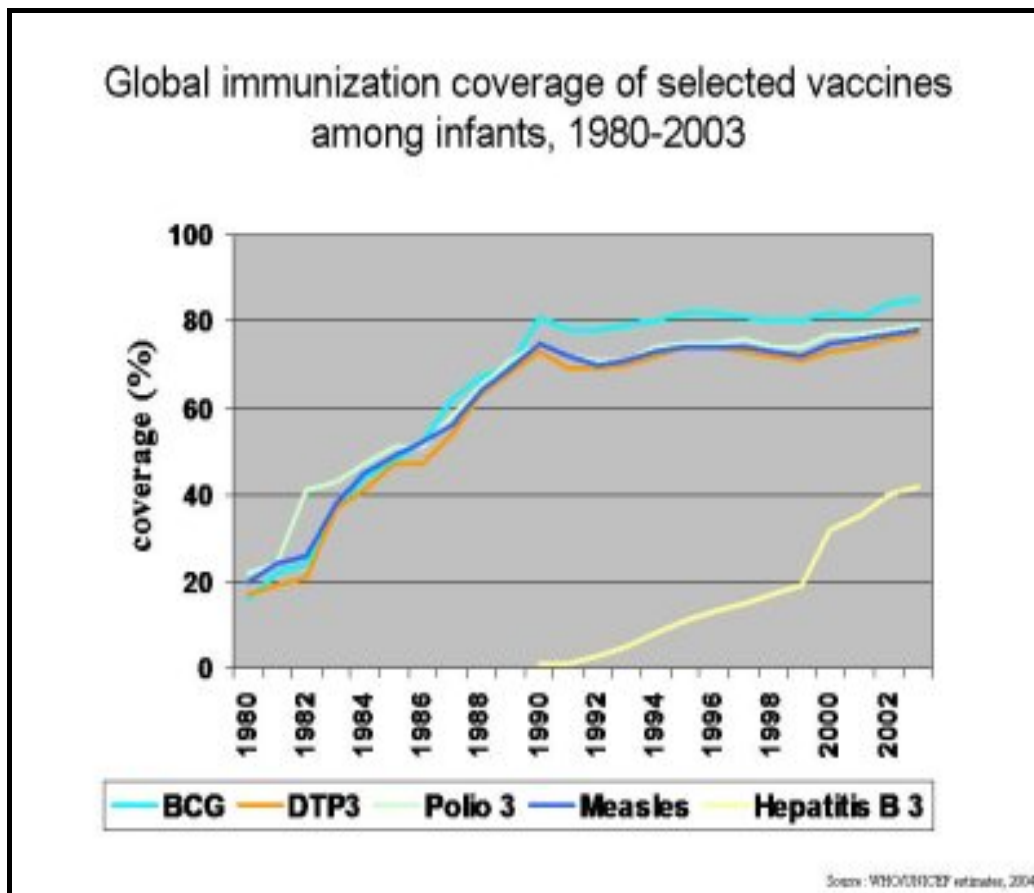
Γράφημα 23. Ηλικιακή κατανομή αλλοδαπών που κατοικούν στην Ελλάδα, ανά φύλο, σύμφωνα με την απογραφή της ΕΣΥΕ, 2001	134
Γράφημα 24. Εκπαιδευτικό επίπεδο μεταναστών στην Ελλάδα	135
Γράφημα 25. Κλάδοι οικονομικής δραστηριότητας αλλοδαπών στην Ελλάδα	136
Γράφημα 26 . Δηλωμένα κρούσματα ιλαράς κατά έτος, Ρουμανία, 1960-2001.	137

Γράφημα 1. Αριθμός ενηλίκων μολυσμένοι με HIV, ανά περιοχή WHO, 1980-2003



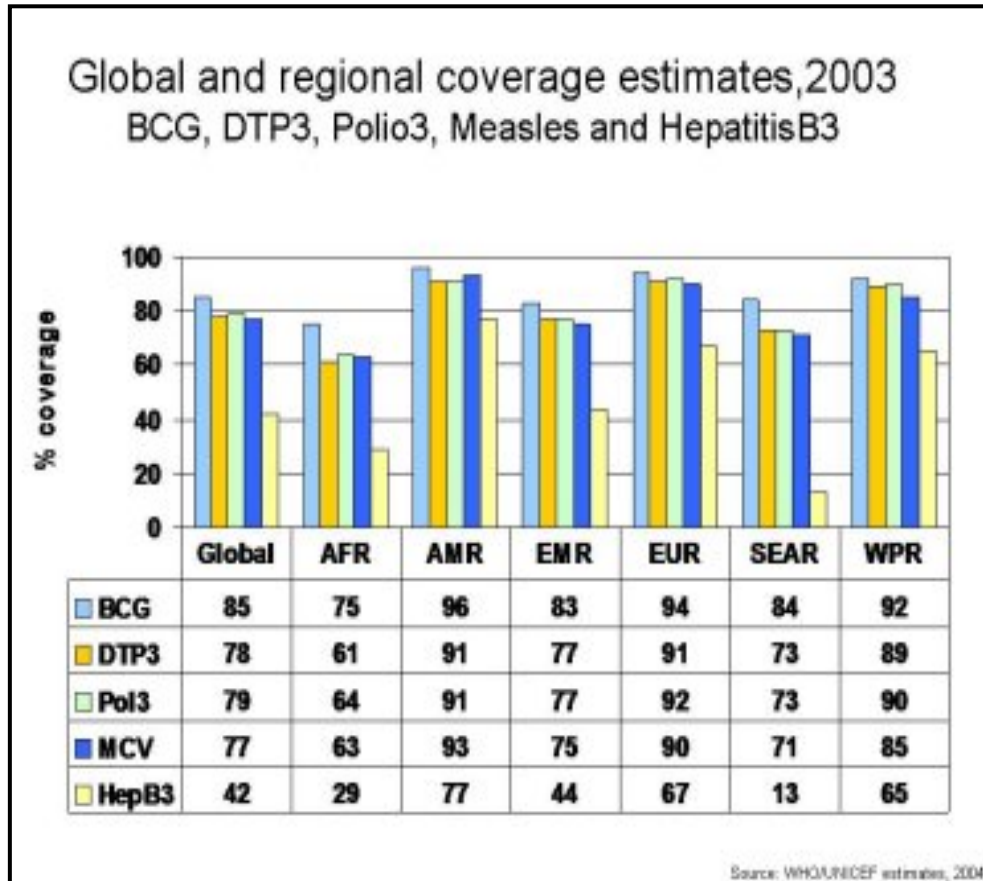
Πηγή: WHO 2004d

Γράφημα 2. Παγκόσμια εμβολιαστική κάλυψη για επιλεγμένα εμβόλια μεταξύ βρεφών, 1980-2003



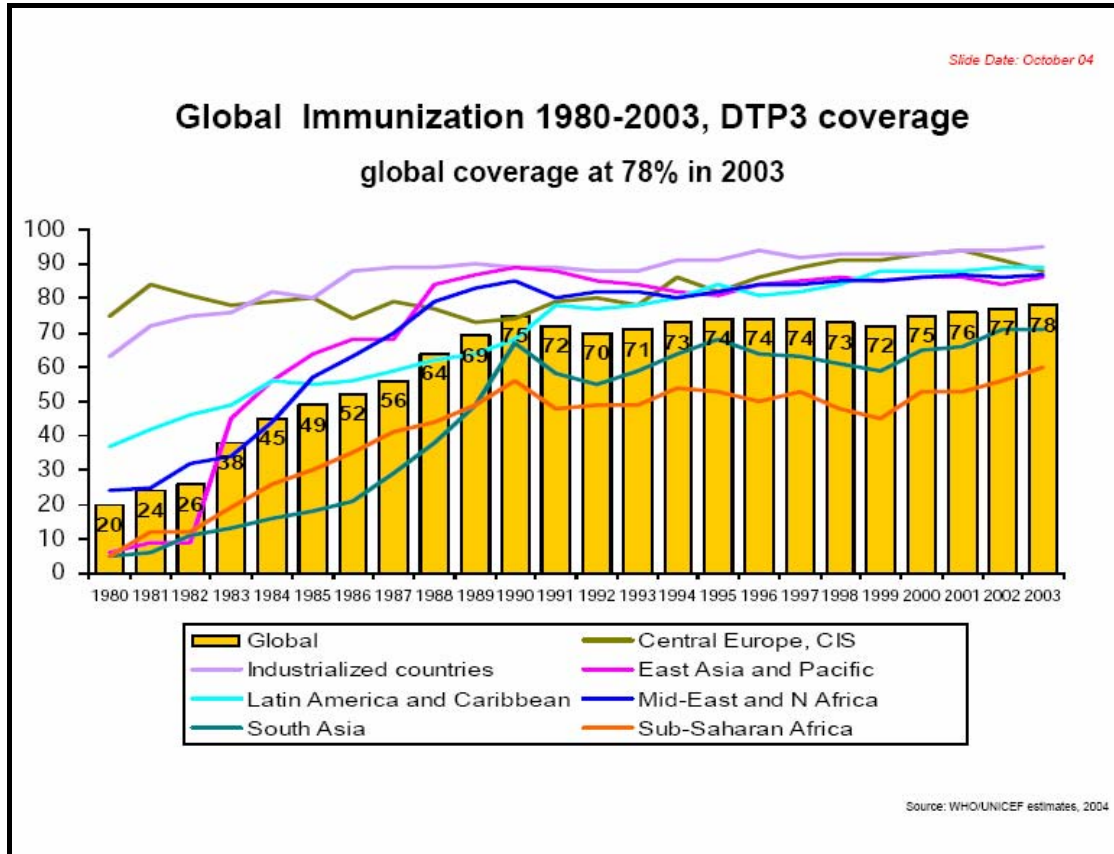
Πηγή: WHO vaccines, immunization and biologicals 2004

Γράφημα 3. Παγκόσμια και κατά περιοχή εμβολιαστική εκτίμηση, 2003
BCG, DTP3, Polio3, Ιλαρά και ΗπατίτιδαB3



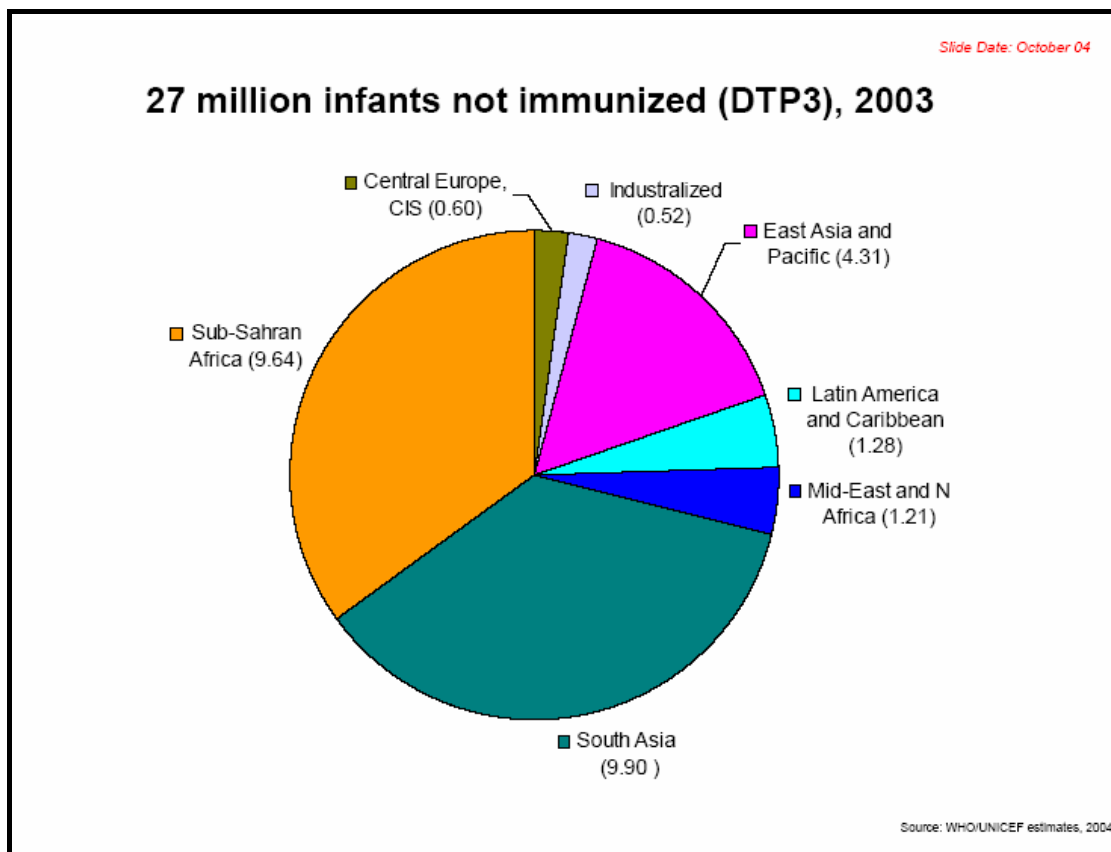
Πηγή: WHO vaccines, immunization and biologicals 2004

Γράφημα 4. Εμβολιαστική κάλυψη, 1980 – 2003, 3 δόσεις DTP – παγκόσμια και κατά περιοχή



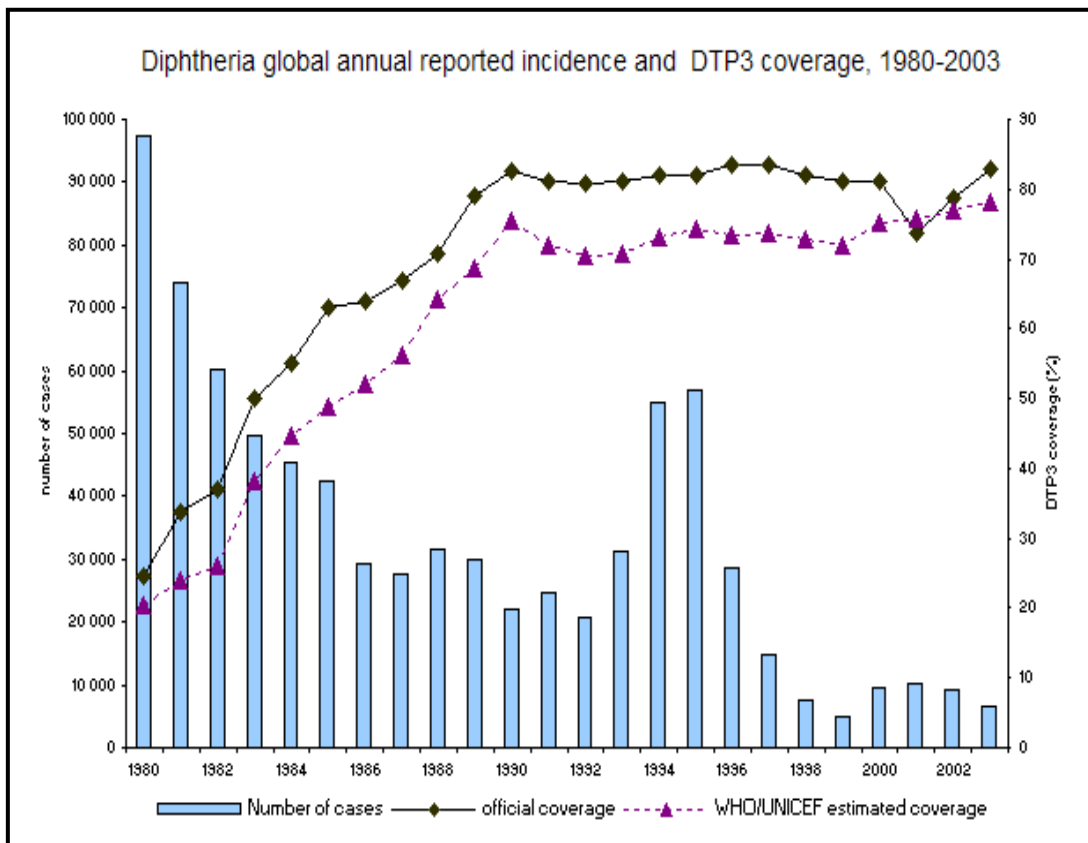
Πηγή: WHO 2004c

Γράφημα 5. Αριθμός ανεμβολίαστων βρεφών κατά περιοχή, παγκόσμια, 2003



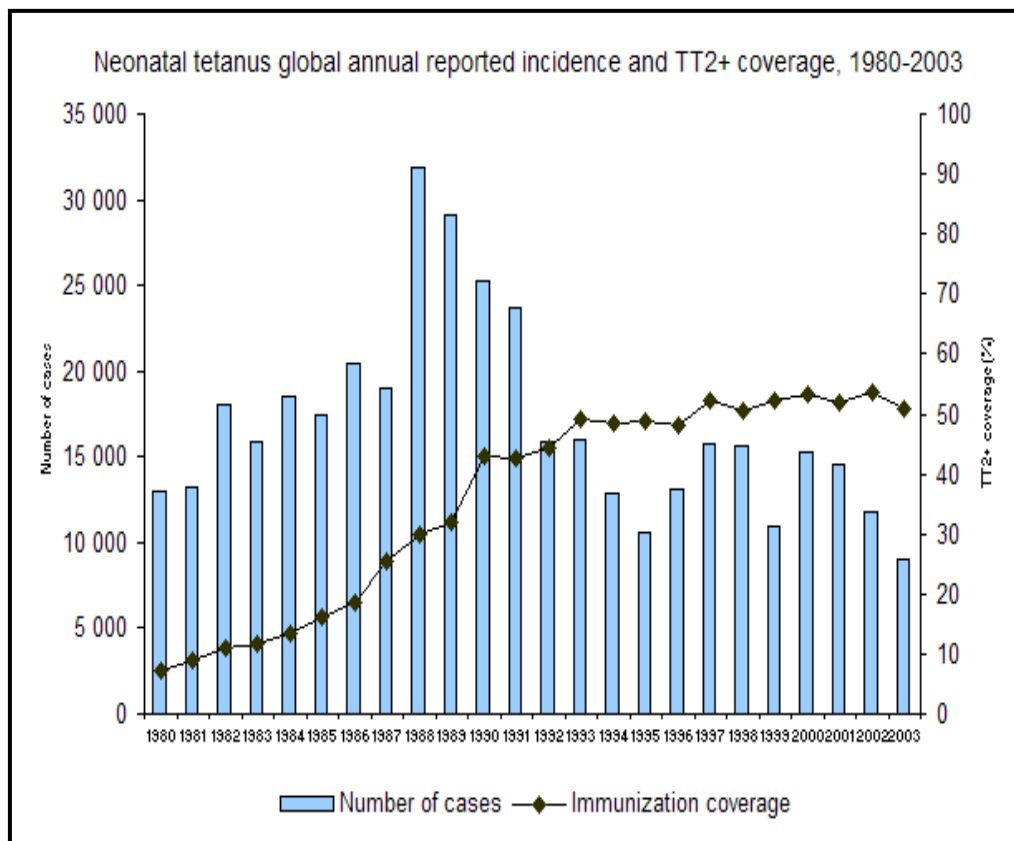
Πηγή: WHO 2004c

Γράφημα 6. Παγκόσμια, ετήσια επίπτωση διφθερίτιδας και κάλυψη με DTP3, 1980 – 2003

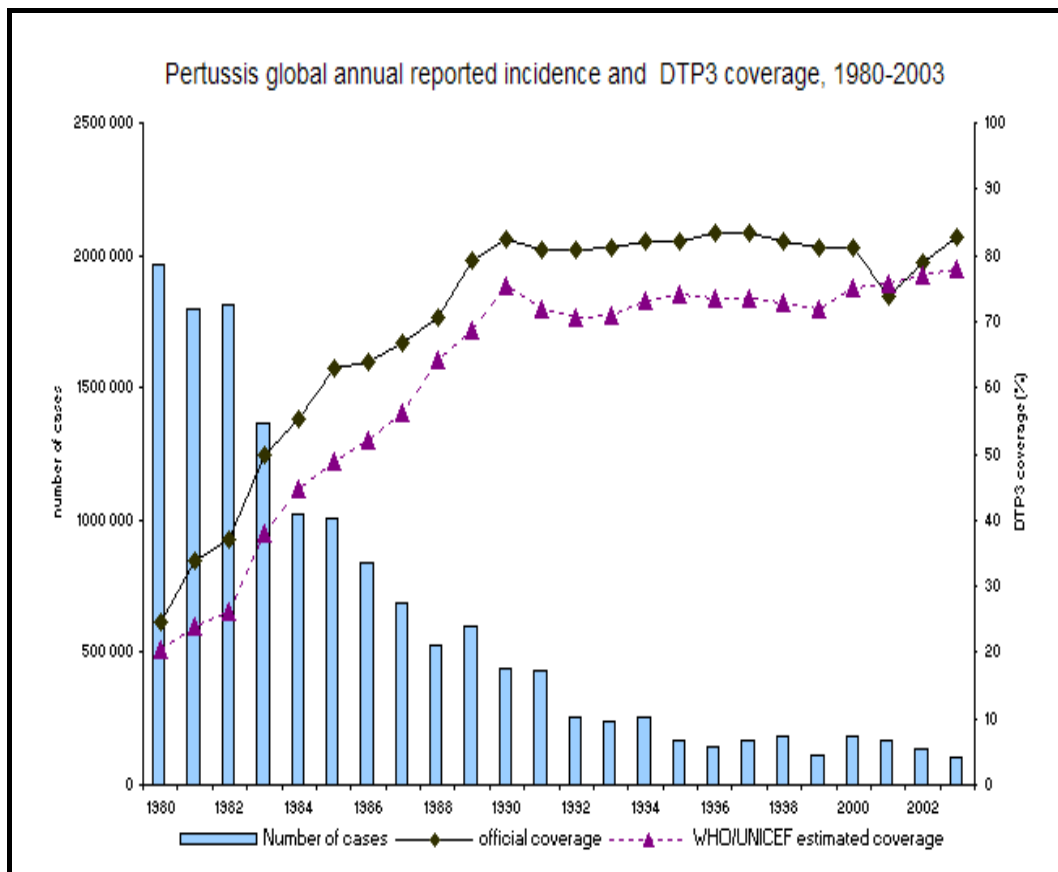


Πηγή: WHO vaccines, immunization and biologicals 2004

Γράφημα 7. Παγκόσμια, ετήσια επίπτωση νεογνικού τετάνου και κάλυψη με TT2+, 1980 – 2003

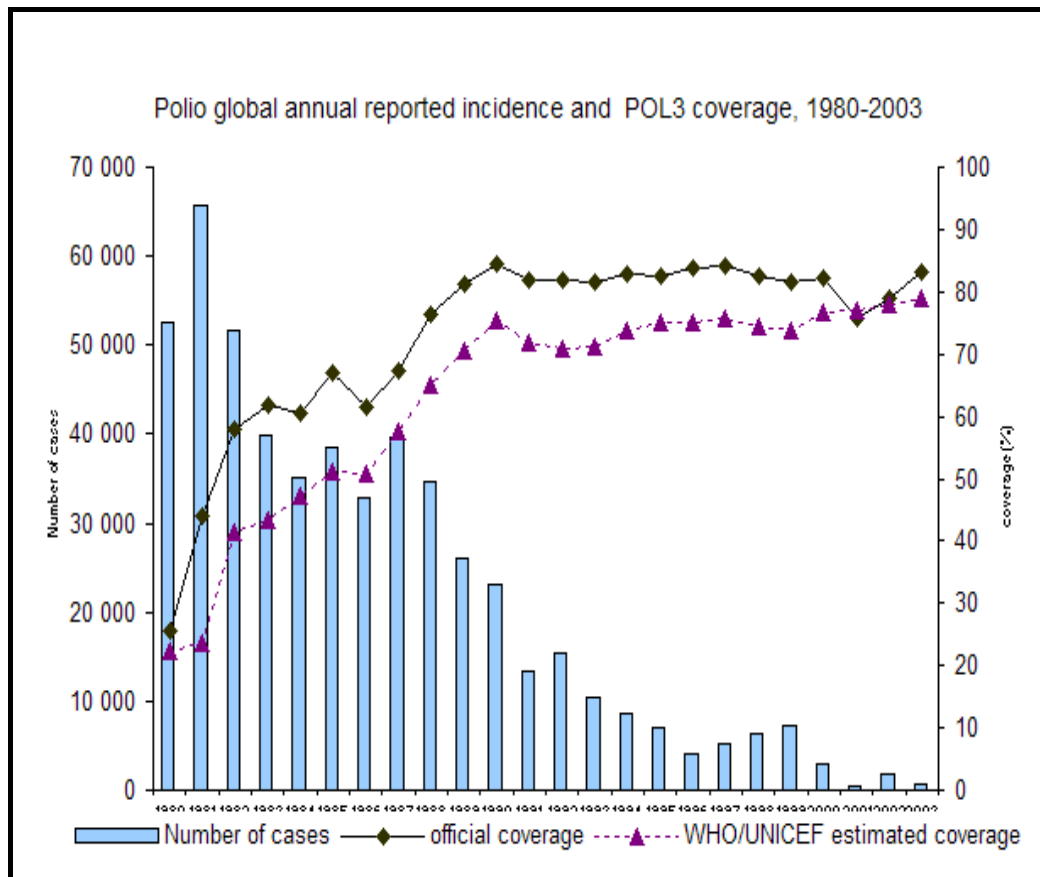


Γράφημα 8. Παγκόσμια, ετήσια επίπτωση κοκκύτη και κάλυψη με DTP3, 1980 – 2003



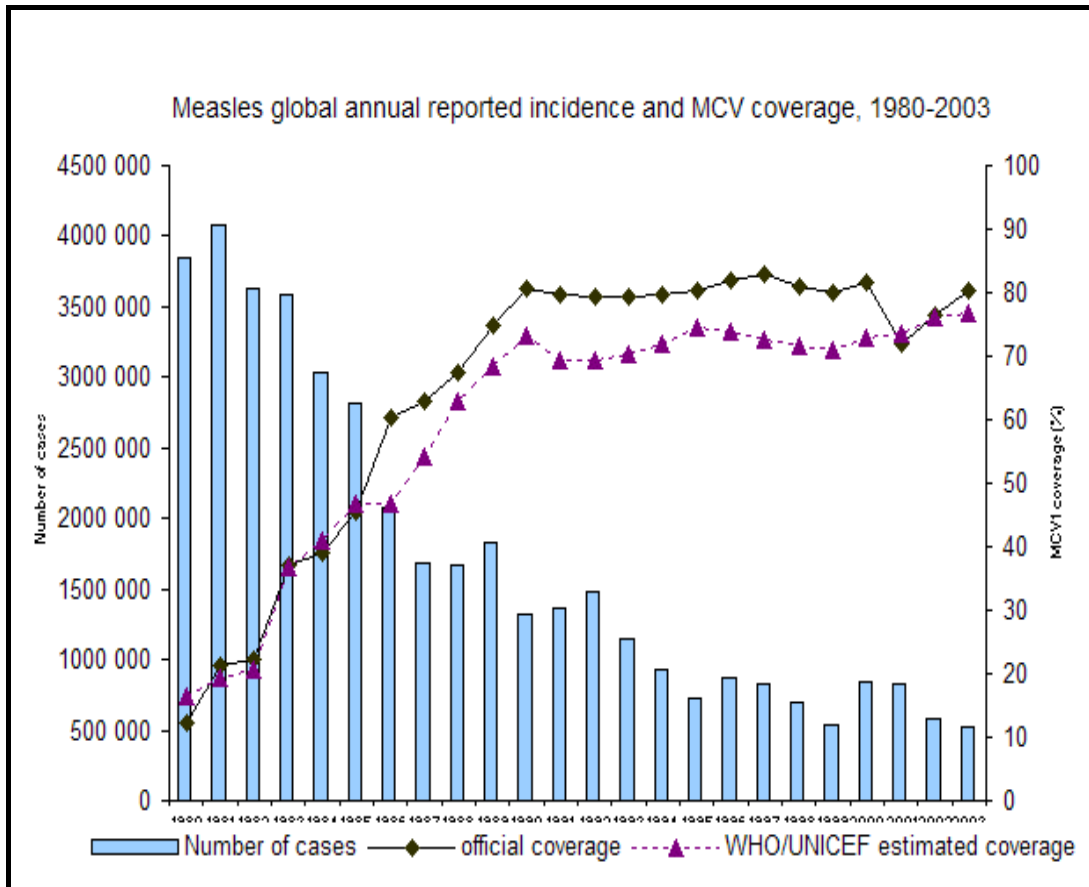
Πηγή: WHO vaccines, immunization and biologicals 2004

