

Η πρόληψη ως μέτρο προστασίας της δημόσιας υγείας

Σιδηροπούλου Μαρία
 Ιατρός-Υγιεινολόγος

Η πρόληψη εκφράζει τις προσπάθειες των λειτουργών της υγείας να προλάβουν την εκδήλωση νόσων καθώς και τις συνέπειές τους για το άτομο, την κοινωνία και το περιβάλλον μέσω προγραμμάτων προαγωγής της υγείας. Η προαγωγή της υγείας είναι ένα από τα νεότερα «κινήματα» της Δημόσιας Υγείας και προέκυψε από τη διαπίστωση ότι τα μεγάλα προβλήματα υγείας του πληθυσμού δεν λύνονται μόνο με την ιατρική φροντίδα αλλά απαιτείται γενικότερη κοινωνική προσπάθεια. Η πρόληψη επηρεάζει περισσότερο τους δείκτες θνησιμότητας από ό,τι η θεραπευτική και είναι η μόνη που μπορεί να επηρεάσει τους δείκτες νοσηρότητας. Παγκόσμια, κάθε φορά που σημειώθηκε πτώση της θνησιμότητας ήταν αποτέλεσμα εφαρμογής προληπτικών κυρίως μέτρων και όχι θεραπευτικών (π.χ., εμβολιασμοί, εξυγιάνση περιβάλλοντος κ.λπ.).

Όσο βελτιώνεται το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας χώρας τόσο πιο γόνιμο γίνεται το έδαφος για την ανάπτυξη της πρόληψης, σε συνδυασμό με τα μέσα που προσφέρει η υψηλή τεχνολογική υποδομή. Τα πεδία δράσης της πρόληψης έχουν τροποποιηθεί λόγω της ανόδου του βιοτικού επιπέδου, από τον αποκλειστικό έλεγχο των λοιμώξεων στην προστασία από τα νοσήματα του «πολιτισμού» (καρδιοαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, ατυχήματα).

Στην Ευρώπη, η αξιολογη βελτίωση του επιπέδου υγείας τον τελευταίο αιώνα με τη δραματική μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας, είναι το αποτέλεσμα συνδυασμού κοινωνικών και οικονομικών μεταβολών – εξελίξεων στη θεραπευτική ιατρική, της εφαρμογής μέτρων δημόσιας υγείας συμπεριλαμβανομένης και της πρόληψης.

Η Ελλάδα ακολουθώντας την πορεία των ανεπτυγμένων χωρών προσπαθεί να προάγει την υγεία, κυρίως, μέσω της θεραπευτικής ιατρικής.

Καθοριστικοί παράγοντες της υγείας

Η κατάκτηση και διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας αποτελεί κύρια προτεραιότητα των σύγχρονων κοινωνιών και εξαρτάται από μία σειρά παραγόντων, όπως η ειρήνη, η εκπαίδευση, οι φυσικοί πόροι, το σταθερό οικοσύστημα, η διατροφή, τα έσοδα, η κοινωνική δικαιοσύνη και η ισότητα.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες οι κακές συνθήκες υγιεινής, η απουσία κατάλληλων συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης, ο υπερπληθυσμός, ο μαρασμός, οι κακές συνθήκες στέγασης αποτελούν κάποιες από τις κυριότερες **απειλές της υγείας**.

Στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως και στην Ελλάδα, οι απειλές για την υγεία των πολιτών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και η αντιμετώπισή τους αποτελεί κοινή ευθύνη που απαιτεί συνεργασία των εθνικών αρχών και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Υγεία αντίστοιχα. Στις απειλές συμπεριλαμβάνονται οι μεταδοτικές και μη μεταδοτικές ασθένειες (π.χ., AIDS, TBC, η εμφάνιση της παραλλαγής της νόσου του Creutzfeldt Jacob κ.ά.), ουσίες ανθρώπινης προέλευσης όπως αίμα, ιστοί, όργανα κ.λπ. και μια πλειάδα από φυσικές χημικές και βιολογικές πηγές απειλών. Η επιδημιολογική επιτήρηση των νοσημάτων όπως και η εισαγωγή αυστηρών κριτηρίων ποιότητας και ασφάλειας για τον χειρισμό ανθρωπογενών ουσιών αποτελεί ένα ακόμη μέτρο στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Η αντιμετώπιση των σημαντικότερων **καθοριστικών παραγόντων** για την υγεία, παρέχει μεγάλες δυνατότητες για την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας στον ευρύτερο πληθυσμό, με τη χάραξη πολιτικών στρατηγικών. Οι σπουδαιότεροι από αυτούς τους παράγοντες είναι:

Ο τρόπος ζωής: Ο προσωπικός τρόπος ζωής

εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από άλλους καθοριστικούς παράγοντες υγείας όπως ο πολιτισμός, η απασχόληση, η εκπαίδευση και το εισόδημα.

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες – ανισότητες: Η κατάσταση της υγείας των οικονομικά ασθενέστερων και των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή με χαμηλά αμειβόμενα επαγγέλματα είναι συνήθως χειρότερη.

Το περιβάλλον: το φυσικό περιβάλλον και το σταθερό οικοσύστημα ασκούν σημαντική δράση στην υγεία (π.χ., περιβαλλοντική ρύπανση) επειδή ο άνθρωπος και το περιβάλλον του βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση.

Γενετικοί παράγοντες: αυτοί θα βρίσκονται στο προσκήνιο για τα επόμενα χρόνια. Τόσο οι προσωπικοί όσο και οι «περιβαλλοντικοί» παράγοντες βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση κατά τη διάρκεια της ζωής και ασκούν την επίδραση τους δυναμικά στην κατάσταση της υγείας.

Το περιβάλλον το οποίο ασκεί άμεσες ή έμμεσες επιρροές στην υγεία περιλαμβάνει το οικονομικό, πολιτιστικό και πολιτικό σύστημα.

Κοινωνιολογικές μελέτες, στο παρελθόν, έχουν συσχετίσει το επίπεδο υγείας του ατόμου με την κοινωνική τάξη από την οποία προέρχεται. Σύμφωνα με τους δείκτες υγείας τα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, μεγαλύτερη συχνότητα λοιμώξεων και κακή στοματική υγιεινή. Εντούτοις, προσφεύγουν σπανιότερα στις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και σπάνια είναι αποδέκτες των προγραμμάτων πρόληψης. Επιπλέον το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και η μη δυνατότητα πρόσβασης στους εκπαιδευτικούς μηχανισμούς, όπως και η έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους, επιβαρύνουν την κατάσταση. «**Το όριο της ιατρικής είναι η φτώχεια**».

Τα τελευταία τριάντα χρόνια παρατηρείται μαζική εισβολή προηγμένης, εξειδικευμένης και δαπανηρής ιατρικής τεχνολογίας στον χώρο της υγείας στα πλαίσια της γενικότερης τεχνολογικής προόδου, με κοινωνικές, ηθικές, νομικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η πρόοδος της βιοϊατρικής τεχνολογίας ανέδειξε κυρίως τη θεραπευτική ιατρική, η ανάπτυξη όμως των επιστημών επικοινωνίας, της πληροφορικής, των δικτύων συλλογής και αξιολόγησης πληροφοριών, οι εξελίξεις της επιδημιολογίας, έδωσαν νέα ώθηση και δυνατότητες στην οργάνωση των προγραμμάτων πρόληψης.

