



Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ  
UNIVERSITY OF PATRAS

## Δημόσια Υγεία

Προαγωγή Υγείας  
Πρόληψη Ασθενειών  
Ποιότητα Ζωής

# ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

*Τεύχος 1, 15 Ιουλίου 2016*

Σας καλωσορίζουμε στο 1ο τριμηνιαίο ενημερωτικό δελτίο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Δημόσια Υγεία», του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών. Το ΠΜΣ ιδρύθηκε το 2014, με στόχο την εκπαίδευση στα σημαντικότερα και σύγχρονα προβλήματα της Δημόσιας Υγείας και τη μελέτη των τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισής τους, κυρίως σε επίπεδο κοινωνικών ομάδων.

Αποτέλεσμα του παραπάνω προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών αποτελεί η παρούσα ηλεκτρονική έκδοση, η οποία στοχεύει, αφενός στην ανάδειξη των δραστηριοτήτων που εκτυλίσσονται στο πλαίσιο του και αφετέρου στην αδιάλειπτη ενημέρωση για τα επιστημονικά νέα και τις εξελίξεις στη δημόσια υγεία, μέσα από αναρτήσεις των μελών του προγράμματος, εστιάζοντας σε ποικίλες πτυχές της Δημόσιας Υγείας. Το πρόγραμμα παρέχει διεπιστημονική βάση, εφοδιάζοντας τους εκπαιδευόμενους με βασικές γνώσεις και δεξιότητες στα πεδία της Δημόσιας Υγείας. Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας Υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία, της διαχείρισης των κινδύνων για την υγεία, των συνθηκών διαβίωσης και των προτεραιοτήτων για την υγεία. Επίσης σημαντικός τομέας της Δημόσιας Υγείας είναι τα θέματα Προαγωγής υγείας, Πρόληψης ασθενειών καθώς και θέματα ποιότητας ζωής.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ημερίδα Η Δημόσια Υγεία στο Προσκήνιο **ΣΕΛ.2**

1<sup>η</sup> Θεματική Ενότητα (world café) : Η Δημόσια Υγεία την Εποχή της Κρίσης **ΣΕΛ. 3**

2<sup>η</sup> Θεματική Ενότητα (world café) : Γιατί πρόληψη και όχι θεραπεία; **ΣΕΛ. 5**

3<sup>η</sup> Θεματική Ενότητα (world café): Καλύτερο Περιβάλλον– Λιγότερες Ασθένειες **ΣΕΛ.7**

4<sup>η</sup> Θεματική Ενότητα (world café): Μετακινήσεις πληθυσμών - Κοινωνικές προκλήσεις - Δίκτυα Αλληλεγγύης **ΣΕΛ. 9**

Χριστουγεννιάτικη Γιορτή - Κοπή Πρωτοχρονιάτικης Πίτας **ΣΕΛ. 10 – 11**

ΑΜΕΑ και Τριτοβάθμια εκπαίδευση **ΣΕΛ.12**

Προβληματισμοί γύρω από το θέμα της πολυφαρμακίας **ΣΕΛ.13**

Δικαιώματα ασθενών με HIV-AIDS στην Ελλάδα **ΣΕΛ.14-15**

Πρόσφατα άρθρα σε θέματα Δημόσιας Υγείας **ΣΕΛ.18-19**

# Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ

## 1<sup>η</sup> Ημερίδα : Η Δημόσια Υγεία στο Προσκήνιο

Στα πλαίσια των δραστηριοτήτων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Δημόσια Υγεία», οργανώθηκε για πρώτη φορά Ημερίδα με θέμα «*Η Δημόσια Υγεία στο Προσκήνιο*», κατόπιν πρωτοβουλίας των φοιτητών, η οποία έλαβε χώρα στην Αγορά Αργύρη, την Τετάρτη 9 Δεκεμβρίου του 2015. Ένα καινοτόμο στοιχείο της παρούσας εκδήλωσης ήταν οι Συναντήσεις Εργασίας τεσσάρων θεματικών ενοτήτων (world café),

οι οποίες προηγήθηκαν των ομιλιών της Ημερίδας.