Γράφημα 9. Παγκόσμια, ετήσια επίπτωση πολιομυελίτιδας και κάλυψη με Polio3, 1980 – 2003



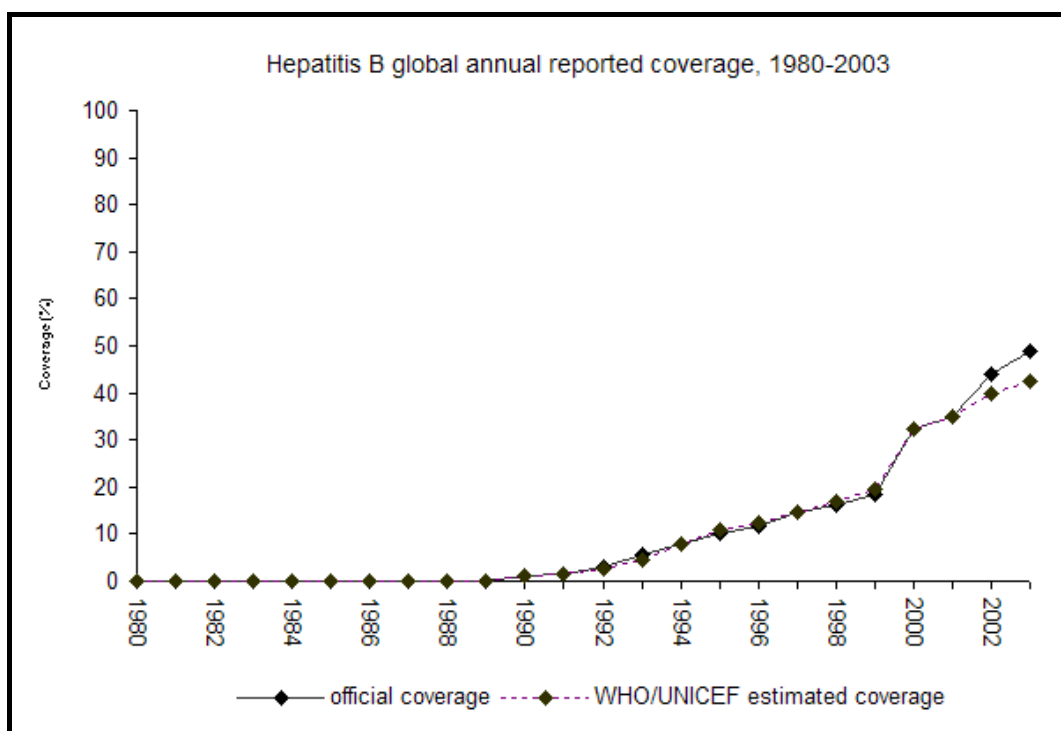
Πηγή: WHO vaccines, immunization and biologicals 2004

Γράφημα 10. Παγκόσμια, ετήσια επίπτωση ιλαράς και κάλυψη με MCV, 1980 – 2003



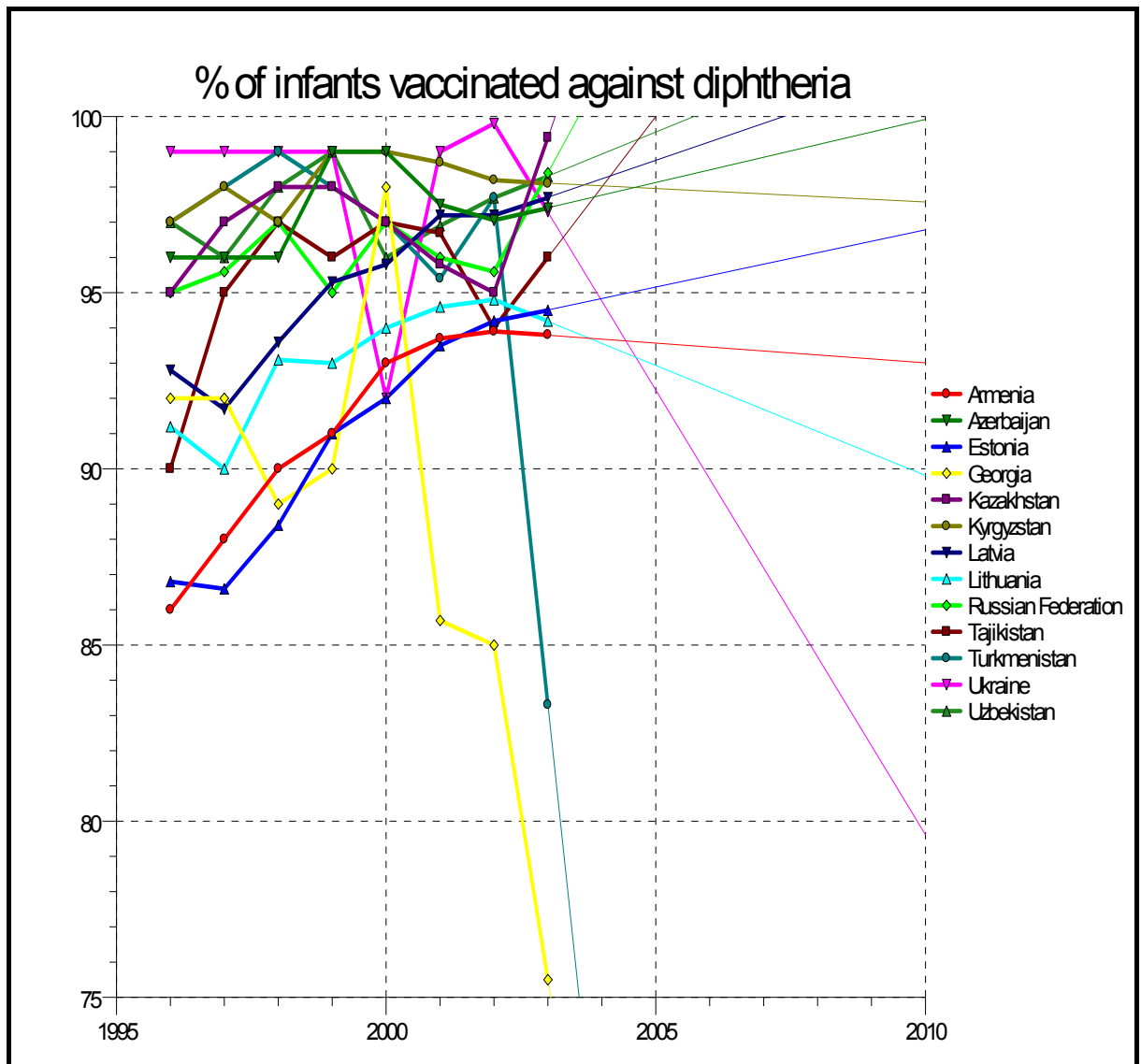
Πηγή: WHO vaccines, immunization and biologicals 2004

Γράφημα 11. Παγκόσμια, ετήσια κάλυψη με ηπατίτιδα Β, 1980 – 2003



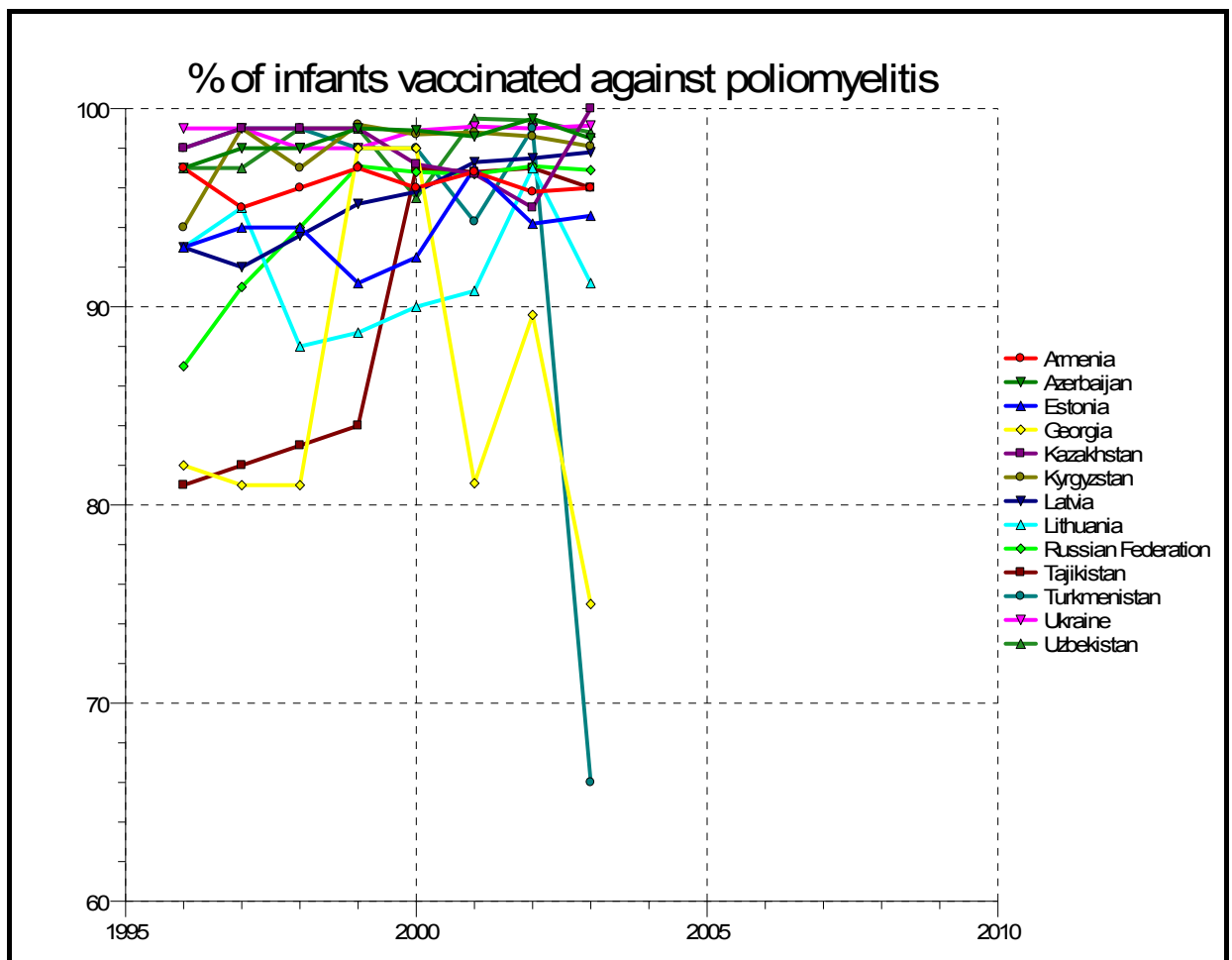
Πηγή: WHO vaccines, immunization and biologicals 2004

Γράφημα 12. Ετήσια εμβολιαστική κάλυψη έναντι της διφθερίτιδας στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, 1995 – 2003



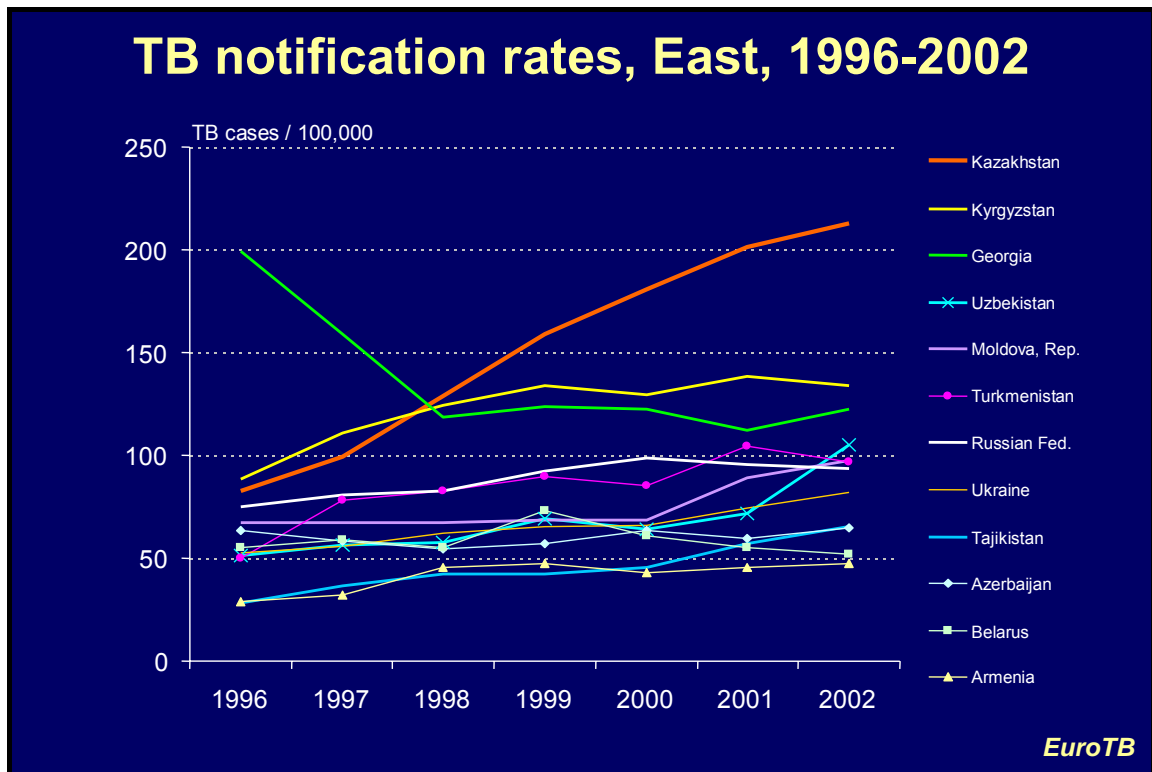
Πηγή: WHO, Health for All Database 2005

Γράφημα 13. Ετήσια εμβολιαστική κάλυψη έναντι της πολιομυελίτιδας στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, 1995 – 2003



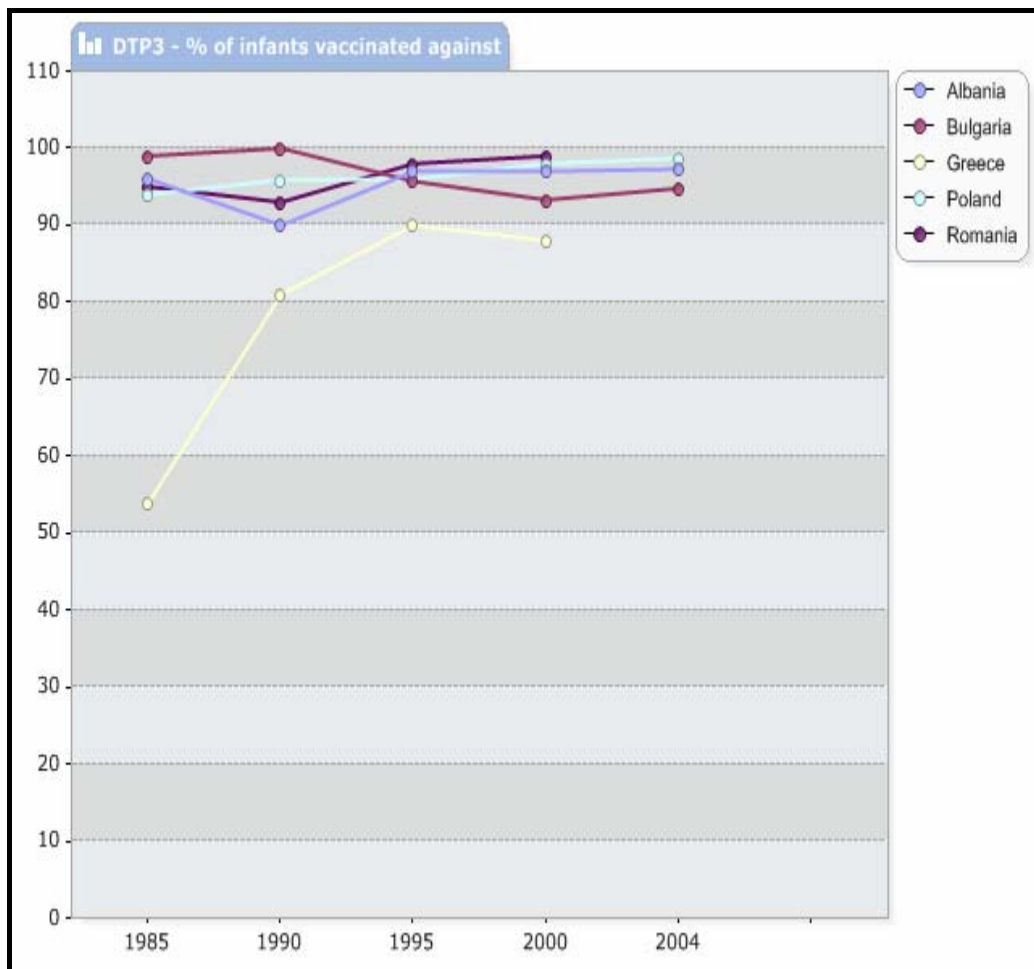
Πηγή: WHO, Health for All Database 2005

Γράφημα 14. Δηλώσεις κρουσμάτων φυματίωσης, Ανατολική Ευρώπη, 1996 – 2002



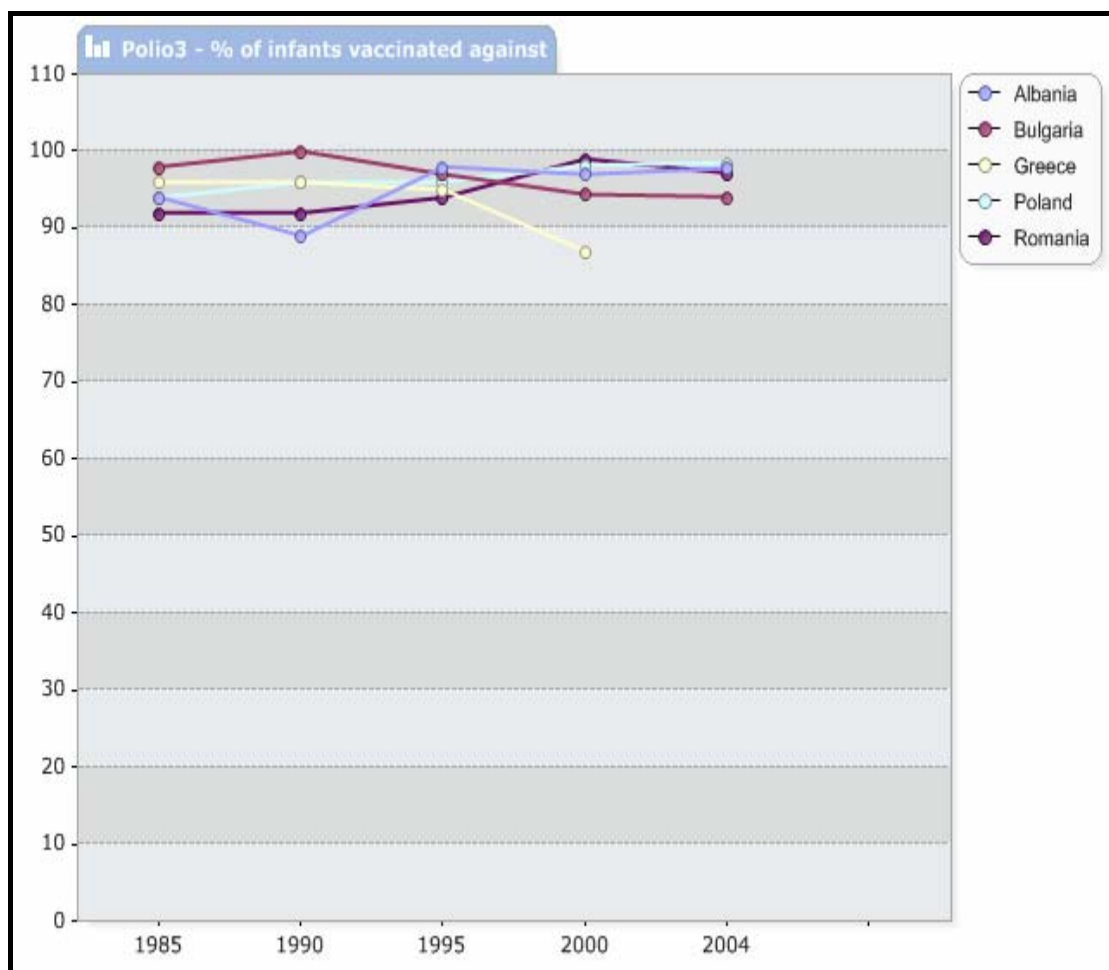
Πηγή: EuroTB 2005

Γράφημα 15. Γράφημα 16. Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 3 δόσεις πολιομυελίτιδας στην Αλβανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Πολωνία και Ρουμανία, 1985 - 2004



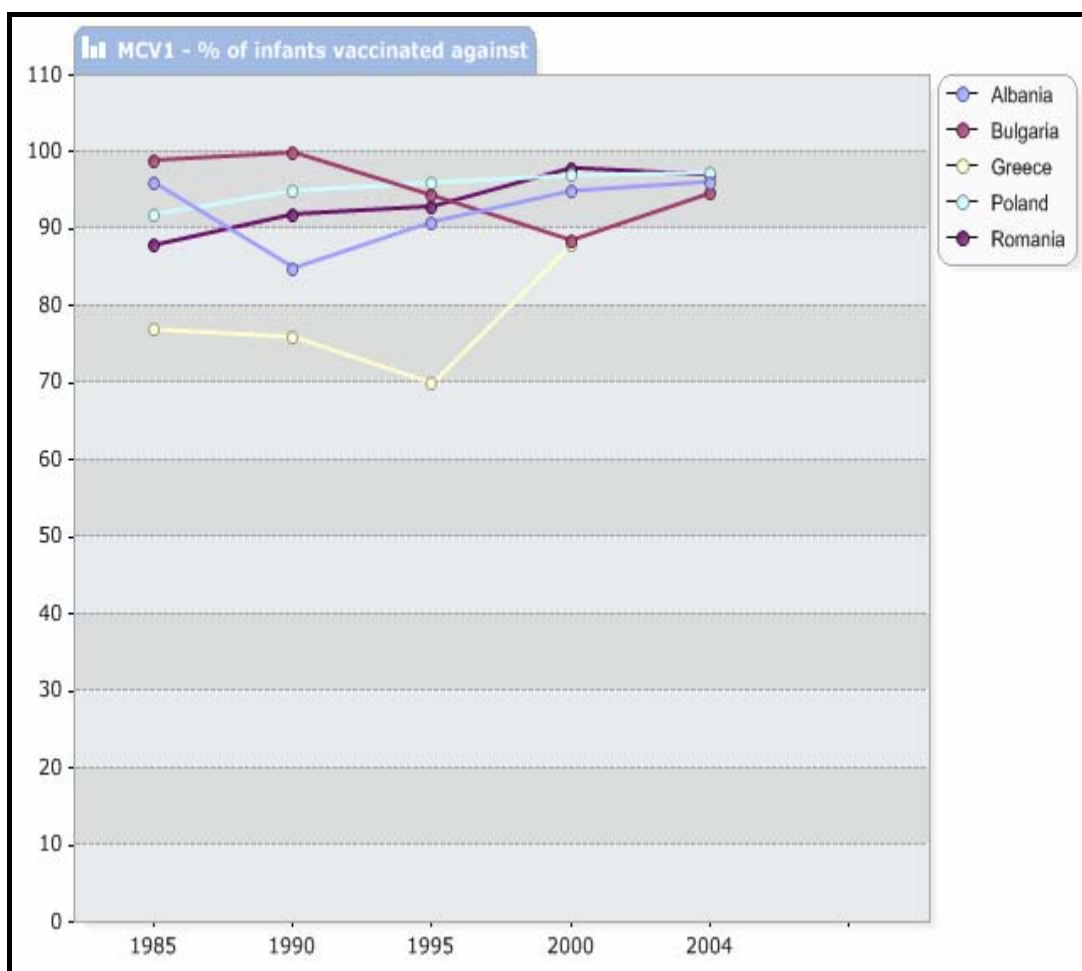
Πηγή: WHO, Health for All Database 2005

Γράφημα 17. Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 3 δόσεις πολιομυελίτιδας στην Αλβανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Πολωνία και Ρουμανία, 1985 - 2004



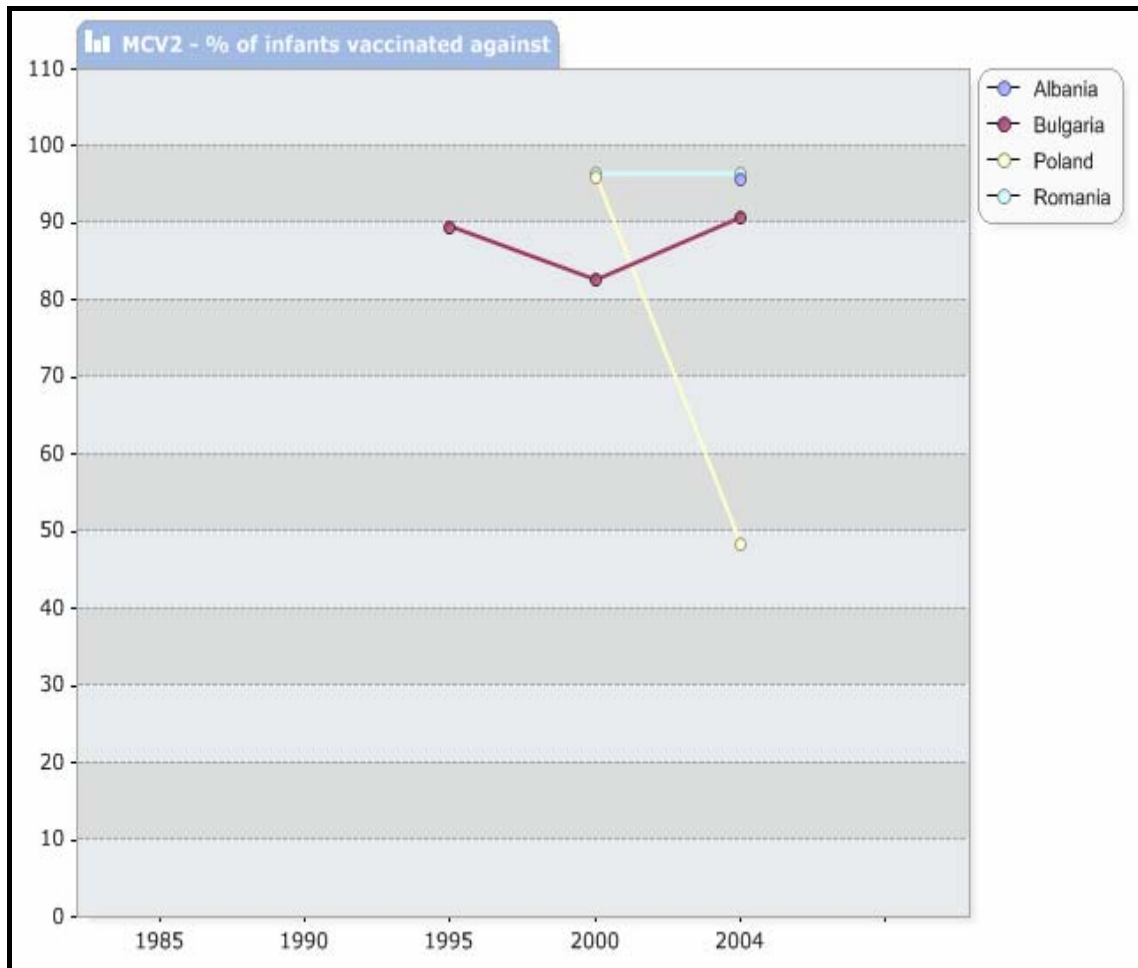
Πηγή: WHO, Health for All Database 2005

Γράφημα 18. Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 1 δόση ιλαράς στην Αλβανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Πολωνία και Ρουμανία, 1985 - 2004