Πρόληψη των ασθενειών και προαγωγή της υγείας

Οι άνθρωποι των ανεπτυγμένων χωρών, όπως οι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ποτέ δεν ζούσαν τόσα πολλά χρόνια όσο σήμερα. Το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται συνεχώς, αλλά τα ποσοστά νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας παραμένουν υψηλά. Αυτό αφορά κυρίως τα ατυχήματα και τους τραυματισμούς, τις ψυχικές διαταραχές, ορισμένες μορφές καρκίνου, τις παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, τις λοιμώξεις και τις ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος. Πράγματι η κατάσταση της υγείας εξαρτάται συχνά από τον τρόπο που το κάθε άτομο αντιμετωπίζει τα θέματα που αφορούν την υγεία του (διατροφικές συνήθειες, φυσική άσκηση, κάπνισμα κ.λ.π.) όπως και από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αλλά και τις συνθήκες εργασίας.

Πολλές από τις συνθήκες αυτές προσφέρονται για αποτελεσματική πρόληψη των ασθενειών και βελτίωση της υγείας εν γένει. Η πληροφόρηση συμβάλλει καθοριστικά στο να κάνουν τα άτομα σωστές επιλογές και να υιοθετούν υγιεινές συνήθειες, να έχουν, δηλαδή, ενεργητική συμμετοχή η οποία θα δηλώνει υπευθυνότητα απέναντι στον εαυτό τους αλλά και το κοινωνικό σύνολο. Η εκπόνηση **προγραμμάτων αγωγής υγείας** στοχεύει σ' αυτήν τη δράση και συνεπικουρεί τις παραδοσιακές μεθόδους πρόληψης, δηλαδή της διαφώτισης και της ενημέρωσης.

Το πρόγραμμα για τη Δημόσια Υγεία που εφαρμόζει σήμερα η Ευρωπαϊκή Ένωση (αφορά και την Ελλάδα) περιλαμβάνει δράσεις για την προαγωγή της καλής υγείας, μέσω της αντιμετώπισης των καθοριστικών παραγόντων της κακής υγείας που οδηγούν στη νοσηρότητα και την πρόωγη θνησιμότητα. Οι ενημερωτικές εκστρατείες, για παράδειγμα, που αφορούν το κάπνισμα στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση των πολιτών ως προς τις βλαβερές συνέπειες του καπνού ή αυτές που αφορούν το AIDS, στη βελτίωση της σεξουαλικής υγείας.

Η πρόληψη των ασθενειών και η προαγωγή της υγείας εφαρμόζονται αποτελεσματικά και σε άλλους τομείς, όπως η υγεία και η ασφάλεια στην εργασία, σε πολιτικές οδικής ασφάλειας κ.ά.

Επίπεδα πρόληψης

Η πρόληψη διαιρείται σχηματικά σε τρία επίπεδα:

α) πρωτογενής πρόληψη: περιλαμβάνει τα μέτρα που αποσκοπούν στη μείωση της επίπτωσης μιας νόσου στον πληθυσμό, δηλ. τον περιορισμό της εμφάνισης νέων περιπτώσεων. Τα μέτρα αυτά εφαρμόζονται σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Σημαντικά δείγματα πρωτογενούς πρόληψης αποτελούν η χλωρίωση και φθορίωση του νερού, η διαχείριση των λυμάτων και οι μαζικοί εμβολιασμοί. Οι μεγαλύτερες επιτυχίες της Δημόσιας Υγείας οφείλονται στην πρωτογενή πρόληψη. Για τα μη μεταδοτικά νοσήματα (Non Communicable Diseases) το πρώτο επίπεδο πρόληψης δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό για πολλούς λόγους, κυρίως όμως διότι:

- τα νοσήματα αυτά είναι πολυπαραγοντικά
- η πρόληψή τους απαιτεί σωστή συμπεριφορά
- απαιτούνται μέτρα κοινωνικής πολιτικής και οικονομικοί πόροι