Τον κύκλο των ομιλιών της Ημερίδας εγκαινίασε ο προσκεκλημένος καλεσμένος μας **Παπαβασιλείου Βασίλειος**, γνωστός και καταξιω-

για τη Δημόσια Υγεία. Η περίπτωση της Ελλάδας». Μετά το τέλος κάθε ομιλίας ακολουθούσαν οι παρουσιάσεις των αποτελεσμάτων των “world café” από τους συντονιστές των τραπεζιών. Τα άρθρα που παρατίθενται στη συνέχεια είναι ιδιαιτέρως κατατοπιστικά για τις θεματικές ενότητες που συζητήθηκαν.



μένος σκηνοθέτης και ηθοποιός. Στη συνέχεια, ακολούθησε η ομιλία της κας Αγαπηδάκη Ε. με θέμα «Η Δημόσια Υγεία στην εποχή της κρίσης», της κας Μαλτέζου Ε. με θέμα «Οικονομική κρίση και εμβολιασμοί», του κ. Λεοτσινίδη Μ. με θέμα «Καλύτερο περιβάλλον – λιγότερες ασθένειες» και τέλος του κ. Τερζίδη Α. με θέμα «Υγεία πληθυσμών σε κίνηση, πρόκληση



## 1<sup>η</sup> Θεματική Ενότητα (world café) : Η Δημόσια Υγεία την Εποχή της Κρίσης

Μια διαφορετική επισημονική ημερίδα διοργανώθηκε από το ΠΜΣ «Δημόσια Υγεία» σε συνεργασία με το τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών και τον Ιατρικό Σύλλογο Πατρών με θέμα «Η Δημόσια Υγεία στο Προσκήνιο». Στην πρώτη θεματική ενότητα, όπου συντονιστής ήταν ο κος Μανωλέσος Γεώργιος: Ψυχίατρος, Διευθυντής του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχιατρικής Νοτιοδυτικής Ελλάδας και τ. Διευθυντής Ε.Σ.Υ, συζητήθηκε σε ομάδα εργασίας, ο τρόπος που έχει διαμορφωθεί η Δημόσια Υγεία την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Στο στρογγυλό τραπέζι συμμετείχαν 22 άτομα, μεταξύ αυτών επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, πάσχοντες από χρόνια νοσήματα αλλά και απλοί πολίτες που είχαν προσωπικές εμπειρίες από το Ελληνικό Σύστημα Υγείας αλλά και εμπειρίες από άλλα Συστήματα Υγείας άλλων χωρών.

Η συζήτηση επικεντρώθηκε καταθέτοντας ο καθένας από τους συνομιλητές ελεύθερα την άποψη του, στα μέτρα λιτότητας που επέβαλαν οι μνημονιακές πολιτικές στην χώρας μας υποβαθμίζο-

ντας περαιτέρω το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ), που ήδη έπασχε σε χρηματοδότηση, οργάνωση και παροχή υπηρεσιών. Οι συνομιλητές αναφέρθηκαν στις σημαντικότερες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο χώρο της υγείας όπως οι μεγάλες περικοπές των δημοσίων δαπανών για την υγεία, περιλαμβάνοντας τις μειώσεις στον αριθμό του υγειονομικού προσωπικού, του μισθού ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας, τη μείωση των συντάξεων, τις μειώσεις στην αγορά προμηθειών ιατρικών προϊόντων, στις μεταρρυθμίσεις στο χώρο της φαρμακευτικής αγοράς, περιλαμβάνοντας μειώσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες, προώθηση γενόσημων φαρμάκων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ελλείψεις στην προμήθεια φαρμάκων. Στις ελλείψεις του Ε.Σ.Υ. αναφορικά με ζητήματα δομής, αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, διαφάνειας, ελέγχου και αξιολόγησης, οργάνωσης, διοίκησης, μηχανοργάνωσης, και διαφθοράς, οι οποίες έχουν εδραιωθεί μέσα στο κοινωνικό σύνολο εδώ

και πολλά χρόνια, προκαλώντας, εκτός από τον κίνδυνο ηθικής απαξίωσης του επαγγέλματος-λειτουργήματος του ιατρού στην Ελλάδα, και οικονομικές δυσκολίες και αισθήματα δυσφορίας στους ασθενείς, καθώς και μεγάλου ύψους δημόσιες δαπάνες για την υγεία μέσω των μη-καταγραφέντων παράνομων συναλλαγών. Ο διάλογος συνεχίστηκε γύρω από την οικονομική δυσκολία των πολιτών να συμβάλλουν με προσωπικά τους έξοδα για την υγειονομική τους φροντίδα, καθώς ο αριθμός των εισαγωγών σε ιδιωτικές μονάδες υγειονομικής φροντίδας έχει μειωθεί σημαντικά, ενώ παράλληλα έχει αυξηθεί κατά πολύ ο αριθμός των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία. Τονίστηκε ιδιαίτερα η αναγκαιότητα για αναβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, και η δυνατότητα πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες φροντίδας για όλους, κυρίως σε αυτή την κρίσιμη οικονομική περίο-