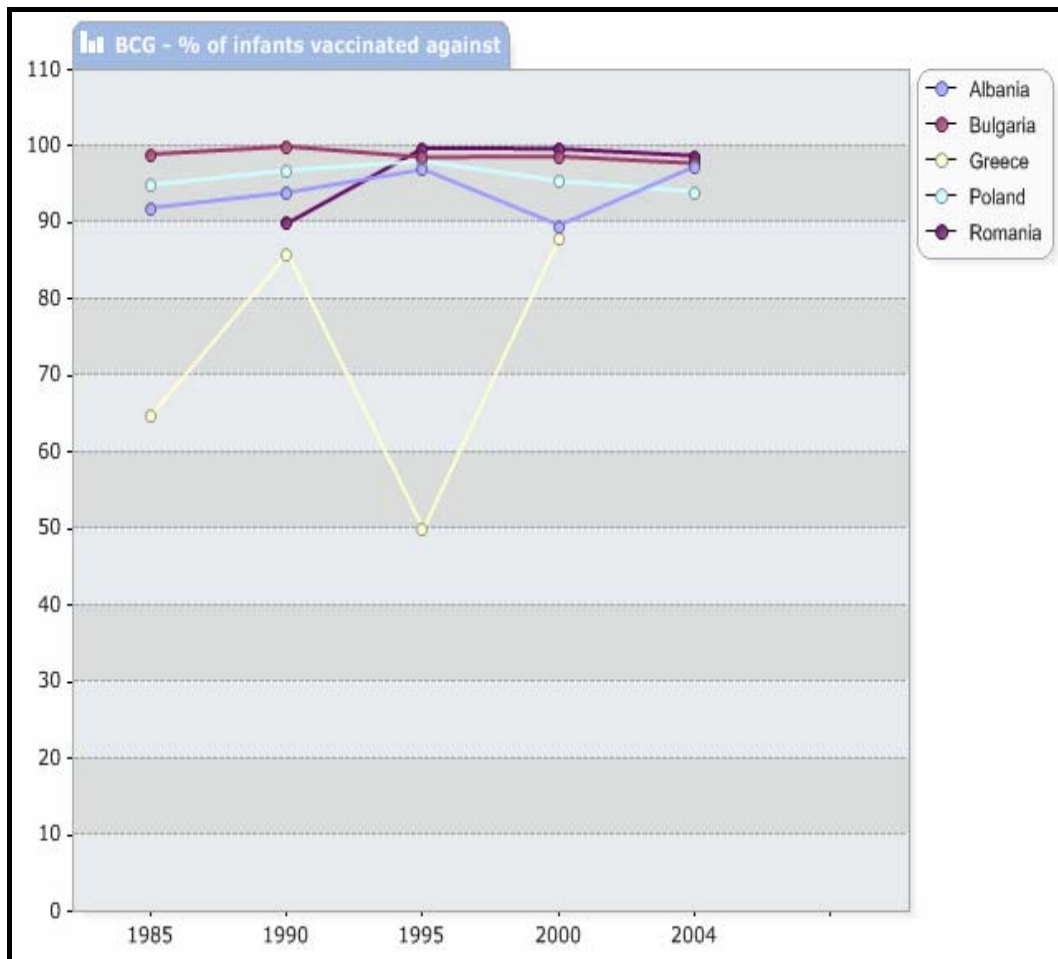
Πηγή: WHO, Health for All Database 2005

Γράφημα 19 . Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 2 δόσεις ιλαράς στην Αλβανία, Βουλγαρία, Πολωνία και Ρουμανία, 1995 - 2004



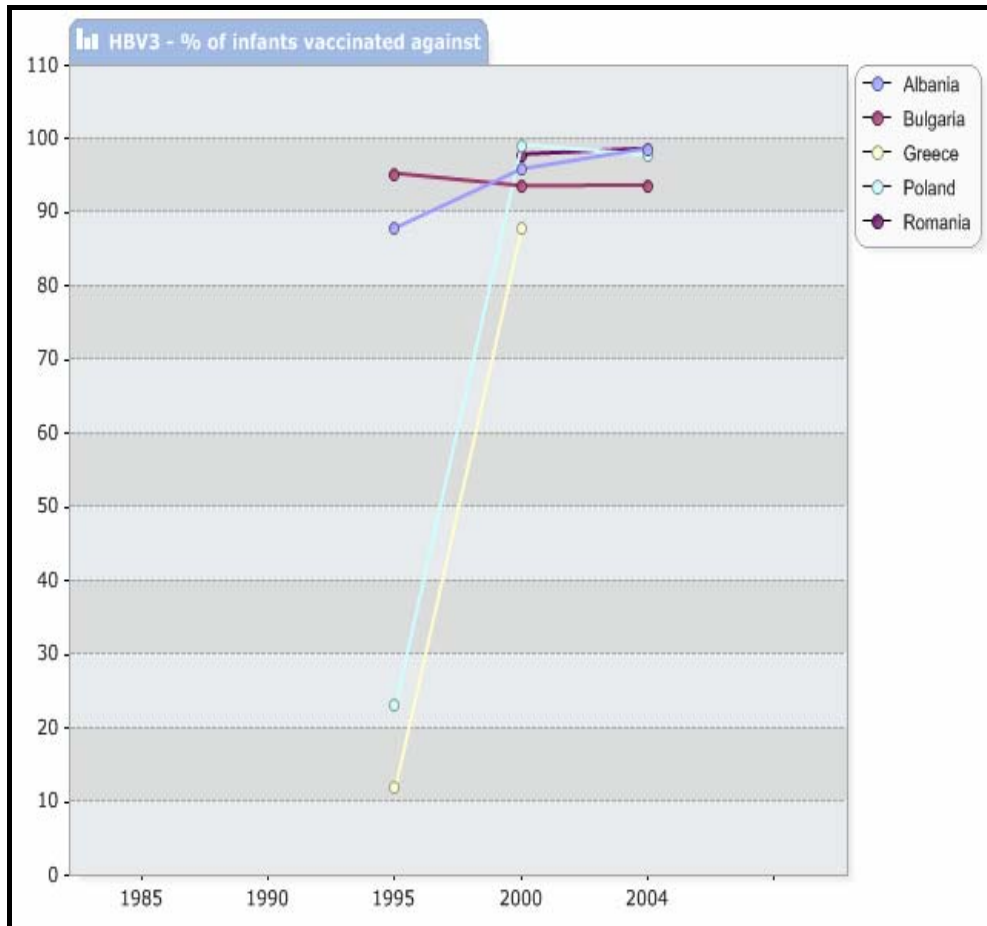
Πηγή: WHO, Health for All Database 2005

Γράφημα 20. Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 1 δόση BCG στην Αλβανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Πολωνία και Ρουμανία, 1985 - 2004



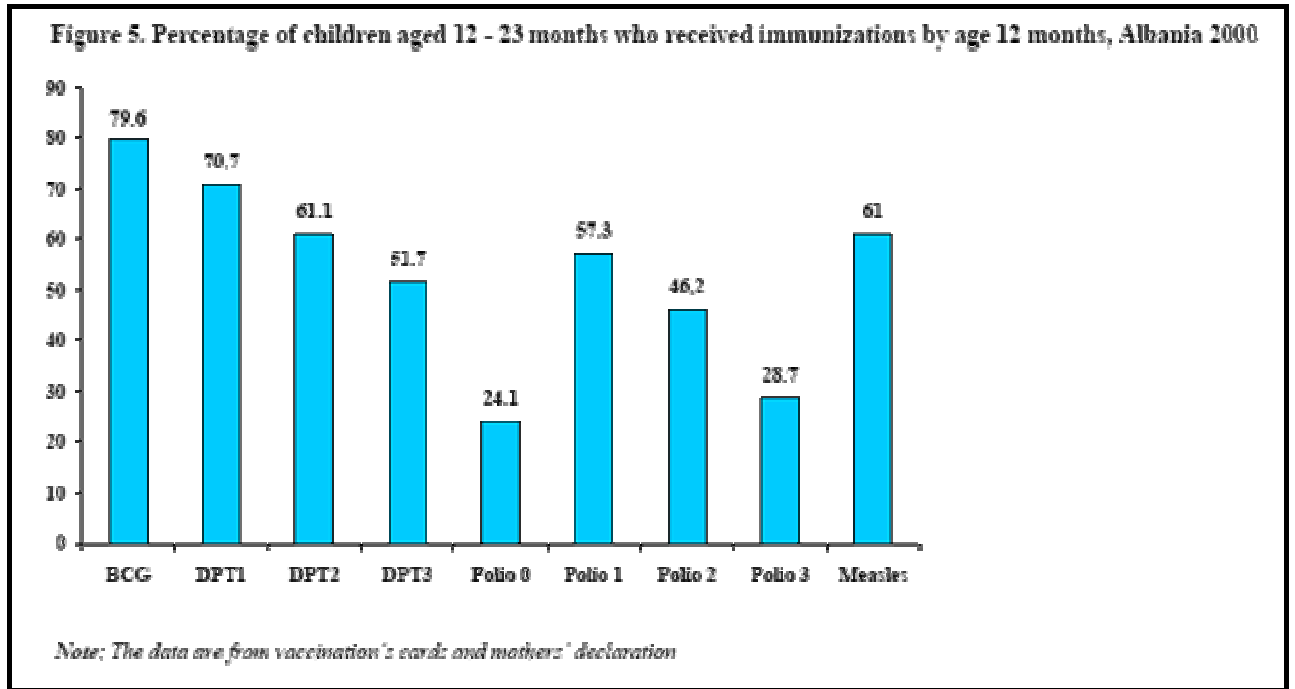
Πηγή: WHO, Health for All Database 2005

Γράφημα 21. Εμβολιαστική κάλυψη βρεφών με 3 δόσεις ηπατίτιδας Β στην Αλβανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Πολωνία και Ρουμανία, 1985 - 2004



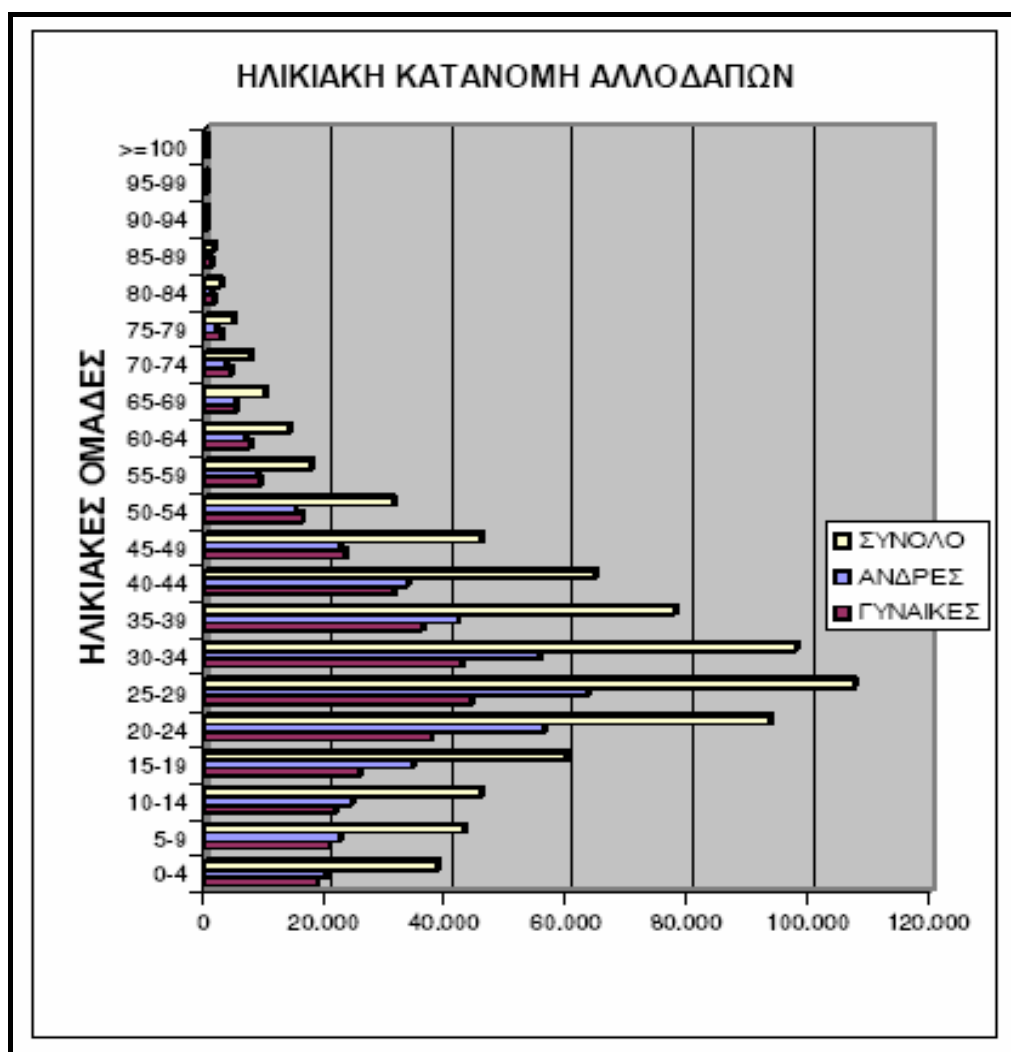
Πηγή: WHO, Health for All Database 2005

Γράφημα 22. Ποσοστό παιδιών ηλικίας 12 -23 μηνών που εμβολιάστηκαν μέχρι την ηλικία των 12 μηνών, Αλβανία, 2000

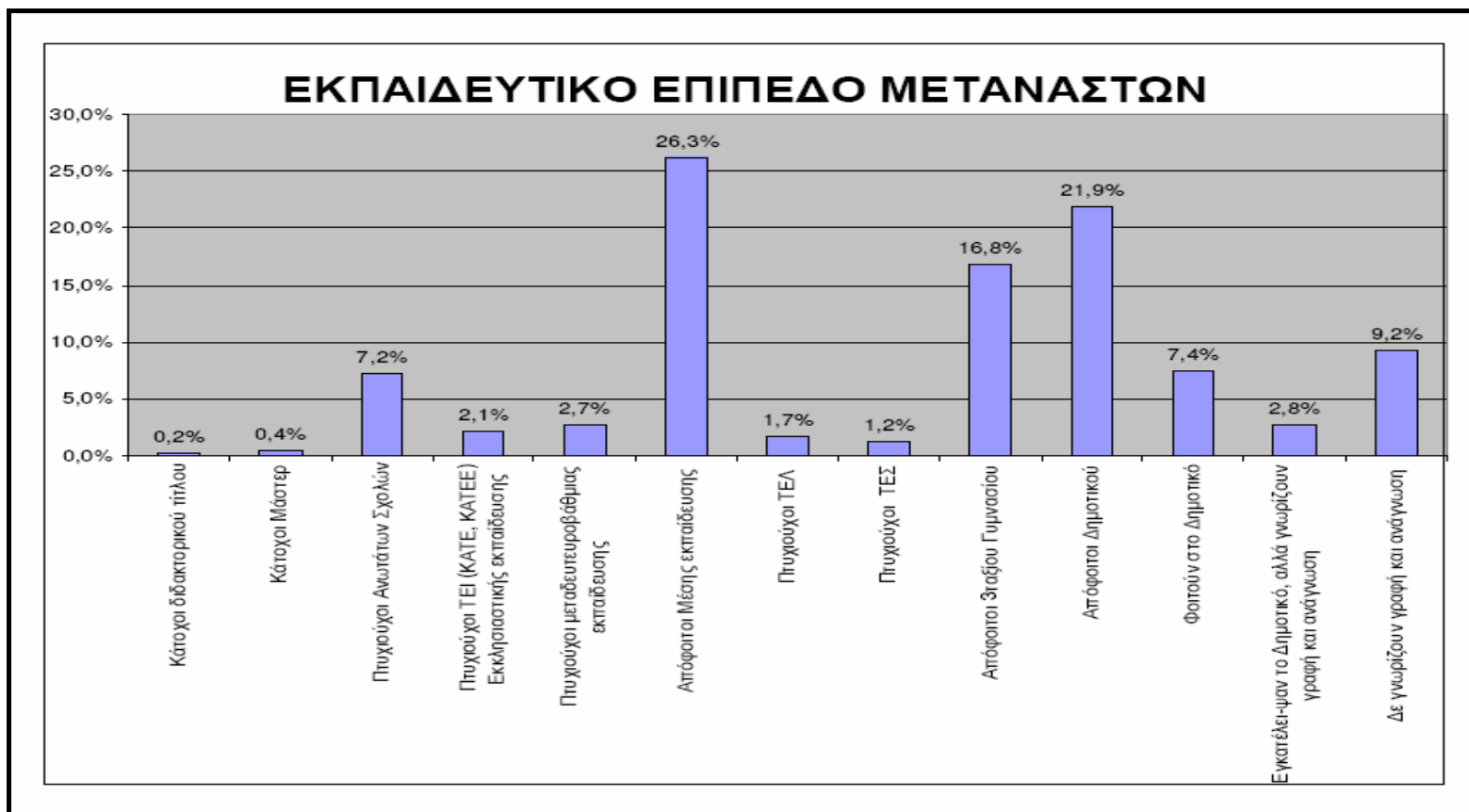


Πηγή: Multiple Indicator Cluster Survey Report, Albania, Unicef-Albania, 2000

Γράφημα 23. Ηλικιακή κατανομή αλλοδαπών που κατοικούν στην Ελλάδα, ανά φύλο, σύμφωνα με την απογραφή της ΕΣΥΕ, 2001

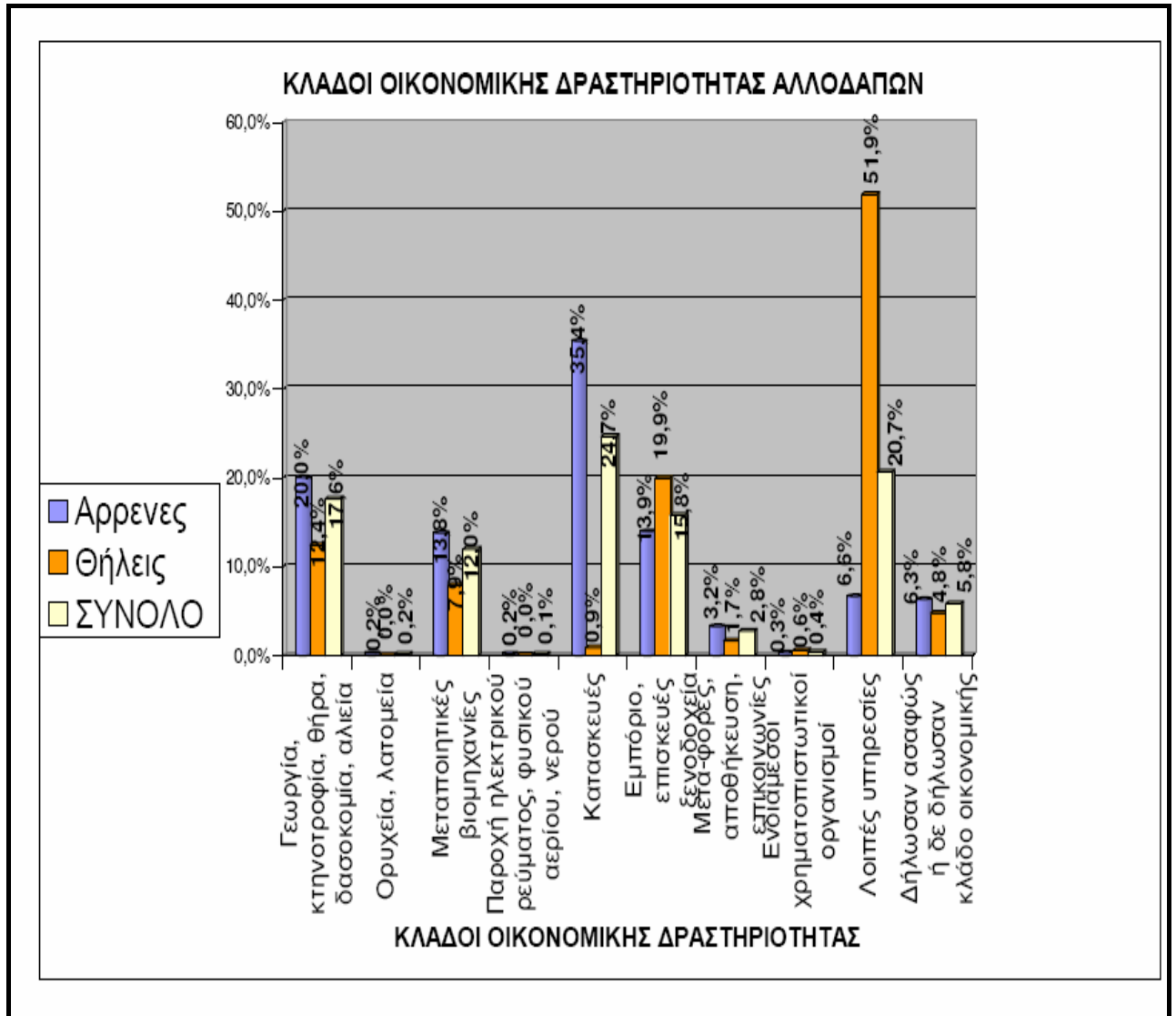


Γράφημα 24. Εκπαιδευτικό επίπεδο μεταναστών στην Ελλάδα



Πηγή: Γετίμης και Πετρινιώτη 2003

Γράφημα 25. Κλάδοι οικονομικής δραστηριότητας αλλοδαπών στην Ελλάδα



Πηγή: Γετίμης και Πετρινώτη 2003

Γράφημα 26 . Δηλωμένα κρούσματα ιλαράς κατά έτος, Ρουμανία, 1960-2001.

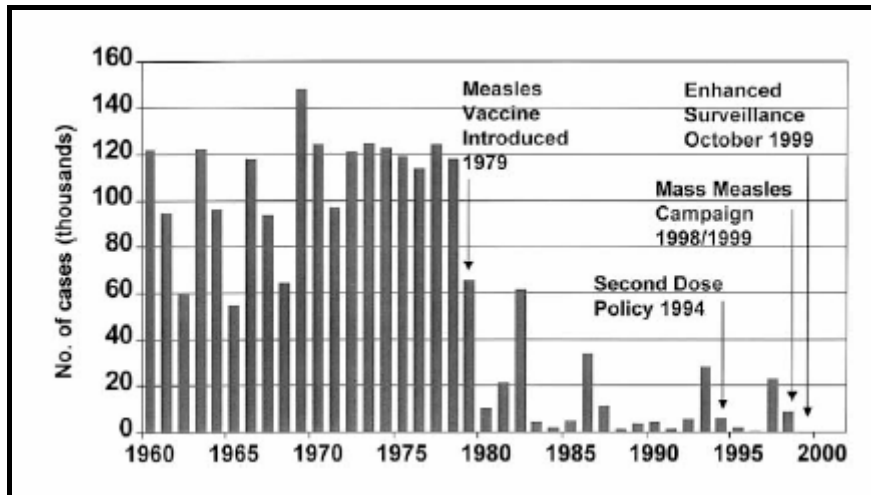


Figure 1. Reported measles cases by year, Romania, 1960–2001. For 1999–2001, 9200, 245, and 193 suspect cases were reported, respectively. Nine cases were confirmed in 2000 and 3 in 2001.

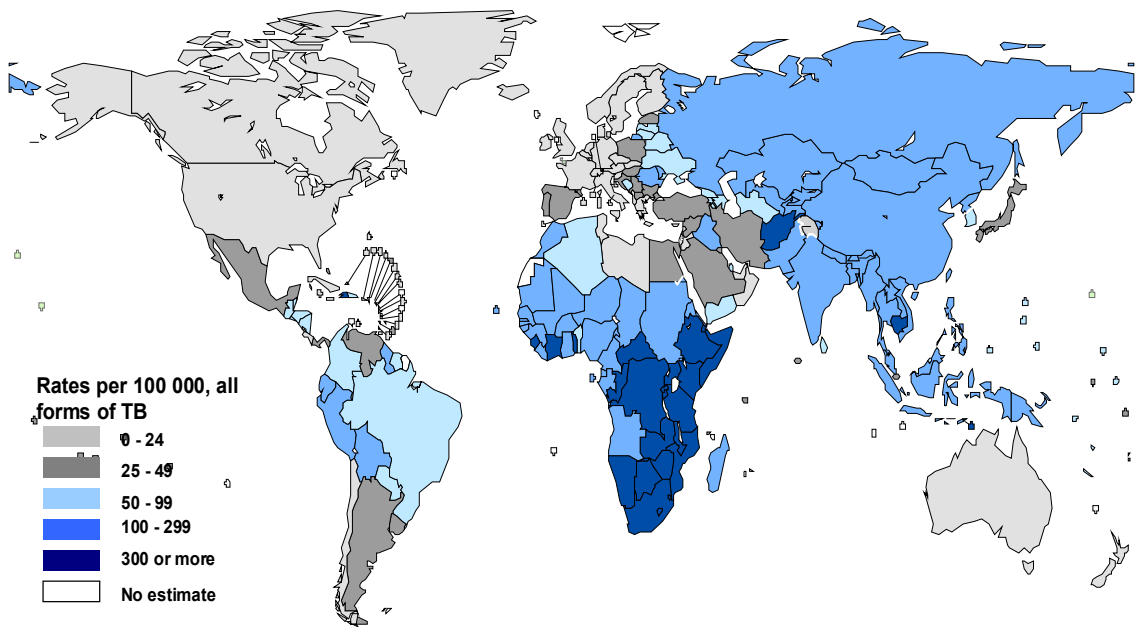
Πηγή: Pistol et al 2003

ΕΙΚΟΝΕΣ

Εικόνα 1. Επίπτωση φυματίωσης, παγκόσμια, 2003	139
Εικόνα 2. Εποπολασμός HIV σε περιπτώσεις φυματίωσης, 2003	140
Εικόνα 3. Δηλώσεις περιπτώσεων φυματίωσης ανά 100.000 πληθυσμού, Ευρώπη, 2002	141
Εικόνα 4. Αναλογία περιπτώσεων φυματίωσης ξένης προέλευσης, Ευρώπη, 2003	142
Εικόνα 5. Εμβολιαστική κάλυψη με 3 δόσεις DTP σε βρέφη, 2003	143
Εικόνα 6. Εμβολιαστική κάλυψη με εμβόλια ιλαράς σε βρέφη, 2003	144
Εικόνα 7. Επίπτωση ιλαράς ανά 100.000 πληθυσμού, 2003	145
Εικόνα 8. Παγκόσμια γεωγραφική κατανομή του ιού της πολιομυελίτιδας, 2001	146
Εικόνα 9. Παγκόσμια γεωγραφική κατανομή του ιού της πολιομυελίτιδας, 2002	147
Εικόνα 10. Χάρτης περιοχής Δήμου Γαζίου, Ηράκλειο Κρήτης	148