β) δευτερογενής πρόληψη: αποσκοπεί στη μείωση του επιπολασμού μιας αρρώστιας στον πληθυσμό, δηλ. την πρώιμη διάγνωση και θεραπεία και μπορεί να γίνει τόσο σε ατομική βάση (check-up) όσο και σε ομαδική βάση (screening ή διαλογή). **Το κρίσιμο σημείο αυτής της μορφής πρόληψης είναι η έγκαιρη διάγνωση.** Παραδείγματα αποτελούν, η εφαρμογή του test pap και της μαστογραφίας στις γυναίκες και ο έλεγχος όλων των νεογνών για συγγενή υποθυρεοειδισμό, φαινυλκετονουρία και έλλειψη ενζύμου G6PD. Η διαφορά από την πρωτογενή πρόληψη, έγκειται στο γεγονός ότι η νόσος ήδη υπάρχει στο άτομο, και ο στόχος είναι η πρώιμη διάγνωση με αποτέλεσμα την καλύτερη αντιμετώπιση ή θεραπεία.

γ) τριτογενής πρόληψη: στοχεύει στην πρόληψη της ανικανότητας, στην αποκατάσταση των βλαβών, καθώς και στην πρόληψη των υποτροπών από μια νόσο που έχει ήδη εγκατασταθεί, προσφέροντας προγράμματα αποκατάστασης και επαγγελματικής ή κοινωνικής επανένταξης. Παράδειγμα, η επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων και το πρόγραμμα συστηματικών μεταγγίσεων των πασχόντων από θalasσαμία.

Κύριος στόχος της πρόληψης είναι η αποφυγή του «πρώιμου θανάτου» και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, σε συνδυασμό με την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.

Στρατηγικές πρόληψης

Για την κατάλληλη επιλογή των μέτρων πρόληψης για κάποιο συγκεκριμένο νόσημα απαιτείται μια σειρά από διαδικασίες που μπορούν να συνοψισθούν σε **4 στάδια**:

1. Αιτιολογικοί παράγοντες και η φυσική ιστορία της νόσου. Αυτό απαιτεί επιδημιολογικές, εργαστηριακές ή πειραματικές έρευνες. Από το στάδιο του υγιούς στα ενδιάμεσα στάδια διαδρομής της νόσου, έως την τελική έκβαση (ίαση, ανικανότητα ή θάνατος) κάθε νόσος έχει τη δική της φυσική ιστορία. Το στάδιο κατά το οποίο κάθε παρέμβαση είναι αποτελεσματική διαφέρει σε κάθε νόσο.

2. Ανάπτυξη μεθόδων για να μπορούν να εφαρμοστούν τα δεδομένα των ερευνών με συμμετοχή και άλλων επιστημών.

3. Σχεδιασμός και εφαρμογή νόμων. Είναι μακροχρόνιο στάδιο και με βραδύ ρυθμό επειδή απαιτούνται κοινωνικές αλλαγές, αλλαγή νοοτροπίας (π.χ., ζώνες ασφαλείας), φορολογία, εξεύρεση πόρων, είναι δηλαδή θέμα κυβερνητικής αρμοδιότητας.

4. Εισαγωγή του «προγράμματος» – Η πρόληψη στην πράξη. Το στάδιο αυτό είναι αρμοδιότητα των επαγγελματιών υγείας που καλούνται να εφαρμόσουν τα προγράμματα στον πληθυσμό. Απαιτείται η συνεργασία πολλών φορέων και κυρίως η συνεργασία του επιστημονικού διοικητικού και κοινωνικού χώρου. Όσο μεγαλύτερη και στενότερη είναι αυτή η συνεργασία τόσο αποτελεσματικότερα είναι τα προληπτικά μέτρα.

Οι διαδικασίες για την πρόληψη των νόσων και της κακής υγείας (ill-health) διαφέρουν από αυτές που χρησιμοποιούν οι διαγνωστικοί και θεραπευτικοί κλάδοι της ιατρικής.