TA  
NEA  
MAS

δο για όλη τη χώρα, που έχει πλήξει πρωτίστως τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα. Επισημάνθηκε ότι η οικονομική κρίση έχει ποικίλες επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των Ελλήνων και τη ψυχική υγεία τους, η οποία χειροτερεύει και λόγω της αυξανόμενης ανεργίας, του κοινωνικού αποκλεισμού, των αυξανόμενων κοινωνικών ανισοτήτων, της αβεβαιότητας για το μέλλον και της ανικανότητας να ελέγχει κάποιος τη ζωή του.

Τέλος κατά κοινή ομοφωνία όλων αναφέρθηκε ότι η οικονομική κρίση δεν πρέπει να θεωρείται μόνο ως απειλή αλλά και ως ευκαιρία να εισαχθούν κοινωνικές και οικονομικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες μπορούν εν δυνάμει να οδηγήσουν σε καλύτερη πρόσβαση και ποιότητα υπηρεσιών υγείας και να αποτελέσουν καταλύτη που θα πυροδοτήσει αλλαγές σχετικά με τη

μεταρρύθμιση, βελτίωση, και επιβολή κανονισμών στο σύστημα υγείας οι οποίες συνεχώς αναβάλλονταν για πολλά χρόνια πριν από την παρούσα κρίση.

**ΜΑΝΩΛΗΣ ΣΟΥΡΗΣ-  
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΜΠΣ  
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ»**



*Φωτογραφίες από την ημέρα της Ημερίδας «Η Δημόσια Υγεία στο προσκήνιο».*



## 2<sup>η</sup> Θεματική Ενότητα (world café) : Γιατί πρόληψη και όχι θεραπεία;

Στη Συνάντηση Εργασίας με θέμα: «Γιατί πρόληψη και όχι θεραπεία;» συντονιστής ήταν ο κ. Παναγιωτακόπουλος Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Φαρμακολογίας/Κλινικής Φαρμακολογίας του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Πατρών.

Ξεκινώντας θελήσαμε να δώσουμε έναν ορισμό της πρόληψης, φωτίζοντας τις παραμέτρους που την χαρακτηρίζουν και δημιουργούν την διαφορά μεταξύ πρόληψης και θεραπείας. Καταρχήν είναι η αυτονόητη, χρονική παράμετρος: Η πρόληψη προηγείται της θεραπείας. Στη συνέχεια επισημάναμε την «φορά» της κάθε διαδικασίας: Στην πρόληψη πηγαίνει τα Σύστημα στο άτομο, ενώ στη θεραπεία πηγαίνει το άτομο-ασθενής, στο Σύστημα.

Σε αυτήν ακριβώς τη παράμετρο έγκειται και άλλη μια διαφορά μεταξύ θεραπείας και πρόληψης, που είναι οι βαθμοί ελευθερίας του ασθενή. Στην πρόληψη υπάρχουν μεγα-

λύτεροι βαθμοί ελευθερίας που δίνονται στο άτομο, καθώς η πρόληψη εξαρτάται και από παράγοντες όπως η αυτοπειθαρχία, η βούληση και η συνειδητοποίηση του υποκειμένου, ενώ στην θεραπεία, όπου το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με το νόσημα οι επιταγές της επιστήμης είναι πιο αυστηρές, και το πλαίσιο πιο περιοριστικό. Τέλος έγινε αναφορά σε ένα ακόμη χαρακτηριστικό της πρόληψης που είναι η ανωνυμία. Η πρόληψη αφορά όλη την κοινότητα ή ενδεχομένως κάποιες υποομάδες υψηλού κινδύνου. Σε αντίθεση με την θεραπεία που έχει «πρόσωπο», αφορά δηλαδή συγκεκριμένους ασθενείς.