Εικόνα 1. Επίπτωση φυματίωσης, παγκόσμια, 2003

Estimated TB incidence rate, 2003



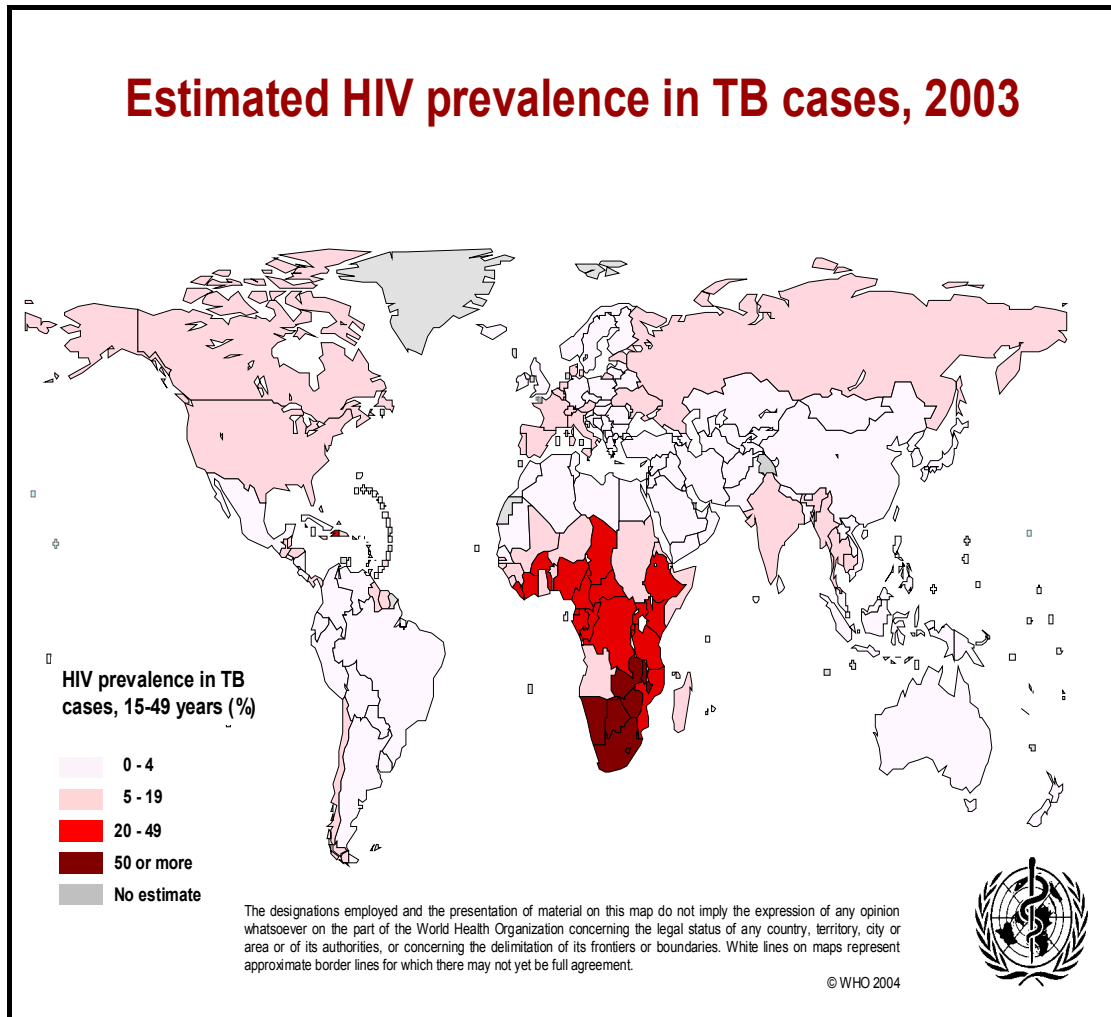
The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. White lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



© WHO 2004

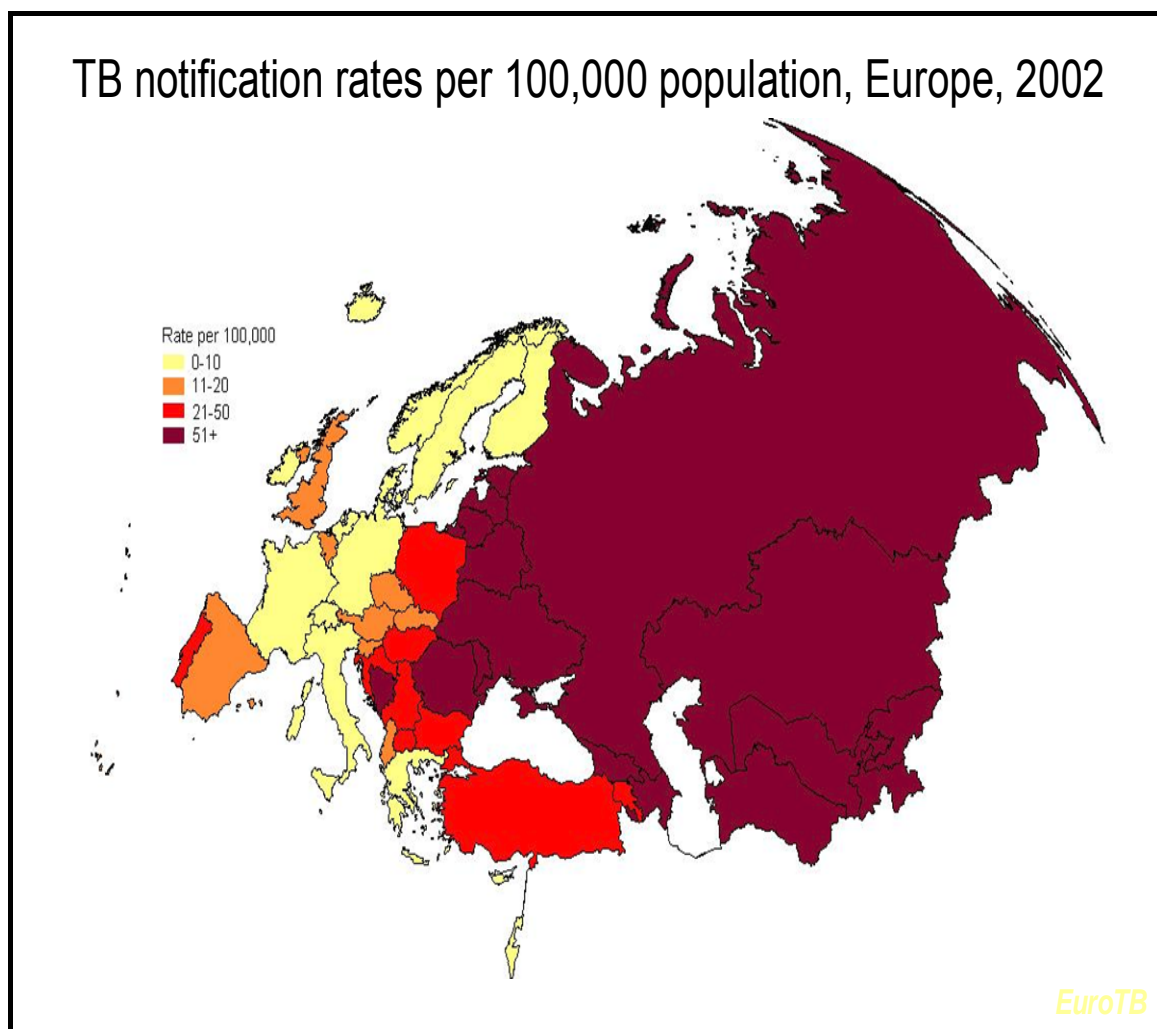
Πηγή: WHO 2004d

Εικόνα 2. Επιπολασμός HIV σε περιπτώσεις φυματίωσης, 2003



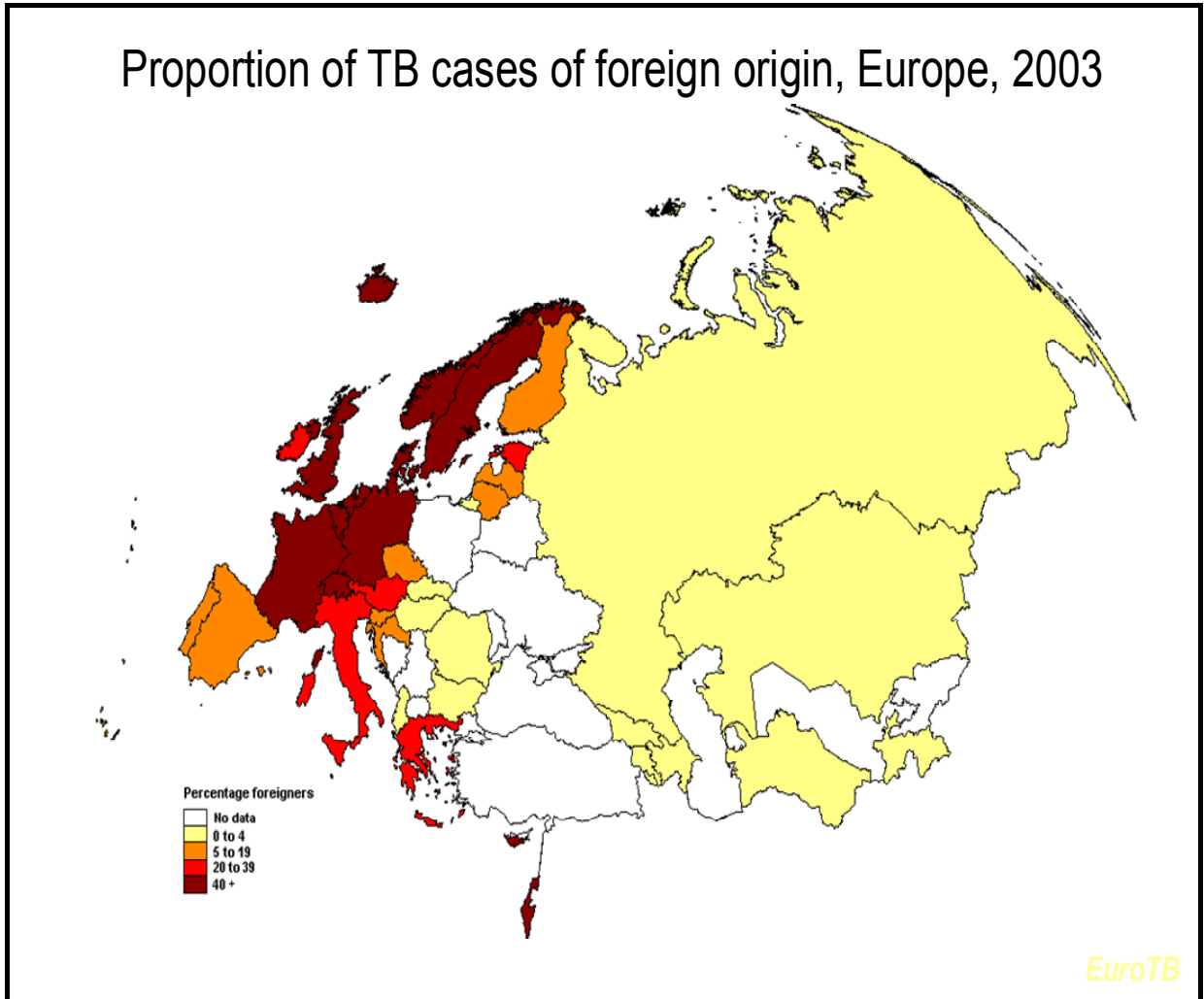
πηγή: WHO 2004d

Εικόνα 3. Δηλώσεις περιπτώσεων φυματίωσης ανά 100.000 πληθυσμού, Ευρώπη, 2002



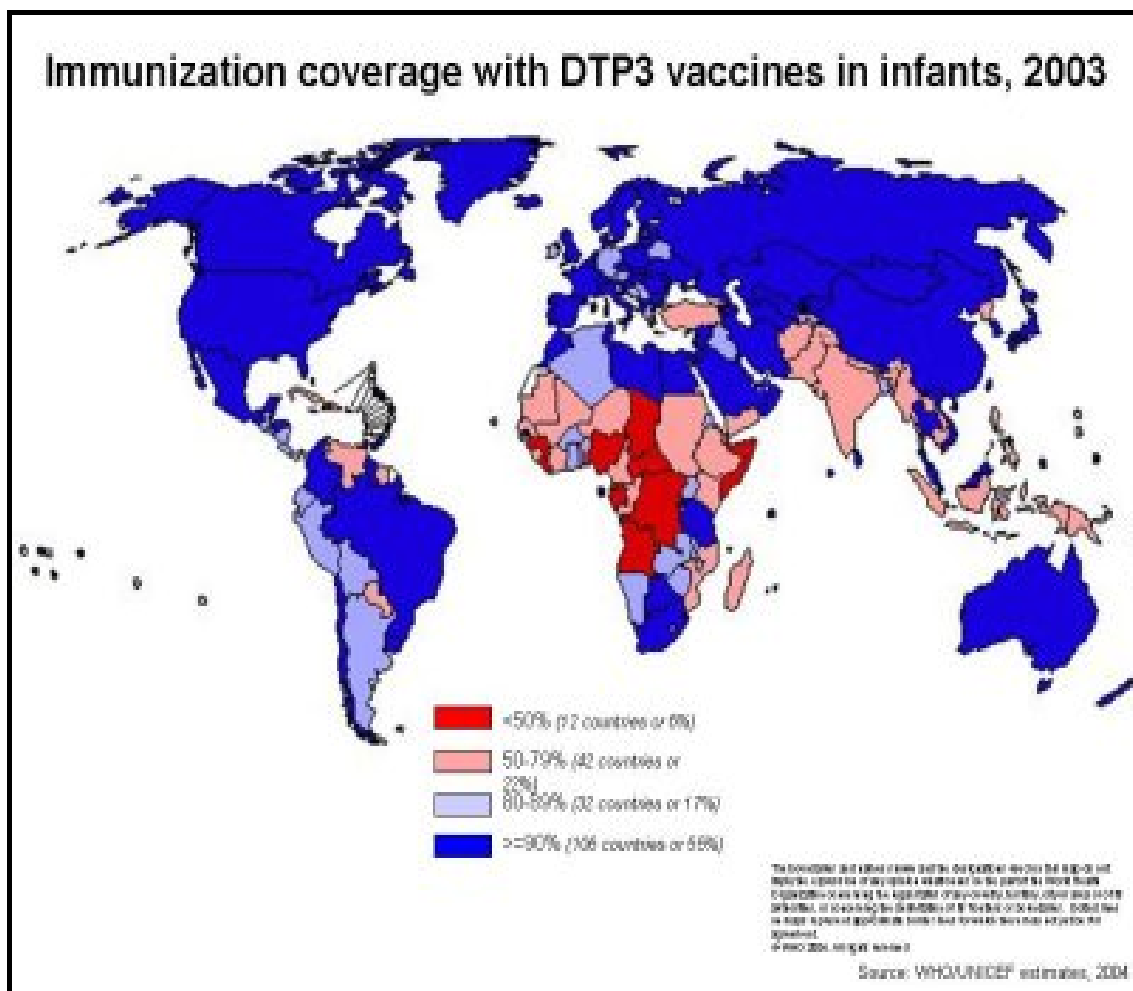
Πηγή: EuroTB 2005

Εικόνα 4. Αναλογία περιπτώσεων φυματίωσης ξένης προέλευσης, Ευρώπη, 2003



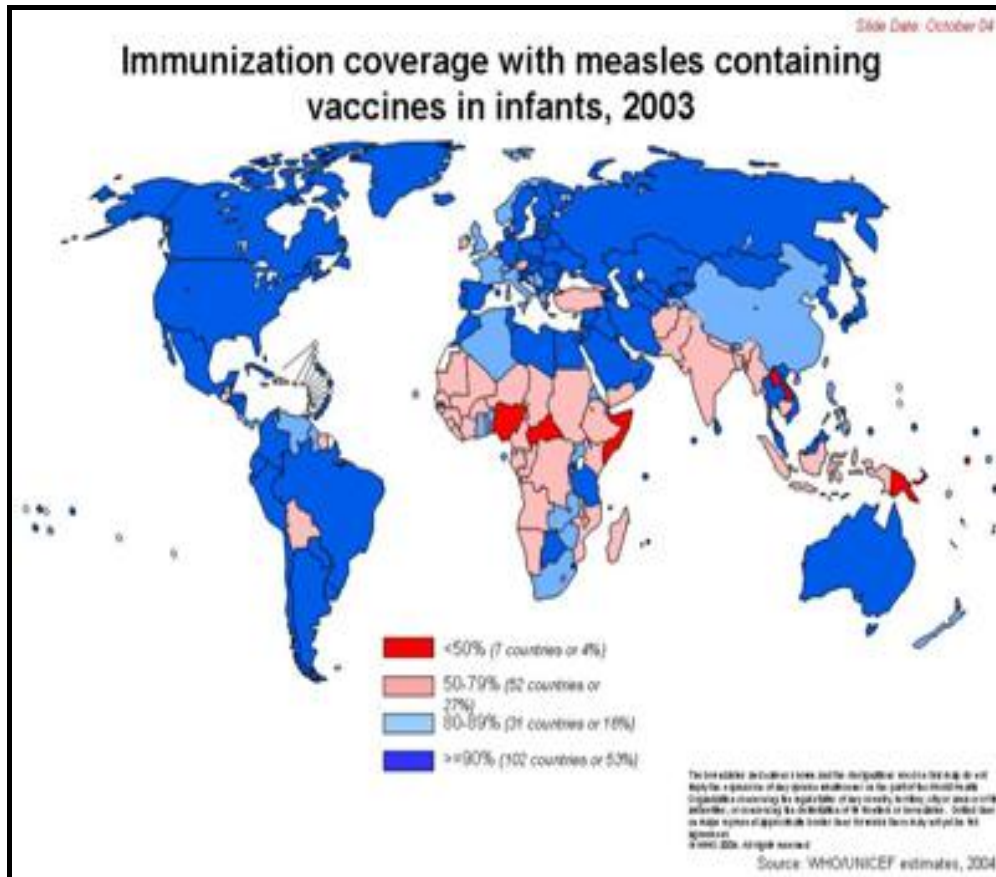
Πηγή: EuroTB 2005

Εικόνα 5. Εμβολιαστική κάλυψη με 3 δόσεις DTP σε βρέφη, 2003



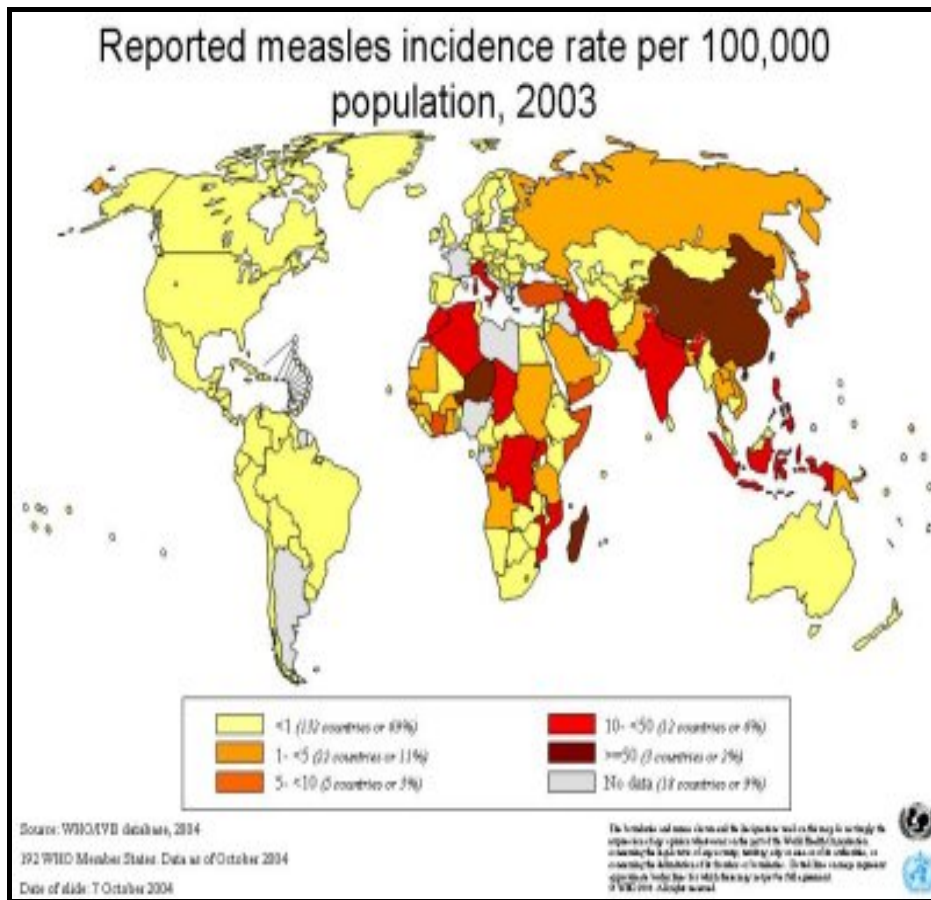
Πηγή: WHO, Vaccines, Immunization and Biologicals

Εικόνα 6. Εμβολιαστική κάλυψη με εμβόλια ιλαράς σε βρέφη, 2003



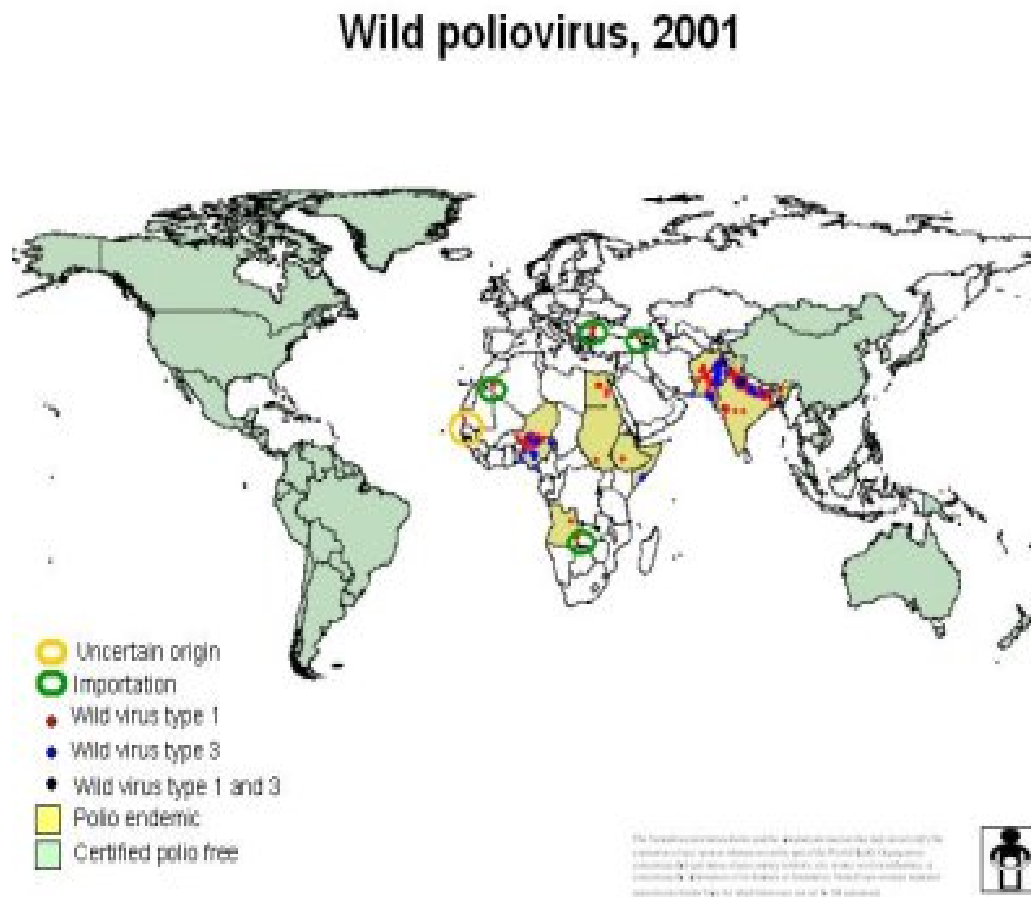
Πηγή: WHO vaccines, immunization and biologicals 2004

Εικόνα 7. Επίπτωση ιλαράς ανά 100.000 πληθυσμού, 2003



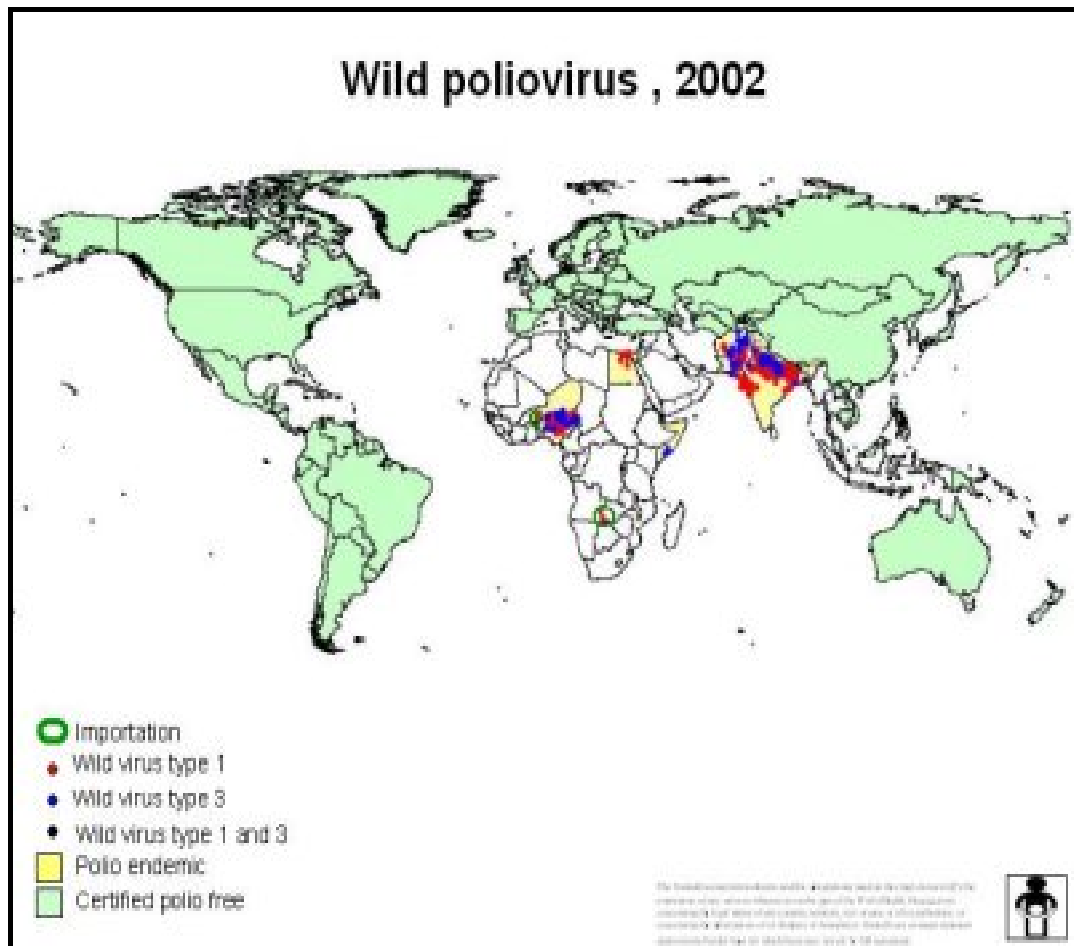
Πηγή: WHO vaccines, immunization and biologicals 2004