Παρόλο που υπάρχουν επικαλύψεις μεταξύ των διαφόρων μορφών πρόληψης **οι κύριες στρατηγικές ομαδοποιούνται σε έξι (6) κατηγορίες.**

1. Αγωγή υγείας (health education) – αλλαγή συμπεριφοράς (life style)

Αφορά σε γενικές γραμμές την εκπαίδευση των ατόμων ώστε να αποκτήσουν ή να εγκαταστήσουν «υγιεινή» συμπεριφορά. Αντιπροσωπευτικά προγράμματα αγωγής υγείας είναι αυτά που αναφέρονται στο κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά, διατροφή, άσκηση, ατυχήματα κ.λπ. Τα μέτρα αυτά απαιτούν συνεργασία του ατόμου για

να επιτύχουν και τις περισσότερες φορές αυτό δεν είναι εύκολο. Ένα σημαντικό θέμα αγωγής υγείας είναι και η σωστή χρησιμοποίηση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας.

2. Νομοθετικά μέτρα και μέτρα κοινωνικής πολιτικής

Τα νομοθετικά μέτρα έχουν στόχο την προστασία της υγείας και λειτουργούν συμπληρωματικά στην αγωγή υγείας, γνωστά παραδείγματα είναι: η υποχρεωτική χρήση των ζωνών ασφαλείας, του κράνους στα δίκυκλα, ο έλεγχος του οινοπνεύματος στους οδηγούς, η απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, η χλωρίωση του ύδατος, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός πριν την εγγραφή του παιδιού στο σχολείο, μέτρα για την πρόληψη των κινδύνων στην εργασία, μέτρα ελέγχου της ρύπανσης της ατμόσφαιρας, έλεγχος εκπομπών καυσαερίων, επίπεδα θορύβου κ.ά.

3. Διαλογή – screening

Σύμφωνα με τον ορισμό της Επιτροπής Χρόνιων Νοσημάτων στις ΗΠΑ που έγινε δεκτός και από τον ΠΟΥ, διαλογή είναι «Η προκαταρκτική αναγνώριση ασυμπτωματικών νόσων ή ανωμαλιών με την εφαρμογή διαφόρων κλινικών, παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που μπορεί να γίνουν εύκολα και φθηνά. Για να εφαρμοσθεί κάποιος προσυμπτωματικός έλεγχος για κάποιο νόσημα, πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν τρία κυρίως κριτήρια τα οποία αφορούν **τη νόσο**, την **επιλογή της εξέτασης** που θα χρησιμοποιηθεί και τις **συνθήκες εφαρμογής** του προγράμματος.

4. Εμβολιασμοί και ανοσοποίηση

Για τους εμβολιασμούς η συμμετοχή των ατόμων είναι εκ πρώτης όψεως, δεδομένη. Εν τούτοις η συμμετοχή αυτή για πολλούς λόγους υπολείπεται όπως, π.χ., για θρησκευτικούς λόγους ή για τον φόβο των παρενεργειών. Το σίγουρο είναι ότι οι εμβολιασμοί συμβάλλουν σημαντικά στην πρόληψη των νόσων. Το πιο πρόσφατο παράδειγμα είναι ο εμβολιασμός των κοριτσιών κατά του ιού των κονδυλωμάτων ως μέτρο πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

5. Έλεγχος περιβαλλοντικών κινδύνων

Ο έλεγχος του περιβάλλοντος είναι ένας από τους τομείς που δραστηριοποιείται η Δημόσια

Υγεία και είναι επίσης σε μεγάλο βαθμό ευθύνη της πολιτείας. Ο έλεγχος αυτός αφορά το άψυχο (νερό, αέρας, τροφή κ.ά.), το έμψυχο (έλεγχος ζώων, εντόμων, αρθροπόδων κ.ά.) καθώς και το κοινωνικό περιβάλλον (φτώχεια, ανισότητες, κοινωνικός αποκλεισμός κ.ά.).