Εν συνεχεία, έγινε αναφορά στον Αρχαιοελληνικό μύθο του Τηλέφου. Σύμφωνα με τον οποίο, ο αρχαίος βασιλιάς της Μυσίας, Τηλέφος, τραυματίστηκε στον πόλεμο από τον Αχιλλέα. Παρά τις προσπάθειες των γιατρών, το τραύμα δεν έκλεινε και από εκεί βγήκε ο όρος

«Τηλέφειο τραύμα». Ο Τηλέφος κατέφυγε στο Μαντείο των Δελφών, όπου του δόθηκε ο εξής χρησμός: «*«ο τρώσας και ιάσεται»*», δηλαδή, το τραύμα αυτό θα θεραπεύονταν από εκείνον που το προκάλεσε. Ο Αχιλλέας αρνήθηκε να τον θεραπεύσει, ισχυριζόμενος ότι δεν είχε ιατρικές γνώσεις. Την λύση έδωσε ο Οδυσσέας, ο οποίος συμπέρανε πως το δόρυ δημιούργησε τις πληγές, άρα το δόρυ θα έπρεπε να τις γιατρέψει. Το τραύμα επουλώθηκε μόνο όταν έβαλαν πάνω τους σκουριά από τη λόγχη του Αχιλλέα. Μετά το άκουσμα του μύθου, καταλήξαμε στην διαπίστωση ότι αυτή ακριβώς η γενική ιδέα μπορεί να παραλληλιστεί με τον τρόπο δράσης των εμβολίων. Επεκτείνοντας την συζήτηση πάνω στα εμβόλια, δώσαμε κάποια παραδείγματα ασθενειών που έχουν εκριζωθεί ή περιοριστεί κατά το πλείστον, λόγω των εμβολίων (πχ ευλογιά, πολιομυελίτιδα, διφθερίτιδα κα). Έγινε αναφορά στο εμβόλιο του ιού HPV, και στις

TA  
NEA  
ΜΑΣ

προοπτικές που υπάρχουν να περιοριστεί τις επόμενες δεκαετίες ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.

Στη συνέχεια αναφερθήκαμε στον καρκίνο του μαστού. Με την βοήθεια ενός γραφήματος, παρατηρήσαμε ότι η Ελλάδα παρόλο που είχε την μικρότερη επίπτωση περιστατικών καρκίνου μαστού, παρουσίαζε μεγάλη θνητότητα συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ. Αυτό το φαινομενικά «παράδοξο» μας οδήγησε να σκεφτούμε κάποιους παράγοντες κινδύνου, στους οποίους διαφέρει η Ελλάδα από τα άλλα κράτη της έρευνας. Έτσι λοιπόν καταλήξαμε στη διαπίστωση ότι στην Ελλάδα υπάρχουν προστατευτικοί παράγοντες όπως η μεσογειακή διατροφή, η άσκηση και ενδεχομένως κάποια γονιδιακά χαρακτηριστικά, που δικαιολογούν την χαμηλή επίπτωση της νόσου. Η υψηλή θνητότητα όμως καταδεικνύει την έλλειψη οργανωμένου, ομοιογενούς συστήματος πρόληψης. Επι-

πλέον φάνηκε μέσα από αυτά τα δεδομένα, το έλλειμμα συστηματικής, οργανωμένης, σχολαστικής και επαγγελματικής καταγραφής των νοσημάτων στην Ελλάδα. Κατά συνέπεια απουσιάζουν και οι απαραίτητες οικονομικοτεχνικές αναλύσεις κόστους-οφέλους για την πρόληψη και την θεραπεία των νοσημάτων που επικρατούν. Στο σημείο αυτό σταθήκαμε σε ένα ηθικό ζήτημα: ο ανθρώπινος πόνος, η οδύνη, η αναπηρία, οι χαμένες ζωές που επιφέρει η ασθένεια είναι παράμετροι που δεν μπορούν να αποτιμηθούν με οικονομικούς όρους.

Καταλήγοντας τονίσαμε την ανάγκη ύπαρξης ενός κεντρικού φορέα που να συγκεντρώνει και να συντονίζει το ανθρώπινο δυναμικό, σε εθνικό επίπεδο, έτσι ώστε οι εκστρατείες πρόληψης να μην είναι αποσπασματικές και ασύνδετες μεταξύ τους αλλά να έχουν συνέπεια και συνέχεια.