Εικόνα 8. Παγκόσμια γεωγραφική κατανομή του ιού της πολιομυελίτιδας, 2001

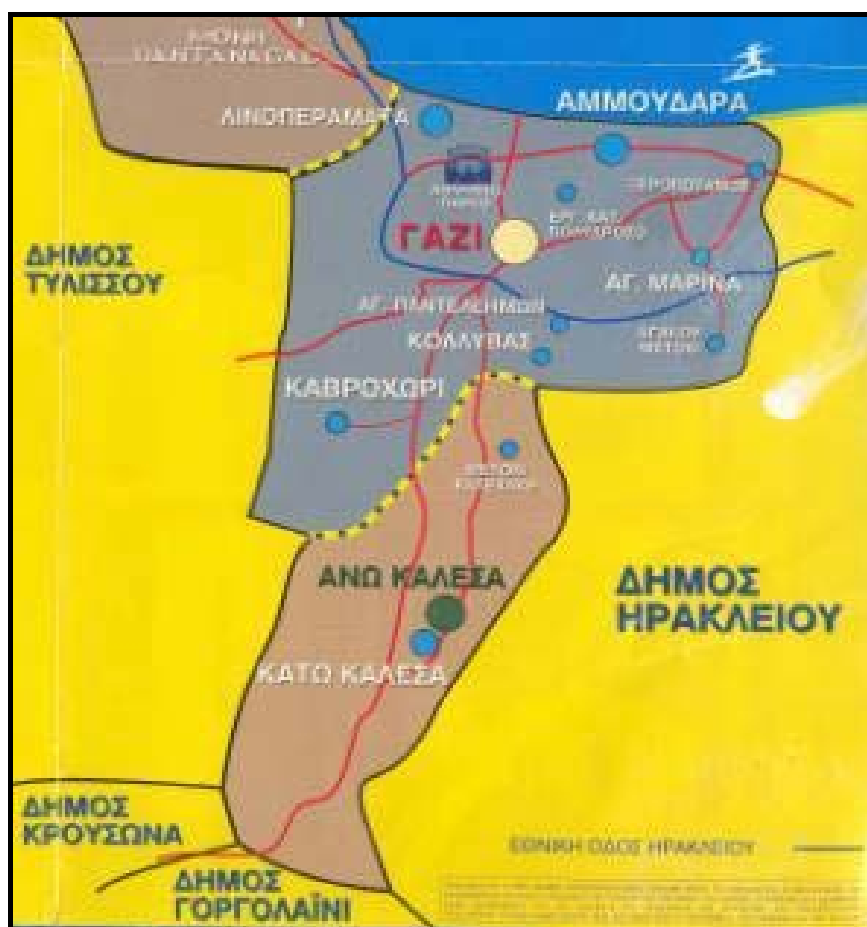


Πηγή: WHO vaccines, immunization and biologicals 2004

Εικόνα 9. Παγκόσμια γεωγραφική κατανομή του ιού της πολιομυελίτιδας, 2002



Εικόνα 10. Χάρτης περιοχής Δήμου Γαζίου, Ηράκλειο Κρήτης



Πηγή: Λύκειο Γαζίου 2003

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Πληθυσμός του Δήμου Γαζίου κατά την απογραφή του 2001	153
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Λίστα 2 ΚΕΠ Γαζίου, Αρχικό και Τελικό Δειγματοληπτικό Πλαίσιο	153
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Αιτιολογία μη συμμετοχής στη μελέτη	154
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Αναλογία κατοικίας και ποσοστά συμμετοχής παιδιών ανά δημοτικό διαμέρισμα	154
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Εθνικότητα γονέων - Λίστα 2	155
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Έτος γέννησης μητέρας- Λίστα 2	156
ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Ηλικία σε έτη	156
ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Φύλο	157
ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Εθνικότητα	157
ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Τόπος γέννησης	157
ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Έτος Γέννησης σε σχέση με τον τόπο γέννησης	158
ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Αριθμός παιδιών που φοιτούν στο σχολείο ανάλογα με την ηλικία τους	158
ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Τάξη	159
ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Πιστοποιητικό καταγραφής εμβολιασμών	159
ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Μέσο Καταγραφής εμβολιασμών ανάλογα με τον τόπο γέννησης	159
ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Ανεμβολίαστα παιδιά - Έτος Γέννησης	160
ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Ανεμβολίαστα παιδιά - Φύλο	160
ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Ανεμβολίαστα παιδιά - Εθνικότητα	160
ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Ανεμβολίαστα παιδιά - Τόπος γέννησης	161
ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Ανεμβολίαστα παιδιά - Σχολείο	161
ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Αριθμός παιδιών που έχουν λάβει τουλάχιστον 1 δόση εμβολίου	161
ΠΙΝΑΚΑΣ 22. Αριθμός παιδιών που έχουν λάβει τουλάχιστον 1 δόση εμβολίου, ανάλογα με τον τόπο γέννησης (παιδιά γεννημένα 1987-1996)	162
ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Αριθμός παιδιών που έχουν λάβει τουλάχιστον 1 δόση εμβολίου	162
ΠΙΝΑΚΑΣ 24. Αριθμός παιδιών που έχουν λάβει τουλάχιστον 1 δόση εμβολίου, ανάλογα με τον τόπο γέννησης (παιδιά γεννημένα 1997-2003)	162
ΠΙΝΑΚΑΣ 25. Βάρος γέννησης	163
ΠΙΝΑΚΑΣ 26. Πλήρως εμβολιασμένα για διφθερίτιδα, τένανο, κοκκύτη	163

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. Δείκτες εμβολιασμού για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη. Παιδιά όλων των ηλικιών. Δήμος Γαζίου, 2004	163
ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Τριπλό- 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους (προτεινόμενη ηλικία)	164
ΠΙΝΑΚΑΣ 29. Τριπλό- 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους (Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία)	164
ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Τριπλό- 3 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (προτεινόμενη ηλικία)	165
ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Τριπλό- 3 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία)	165
ΠΙΝΑΚΑΣ 32. Τριπλό- 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών	166
ΠΙΝΑΚΑΣ 33. Τριπλό -4 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (προτεινόμενη ηλικία)	166
ΠΙΝΑΚΑΣ 34. Τριπλό- 4 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (ελάχιστη αποδεκτή ηλικία)	167
ΠΙΝΑΚΑΣ 35. Διφθερίτιδα/Τέτανος- 5 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	167
ΠΙΝΑΚΑΣ 36. Τριπλό- 5 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	167
ΠΙΝΑΚΑΣ 37. Δείκτες εμβολιασμού για πολιομυελίτιδα. Παιδιά όλων των ηλικιών. Δήμος Γαζίου, 2004	168
ΠΙΝΑΚΑΣ 38. Πλήρως εμβολιασμένα για πολιομυελίτιδα	168
ΠΙΝΑΚΑΣ 39. Πολιομυελίτιδα- 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους (προτεινόμενη ηλικία)	168
ΠΙΝΑΚΑΣ 40. Πολιομυελίτιδα- 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους (Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία)	169
ΠΙΝΑΚΑΣ 41. Πολιομυελίτιδα- 3 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (προτεινόμενη ηλικία)	169
ΠΙΝΑΚΑΣ 42. Πολιομυελίτιδα- 3 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία)	169
ΠΙΝΑΚΑΣ 43. Πολιομυελίτιδα- 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών	170
ΠΙΝΑΚΑΣ 44. Πολιομυελίτιδα- 4 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	170
ΠΙΝΑΚΑΣ 45. Πολιομυελίτιδα- 5 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	170
ΠΙΝΑΚΑΣ 46. Δείκτες εμβολιασμού για ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα. Παιδιά όλων των ηλικιών. Δήμος Γαζίου, 2004	171
ΠΙΝΑΚΑΣ 47. ΙΛΑΡΑ-1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	171
ΠΙΝΑΚΑΣ 48. ΙΛΑΡΑ -1 έγκυρη δόση (κάθε ηλικία)	172
ΠΙΝΑΚΑΣ 49. ΙΛΑΡΑ - 2 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	172
ΠΙΝΑΚΑΣ 50. ΕΡΥΘΡΑ - 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	173
ΠΙΝΑΚΑΣ 51. ΕΡΥΘΡΑ - 1 έγκυρη δόση (κάθε ηλικία)	173
ΠΙΝΑΚΑΣ 52. ΕΡΥΘΡΑ - 2 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	173
ΠΙΝΑΚΑΣ 53. ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ – 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	174
ΠΙΝΑΚΑΣ 54. ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ – 1 έγκυρη δόση (κάθε ηλικία)	174
ΠΙΝΑΚΑΣ 55. ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ - 2 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	174
ΠΙΝΑΚΑΣ 56. MMR – 1 ^η δόση	175
ΠΙΝΑΚΑΣ 57. Ιλαρά – 1 ^η δόση, εμβολιασμός με το μονοδύναμο εμβόλιο	175
ΠΙΝΑΚΑΣ 58. Ερυθρά – 1 ^η δόση, εμβολιασμός με το μονοδύναμο εμβόλιο	175
ΠΙΝΑΚΑΣ 59. Παρωτίτιδα – 1 ^η δόση, εμβολιασμός με το μονοδύναμο εμβόλιο	175

ΠΙΝΑΚΑΣ 60. Δείκτες εμβολιασμού για ηπατίτιδα Β, αιμόφιλο ινφλουέντσας τύπου b, φυματίωση	176
ΠΙΝΑΚΑΣ 61. Ηπατίτιδα Β – 1 δόση (κάθε ηλικία)	176
ΠΙΝΑΚΑΣ 62. Ηπατίτιδα Β – 2 δόσεις (κάθε ηλικία)	176
ΠΙΝΑΚΑΣ 63. Ηπατίτιδα Β – 3 δόσεις (κάθε ηλικία)	177
ΠΙΝΑΚΑΣ 64. BCG – 1 δόση (κάθε ηλικία)	177
ΠΙΝΑΚΑΣ 65. BCG – 1 δόση, παιδιά μικρότερα των 6 ετών	177
ΠΙΝΑΚΑΣ 66. BCG – 1 δόση, παιδιά μεγαλύτερα των 6 ετών	177
ΠΙΝΑΚΑΣ 67. BCG 1 δόση σύμφωνα με την ηλικία διενέργειας της δόσης (ηλικιακές ομάδες)	178
ΠΙΝΑΚΑΣ 68. BCG - 1 δόση σύμφωνα με την ηλικία και τον τόπο γέννησης	178
ΠΙΝΑΚΑΣ 69. 1 ^η δοκιμασία Mantoux πριν από εμβολιασμό με 1 ^η δόση BCG	178
ΠΙΝΑΚΑΣ 70. Mantoux- αποτελέσματα	179
ΠΙΝΑΚΑΣ 71. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας b - 1 ^η δόση (κάθε ηλικία)	179
ΠΙΝΑΚΑΣ 72. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας b - 2 ^η δόση (κάθε ηλικία)	179
ΠΙΝΑΚΑΣ 73. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας b- 3 ^η δόση (κάθε ηλικία)	179
ΠΙΝΑΚΑΣ 74. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας b – 4 ^η δόση (κάθε ηλικία)	179
ΠΙΝΑΚΑΣ 75. Αιμόφιλος ινφλουέντσας τύπου b - 1 έγκυρη δόση έως 1 έτους (κάθε ηλικία)	180
ΠΙΝΑΚΑΣ 76. Αιμόφιλος ινφλουέντσας τύπου b - 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους (κάθε ηλικία)	180
ΠΙΝΑΚΑΣ 77. Αιμόφιλος ινφλουέντσας τύπου b - 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών (κάθε ηλικία)	180
ΠΙΝΑΚΑΣ 78. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας τύπου b - 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους για παιδιά 1 – 5 ετών	181
ΠΙΝΑΚΑΣ 79. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας τύπου b - 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών για παιδιά 1 – 5 ετών	181
ΠΙΝΑΚΑΣ 80. Αιμόφιλος 1 δόση για παιδιά 1-5 ετών	181
ΠΙΝΑΚΑΣ 81. 1 δόση Αιμόφιλου για παιδιά 2 μηνών μέχρι 5 ετών	182
ΠΙΝΑΚΑΣ 82. 1 δόση Αιμόφιλου για παιδιά άνω των 5 ετών	182
ΠΙΝΑΚΑΣ 83. Ηπατίτιδα Α -1 ^η δόση (κάθε ηλικία)	182
ΠΙΝΑΚΑΣ 84. Γρίπη – 1 δόση (κάθε ηλικία)	183
ΠΙΝΑΚΑΣ 85. Μηνιγγιτιδόκοκκος C - 1 δόση (κάθε ηλικία)	183
ΠΙΝΑΚΑΣ 86. Μηνιγγιτιδόκοκκος A+C -1 δόση (κάθε ηλικία)	183
ΠΙΝΑΚΑΣ 87. Πνευμονιόκοκκος – 1 δόση (κάθε ηλικία)	183
ΠΙΝΑΚΑΣ 88. Infanrix	184
ΠΙΝΑΚΑΣ 89. Tetracoq	184
ΠΙΝΑΚΑΣ 90. Infarix-IPV	184
ΠΙΝΑΚΑΣ 91. Infarix-HepB	184
ΠΙΝΑΚΑΣ 92. Infarix-IPV-Hib	185

ΠΙΝΑΚΑΣ 93. Infarix-IPV-HepB	185
ΠΙΝΑΚΑΣ 94. Infarix-IPV-Hib-HepB	185
ΠΙΝΑΚΑΣ 95. Φορέας DT/P 1η δόση (κάθε ηλικία)	186
ΠΙΝΑΚΑΣ 96. Φορέας DT/P 4η δόση (κάθε ηλικία)	186
ΠΙΝΑΚΑΣ 97. Φορέας DT/P 5η δόση (κάθε ηλικία)	187
ΠΙΝΑΚΑΣ 98. Φορέας DT/P 6η δόση (κάθε ηλικία)	187
ΠΙΝΑΚΑΣ 99. Φορέας Mantoux- 1ος έλεγχος (κάθε ηλικία)	188
ΠΙΝΑΚΑΣ 100. Φορέας BCG 1η δόση (κάθε ηλικία)	188
ΠΙΝΑΚΑΣ 101. Φορέας Ιλαρά/MMR 1η δόση (κάθε ηλικία)	189
ΠΙΝΑΚΑΣ 102. Φορέας Ιλαρά/MMR 2η δόση (κάθε ηλικία)	190
ΠΙΝΑΚΑΣ 103. Φορέας Αιμόφιλος 1η δόση (κάθε ηλικία)	190
ΠΙΝΑΚΑΣ 104. Φορέας Ηπατίτιδα Β - 1η δόση (κάθε ηλικία)	191
ΠΙΝΑΚΑΣ 105. Φορέας Ηπατίτιδα Α - 1η δόση (κάθε ηλικία)	191
ΠΙΝΑΚΑΣ 106. Φορέας Μηνιγγιτιδόκοκκου Α+C - 1η δόση (κάθε ηλικία)	192
ΠΙΝΑΚΑΣ 107. Φορέας Μηνιγγιτιδόκοκκου C - 1η δόση (κάθε ηλικία)	192
ΠΙΝΑΚΑΣ 108. Φορέας Πνευμονιόκοκκου - 1η δόση (κάθε ηλικία)	193
ΠΙΝΑΚΑΣ 109. Φορέας Γρίπη - 1η δόση (κάθε ηλικία)	193
ΠΙΝΑΚΑΣ 110. Συγκεντρωτικός πίνακας των κυριότερων δεικτών εμβολιασμού της μελέτης	194

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Πληθυσμός του Δήμου Γαζίου κατά την απογραφή του 2001

ΠΕΡΙΟΧΕΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ			ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ		
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΓΑΖΙ	4.807	4.822	9.637	353	317	670
ΡΟΔΙΑ	628	691	1.326	15	19	34
ΑΧΛΑΔΑ	583	494	1.080	78	47	125
ΚΑΛΕΣΣΙΑ	429	472	896	11	8	19
ΦΟΔΕΛΕ	334	311	642	26	11	37
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΝΟΛΑ	6.781	6.790	13581	483	402	885

Πηγή: Χάρτης Υγείας, Ο πληθυσμός της Κρήτης: Γεωγραφικά και πληθυσμιακά δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Λίστα 2 ΚΕΠ Γαζίου, Αρχικό και Τελικό Δειγματοληπτικό Πλαίσιο

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	ΛΙΣΤΑ 2	ΤΕΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
15-18 ετών	20 (11,6%)	9 (10,2%)	45,0%
6-14 ετών	86 (50,0%)	52 (59,0%)	60,5%
	(ΑΡΧΙΚΟ ΔΕΙΓΜ. ΠΛΑΙΣΙΟ)		
0-5 ετών	57 (33,1%)	27 (30,6%)	47,3%
ΑΓΝΩΣΤΗ ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	9 (5,2%)	0 (0,0%)	0,0%
0-18 ετών	172 (100,0%)	88 (100%)	51,1%

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Αιτιολογία μη συμμετοχής στη μελέτη

ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΜΕΤΑΚΟΜΙΣΕ	ΑΡΝΗΘΗΚΕ	ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ	ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΧΡΟΝΟ	ΔΕΝ ΒΡΕΘΗΚΕ	ΔΙΑΚΟΠΕΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗ	1 ΓΟΝΕΑΣ ΕΛΛΗΝΑΣ	ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ
ΣΥΝΟΛΟ										
ΟΙΚΟΓΕ- ΝΕΙΩΝ	6	5	2	1	5	2	1	3	25	
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΙΔΙΩΝ	9	8	3	1	3	3	1	6		44

*Οι χρωματισμένες στήλες υποδηλώνουν τον αριθμό οικογενειών και παιδιών που δεν πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Αναλογία κατοικίας και ποσοστά συμμετοχής παιδιών ανά δημοτικό διαμέρισμα

ΔΗΜ. ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΛΙΣΤΑ 2 (ΚΕΠ)	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΑΝΑ ΔΗΜ. ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΤΕΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
ΓΑΖΙ	156	90.6%	76	48,7%
ΚΑΛΕΣΣΙΑ	8	4.6%	4	50,0%
ΡΟΔΙΑ	8	4.6%	8	100,0%
ΣΥΝΟΛΟ	172	100.0%	88	51,1%

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Εθνικότητα γονέων - Λίστα 2

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αλβανία	84	77,8
Βουλγαρία	7	6,5
Πολωνία	1	,9
Ρουμανία	6	5,6
Ρωσία	2	1,9
Συρία	3	2,8
Γεωργία	1	0,9
Γιουγκοσλαβία	2	1,9
Κροατία	1	0,9
Ουκρανία	1	0,9
Σύνολο	108	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Έτος γέννησης μητέρας- Λίστα 2

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
1956	1	0,9
1959	2	1,9
1960	3	2,8
1961	2	1,9
1962	2	1,9
1963	3	2,8
1964	2	1,9
1965	6	5,6
1966	7	6,5
1967	1	0,9
1968	6	5,6
1969	9	8,4
1970	6	5,6
1971	4	3,7
1972	5	4,7
1973	6	5,6
1974	4	3,7
1975	8	7,5
1976	1	0,9
1977	5	4,7
1978	7	6,5
1979	6	5,6
1980	9	8,4
1981	1	0,9
1982	1	0,9
Άγνωστη	1	0,9
Σύνολο	108	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Ηλικία σε έτη

	Αριθμός (N)	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση	Σταθερά απόκλιση
Ηλικία σε χρόνια	88	0,1	17,3	7,5	4,6

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΑΡΡΕΝ	46	52,3
ΘΗΛΥ	42	47,7
Σύνολο	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Εθνικότητα συμμετεχόντων στη μελέτη

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έγκυρο	ΑΛΒΑΝΙΚΗ	74	84,1
	ΒΟΥΛΓΑΡΙΚΗ	8	9,1
	ΡΟΥΜΑΝΙΚΗ	2	2,3
	ΠΟΛΩΝΙΚΗ	4	4,5
	Σύνολο	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Τόπος γέννησης

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
	ΑΛΒΑΝΙΑ	47	53,4
	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	6	6,8
	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	1	1,1
	ΠΟΛΩΝΙΑ	2	2,3
	ΕΛΛΑΔΑ	32	36,4
	Σύνολο	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Έτος Γέννησης σε σχέση με τον τόπο γέννησης

Έτος Γέννησης	Τόπος γέννησης					Σύνολο
	ΑΛΒΑΝΙΑ	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	ΠΟΛΩΝΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	
1987	1	0	0	0	0	1
1988	2	0	0	0	0	2
1989	3	0	0	0	0	3
1990	3	0	0	0	0	3
1991	4	0	0	0	0	4
1992	4	2	1	1	0	8
1993	1	0	0	0	0	1
1994	4	2	0	1	0	7
1995	6	1	0	0	0	7
1996	7	1	0	0	0	8
1997	3	0	0	0	1	4
1998	2	0	0	0	5	7
1999	3	0	0	0	3	6
2000	0	0	0	0	6	6
2001	2	0	0	0	2	4
2002	2	0	0	0	8	10
2003	0	0	0	0	3	3
2004	0	0	0	0	4	4
Σύνολο						
	47	6	1	2	32	88

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Αριθμός παιδιών που φοιτούν στο σχολείο ανάλογα με την ηλικία τους

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο ποσοστό (%)
Ναι	43	48,9	79,6
Όχι	11	12,5	20,4
Σύνολο	54	61,4	100,0
Όχι, νόμιμα (προσχολική ηλικία)	34	38,6	
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Τάξη

Τάξη	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
1	7	8,0	15,9
2	5	5,7	11,4
3	7	8,0	15,9
4	8	9,1	18,2
5	5	5,7	11,4
6	3	3,4	6,8
7	4	4,5	9,1
8	2	2,3	4,5
9	2	2,3	4,5
11	1	1,1	2,3
Σύνολο	44	50,0	100,0

*1-6: 1^η-6^η τάξη Δημοτικού, 7-9: 1^η-3^η Γυμνασίου, 10-12: 1^η-3^η Λυκείου

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Πιστοποιητικό καταγραφής εμβολιασμών

Πιστοποιητικό καταγραφής	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ	59	67,0	79,7	75,9 – 83,5
ΚΑΡΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΗΓΗ ΑΛΛΟΔΑΠΗΣ	1	1,1	1,4	0,3 - 2,5
Σύνολο	74	84,1	100,0	
ΑΝΕΜΒΟΛΙΑΣΤΑ	14	15,9		12,5 – 19,3
Σύνολο	88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Μέσο Καταγραφής εμβολιασμών ανάλογα με τον τόπο γέννησης

Καταγραφή	Τόπος γέννησης				Σύνολο
	ΑΛΒΑΝΙΑ	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	
ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ	29 (70,7%)	0	0	30	59
ΚΑΡΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΗΓΗ ΑΛΛΟΔΑΠΗΣ	0	0	0	1	1
Σύνολο	41	1	1	31	74

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Ανεμβολίαστα παιδιά - Έτος Γέννησης

Έτος Γέννησης	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
1988	1	7,1	7,1
1991	2	14,3	21,4
1992	3	21,4	42,9
1994	3	21,4	64,3
1995	1	7,1	71,4
1996	1	7,1	78,6
1998	1	7,1	85,7
2000	1	7,1	92,9
2001	1	7,1	100,0
Σύνολο	14	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Ανεμβολίαστα παιδιά - Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
ΑΡΡΕΝ	8	57,1	57,1
ΘΗΛΥ	6	42,9	42,9
Σύνολο	14	100,0	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Ανεμβολίαστα παιδιά - Εθνικότητα

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΑΛΒΑΝΙΚΗ	7	50,0
ΒΟΥΛΓΑΡΙΚΗ	5	35,7
ΠΟΛΩΝΙΚΗ	2	14,3
Σύνολο	14	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Ανεμβολίαστα παιδιά - Τόπος γέννησης

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
ΑΛΒΑΝΙΑ	6	42,9	42,9
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	5	35,7	78,6
ΠΟΛΩΝΙΑ	2	14,3	92,9
ΕΛΛΑΔΑ	1	7,1	100,0
Σύνολο	14	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Ανεμβολίαστα παιδιά - Σχολείο

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Έγκυρο	ΝΑΙ	6	50,0	50,0
	ΟΧΙ	6	50,0	100,0
	Σύνολο	12	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Αριθμός παιδιών που έχουν λάβει τουλάχιστον 1 δόση εμβολίου (παιδιά γεννημένα 1987-1996)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	11	25,0
Ναι	33	75,0
Σύνολο	44	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. Αριθμός παιδιών που έχουν λάβει τουλάχιστον 1 δόση εμβολίου, ανάλογα με τον τόπο γέννησης (παιδιά γεννημένα 1987-1996)

	Τόπος γέννησης				Σύνολο
	ΑΛΒΑΝΙΑ	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	ΠΟΛΩΝΙΑ	
Όχι	4	6	0	2	12
Ναι	31	0	1	0	32
Σύνολο	35	6	1	2	44

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Αριθμός παιδιών που έχουν λάβει τουλάχιστον 1 δόση εμβολίου (παιδιά γεννημένα 1997-2003)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	3	7,5
Ναι	37	92,5
Σύνολο	40	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. Αριθμός παιδιών που έχουν λάβει τουλάχιστον 1 δόση εμβολίου, ανάλογα με τον τόπο γέννησης (παιδιά γεννημένα 1997-2003)

	Τόπος γέννησης		Σύνολο
	ΑΛΒΑΝΙΑ	ΕΛΛΑΔΑ	
Όχι	2	1	3
Ναι	10	27	37
Σύνολο	12	28	40

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. Βάρος γέννησης

Αριθμός	Έγκυρο	36
	Missing	52
Μέσος		3407,22
Διάμεσος		3430,00
Διακύμανση		181746,349
Ελάχιστο		2700
Μέγιστο		4280
Τεταρτημόρια	25	3025,00
	50	3430,00
	75	3767,50

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. Πλήρως εμβολιασμένα για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
OXI	33	37.5	33,0– 42,0
NAI	55	62.5	58,0– 67,0
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. Δείκτες εμβολιασμού για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη. Παιδιά όλων των ηλικιών. Δήμος Γαζίου, 2004

Δείκτης εμβολιασμού	Προτεινόμενη ηλικία	Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία	Ποσοστό (%) [ΔΑ 95% (%)]	Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία [ΔΑ 95% (%)]
Διφθερίτιδα-τέτανος-κοκκύτης έγκυρες δόσεις έως 1 έτους	(DTP) 3		68,2% [63,8 – 72,6]	76,7% [72,7 – 81,7]
Διφθερίτιδα-τέτανος-κοκκύτης έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	(DTP) 3		83,5% [80,0 – 87,7]	82,6% [79,0 – 86,2]
Διφθερίτιδα-τέτανος-κοκκύτης έγκυρες δόσεις έως 2 ετών	(DTP) 4			40,5% [35,9 – 45,1]
Διφθερίτιδα-τέτανος-κοκκύτης έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	(DTP) 4		70,4% [66,1 – 74,7]	72,6% [68,4 – 76,8]
Διφθερίτιδα-τέτανος 5 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)			55,4% [50,7 – 60,1]	

ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Τριπλό- 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους (προτεινόμενη ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
0-5 μηνών	8	9,1	9,4	9,4
6-11 μηνών	58	65,9	68,2	77,6
12 μηνών και άνω	5	5,7	5,9	83,5
Ανεμβολίαστα*	14	15,9	16,5	100,0
Σύνολο	85	96,6	100,0	
Missing				
Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	3	3,4		
Σύνολο	88	100,0		

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 29. Τριπλό- 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους (Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
3,6-11 μηνών	66	75,0	76,7	76,7
12 μηνών και άνω	5	5,7	5,8	82,6
Ανεμβολίαστα*	15	17,0	17,4	100,0
Σύνολο	86	97,7	100,0	
Missing				
Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	2	2,3		
Σύνολο	88	100,0		

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Τριπλό- 3 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (προτεινόμενη ηλικία)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
	0-5 μηνών	8	9,1	9,4	9,4
	6 μηνών και άνω	63	71,6	74,1	83,5
	Ανεμβολίαστα*	14	15,9	16,5	100,0
	Σύνολο	85	96,6	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	3	3,4		
Σύνολο		88	100,0		

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Τριπλό- 3 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
	3,6 μηνών και άνω	71	80,7	82,6
	Ανεμβολίαστα*	15	17,0	17,4
	Σύνολο	86	97,7	100,0
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	2	2,3	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 32. Τριπλό- 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών

		Συχνότητα	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
	0-11 μηνών	2	2,4	2,4
	12-23 μηνών	34	40,5	42,9
	24 μηνών και άνω	27	32,1	75,0
	Ανεμβολίαστα*	21	25,0	100,0
	Σύνολο	84	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	4		
Σύνολο		88		

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 33. Τριπλό -4 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (προτεινόμενη ηλικία)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Έγκυρο	Εμβολιασμένα, νωρίτερα από το προτεινόμενο	6	6,8	7,4	7,4
	Εμβολιασμένα, έγκυρα	57	64,8	70,4	77,8
	Ανεμβολίαστα	18	20,5	22,2	100,0
	Σύνολο	81	92,0	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα, νομίμως	7	8,0		
Σύνολο		88	100,0		

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 34. Τριπλό- 4 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (ελάχιστη αποδεκτή ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
	0-11 μηνών	2	2,3	2,4
	12 μηνών και άνω	61	69,3	75,0
	Ανεμβολίαστα*	21	23,9	100,0
	Σύνολο	84	95,5	100,0
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	4	5,7	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 35. Διφθερίτιδα/Τέτανος- 5 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Έγκυρο	0-47 μηνών	6	6,8	9,2
	48 μηνών και άνω	36	40,9	55,4
	Ανεμβολίαστα*	23	26,1	100,0
	Σύνολο	65	73,9	100,0
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	23	26,1	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 36. Τριπλό- 5 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Έγκυρο	0-47 μηνών	5	5,7	7,6
	48 μηνών και άνω	33	37,5	50,0
	Ανεμβολίαστα	28	31,8	100,0
	Σύνολο	66	75,0	100,0
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως	22	25,0	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 37. Δείκτες εμβολιασμού για πολιομυελίτιδα. Παιδιά όλων των ηλικιών. Δήμος Γαζίου, 2004