6. Αποκατάσταση

Έχει ως στόχο την αποφυγή της ανικανότητας ως αποτέλεσμα κάποιου νοσήματος. Αυτή γίνεται συνήθως με τη φυσικοθεραπεία, την άσκηση, τη χρήση ειδικών συσκευών, μηχανημάτων κ.λπ. και έχει ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η ελληνική εμπειρία

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σταδιακά μέσα στο πέρασμα του χρόνου και επηρεάστηκε σημαντικά από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης και της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι από την έναρξη της Επανάστασης του 1821 μέχρι και το 1832 δεν σημειώθηκε καμία πρόοδος στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Το 1833 οργανώθηκε η πρώτη Υγειονομική Υπηρεσία από τους Βαυαρούς του Όθωνα (Dr Witmer).

Η ιστορική καταγραφή της εξέλιξης των υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, ξεκινά στις αρχές του 20ου αιώνα με το ελληνικό κράτος να διανύει μια περίοδο πολιτειακής αστάθειας και έλλειψης οικονομικών πόρων. Από το 1908 το κρατικό ενδιαφέρον για την προστασία και προαγωγή της υγείας άρχισε να αναζωπυρώνεται, πράγμα που φαίνεται από τα Νομοθετήματα που δημοσιεύθηκαν στη χρονική περίοδο 1900-1930. Έτσι έχουμε τη συγκρότηση ιδρυμάτων για την καταπολέμηση της φυματίωσης (7/11/1902 ίδρυση του θεραπευτηρίου «ΣΩΤΗΡΙΑ»), των αφροδισίων νόσων (ίδρυση του νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός με τον Νόμο 354/1909), επίσης με τον **Νόμο 346/1914 «περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας»** συγκροτήθηκαν οι θέσεις των Νομιάτρων και των Εμβολιαστών κ.ά. Το 1917 συγκροτείται το **Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημόσιας Αντιλήψεως (Β.Δ. 8/7/1917)**. Οι πόλεμοι, η Μικρασιατική καταστροφή, η οικονομική κρίση οδήγησαν τον πληθυσμό στη φτώχεια και την εξαθλίωση. Οι κυβερνήσεις περιορίζονταν συνήθως στην καταπολέμηση των

λοιμωδών νόσων. Το 1922 για την αντιμετώπιση των δυσμενών επιπτώσεων στη Δημόσια Υγεία, εξ αιτίας της Μικρασιατικής καταστροφής, ιδρύθηκε το «Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης» με τον Νόμο 2882 (Ν.Δ. 13.12.1922) και η χώρα διαιρέθηκε σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες, και για κάθε νομό προβλεπόταν η σύσταση υγειονομικού συμβουλίου. Οι περιορισμένες όμως οικονομικές δυνατότητες του κράτους δεν επέτρεψαν σημαντικές αλλαγές.

Πριν τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο τα βασικά επιτεύγματα που συνέβαλλαν στην ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας ήταν τα εξής: η ίδρυση **Υγειονομικών Κέντρων** κατά περιφέρειες το 1931, η δημιουργία του **ΙΚΑ** το 1937 και η ίδρυση της Σχολής επισκεπτριών Κοινωνικής Υγιεινής και αργότερα η ίδρυση της **Σχολής Επισκεπτριών και Αδελφών Νοσοκόμων (Α.Ν 613/9.4.1937)**.

Η γερμανική Κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος προκάλεσαν μεγάλες καταστροφές στη χώρα, με τις υπηρεσίες παροχής υγείας να στερούνται οργάνωσης και αποτελεσματικότητας. Το 1953 με την ψήφιση του **Ν.Δ. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως»** από την κυβέρνηση Παπάγου, επιχειρείται για πρώτη φορά η θέσπιση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Μεταξύ των άλλων προέβλεπε την αποκέντρωση του συστήματος, με τη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και την ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την ίδρυση υγειονομικών σταθμών. Το 1960 έρχεται το νομοθέτημα «**περί της υποχρεωτικής θητείας ιατρών εις την Ύπαιθρον**» (Α.Ν 1439/2.3.1960). Το 1961 συστάθηκε ο **Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων** (Ο.Γ.Α.) με στόχο την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού.