ΕΥΝΤΑΡΑ ΜΑΡΙΝΑ –  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ  
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ  
ΜΠΣ «ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ»

### 3<sup>η</sup> Θεματική Ενότητα (world café): Καλύτερο Περιβάλλον – Λιγότερες

#### Ασθένειες

Στο τραπέζι «Καλύτερο περιβάλλον λιγότερες ασθένειες» του οποίου συντονιστής ήταν ο κ. Α. Βανταράκης, Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής στο τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών, συζητήθηκαν πολλά και ενδιαφέροντα θέματα. Οι συζητήσεις για την οικολογία, την μόλυνση και την προστασία του περιβάλλοντος αφορούν τον τελευταίο καιρό. Παρόλα αυτά όμως τα γεγονότα δεν λείπουν.

Το νερό, το έδαφος και η βλάστηση είναι τα τρία στοιχεία που αποτελούν τον κόσμο που συντηρεί κάθε μορφή ζωής της γης. Είναι απογοητευτικό όμως που ο σύγχρονος άνθρωπος σπάνια θυμάται αυτό το γεγονός.

Από αρχαιοτάτων χρόνων πολλοί ήταν αυτοί που επιχείρησαν να συνδέσουν την υγεία με το περιβάλλον που ζούσαν. Αξιωματική ήταν η εργασία του Ιπποκράτη «Περί Ιατρικής» που υπάρχει μια καταπληκτική συσχέτιση διαφόρων νόσων, με το νερό που χρησιμοποιούσαν ή το σημείο που είχαν χτίσει τις πόλεις τους ή τον αέρα.

Από όλα αυτά που ακούστηκαν έγινε σαφές ότι περιβαλλοντική προστασία δεν είναι το μάζεμα των γοπών ή των χορταριών αλλά μια βαθύτερη κατανόηση της κατάστασης.

Που βρίσκονται οι πηγές μας, γιατί υπάρχει μόλυνση και τι προκαλεί, ποιές ενεργειακές πηγές χρησιμοποιούμε, αν μπορούμε να μειώσουμε τις εντάσεις που μας πιέζουν, ποιες αιτίες δημιουργούν την κόλαση των μεγαλουπόλεων, τι ρόλο θα παίξουν τυχόν πόλεμοι και ο εξοπλισμός τους και πάρα πολλά άλλα σημαντικά ερωτήματα.

Ύστερα από όλα αυτά, έγινε πλήρως κατανοητό πως το περιβάλλον είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την Δημόσια Υγεία και είναι ευθύνη όλων μας να προσπαθούμε να προστατεύσουμε το περιβάλλον με κάθε τρόπο και κάθε κόστος, για να μπορέσουμε να διατηρήσουμε τη ζωή σε αυτόν τον πλανήτη. Πρέπει να αντιδράσουμε γρήγορα! Το οφείλουμε στον εαυτό μας και στις επόμενες γενιές.

ΤΣΑΤΣΑΡΗ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ –  
ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ  
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ  
ΜΠΣ  
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ»

ΤΑ  
ΝΕΑ  
ΜΑΣ



## Θεματική Ενότητα (world café): Μετακινήσεις πληθυσμών — Κοινωνικές προκλήσεις — Δίκτυα Αλληλεγγύης

ΤΑ  
ΝΕΑ  
ΜΑΣ

Στο πλαίσιο της ημερίδας, είχα τη χαρά να συμμετάσχω στο *worldcafé* με τίτλο ‘Μετακινήσεις πληθυσμών – Κοινωνικές Προκλήσεις – Δίκτυα Αλληλεγγύης’. Συντονιστές της ομάδας εργασίας ήταν ο κ. Απ. Βεΐζης, ιατρός Διευθυντής του Ιατρικού Τμήματος στους Γιατρούς του Κόσμου και Υπεύθυνος των προγραμμάτων του Ελληνικού Τμήματος, και ο κ. Α. Τερζίδης, παιδίατρος, ΜΡΗ, μέλος των Γιατρών του Κόσμου και Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών ‘Διεθνής Ιατρική-Διαχείριση κρίσεων υγείας’. Η ομάδα εργασίας μοιράστηκε σε τρεις υποομάδες των επτά ατόμων και συζητήθηκαν κυκλικά τρία διαφορετικά θέματα. Στην πρώτη υποενοότητα, συζητήθηκε η επίδραση της μετακίνησης πληθυσμού στην υγεία των κατοίκων της χώρας υποδοχής, κυρίως σε σχέση με τα λοιμώδη νοσήματα. Η ομάδα εργασίας στηριζόμενη στα μέχρι τώρα δεδομένα συμφώνησε ότι οι μετανάστες είναι κατά κύριο λόγο υγιείς, ενώ τα προβλήματα υγείας που συνήθως εμφανίζουν σχετίζονται με τις συνθήκες διαμονής στη χώρα υποδοχής (έλλειψη υποδομής για τη φιλοξενία τους, ελλιπής