Δείκτης εμβολιασμού	Προτεινόμενη ηλικία [ΔΑ 95% (%)]	Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία [ΔΑ 95% (%)]
Πολιομυελίτιδα- 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους	74,1% [70,0 – 78,2]	77,9% [74,0 – 81,8]
Πολιομυελίτιδα- 3 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	78,8% [75,0 – 82,6]	82,6% [79,0 – 86,2]
Πολιομυελίτιδα- 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών		59,0% [54,4 – 63,6]
Πολιομυελίτιδα- 4 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	71,3% [67,1 – 75,5]	73,5% [69,4 – 77,6]
Πολιομυελίτιδα- 5 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	55,4% [50,7 – 60,1]	

ΠΙΝΑΚΑΣ 38. Πλήρως εμβολιασμένα για πολιομυελίτιδα

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
OXI	28	31,8	27,4 – 36,2
NAI	60	68,2	63,8 – 72,6
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 39. Πολιομυελίτιδα- 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους (προτεινόμενη ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Έγκυρο	0-5 μηνών	4	4,5	4,7
	6-11 μηνών	63	71,6	74,1
	12 μηνών και άνω	4	4,5	4,7
	Ανεμβολίαστα*	14	15,9	16,5
	Σύνολο	85	96,6	100,0
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	3	3,4	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 40. Πολιομυελίτιδα- 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους (Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
	3,6-11 μηνών	67	76,1	77,9	77,9
	12 μηνών και άνω	4	4,5	4,7	82,6
	Ανεμβολίαστα*	15	17,0	17,4	100,0
	Σύνολο	86	97,7	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	2	2,3		
	Σύνολο	88	100,0		

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 41. Πολιομυελίτιδα- 3 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (προτεινόμενη ηλικία)

		Συχνότητα α	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
	0-5 μηνών	4	4,5	4,7	4,7
	6 μηνών και άνω	67	76,1	78,8	83,5
	Ανεμβολίαστα*	14	15,9	16,5	100,0
	Σύνολο	85	96,6	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	3	3,4		
	Σύνολο	88	100,0		

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 42. Πολιομυελίτιδα- 3 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία) (Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
Έγκυρο	3,6 μηνών και άνω	71	80,7	82
	Ανεμβολίαστα	15	17,0	17
	Σύνολο	86	97,7	100
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως	2	2,3	
	Σύνολο	88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 43. Πολιομυελίτιδα- 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
0-11 μηνών	2	2,3	2,4	2,4
12-23 μηνών	49	55,7	59,0	61,4
24 μηνών και άνω	12	13,6	14,5	75,9
Ανεμβολίαστα*	20	22,7	24,1	100,0
Σύνολο	83	94,3	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	5	5,7	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 44. Πολιομυελίτιδα- 4 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
0-11 μηνών	2	2,3	2,4	2,4
12 μηνών και άνω	61	69,3	73,5	75,9
Ανεμβολίαστα*	20	22,7	24,1	100,0
Σύνολο	83	94,3	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	5	5,7	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 45. Πολιομυελίτιδα- 5 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
0-47 μηνών	6	6,8	9,2	9,2
48 μηνών και άνω	36	40,9	55,4	64,6
Ανεμβολίαστα*	23	26,1	35,4	100,0
Σύνολο	65	73,9	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως**	23	26,1	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 46. Δείκτες εμβολιασμού για ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα. Παιδιά όλων των ηλικιών. Δήμος Γαζίου, 2004

Δείκτης εμβολιασμού	Προτεινόμενη ηλικία [ΔΑ 95% (%)] - Ελάχιστη αποδεκτή ηλικία [ΔΑ 95% (%)]
Ιλαρά- 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	50,6% [45,9 – 55,3]
Ιλαρά- 1 έγκυρη δόση (κάθε ηλικία)	79,5% [75,7 – 83,3]
Ιλαρά -2 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	24,6% [20,6 – 28,6]
Ερυθρά- 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	34,9% [30,4 – 39,4]
Ερυθρά- 1 έγκυρη δόση (κάθε ηλικία)	67,5% [63,1 – 71,9]
Ερυθρά- 2 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	18,5% [14,9 – 22,1]
Παρωτίτιδα -1 έγκυρη δόση έως 2 ετών	34,9% [30,4 – 39,4]
Παρωτίτιδα -1 έγκυρη δόση (κάθε ηλικία)	63,9% [59,4 – 68,4]
Παρωτίτιδα -2 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)	18,5% [14,9 – 22,1]

ΠΙΝΑΚΑΣ 47. ΙΛΑΡΑ-1 έγκυρη δόση έως 2 ετών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ανεμβολίαστα	17	19,3	20,5	20,5
Εμβολιασμένα, έγκυρα (12-24 μηνών)	42	47,7	50,6	71,1
Εμβολιασμένα, νωρίτερα από το προτεινόμενο (<12 μηνών)	6	6,8	7,2	78,3
Εμβολιασμένα, με καθυστέρηση (>24 μηνών)	18	20,5	21,7	100,0
Σύνολο	83	94,3	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα, Νομίμως	5	5,7	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 48. ΙΛΑΡΑ -1 έγκυρη δόση (κάθε ηλικία)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
Έγκυρο	12 μηνών και άνω	66	75,0	79,5
	Ανεμβολίαστα*	17	19,3	20,5
	Σύνολο	83	94,3	100,0
Missing	Ανεμβολίαστα- Νομίμως*	5	5,7	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 49. ΙΛΑΡΑ - 2 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
Έγκυρο	Εμβολιασμένα, έγκυρα (>48 μηνών)	16	18,2	24,6
	Ανεμβολίαστα*	49	55,7	75,4
	Σύνολο	65	73,9	100,0
Missing	Ανεμβολίαστα, νομίμως*	23	26,1	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 50. ΕΡΥΘΡΑ - 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ανεμβολίαστα*	27	30,7	32,5	32,5
Εμβολιασμένα, έγκυρα (12-24 μηνών)	29	33,0	34,9	67,5
Εμβολιασμένα, με καθυστέρηση (>24 μηνών)	27	30,7	32,5	100,0
Σύνολο	83	94,3	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα, νόμιμα**	5	5,7	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 51. ΕΡΥΘΡΑ - 1 έγκυρη δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
Εμβολιασμένα, έγκυρα (>12 μηνών)	56	63,6	67,5
Ανεμβολίαστα*	27	30,7	32,5
Σύνολο	83	94,3	100,0
Missing	Ανεμβολίαστα, νομίμως**	5	5,7
Σύνολο		88	100,0

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 52. ΕΡΥΘΡΑ - 2 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
Εμβολιασμένα, έγκυρα (>48 μηνών)	12	13,6	18,5
Ανεμβολίαστα*	53	60,2	81,5
Σύνολο	65	73,9	100,0
Missing	Ανεμβολίαστα, νομίμως**	23	26,1
Σύνολο		88	100,0

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 53. ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ – 1 έγκυρη δόση έως 2 ετών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
	Ανεμβολίαστα*	30	34,1	36,1
	Εμβολιασμένα, έγκυρα (12-24 μηνών)	29	33,0	71,1
	Εμβολιασμένα, με καθυστέρηση (>24 μηνών)	24	27,3	100,0
	Σύνολο	83	94,3	100,0
Missing	Ανεμβολίαστα, νόμιμα**	5	5,7	
Σύνολο		88	100,0	

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 54. ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ – 1 έγκυρη δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
	Εμβολιασμένα, έγκυρα (>12 μηνών)	53	60,2
	Ανεμβολίαστα*	30	34,1
	Σύνολο	83	94,3
Missing	Ανεμβολίαστα, νομίμως**	5	5,7
Σύνολο		88	100,0

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 55. ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ - 2 έγκυρες δόσεις (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
	Εμβολιασμένα, έγκυρα (>48 μηνών)	12	13,6
	Ανεμβολίαστα*	53	60,2
	Σύνολο	65	73,9
Missing	Ανεμβολίαστα, νομίμως**	23	26,1
Σύνολο		88	100,0

*Ανεμβολίαστα: Παιδιά που δεν έχουν εμβολιαστεί ή δεν έφεραν κάρτα εμβολιασμών κατά τη διεξαγωγή της μελέτης

**Ανεμβολίαστα- Νομίμως: Παιδιά ηλικίας μικρότερης της προτεινόμενης ή ελάχιστης αποδεκτής ηλικίας εμβολιασμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 56. MMR – 1^η δόση

	Συχνότητα	Ποσοστό
Όχι	37	42,0
Ναι	51	58,0
Total	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 57. Ιλαρά – 1^η δόση, εμβολιασμός με το μονοδύναμο εμβόλιο

	Συχνότητα	Ποσοστό
Όχι	62	70,5
Ναι	26	29,5
Total	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 58. Ερυθρά – 1^η δόση, εμβολιασμός με το μονοδύναμο εμβόλιο

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	81	92,0
Ναι	7	8,0
Σύνολο	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 59. Παρωτίτιδα – 1^η δόση, εμβολιασμός με το μονοδύναμο εμβόλιο

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	84	95,5
Ναι	4	4,5
Σύνολο	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 60. Δείκτες εμβολιασμού για ηπατίτιδα Β, αιμόφιλο ινφλουέντσας τύπου b, φυματίωση

Δείκτης εμβολιασμού	Ποσοστό [ΔΑ 95% (%)]
Ηπατίτιδα Β- 3 δόσεις (κάθε ηλικία)	62,5% [58,0 – 67,0]
Φυματίωση (BCG) – 1 δόση (κάθε ηλικία)	45,5% [40,8 – 50,2]
Φυματίωση (BCG) – 1 έγκυρη δόση*	67,8% [63,4 – 72,2]
Αιμόφιλος ινφλουέντσας b (πλήρης εμβολιασμός) – 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους – (κάθε ηλικία)	25,8% [21,7 – 29,9]
Αιμόφιλος ινφλουέντσας b (πλήρης εμβολιασμός) – 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους – παιδιά 1-5 ετών	54,5% [49,8 – 59,2]
Αιμόφιλος ινφλουέντσας b (πλήρης εμβολιασμός) – 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών – (κάθε ηλικία)	24,1% [20,1 – 28,1]
Αιμόφιλος ινφλουέντσας b (πλήρης εμβολιασμός) – 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών – παιδιά 1-5 ετών	74,2% [70,1 – 78,3]

* Έγκυρη δόση: Εξαιρέθηκαν από τον υπολογισμό τα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 6 ετών που δεν είχαν εμβολιαστεί με BCG

ΠΙΝΑΚΑΣ 61. Ηπατίτιδα Β – 1 δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης (%)
Όχι	25	28,4	24,2 – 32,6
Ναι	63	71,6	67,4- 75,8
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 62. Ηπατίτιδα Β – 2 δόσεις (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης (%)
Όχι	26	29,5	25,2 – 33,8
Ναι	62	70,5	66,2- 74,8
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 63. Ηπατίτιδα Β – 3 δόσεις (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης (%)
Όχι	33	37,5	33,0- 42,0
Ναι	55	62,5	58,0- 67,0
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 64. BCG – 1 δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	48	54,5
Ναι	40	45,5
Σύνολο	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 65. BCG – 1 δόση, παιδιά μικρότερα των 6 ετών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Missing	Εμβολιασμένα, < 6 ετών	3
	Ανεμβολίαστα, < 6 ετών	30
Total		33
		9,1
		90,9
		100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 66. BCG – 1 δόση, παιδιά μεγαλύτερα των 6 ετών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
	Ανεμβολίαστα, > 6 ετών	18
	Εμβολιασμένα, > 6 ετών	37
Total		55
		32,7
		67,3
		100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 67. BCG 1 δόση σύμφωνα με την ηλικία διενέργειας της δόσης (ηλικιακές ομάδες)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Εμβολιασμένα, σε ηλικία ≤6 ετών	35	39,8	60,3 [55,7 – 64,9]	60,3
Εμβολιασμένα, σε ηλικία >6 ετών	5	5,7	8,6 [6,0 – 11,2]	69,0 [64,7 – 73,3]
Ανεμβολίαστα, ηλικίας >6 ετών	18	20,5	31,0 [26,7– 35,3]	100,0
Σύνολο	58	65,9	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα, ηλικίας ≤6 ετών	30	34,1	
Σύνολο		88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 68. BCG - 1 δόση σύμφωνα με την ηλικία και τον τόπο γέννησης

Τόπος γέννησης	ΑΛΒΑΝΙΑ	BCG – 1 δόση			Σύνολο
		Εμβολιασμένα, < 6 ετών	Εμβολιασμένα, > 6 ετών	Ανεμβολίαστα, >6 ετών	
		30	5	5	40
	ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	1	0	5	6
	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	1	0	0	1
	ΠΟΛΩΝΙΑ	0	0	2	2
	ΕΛΛΑΔΑ	0	0	6	6
Σύνολο		32	5	18	55

Δεν υπολογίζονται τα ανεμβολίαστα παιδιά < 6 ετών

ΠΙΝΑΚΑΣ 69. 1^η δοκιμασία Mantoux πριν από εμβολιασμό με 1^η δόση BCG

		BCG 1 ^η δόση	
		Όχι	Ναι
Mantoux 1 ^η δοκιμασία προ BCG	Όχι	35	35
	Ναι	13	5

ΠΙΝΑΚΑΣ 70. Mantoux- αποτελέσματα

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
Αρνητικά	10	11,4	55,6
Άγνωστο αποτέλεσμα	8	9,1	44,4
Σύνολο	18	20,5	100,0
Missing System	70	79,5	
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 71. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας b - 1^η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Όχι	53	60,2	55,6 – 64,8
Ναι	35	39,8	35,2 - 44,4
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 72. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας b - 2^η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Όχι	58	65,9	61,4 – 70,4
Ναι	30	34,1	29,6 - 38,6
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 73. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας b- 3^η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Όχι	62	70,5	66,2 – 74,8
Ναι	26	29,5	25,2 – 33,8
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 74. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας b – 4^η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Όχι	65	73,9	69,8 – 78,0
Ναι	23	26,1	22,0 – 30,2
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 75. Αιμόφιλος ινφλουέντσας τύπου b - 1 έγκυρη δόση έως 1 έτους (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Εμβολιασμένα, έγκυρα (6-12 μηνών)	30	34,1	34,1	34,1	29,6 – 38,6
Εμβολιασμένα, με καθυστέρηση (>1 έτους)	5	5,7	5,7	39,8 35,2 – 44,4	2,9 – 8,1
Ανεμβολίαστα	53	60,2	60,2	100,0	55,6 – 64,8
Σύνολο	88	100,0	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 76. Αιμόφιλος ινφλουέντσας τύπου b - 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Εμβολιασμένα, έγκυρα (6-12 μηνών)	22	25,0	25,6	21,5 – 29,7
Εμβολιασμένα, με καθυστέρηση (>1 έτους)	4	4,5	4,7	2,7 – 6,7
Ανεμβολίαστα	60	68,2	69,8	65,5 – 74,1
Σύνολο	86	97,7	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα, νομίμως (< 6 μηνών)	2	2,3	
Σύνολο		88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 77. Αιμόφιλος ινφλουέντσας τύπου b - 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Εμβολιασμένα, έγκυρα	20	22,7	23,8	19,8 – 27,8
Εμβολιασμένα, με καθυστέρηση	3	3,4	3,6	
Ανεμβολίαστα	61	69,3	72,6	68,4 – 76,8
Σύνολο	84	95,5	100,0	
Missing	Ανεμβολίαστα, νομίμως	4	4,5	
Σύνολο		88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 78. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας τύπου b - 3 έγκυρες δόσεις έως 1 έτους για παιδιά 1 – 5 ετών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης (95%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Εμβολιασμένα, έγκυρα-σε ηλικία έως 1 έτους	18	20,5	54,5	49,2 – 59,6	54,5
Εμβολιασμένα, σε ηλικία >1 έτους	3	3,4	9,1	5,7 – 12,0	63,6 ΔΕ95%: 59,1 – 68,1
Εμβολιασμένα, έγκυρα – σε ηλικία >5 ετών	5	5,7	15,2	11,1 – 18,9	78,8 ΔΕ95%: 75,0– 82,6
Ανεμβολίαστα, ηλικίας 1-5 ετών	7	8,0	21,2	16,6 – 25,4	100,0
Σύνολο	33	37,5	100,0		
Missing					
Ανεμβολίαστα, ηλικίας > 5 ετών	53	60,2			
Ανεμβολίαστα, έγκυρα, ηλικίας <6 μηνών	2	2,3			
Σύνολο	55	62,5			
Σύνολο	88	100,0			

ΠΙΝΑΚΑΣ 79. Αιμόφιλος Ινφλουέντσας τύπου b - 4 έγκυρες δόσεις έως 2 ετών για παιδιά 1 – 5 ετών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Εμβολιασμένα, 12-24 μηνών	16	18,2	51,6	46,9 – 56,3	51,6
Εμβολιασμένα, > 2 ετών	2	2,3	6,5		58,1 ΔΕ95%:53,5 – 62,7
Εμβολιασμένα, >5 ετών	5	5,7	16,1		74,2 ΔΕ95%: 70,1 – 78,3
Ανεμβολίαστα, 2-5 ετών	8	9,1	25,8	21,0 – 30,3	100,0
Σύνολο	31	35,2	100,0		
Missing					
Ανεμβολίαστα, >5 ετών	53	60,2			
Ανεμβολίαστα, < 1 έτους	4	4,5			
Σύνολο	57	64,8			
Σύνολο	88	100,0			

ΠΙΝΑΚΑΣ 80. Αιμόφιλος 1 δόση για παιδιά 1-5 ετών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Όχι	4	13,8	
Ναι	25	86,2	83,0 – 89,4
Σύνολο	29	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 81. 1 δόση Αιμόφιλου για παιδιά 2 μηνών μέχρι 5 ετών

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
	Όχι	5	5,7	16,7
	Ναι	25	28,4	83,3
	Σύνολο	30	34,1	100,0
Missing	System	58	65,9	
Σύνολο		88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 82. 1 δόση Αιμόφιλου για παιδιά άνω των 5 ετών

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
	Όχι	48	54,5	82,8
	Ναι	10	11,4	17,2
	Σύνολο	58	65,9	100,0
Missing	System	30	34,1	
Σύνολο		88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 83. Ηπατίτιδα Α -1^η δόση (κάθε ηλικία)

	Ηπατίτιδα Α	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
1 ^η δόση	Όχι	86	97,7
	Ναι	2	2,3
2 ^η δόση	Όχι	86	97,7
	Ναι	2	2,3
3 ^η δόση	Όχι	88	100,0
	Ναι	0	0,00

ΠΙΝΑΚΑΣ 84. Γρίπη – 1 δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	87	98,9
Ναι	1	1,1
Σύνολο	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 85. Μηνιγγιτιδόκοκκος C - 1 δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Όχι	72	81,8	78,2 – 85,4
Ναι	16	18,2	14,6 – 21,8
Σύνολο	88	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 86. Μηνιγγιτιδόκοκκος A+C -1 δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	87	98,9
Ναι	1	1,1
Σύνολο	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 87. Πνευμονιόκοκκος – 1 δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 88. Infanrix

	Infanrix 1η δόση	Infanrix 2η δόση	Infanrix 3η δόση	Infanrix 4η δόση	Infanrix 5η δόση	Infanrix 6η δόση
Ναι	4 (4.5%)	3 (3.4%)	5 (5.7%)	11 (12.5%) ΔΕ95%: 9,4-15,6	6 (6.8%)	0 (0%)
Όχι	84 (95.5%)	85 (96.6%)	83 (94.3%)	77 (87.5%)	82 (93.2%)	88 (100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 89. Tetracoq

	Tetracoq 1η δόση	Tetracoq 2η δόση	Tetracoq 3η δόση	Tetracoq 4η δόση	Tetracoq 5η δόση	Tetracoq 6η δόση
Ναι	4 (4.5%)	5 (5.7%)	2 (2.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Όχι	84 (95.5%)	83 (94.3%)	86 (97.7%)	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 90. Infanrix-IPV

	Infanrix-IPV 1η δόση	Infanrix-IPV 2η δόση	Infanrix-IPV 3η δόση	Infanrix-IPV 4η δόση	Infanrix-IPV 5η δόση	Infanrix-IPV 6η δόση
Ναι	3 (3.4%)	3 (3.4%)	2 (2.3%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	0 (0%)
Όχι	85 (96.6%)	85 (96.6%)	86 (97.7%)	87 (98.9%)	87 (98.9%)	88 (100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 91. Infanrix-HepB

	Infanrix-HepB 1η δόση	Infanrix-HepB 2η δόση	Infanrix-HepB 3η δόση	Infanrix-HepB 4η δόση	Infanrix-HepB 5η δόση	Infanrix-HepB 6η δόση
Ναι	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Όχι	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 92. Infarix-IPV-Hib

	Infarix-IPV-Hib 1η δόση	Infarix-IPV-Hib 2η δόση	Infarix-IPV-Hib 3η δόση	Infarix-IPV-Hib 4η δόση	Infarix-IPV-Hib 5η δόση	Infarix-IPV-Hib 6η δόση
Ναι	1 (1.1%)	1 (1.1%)	1 (1.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Όχι	87 (98.9%)	87 (98.9%)	87 (98.9%)	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 93. Infarix-IPV-HepB

	Infarix-IPV-HepB 1η δόση	Infarix-IPV-HepB 2η δόση	Infarix-IPV-HepB 3η δόση	Infarix-IPV-HepB 4η δόση	Infarix-IPV-HepB 5η δόση	Infarix-IPV-HepB 6η δόση
Ναι	1 (1.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Όχι	87 (98.9%)	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 94. Infarix-IPV-Hib-HepB

	Infarix-IPV-Hib-HepB 1η δόση	Infarix-IPV-Hib-HepB 2η δόση	Infarix-IPV-Hib-HepB 3η δόση	Infarix-IPV-Hib-HepB 4η δόση	Infarix-IPV-Hib-HepB 5η δόση	Infarix-IPV-Hib-HepB 6η δόση
Ναι	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Όχι	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)	88 (100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 95. Φορέας DT/P 1η δόση (κάθε ηλικία)

Φορέας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
ΙΚΑ	19	21,6	26,0	21,9 – 30,1
ΠΙΚΠΑ	4	4,5	5,5	3,4 – 7,6
Άλλο Δημόσιο	1	1,1	1,4	0,3 – 2,5
Ιδιώτης	15	17,0	20,5	16,7 – 24,3
Άλλος Φορέας/Στο εξωτερικό	34	38,6	46,6	41,9 – 51,3
Σύνολο	73	83,0	100,0	
Ανεμβολίαστα	15	17,0		
Σύνολο	88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 96. Φορέας DT/P 4η δόση (κάθε ηλικία)

Φορέας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
ΙΚΑ	21	23,9	32,8	28,4 – 37,2
ΠΙΚΠΑ	5	5,7	7,8	5,3 – 10,3
Άλλο Δημόσιο	2	2,3	3,1	1,5 – 4,7
Ιδιώτης	9	10,2	14,1	10,8 – 17,4
Άλλος Φορέας/Στο εξωτερικό	27	30,7	42,2	37,6 – 46,8
Σύνολο	64	72,7	100,0	
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	9	10,2		
Ανεμβολίαστα	15	17,0		
Σύνολο	24	27,3		
Σύνολο	88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 97. Φορέας DT/P 5η δόση (κάθε ηλικία)

Φορέας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
ΙΚΑ	11	12,5	26,8	22,6 – 31,0
ΠΙΚΠΑ	1	1,1	2,4	1,0 – 3,8
Άλλο Δημόσιο	1	1,1	2,4	1,0 – 3,8
Ιδιώτης	6	6,8	14,6	11,3 – 17,9
Άλλος Φορέας/Στο εξωτερικό	19	21,6	46,3	41,6 – 51,0
Άγνωστος φορέας	3	3,4	7,3	
Σύνολο	41	46,6	100,0	
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	32	36,4		
Ανεμβολίαστα	15	17,0		
Σύνολο	47	53,4		
Σύνολο	88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 98. Φορέας DT/P 6η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Missing	5	5,7
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	68	77,3
Ανεμβολίαστα	15	17,0
Σύνολο	83	94,3
Σύνολο	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 99. Φορέας Mantoux- 1ος έλεγχος (κάθε ηλικία)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
	ΙΚΑ	3	3,4	16,7	13,2 – 20,2
	ΠΙΚΠΑ	3	3,4	16,7	13,2 – 20,2
	Άλλο Δημόσιο	5	5,7	27,8	23,6 – 32,0
	Ιδιώτης	7	8,0	38,9	34,3 – 43,5
	Σύνολο	18	20,5	100,0	
Missing	Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	55	62,5		
	Ανεμβολίαστα	15	17,0		
	Σύνολο	70	79,5		
Σύνολο		88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 100. Φορέας BCG 1η δόση (κάθε ηλικία)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
	Κέντρο Υγείας/Αγροτικό Ιατρείο	1	1,1	2,5	1,0 – 4,0
	ΙΚΑ	2	2,3	5,0	3,0 – 7,0
	Άλλο Δημόσιο	4	4,5	10,0	7,2 – 12,8
	Ιδιώτης	2	2,3	5,0	3,0 – 7,0
	Άλλος Φορέας/Στο εξωτερικό	31	35,2	77,5	73,6 – 81,4
	Σύνολο	40	45,5	100,0	
Missing	Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	33	37,5		
	Ανεμβολίαστα	15	17,0		
	Σύνολο	48	54,5		
Σύνολο		88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 101. Φορέας Ηλαρά/MMR 1η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Κέντρο Υγείας/Αγροτικό Ιατρείο	2	2,3	3,1	1,5 – 4,7
ΙΚΑ	20	22,7	31,3	26,9 – 35,7
ΠΙΚΠΑ	4	4,5	6,3	4,0 – 8,6
Άλλο Δημόσιο	3	3,4	4,7	2,7 – 6,7
Ιδιώτης	10	11,4	15,6	12,2 – 19,0
Άλλος Φορέας/Στο εξωτερικό	22	25,0	34,4	29,9 – 38,9
Άγνωστος φορέας	3	3,4	4,7	2,7 – 6,7
Σύνολο	64	72,7	100,0	
Missing				
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	9	10,2		
Ανεμβολίαστα	15	17,0		
Σύνολο	24	27,3		
Σύνολο	88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 102. Φορέας Ιλαρά/MMR 2η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Κέντρο Υγείας/Αγροτικό Ιατρείο	2	2,3	8,0	5,5 – 10,5
ΙΚΑ	11	12,5	44,0	39,3 – 48,7
ΠΙΚΠΑ	3	3,4	12,0	8,9 – 15,1
Ιδιώτης	6	6,8	24,0	20,0 – 28,0
Άλλος Φορέας/Στο εξωτερικό	2	2,3	8,0	5,5 – 10,5
Άγνωστος φορέας	1	1,1	4,0	2,2 – 5,8
Σύνολο	25	28,4	100,0	
Missing				
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	48	54,5		
Ανεμβολίαστα	15	17,0		
Σύνολο	63	71,6		
Σύνολο	88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 103. Φορέας Αιμόφιλος 1η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
ΙΚΑ	20	22,7	57,1	52,5 – 61,7
ΠΙΚΠΑ	2	2,3	5,7	3,5 – 7,9
Άλλο Δημόσιο	1	1,1	2,9	1,3 – 4,5
Ιδιώτης	12	13,6	34,3	29,8 – 38,8
Σύνολο	35	39,8	100,0	
Missing				
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	38	43,2		
Ανεμβολίαστα	15	17,0		
Σύνολο	53	60,2		
Σύνολο	88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 104. Φορέας Ηπατίτιδα Β - 1η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
ΙΚΑ	23	26,1	36,5	32,0 – 41,0
ΠΙΚΠΑ	4	4,5	6,3	4,0 – 8,6
Άλλο Δημόσιο	4	4,5	6,3	4,0 – 8,6
Ιδιώτης	12	13,6	19,0	15,3 – 22,7
Άλλος Φορέας/Στο εξωτερικό	18	20,5	28,6	24,4 – 32,8
Άγνωστος φορέας	2	2,3	3,2	1,5 – 4,9
Σύνολο	63	71,6	100,0	
Missing				
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	10	11,4		
Ανεμβολίαστα	15	17,0		
Σύνολο	25	28,4		
Σύνολο	88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 105. Φορέας Ηπατίτιδα Α - 1η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Ιδιώτης	2	2,3	100,0	0,9 – 3,7
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	71	80,7		
Ανεμβολίαστα	15	17,0		
Σύνολο	86	97,7		
Σύνολο	88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 106. Φορέας Μηνιγγιτιδόκοκκου A+C - 1η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Ιδιώτης	1	1,1	100,0	0,1 – 2,1
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	72	81,8		
Ανεμβολίαστα	15	17,0		
Σύνολο	87	98,9		
Σύνολο	88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 107. Φορέας Μηνιγγιτιδόκοκκου C - 1η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Διάστημα Εμπιστοσύνης 95%
Κέντρο Υγείας/Αγροτικό Ιατρείο	2	2,3	12,5	9,4 – 15,6
Ιδιώτης	13	14,8	81,3	77,6 – 85,0
Άγνωστος φορέας	1	1,1	6,3	4,0 – 8,6
Σύνολο	16	18,2	100,0	
Missing				
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	57	64,8		
Ανεμβολίαστα	15	17,0		
Σύνολο	72	81,8		
Σύνολο	88	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 108. Φορέας Πνευμονιόκοκκου - 1η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	88	100,0
Σύνολο	88	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 109. Φορέας Γρίπη - 1η δόση (κάθε ηλικία)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άγνωστος φορέας	1	1,1
Δεν έχει γίνει εμβολιασμός	72	81,8
Ανεμβολίατα	15	17,0
Σύνολο	87	98,9
Σύνολο	88	100,0