Το 1980 στο νομοσχέδιο «**Μέτρα προστασίας της Υγείας**» με υπουργό Υγείας τον καθηγητή Σ. Δοξιάδη επανατίθεται το θέμα της αποκέντρωσης, του κοινωνικού ελέγχου και της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Μετά το 1980 πολλοί νόμοι που ψηφίστηκαν προσπάθησαν να βελτιώσουν, να εκσυγχρονίσουν αλλά και να θεσπίσουν ένα **Εθνικό Σύστημα Υγείας**. Οι περισσότεροι όμως αφορούσαν κυρίως τις υπηρεσίες «περίθαλψης», τα νοσοκομεία και τις εργασιακές σχέσεις του προσωπικού και όχι στη Δημόσια Υγεία.

Ο Νόμος 1397/1983 Εθνικό Σύστημα Υγείας

και άλλες διατάξεις αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στον χώρο της υγείας, αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασικοί στόχοι του ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης. Τα επόμενα χρόνια ακολουθούν μεταρρυθμιστικές προτάσεις όπου προτείνονται νέες αποκεντρωμένες οργανωτικές δομές και θεσμοί για τη δημόσια υγεία και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης.

Δύο πρόσφατοι νόμοι «ειδικοί» για τη Δημόσια Υγεία προσδιόρισαν τη διαμόρφωση της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία με μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους και αυτοί είναι ο **Νόμος 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις»** και ο **Νόμος 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις»**.

Στο ξεκίνημα του 21ου αιώνα, θεωρώντας εκκτημένη και διασφαλισμένη την αξιοπρεπή διαβίωση (κατοικία, ύδρευση, αποχέτευση, αποκομιδή απορριμμάτων) για το μεγαλύτερο τμήμα του ελληνικού πληθυσμού, η πρόληψη σε επίπεδο περιβάλλοντος, στοχεύει με αρκετά ικανοποιητικά προς το παρόν αποτελέσματα, στον έλεγχο και περιορισμό της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, στην επεξεργασία των βιομηχανικών και αστικών αποβλήτων, στη χρήση εναλλακτικών μέσων μεταφοράς και γενικότερα στην ορθολογική χρήση των φυσικών πόρων.

Σήμερα η Ελλάδα, ακολουθώντας την πορεία των ανεπτυγμένων χωρών, πέτυχε σημαντική πρόοδο στον έλεγχο και περιορισμό πολλών λοιμωδών νοσημάτων, μέσω μαζικών εμβολιασμών και συνεχών βελτιώσεων στη διατροφή και στις συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης. Παραδείγματα αποτελούν η εκρίζωση της ευλογιάς, της διφθερίτιδας, της πολιομυελίτιδας, του τετάνου και ο περιορισμός της φυματίωσης. Παρ' όλα αυτά όμως, «παλαιά» λοιμώδη νοσήματα ξαναέρχονται στο προσκήνιο, για παράδειγμα, η πολιομυελίτιδα και η φυματίωση με την είσοδο ανεμβολίαστων οικονομικών μεταναστών και προσφύγων.

Τη θέση των λοιμώξεων ως βασική αιτία θανάτου αντικατέστησαν οι παθήσεις του κυκλοφορικού (καρδιαγγειακά και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια), ο καρκίνος, τα ατυχήματα και τα προ-

βλήματα ψυχικής υγείας. Αυτή η μετατροπή αντανακλά αφενός τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, αφετέρου την τροποποίηση των ατομικών συνηθειών.

Συμπεράσματα

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία περιλαμβάνει την πρόληψη, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του Υγειονομικού Συστήματος της χώρας, του οποίου είναι κεντρικός μοχλός και επίκεντρο, όσο και της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας σε όλη της την έκταση.

Η πρόληψη αφορά το άτομο, την οικογένεια, και την κοινωνία. Η εφαρμογή της, μέσα από προγράμματα αγωγής υγείας και νομοθετικά μέτρα, κοστίζει τόσο στην κοινωνία όσο και στο κράτος.