τήρηση κανόνων υγιεινής, δυσκολία πρόσβασης σε καλής ποιότητας νερό, ύπαρξη συνωστισμού στους χώρους διαμονής, δυσχερής πρόσβαση στο σύστημα υγείας, κ.λπ.). Ο προληπτικός έλεγχος των ατόμων που μετακινούνται και η απρόσκοπτη πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας κρίθηκαν από όλους απαραίτητα, διότι η νοσηρότητα του πληθυσμού μετακίνησης επηρεάζει την υγεία του πληθυσμού στη χώρα υποδοχής, θέτει σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία και οδηγεί σε υψηλό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Όλοι συμφώνησαν ότι η παροχή κατάλληλων χώρων φιλοξενίας και η απρόσκοπτη πρόσβαση του πληθυσμού στο σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής δεν θα

δράσει δελεαστικά στην προσέλκυση περισσότερων μεταναστών αφού τα αίτια που ωθούν τον πληθυσμό να μετακινηθεί από τη χώρα του αφορούν σε άσχημες συνθήκες διαβίωσης (πόλεμος, άλλη μορφή βίας, κ.λπ.). Στη δεύτερη υποενοότητα, αναλύθηκαν οι κοινωνικές προκλήσεις της μετακίνησης πληθυσμών, όπως η πρόσβαση στην υγεία και την παιδεία, το δικαίωμα στην εργασία, η κοινωνική ένταξη και η μη στιγματοποίηση. Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι σε μια χώρα υποδοχής σαν την Ελλάδα στην οποία υπάρχει μεγάλο ποσοστό ανεργίας και ανασφάλιστων πολιτών, τα δικαιώματα αυτά των μεταναστών δεν είναι εύκολο να καλυφθούν. Ωστόσο, η Ελλάδα, σήμερα, δρά κυρίως σαν ενδιάμεσος σταθμός στη μετακίνηση πληθυσμών





και, επομένως, πρέπει να παρέχει -έστω για μικρό χρονικό διάστημα παραμονής- τροφή, κατάλληλες συνθήκες διαβίωσης, ψυχολογική υποστήριξη και υγειονομική περίθαλψη. Τέλος, συζητήθηκε ο ρόλος των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) στην αντιμετώπιση της μετακίνησης πληθυσμών στη χώρα μας. Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι οι ΜΚΟ προσφέρουν σημαντικό έργο αν και δεν είναι δυνατόν να καλύψουν την ανάγκη για την ύπαρξη εθνικής (ή και Ευρωπαϊκής), καλά σχεδιασμένης και οργανωμένης πολιτικής.

Αν και τα δίκτυα αλληλεγγύης είναι ισχυρά, απαραίτητα και χρήσιμα, δεν αρκούν για

την αντιμετώπιση των δυσκολιών ενώ η στήριξη δημόσιων και κοινοτικών φορέων κρίνεται απαραίτητη.

**ΚΑΤΣΑΚΙΩΡΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**  
ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΟΣ  
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΜΠΣ  
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ»

*ΤΑ  
ΝΕΑ  
ΜΑΣ*

Με αφορμή την γνωστοποίηση της ημερίδας παραχωρήθηκε συνέντευξη στο κανάλι της Ιεράς Μητρόπολης Πατρών «Λύχνος» από τον Αναπλ. Καθηγητή Υγιεινής στο τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών και Καθηγητή του ΜΠΣ «Δημόσια Υγεία» κ. Βανταράκη, και την Παιδιάτρο και Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Προγράμματος Σπουδών «Δημόσια Υγεία», κα. Γκέντζη Δέσποινα.

Το κανάλι «Λύχνος» επίσης ανέλαβε την βιντεοσκοπήση της Ημερίδας.