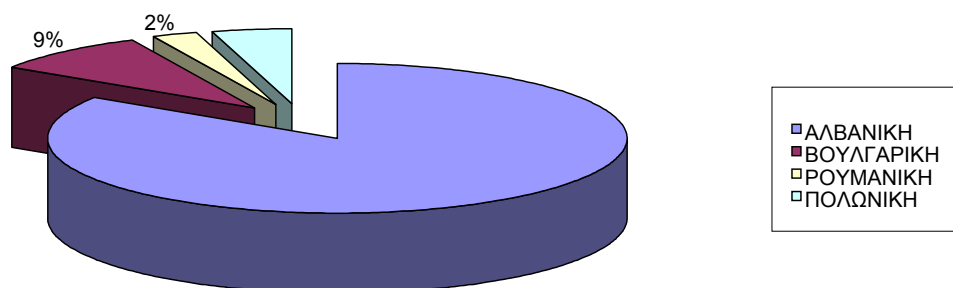
ΠΙΝΑΚΑΣ 110. Συγκεντρωτικός πίνακας των κυριότερων δεικτών εμβολισμού της μελέτης

	3 δόσεις έως 1 έτους	3 δόσεις (κάθε ηλικία)	4 δόσεις έως 2 ετών	4 δόσεις (κάθε ηλικία)	5 δόσεις (κάθε ηλικία)	1 δόση έως 2 ετών	1 δόση (κάθε ηλικία)	2 δόσεις (κάθε ηλικία)
DTP	76,6%	82,6%	40,5%	72,6%	55,4%			
Πολιομυελίτιδα	77,9%	82,6%	59%	73,5%	55,4%			
Αιμ. ινφλουέντσας b	54,5%	78,8%	51,6%	58,1%				
Γαρά						50,6%	79,5%	24,6%
Ερυθρά						34,9%	67,5%	18,5%
Παρωτίτιδα						34,9%	63,9%	18,5%
BCG							67,8%	
Ηπατίτιδα B		62,5%						

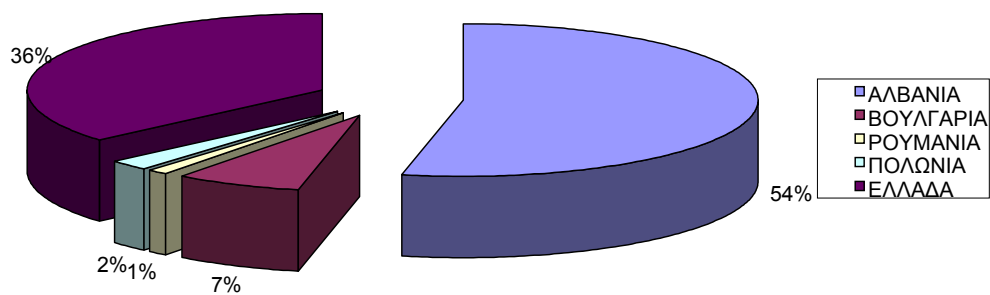
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Εθνικότητα συμμετεχόντων στη μελέτη	196
ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Τόπος γέννησης συμμετεχόντων στη μελέτη	196
ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Πιστοποιητικό καταγραφής εμβολιασμών	197
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. Εμβολιαστική κάλυψη με DTP, επιλεγμένοι δείκτες, Γάζι, 2004	197
ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Εμβολιαστική κάλυψη για πολιομυελίτιδα, επιλεγμένοι δείκτες, Γάζι, 2004	198
ΓΡΑΦΗΜΑ 6. Εμβολιαστική κάλυψη για ιλαρά, ερυθρά και παρωτίτιδα, επιλεγμένοι δείκτες, Γάζι, 2004	198
ΓΡΑΦΗΜΑ 7. Εμβολιαστική κάλυψη με BCG και ηπατίτιδα Β, Γάζι, 2004	199
ΓΡΑΦΗΜΑ 8. Εμβολιαστική κάλυψη για αιμόφιλο της ινφλουέντσας b, επιλεγμένοι δείκτες, Γάζι, 2004	199
ΓΡΑΦΗΜΑ 9. Φορέας διενέργειας εμβολιασμών με DTP, επιλεγμένοι δείκτες, κάθε ηλικία, Γάζι, 2004	200
ΓΡΑΦΗΜΑ 10. Φορέας διενέργειας εμβολιασμών με BCG και διενέργεια Mantoux, επιλεγμένοι δείκτες, κάθε ηλικία, Γάζι, 2004	201
ΓΡΑΦΗΜΑ 11. Φορέας διενέργειας εμβολιασμών για ιλαρά, κάθε ηλικία, Γάζι, 2004	202

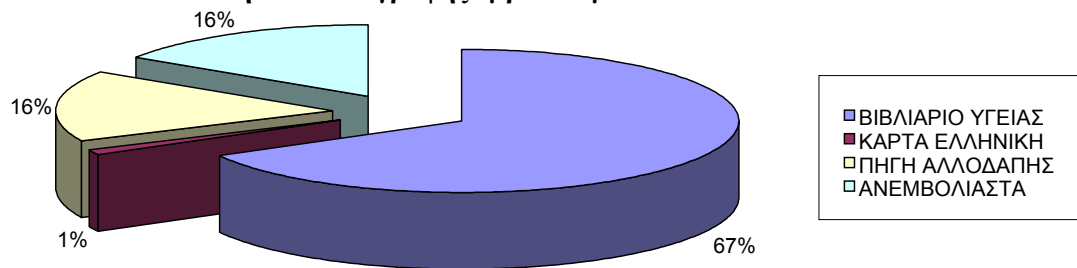
ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Εθνικότητα συμμετεχόντων στη μελέτη



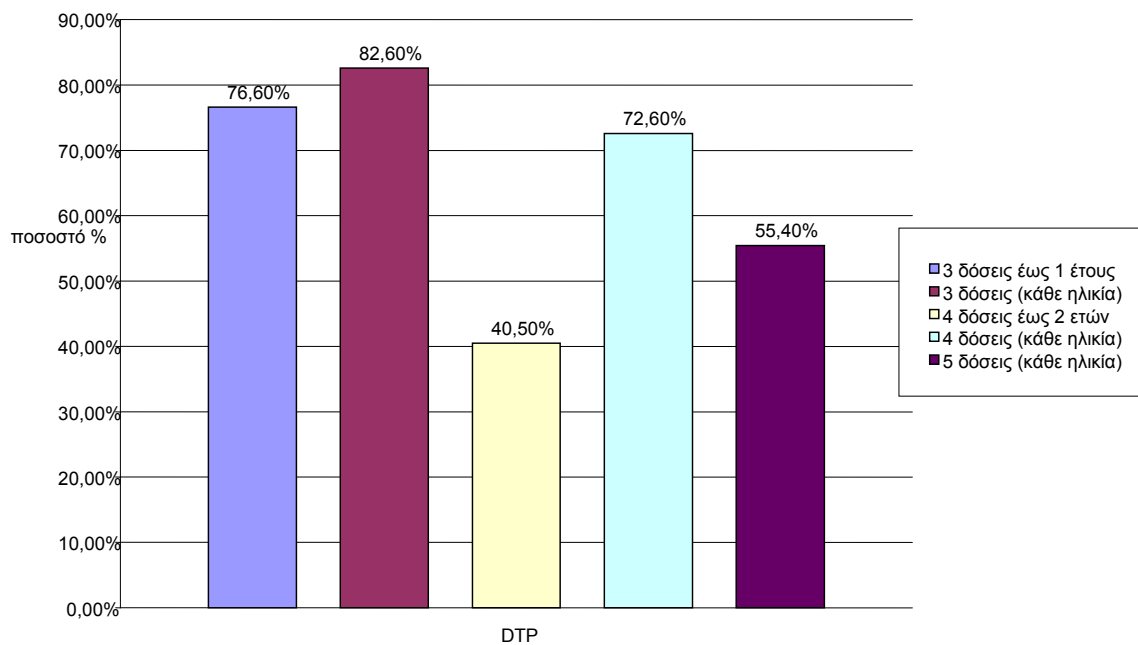
ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Τόπος γέννησης συμμετεχόντων στη μελέτη



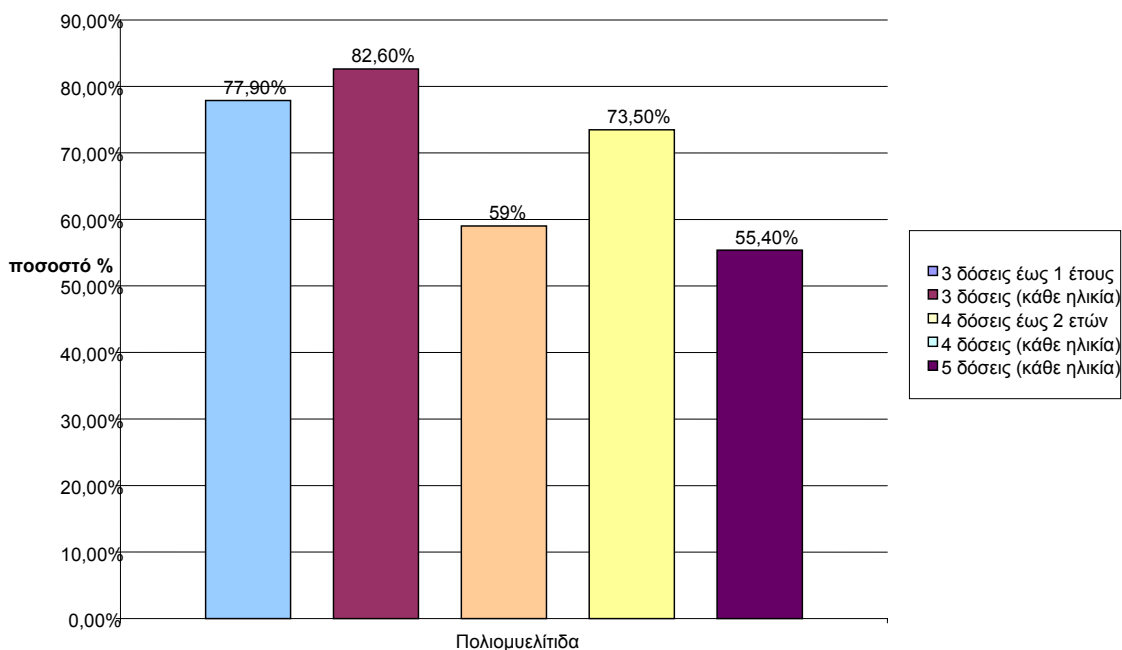
ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Πιστοποιητικό καταγραφής εμβολιασμών



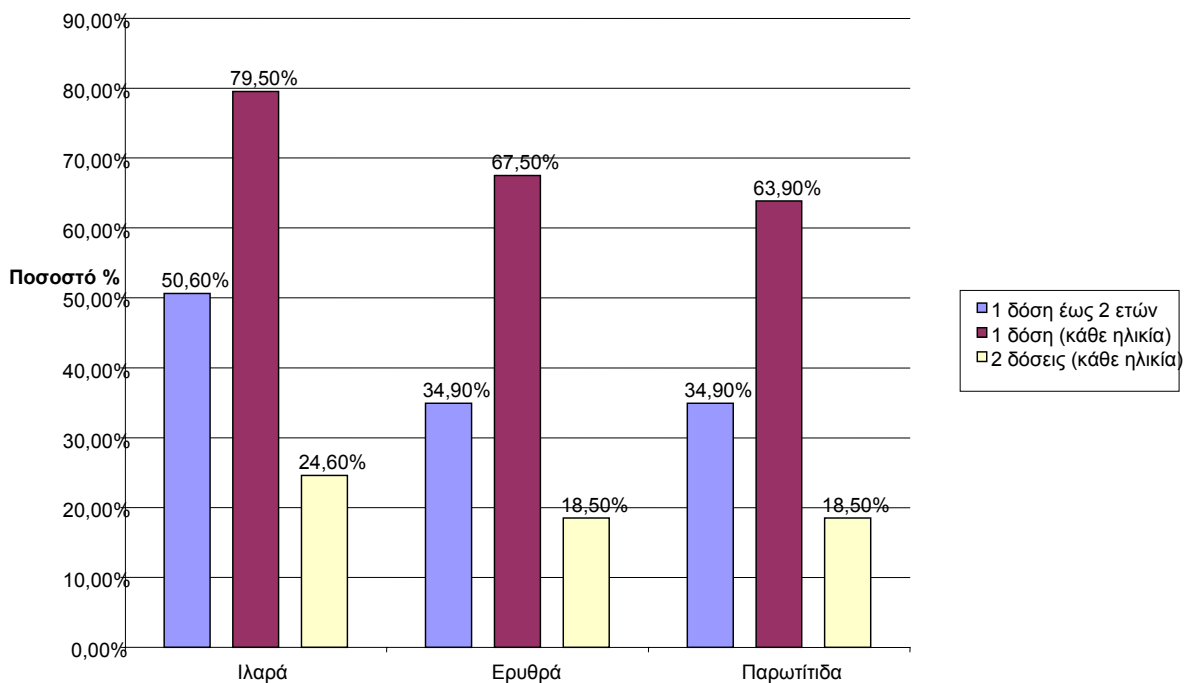
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. Εμβολιαστική κάλυψη με DTP, επιλεγμένοι δείκτες, Γάζι, 2004



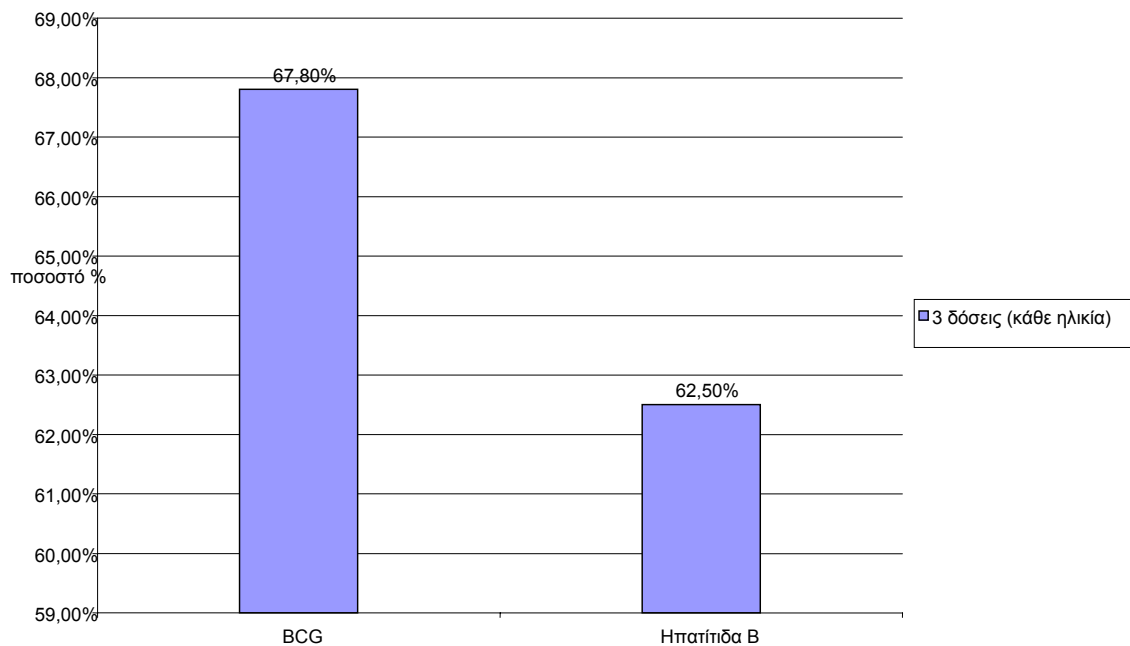
ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Εμβολιαστική κάλυψη για πολιομυελίτιδα, επιλεγμένοι δείκτες, Γάζι, 2004



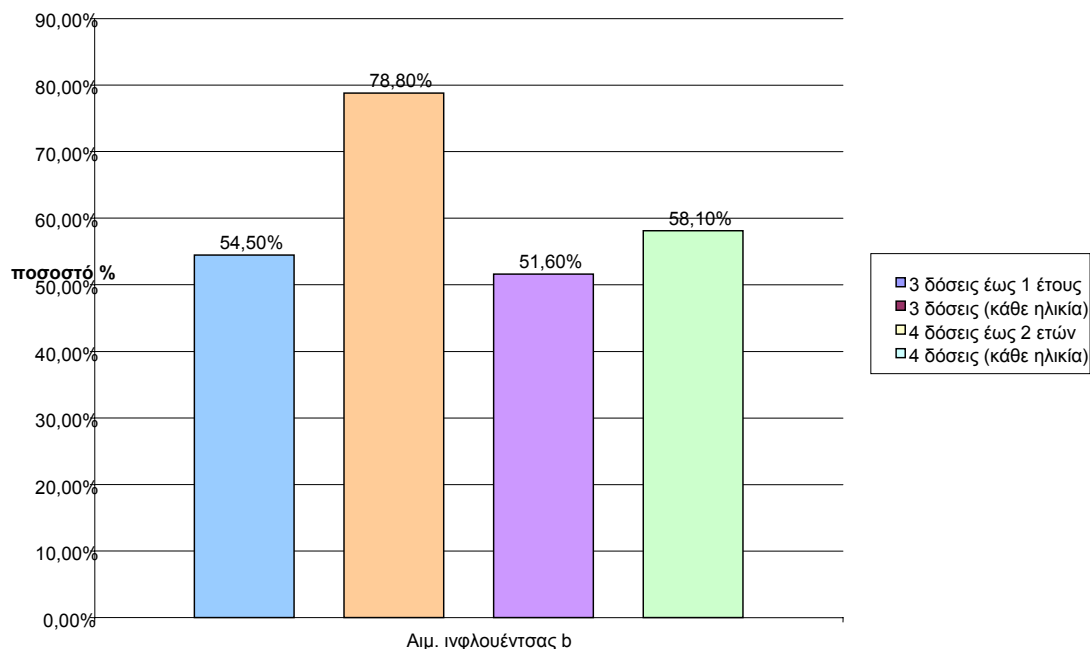
ΓΡΑΦΗΜΑ 6. Εμβολιαστική κάλυψη για ιλαρά, ερυθρά και παρωτίτιδα, επιλεγμένοι δείκτες, Γάζι, 2004



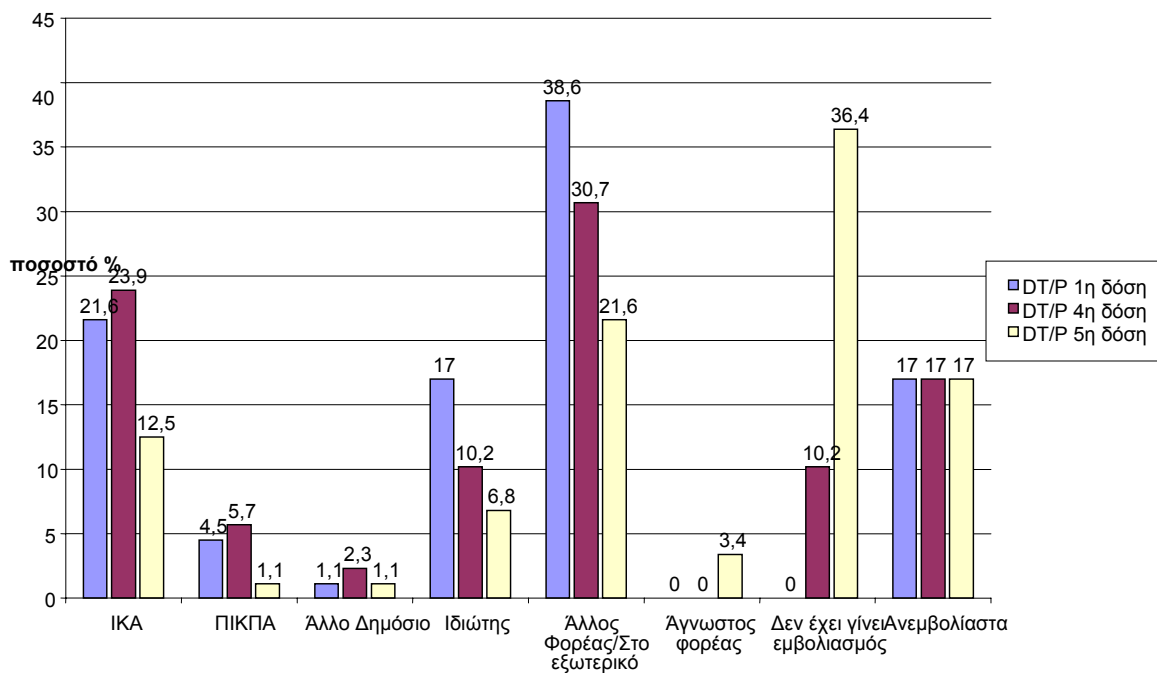
ΓΡΑΦΗΜΑ 7. Εμβολιαστική κάλυψη με BCG και ηπατίτιδα Β, Γάζι, 2004



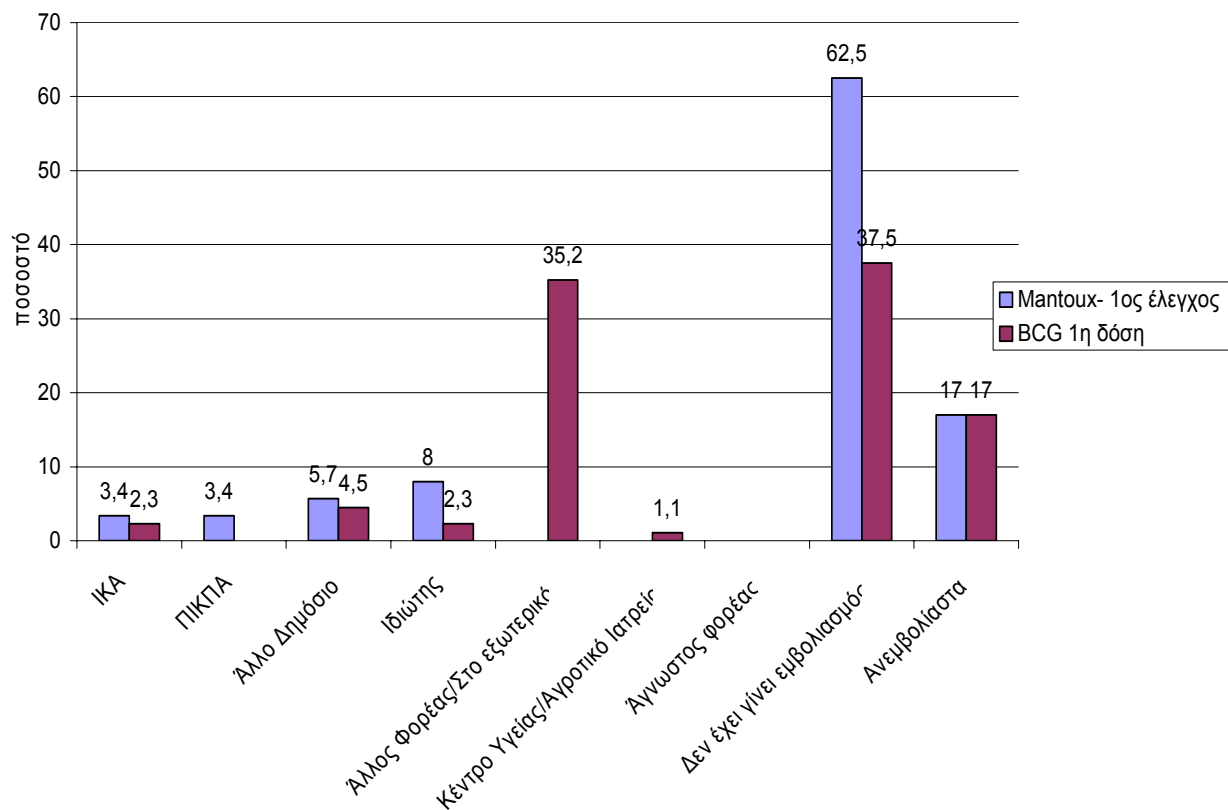
ΓΡΑΦΗΜΑ 8. Εμβολιαστική κάλυψη για αιμόφιλο της ινφλουέντσας b, επιλεγμένοι δείκτες, Γάζι, 2004



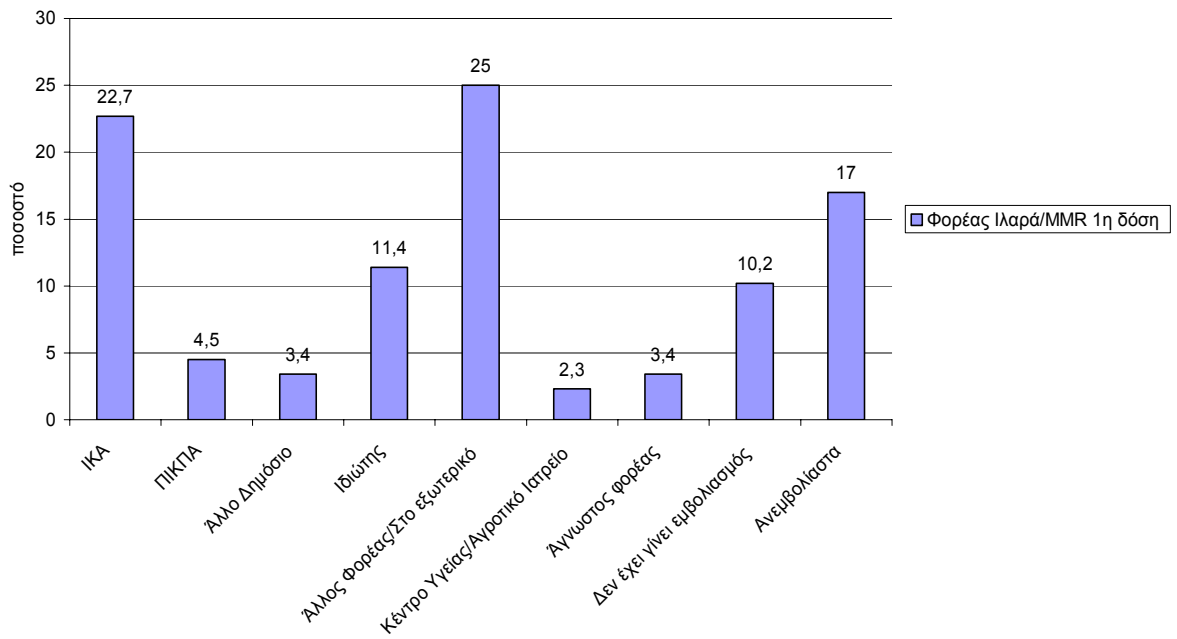
ΓΡΑΦΗΜΑ 9. Φορέας διενέργειας εμβολιασμών με DTP, επιλεγμένοι δείκτες, κάθε ηλικία, Γάζι, 2004