Μέγιστες προτεραιότητες της πρόληψης είναι:

- η υιοθέτηση ατομικών συνηθειών που προάγουν την υγεία όπως η αποφυγή του καπνίσματος και του αλκοόλ, η καταπολέμηση της παχυσαρκίας, η σωστή διατροφή, η σωματική άσκηση, ο περιορισμός του stress και η διασφάλιση της ψυχικής υγείας, η βελτίωση της σεξουαλικής υγείας και η ευεξία και
- η εκπόνηση προγραμμάτων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης των νόσων όπως και προγραμμάτων πλήρους αποκατάστασης και επανένταξης μετά τη θεραπεία.

Αντικειμενικά βέβαια οι εξελίξεις και τα αποτελέσματα της θεραπευτικής ιατρικής είναι πολύ «εντυπωσιακά» και ικανοποιούν ταχύτατα τον πολίτη-καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας, ενώ τα προϊόντα της πρόληψης αξιολογούνται και εκτιμώνται στην πορεία του χρόνου σε επίπεδο

κοινωνίας και πληθυσμού και όχι σε ατομικό.

Σκοπός του Συστήματος Υγείας μιας χώρας, πρέπει να είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών μέσω της πρόληψης, της περίθαλψης και της θεραπείας, με τελικό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. **Οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί και ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση ανθρώπου από άνθρωπο» (Τριχόπουλος, 1982).**

Βιβλιογραφία

1. Τριχόπουλος Δ., *Επιδημιολογία*, Λίτσας, Αθήνα, 1982.
2. WHO Commission on the Social Determinants of Health: *Developing an evidence base for political action*; October 2007.
3. R.J. Donaldson, L.J. Donaldson. *Essential community medicine*, MTP press Limited, 5th ed., 1988.
4. Δ. Τριχόπουλος, Β. Καλαποθάκη, Ε. Πετρίδου. *Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία*, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 2000.
5. Δ. Τριχόπουλος, Β. Καλαποθάκη, Ε. Πετρίδου. *Προσυμπτωματικός Έλεγχος Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία*, σελ. 37-68. Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 2000.
6. J.A. Muir Gray, G. Fowler. *Essential of Preventive Medicine*. Blackwell Scientific Publications 1984.
7. ΕΣΔΥ (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας). *Επίκαιρα θέματα δημόσιας Υγείας*. Αθήνα 2006.
8. R.M. Achenson and S. Hagard. *Society and Protection from Disease in Health Society and Medicine*. Blackwell Scientific Publication (page 95-98), 1984.
9. Ed. D. Clarck, B. Mac Mahon. *Screening and Early Detection of Disease*. Preventive and Community Medicine. 2th Edition Little Brown, Boston 1981.
10. Δ. Αβραμίδης, *Βασικά στοιχεία Δημόσιας Υγείας*, Αθήνα 1980.
11. Ν. 3172/2003 *Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας ΦΕΚ 197*.
12. Ν. 3370/2005 *Οργάνωση και Λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις ΦΕΚ 176^Α*.
13. www.who.int/vaccines/en.
14. http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_eu/prevention_and_promotion/index_el.htm.
15. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/p.gm2008_2013_en.htm.
16. http://ec.europa.eu/health/ph_threats/threats_el.htm
17. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_el.htm.

*Οὐκ ἔστιν οὐδέν δεινόν ὧδ' εἰπεῖν ἔπος οὐδέ πάθος οὐδέ ξυμφορά
θεήλατος, ἧς οὐκ ἄν ἄραιτ' ἄχθος ἀνθρώπου φύσις*

*Κανένα κακό δεν υπάρχει απ' αυτά που μπορεί να εκφράσει ο λόγος,
ούτε πάθημα ούτε συμφορά απ' τον Θεό σταλμένη που να μην μπορεί
να σηκώσει το βάρος της η ανθρώπινη φύση*

Ευριπίδης