ΓΡΑΦΗΜΑ 10. Φορέας διενέργειας εμβολιασμών με BCG και διενέργεια Mantoux, επιλεγμένοι δείκτες, κάθε ηλικία, Γάζι, 2004

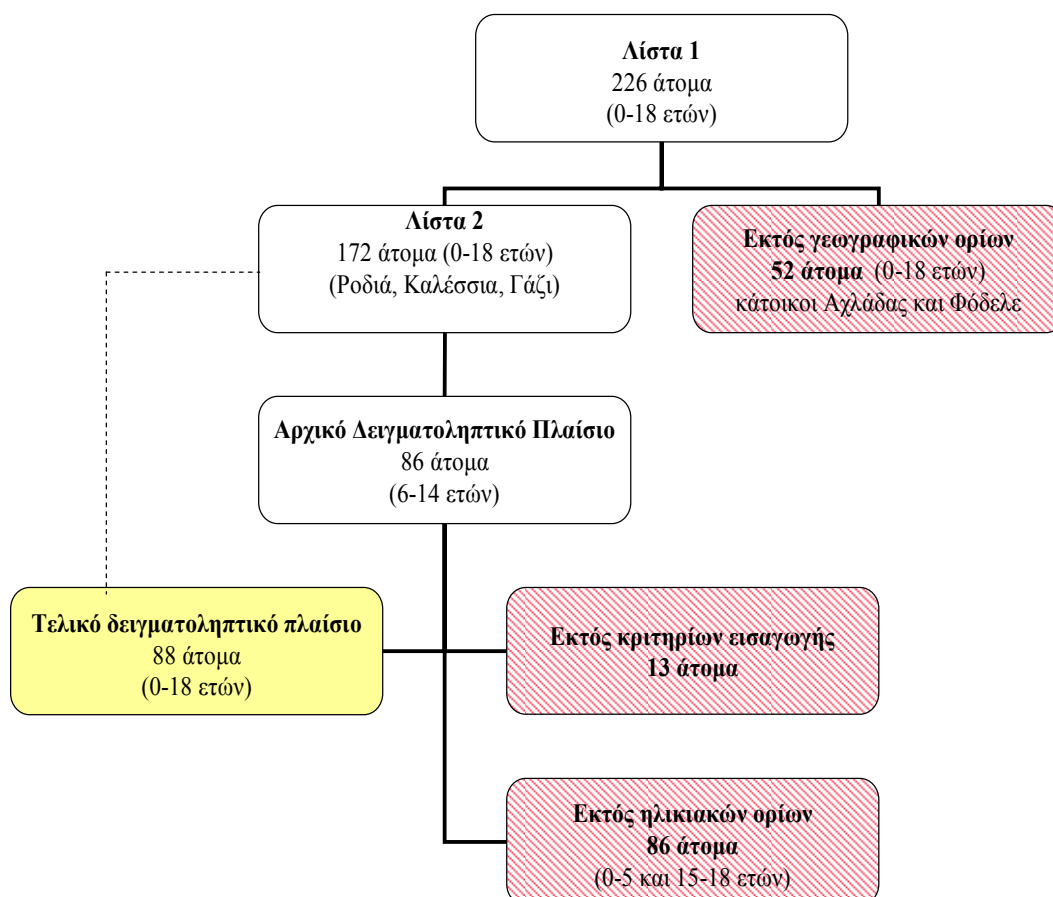


ΓΡΑΦΗΜΑ 11. Φορέας διενέργειας εμβολιασμών για ιλαρά, κάθε ηλικία, Γάζι, 2004



ΣΧΗΜΑΤΑ

ΣΧΗΜΑ 1. Ταυτοποίηση δείγματος μελέτης



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΦΥΛΛΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ

ΑΑ

- ▶ Επώνυμο & Όνομα παιδιού:
- ▶ Επώνυμο & Όνομα Κηδεμόνα: ▶ Εθνικότητα:
- ▶ 1. Μητέρα Κωδικός*:..... 2. Πατέρας
- ▶ Ημερομηνία γέννησης [HMG]:/...../..... ▶ Φύλο [FYLO]: 1. ΑΓΟΡΙ 2. ΚΟΡΙΤΣΙ
- ▶ Τόπος γέννησης [POB] ▶ Σχολείο [SCH] 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ
- ▶ Τάξη [CLASS]:

*Ο κωδικός που δίνεται στη μητέρα από την παράλληλη μελέτη της κ. Κούτρα. Θα χρησιμοποιηθεί για τη διασύνδεση των 2 αρχείων.

- ▶ Υπεύθυνος καταγραφής εμβολίων [YPE]:
- ▶ Ημερομηνία καταγραφής (παραλαβής Βιβλ. Υγείας) [HMP]:/...../.....

- ▶ Καταγραφή από [KATAGR]: 1. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ 2. ΚΑΡΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ 3. ΠΗΓΗ ΑΛΛΟΔΑΠΗΣ
- ▶ Βάρος γέννησης στο Βιβλιάριο Υγείας [BGN]: γραμ. X. ΔΕΝ καταγράφεται

Εμβολιασμοί που έχουν γίνει (ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΙΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΚΑΡΤΑ ΕΜΒΟΛΙΩΝ)

Εμβολιασμός για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκκύτη, πολιομυελίτιδα

	1η Δόση	2η Δόση	3η Δόση	4η Δόση	5η Δόση	6η Δόση	O X I	
ΤΡΙΠΛΟ (DTP ή DTaP)							X	[TR-]
ΔΙΠΛΟ (DT ή Td)							X	[DI-]
ΑΝΤΙΤΕΤΑΝΙΚΟ (Te)							X	[TE-]
ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ (OPV ή IPV, Sabin ή Salk)							X	[PO-]

Ειδικές μορφές ή συνδυασμοί εμβολίων για διφθερίτιδα-τέτανο-κοκκύτη *

	1η Δόση	2η Δόση	3η Δόση	4η Δόση	5η Δόση	6η Δόση	O X I	
Infanrix DTaP	1	1	1	1	1	1	X	[INF A-]
Tetracoq DTP-IPV	1	1	1	1	1	1	X	[TE QO-]
Infanrix-IPV DTaP-IPV, Tetravac	1	1	1	1	1	1	X	[INI P-]
Infanrix-HepB DTaP-HepB	1	1	1	1	1	1	X	[INH B-]
Infanrix-IPV-HiB DTaP-IPV-HepB	1	1	1	1	1	1	X	[NP HI-]
Infanrix-IPV-HepB DTaP-IPV-Hib, Penta	1	1	1	1	1	1	X	[NP HB-]
Infanrix-IPV-Hib- HepB Hexa	1	1	1	1	1	1	X	[HE XA-]

* Αφορούν τη μορφή εμβολίου με την οποία έγινε η αντίστοιχη δόση εμβολιασμού με DTP/DTaP.

Δοκιμασία Μαντουχ και εμβόλιο BCG

Φυματινοαντίδραση (Mantoux) <i>Πριν από BCG</i>	<i>Ημ/νία</i> <i>πρώτης</i>	<i>Ημ/νία</i> <i>τελευτ.</i>	<i>Νο.</i> <i>δοκιμασιώ</i> <i>υ</i>	Αποτελέσματα 1. Όλα αρνητικά 2. Τουλάχιστον ένα θετικό 9. Τουλάχιστον ένα ΑΓΝΩΣΤΟ	X	[MA-]
B.C.G.					X	[BCC -]

Εμβολιασμός για ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα

	1η Δόση	2η Δόση	3η Δόση	O X I	
Ιλαράς (Measles, Rougeole, Rouvac)				X	[IL-]
Ερυθράς (Rubella, Rubeole)				X	[ER-]
Παρωτίτιδας (Mumps, Oreillons)				X	[PA-]
M.M.R. (MMR-II, Priorix)				X	[MMR-]

Εμβολιασμός για άλλα νοσήματα

	1η Δόση	2η Δόση	3η Δόση	4η Δόση	O X I	
Αιμόφιλου Ινφλ.-b (Act-HIB, Hib-Titer, Hiberix, HIB)					X	[HIB]
Ηπατίτιδας Β (Engerix, Recombivax, HepB, HBV)					X	[HB V-]
Ηπατίτιδας Α (Havrix, Vaqta, HepA, HAV)					X	[HA V-]
Μηνιγγιτιδόκοκκου A+C (Meningo A+C, Menomune)					X	[MN P-]
Μηνιγγιτιδόκοκκου C (Meningitec, Neisvac-C)					X	[MN C-]
Πνευμονιόκοκκου (PNU-immune 23, Pneumo 23)					X	[PNP -]
Γρίπης (Vaxigrip, Fluraxix, Agrippal, Influvac)	Ημ/νία πρώτης δόσης	Ημ/νία τελευταίας δόσης	<i>Νο. δόσεων</i>		X	[GRI -]

Συνδυασμοί εμβολίων για άλλα νοσήματα

	1η Δόση	2η Δόση	3η Δόση	4η Δόση	O X I	
Εμβόλιο Hib+HepB * (Procomvac)	1	1	1	1	X	[HI HB-]
Εμβόλιο HepB+HepA † (Twinrix)	1	1	1	1	X	[T WI N-]

* Αφορά τη μορφή εμβολίου με την οποία έγινε η αντίστοιχη δόση εμβολιασμού με Hib.

† Αφορά τη μορφή εμβολίου με την οποία έγινε η αντίστοιχη δόση εμβολιασμού με HepB.

Φορέας που διενήργησε τους εμβολιασμούς (ΑΠΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ / ΚΑΡΤΑ Ή ΜΕ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΗ ΓΟΝΕΑ)

	ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ	ΑΤΝΩΣΤΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	Τμήμα Υγιεινής Νοσηλείας	□□□□□□ □□□□□□ /□□□□.	□□□□□□□□ Δημόσιος φορέας	ΙΚΑ ΠΙΚΠΑ	Άλλο Δημόσιο	84%	□□□□□□ □□□□□□ / □□□□□□	
DT/P - 1η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FD T1]
DT/P - 4η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FD T4]
DT/P - 5η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FD T5]
DT/P - 6η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FD T6]
Mantoux - 1ος έλεγχος	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FM A1]
BCG - 1η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FBC G1]
Ιλ./MMR - 1η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FIL 1]
Ιλ./MMR - 2η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FIL 2]
Αιμοφιλ. - 1η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FHI B1]
Ηπατ.Β - 1η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FHB V1]
Ηπατ.Α - 1η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FHA V1]
Μηνιγγιτιδοκ.Α+C - 1η δ.	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FM NP1]
Μηνιγγιτιδοκ. C - 1η δ.	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FM NC1]
Πνευμονιοκ. - 1η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FPN P1]
Γρίπης. - 1η δόση	0	9	1	2	3	4	5	6	7	[FGR P1]

Δήλωση συμμετοχής στα Ελληνικά



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
UNIVERSITY OF CRETE

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
FACULTY OF MEDICINE



Τ.Θ. 1393, Ηράκλειο Κρήτη

P.O.Box 1393, Heraklion Crete, Greece

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
«Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Επιθυμώ να συνεργαστώ με τους ειδικούς επιστήμονες και να ενημερωθώ υπεύθυνα από αυτούς για τις ελλείψεις των εμβολίων των παιδιών μου.

Τα στοιχεία μου είναι:

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΠΕΡΙΟΧΗ: _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

Δήλωση Συμμετοχής στα Βουλγάρικα

КРИТСКИ УНИВЕРСИТЕТ ФАКУЛТЕТ ПО МЕДИЦИНА

Пощенски Код 1393, гр. Ираклио, Крит

**ΟΤΔΕΛ ΠΟ ΣΟЦΙΑΛΝΑ ΜΕΔΙΣΙΝΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΑ ΠΟ ΣΛΕΔΔΙΠΛΟΜΝΟ ΟΒΥΧΕΝΙΕ
“Οβщественο Здраве и Администрация на Здравните Служби”**

ΔΕΚΛΑΡΑЦΙΑ ЗА УЧАСТИЕ

Желая да сътруднича на компетентните учени и да бъда уведомявана отговорно от тях във връзка с ваксините, които трябва да бъдат направени на моите деца. Личните ми данни са:

ΦΑΜΙΛΝΟ ΙΜΕ: _____

ΙΜΕ: _____

ΤΕΛΕΦΟΝ: _____

ΟΒΛΑΣΤ: _____

ΒΡΟЙ НА ΔΕЦΑΤΑ: _____

ΔΑΤΑ: _____

ΔΕΚΛΑΡΙΡΑЩΑΤΑ

Δήλωση συμμετοχής στα Αλβανικά

UNIVERSITETI I KRETES
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
Kuti Postale: 1393, Iraklio Kretë Greqi

FACULTETI I MJEKESISE
TMHMA IATRIKHS
T.Θ. 1393, Ηράκλειο, Κρήτη

SEKTORI I MJEKESISE SHOQERORE
PROGRAMI PER STUDIME PASUNVERSITARE
“ Shëndeti Publik & Drejtoria e Shërbimit Shëndetësor”

KERKESE PER PJESEMARJE

Dëshiroj të bashkëpunoj me shkencëtarët e specializuar dhe të njoftohem me përgjegjësi nga ata, për mungesat e vaksinave të fëmijëve të mi.

Të dhënat e mia janë:

MBIEMRI: _____

EMRI: _____

TELEFONI: _____

LAGJIA: _____

NUMRI I FEMIJEVE: _____

DATA: _____

KERKUESJA

Δήλωση Συμμετοχής στα Ρώσικα

Υνβερситет Крита
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
Τ.Θ. 1393, Ηράκλειο, Κρήτη

Отдел Медичинны
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Прозрашна Послеуипломного Одразования

(Δήλωση) Заявка

Я желаю (συνεργαστώ) содействовать со специальными (επιστήμονες) и
проинформироваться ответственно от них для негостатков вакцинациū моūх гетеū.

Моū гата (στοιχεία)

Фамилия: _____

Уми: _____

Телефон: _____

Место жителбства: _____

Номер гетеū: _____

Ημερομηνία: _____

Η Δηλούσα

Ενημερωτικό Έντυπο στα Ελληνικά

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ

Ο τομέας Κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης κάνει μια μελέτη για να δει αν υπάρχουν ελλείψεις στον εμβολιασμό των παιδιών όλων των οικονομικών μεταναστών / αλλοδαπών που μένουν στο Δήμο Γαζίου.

Σκοπός της μελέτης είναι να μάθουν οι γονείς αν τα παιδιά τους πρέπει να κάνουν κάποια εμβόλια ή κάποιες δόσεις, ακόμη, και που και πως θα κάνουν τα εμβόλια αυτά.

Στη μελέτη αυτή θα ζητηθεί από τις μητέρες να απαντήσουν σε μερικές ερωτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που χρησιμοποιούν, και σχετικά με την προσαρμογή τους στο περιβάλλον της Ελλάδας, με σκοπό να βοηθηθούν σε κάποια προβλήματα που συναντούν

Παρακαλούνται όλες οι μητέρες παιδιών ηλικίας 0-18 ετών, που είναι οικονομικές μετανάστριες στην Ελλάδα, και μένουν στο Δήμο Γαζίου να πάρουν μέρος και να βοηθήσουν στη μελέτη αυτή.

Η μελέτη θα γίνει τον Σεπτέμβριο και τον Οκτώβριο του 2004

Υπεύθυνες: Κλειώ Κούτρα, κοινωνική λειτουργός, Ηρώ Ευλαμπίδου, γιατρός

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

Ενημερωτικό Έντυπο στα Αλβανικά

UNIVERSITETI I KRETES

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Kuti Postale: 1393, Iraklio Kretë Greqi

FACULTETI I MJEKESISE

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Τ.Θ. 1393, Ηράκλειο, Κρήτη

SEKTORI I MJEKESISE SHOQERORE

PROGRAMI PER STUDIME PASUNVERSITARE

“ Shëndeti Publik & Drejtoria e Shërbimit Shëndetësor”

NJOFTIM FORMULAR

Sektori i Mjekësisë Shoqërore të Univeritetit të Kretës bën një studim për të shikuar, në qoftë se ka mungesa në vaksinimin e fëmijëve të gjithë emigrantëve ekonomik/ të huaj, që qëndrojnë në Bashkinë e Gazit. (“ BASHKIA Ë GAZIT” = «ΔΗΜΟΣ ΓΑΖΙΟΥ»)

Arësyeja e studimit është të mësojnë prindërit në qoftë se fëmijët e tyre duhet të bëjnë disa vaksina ose disa doza, akoma, dhe ku dhe si do ti bëjnë ato vaksina.

Në këtë studim do të kërkohet nga nënat e fëmijëve, të përgjigjen në disa pyetje reth shërbimeve shoqërore që përdorin, dhe për përshtatjen e tyre në ambientin e Greqisë, për arsye që të ndihmohen në disa nga problemet që ndeshin.

I lutemi të gjitha nënave me fëmijë të moshës 0-18 vjeç, që janë enugrante ekonomike në Greqi të cilat qëndrojnë në Bashkinë e Gazit, të marrin pjesë dhe të ndihmojnë në këtë studim.

Studimi do të bëhet në Shtator dhe në Tetor të vitit 2004.

Përgjegjëset: Klio Kutra, funksionare shoqërore; Iro Evlambidhu, doktore.

Telefona komunikimi: Orët paradite nga: 9,00-14,00: Ksirojani Pegji (Funksionare Shokërore), tël2810

Kutra Klio (Funksionare Shokërore) tel:6974-423893

Orët në mbasdite nga: 18,00-20,30: Evlambidhu Iro (Doktore) tel:6977988661

Ενημερωτικό Έντυπο στα Ρώσικα

Υνβερситет Κрита
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
Τ.Θ. 1393, Ηράκλειο, Κρήτη

Отгел Μегичинны
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Прозратша Послeгипломного Одразования

Информационнстū (έντυπο)

Отгел Социальной Μегичини ũνβερситета крита пробогить (μελέτη) цтобы узнать если есть негостатки (ελλείψεις) β βακцинациŕ гетеŕ βσех эконоμизеских эμизрантоβ/инностранцеβ которие жиβут β (Δήμο Γαζίου).

Цель этоŕ (μελέτης) это узнать рогители если их нужно βακциниροβатся или гелать ещѐ какиx то гоз βαкуин,и ещѐ, и гге и как дугут βακциниροβатся.

В этоŕ (μελέτη) дугет проситца от матери гетеŕ отβетить β некотороx βолпросаx од орзанизацияx згороβия котороx они исполѐзуют, и их агаптация β Греуи с целью помозатся β проблемаx которие у них есть.

Ποжалуŕста βсе матери гетеŕ βозраста 0-18 лет эконоμизеских эμигрантоβ β Грециŕ которие шиβут β (Δήμο Γαζίου), πρινят уагстие и иомозат β εзоŕ (μελέτη)

(Η μελέτη) дугет пробогитца β Сeнтядрбе и Октядрбе 2004 зoга.

Отβетсβенный: Клио Кутра ((сочиалбнстū λειτουργός), тел 6974423893

Βезером: с 18:00 го 20:30 Εβладигу Уро (гоктор) β 6977988661

Ανακοίνωση στα Ελληνικά

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

«Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

ΠΡΟΣ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΡΙΕΣ

Αγαπητές μητέρες, με μοναδικό κριτήριο την μητρότητα & τον τόπο κατοικίας σας στον Δήμο Γαζίου σας προσκαλούμε να δούμε μαζί τις ελλείψεις στα εμβόλια των παιδιών σας ηλικίας μέχρι 18 ετών. Έτσι, θα γνωρίζετε υπεύθυνα ποια εμβόλια πρέπει να συμπληρώσει το παιδί σας ώστε να προστατεύεται από σοβαρές αρρώστιες, που είναι πολύ εύκολο να προληφθούν με τον εμβολιασμό.

Παράλληλα θα συζητήσουμε για τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στις επαφές σας με τις υπηρεσίες υγείας.

Για το λόγο αυτό, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τις αιτήσεις συμμετοχής που βρίσκονται στο Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών, στο ΚΑΠΗ και στα Περιφερειακά Ιατρεία σε κάθε Δημοτικό Διαμέρισμα του Δήμου Γαζίου. Αφού συμπληρώσετε την αίτηση, θα την αφήσετε στον ίδιο χώρο. Εμείς θα επικοινωνήσουμε μαζί σας τηλεφωνικά από 03-09-2004, όπου θα κλείνουμε ραντεβού για τη συνάντησή μας.

Η συμμετοχή όλων σας είναι σημαντική και δεν έχει σημασία αν διαθέτετε βιβλιário υγείας παιδιού.

Σας Ευχαριστούμε!



Για οποιαδήποτε πληροφορία μπορείτε να επικοινωνείτε στα τηλέφωνα

Πρωινές ώρες από 9.00 -14.00: Ξηρογιάννη Πέγκυ (Κοινωνική Λειτουργός) τηλ. 2810 &

Κούτρα Κλειώ (Κοιν. Λειτουργός) στο 6974423893.

Απογευματινές ώρες από 18.00 – 20.30: Ευλαμπίδου Ηρώ (Ιατρός) στο 6977988661

Ανακοίνωση στα Αλβανικά

UNIVERSITETI I KRETES

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Kuti Postale: 1393, Iraklio Kretë Greqi

FACULTETI I MJEKESISE

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

T.Θ. 1393, Ηράκλειο, Κρήτη

SEKTORI I MJEKESISE SHOQERORE

PROGRAMI PER STUDIME PASUNVERSITARE

“ Shëndeti Publik & Drejtoria e Shërbimit Shëndetësor”

NJOFTIM

PËR TË GJITA ËMIGRANTËT ËKONOMIKË

Të doushura nëna, me të vërtmin kriter të mëmërisë & vëndin e banimit tuaj në Bashkinë e Garit, ju lutemi të shikojmë bashkë mungesat e vaksinare të fëmijëve tuaj, të moshës oleri në 18 vjëç.

Kështu do të dini me përgjegjësi, cilat vaksina duhet të plotësojë fëmija tuaj, që të mbrohet nga sëmundje serioze, që është shumë e lehtë të evitohen me vaksinën.

Gjithashtu do bisedojmë për problemet që ndeshni në takimet tuaja me shërbimet shëndetësore.

Për këtë arsye, ju lutemi të plotësoni kërkesën për pjesëmarje, e cila gjëndet në Qendrën e Shërbimit të Qytëtarëve (Q.Sh.Q= K.E.Π), në K.A.Π.H. dhe në Klinikat Qarkore, në çodo lagje të Bashkisë të Gazit.

Mbasi të plotësoni kërkesën, do ta dorëzoni në të njëjtin rënd. Ne do tju marim në telefon që nga: 03-09-2004, për të lënë takinun tonë.

Pjesëmarja e të gjithë juve është ë rëndësishmë dhe nuk ka rëndësi në qoftë se nuk ju gjëndet libri i shëndetit të fëmijës.

Ju faleminderit

Për çfarëdolloj njoftimi mund të mireni vesh në këto telefona:

Orët paradite nga: 9,00-14,00: Ksirojani Pegji (Funksionarë Shokërore), tël 2810....

Kutra Klio (Funksionare Shokërore) tel:6974-423893

Orët në mbasdite nga: 18,00-20,30: Evlambidhu Iro (Doktore) tel:6977988661

ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

Δραστηριότητες	Ιούνιος				Ιούλιος				Αύγουστος				
	Εβδομάδες	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Α' φάση - Προετοιμασία													
Συνεργασία ομάδας μεταπτυχιακών φοιτητριών													
Ανακοίνωση στους υπεύθυνους καθηγητές													
Συνάντηση με την υπεύθυνη των εργαστηρίων του Τμ. Κοιν. Εργασίας για τους μετανάστες του Δ. Γαζίου για συνεργασία													
Συνάντηση με την Κ.Λ. του ΚΑΠΗ Γαζίου για πληροφόρηση και διερεύνηση συνεργασίας													
Συνάντηση με σπουδάστρια πρακτικής άσκησης του Δ. Γαζίου													
Συνάντηση με υπεύθυνο ΚΕΠ για άδεια χρήσης αρχείου μεταναστών													
Συνάντηση με τον διευθυντή της Περιφέρειας Κρήτης – τμήμα αλλοδαπών													
Σύνταξη εγγράφου από το ΠΜΣ για άδεια χρήσης αρχείων από το ΚΕΠ Γαζίου (Δήμος Γαζίου), την Περιφέρεια Κρήτης, α'βάθμια-β'βάθμια εκπαίδευση													
Ανεύρεση – προετοιμασία του ερωτηματολογίου													
Κατάθεση των εγγράφων													
Αναμομή άδειας από τους φορείς													
Αναζήτηση βιβλιογραφίας (διαδίκτυο, περιοδικός τύπος, πρακτικά συνεδρίων, ΜΚΟ, ΚΕΕΛ)													
Έγκριση άδειας από τον Δήμο Γαζίου (ΚΕΠ)													
Δημιουργία αρχικής λίστας (line-listing) από το ΚΕΠ Γαζίου και επεξεργασία της													
Απόρριψη άδειας από την Περιφέρεια Κρήτης													
Κατάθεση αίτησης χρήσης των αρχείων του ΚΕΠ σε ειδική επιτροπή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης													
Απόρριψη άδειας από α'βάθμια και β'βάθμια εκπαίδευση													
Α' συνάντηση με ομάδα μεταναστριών													

Δημιουργία εντύπων (αφίσα, ενημερωτικό έντυπο, δήλωση συμμετοχής)														
	Ιούνιος				Ιούλιος				Αύγουστος					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Μετάφραση στην Αλβανική, Βουλγάρικη και Ρώσικη γλώσσα των ανακοινώσεων και εντύπων														
Σχεδιάγραμμα για εντοπισμό των σημείων επαφής για την ανάρτηση των αφισών														
Συνάντηση με τους γιατρούς των Π. Ιατρείων του Δ. Γαζίου για ενημέρωση και συνεργασία														
Δραστηριότητες	Σεπτένβριος				Οκτώβριος				Νοέμβριος					
Α' φάση - Προετοιμασία	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Β' συνάντηση με ομάδα μεταναστριών														
Συνάντηση με επιτροπή μεταναστών του Δ. Γαζίου														
Συνάντηση με Δήμαρχο Γαζίου														
Έγκριση πρόσβασης στα αρχεία του ΚΕΠ Γαζίου από την ειδική επιτροπή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης														
Ανάρτηση αφισών και τοποθέτηση εντύπων σε σημεία – κλειδιά της περιοχής														
Β' φάση - Εφαρμογή														
Αναζήτηση βιβλιογραφίας (διαδίκτυο, περιοδικός τύπος, πρακτικά συνεδρίων)														
Τηλεφωνικά ραντεβού με τον πληθυσμό υπό μελέτη														
Συλλογή ερευνητικών δεδομένων														
Επεξεργασία στατιστικού προγράμματος εισαγωγής δεδομένων														
Εισαγωγή δεδομένων σε στατιστικό πακέτο														
Δραστηριότητες	Δεκέμβριος				Ιανουάριος				Φεβρουάριος					

									Ιούνιος					
	Εβδομάδες	1	2	3	4	1	2	3	4	Φ	Μ	Α	Μ	Ι
Αναζήτηση βιβλιογραφίας (διαδίκτυο, περιοδικός τύπος, πρακτικά συνεδρίων)														
Στατιστική επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων														
Γ' φάση														
Συγγραφή μεταπτυχιακής εργασίας														
Υποβολή εργασίας σε επιβλέποντες - διορθώσεις														
Παρουσίαση της εργασίας														