**Στην οργανωτική επιτροπή της Ημερίδας συμμετείχαν οι εξής μεταπτυχιακοί φοιτητές:**

Αγουρίδη Μαρία  
Βανταράκη Χρυσάνθη  
Γκέντζη Δέσποινα  
Γκολέμη Αφροδίτη  
Κράνη Άννα  
Λύκουρα Ανδριάνα  
Μάλφα Χριστίνα  
Παππά Χρυσάνθη  
Σουρής Εμμανουήλ  
Χατζηαντωνίου Στέλλα

## Χριστουγεννιάτικη Γιορτή



ΤΑ  
ΝΕΑ  
ΜΑΣ

Στις 11 Δεκεμβρίου 2015, Παρασκευή βράδυ, φοιτητές και καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Δημόσια Υγεία», έβαλαν τα γιορτινά τους για να παρευρεθούν στη Χριστουγεννιάτικη Γιορτή, την οποία διοργάνωσαν οι ίδιοι οι φοιτητές και πραγματοποιήθηκε σε γνωστό εστιατόριο στο Μονοδένδρι.



## Κοπή Πρωτοχρονιάτικης Πίτας



γής, αξίας 250 ευρώ.

Στις 15 Ιανουαρίου 2016 πραγματοποιήθηκε η κοπή της Πρωτοχρονιάτικης πίτας του ΜΠΣ «Δημόσια Υγεία», παρουσία του προέδρου του ΜΠΣ κ. Γώγου Χαράλαμπου. Το παρόν έδωσαν πέραν από τους φοιτητές του ΜΠΣ και καθηγητές, όπως ο κ. Βανταράκης Α., ο κ. Πάνος Γ., ο κ. Σακελλαρόπουλος Γ., ο κ. Λεοτσινίδης Μ. αλλά και άλλοι. Το φλουρί το κέρδισε η φοιτήτρια Τσάτσαρη Μαργαρίτα και πήρε ως δώρο μια δωροκάρτα για την αγορά ενός tablet δικής της επιλο-

ΤΑ  
ΝΕΑ  
ΜΑΣ





# ΑΜΕΑ και Τριτοβάθμια εκπαίδευση



## Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ

Η Παγκόσμια Ημέρα Ατόμων με Αναπηρία (International Day of Persons with Disabilities) καθιερώθηκε το 1992 με απόφαση της Γ.Σ του ΟΗΕ και τιμάται κάθε χρόνο στις 3 Δεκεμβρίου. Η επιλογή της ημερομηνίας αυτής συνδέεται με την υιοθέτηση από το διεθνή οργανισμό στις 3 Δεκεμβρίου 1982 του προγράμματος δράσης για τα ΑμεΑ, το οποίο οδήγησε στην υπογραφή της διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία το Μάρτιο 2007 (Η Κύπρος την κύρωσε το 2011 και η Ελλάδα το 2012).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΗΕ (2014), γύρω στο 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από κάποιας μορφής αναπηρία, το 80% των οποίων ζει στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η 3η Δεκεμβρίου δεν είναι γιορτή για τους ανθρώπους με αναπηρία. Είναι μια ευκαιρία υπενθύμισης και απολογισμού για το τι έχει γίνει μέχρι τώρα, τι θα μπορούσε να γίνει και δεν έγινε, ώστε

να αντιμετωπίζονται όλοι οι άνθρωποι ισότιμα και με ίσες ευκαιρίες.

Ειδικά για τα τριτοβάθμια ιδρύματα, έχουμε αναλογιστεί τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένα κωφό ή βαρήκοο άτομο όταν φεύγει από το 'προστατευμένο' περιβάλλον του ειδικού ή μη σχολείου και περνάει τις πύλες τις Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης; ένας νέος με κινητικά προβλήματα; με προβλήματα όρασης; Προβληματισμοί που ίσως να έχουμε κάνει και επειδή δεν μας αγγίζουν άμεσα τους έχουμε προσπεράσει. Επίσης, μη κατανοώντας τη σοβαρότητα του θέματος κ την αναγκαιότητα άμεσης λύσης του, δεν ενεργούμε. Ή πάλι, μην κατανοώντας την αναγκαιότητα του θέματος, δεν πράττουμε προς την κατεύθυνση μιας εκπαίδευσης των ΑμεΑ που δε σταματάει στην εξώπορτα του σχολείου αλλά διεκδικεί την ισότιμη πρόσβαση και συμμετοχή στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Στο πλαίσιο των υποχρεώσεων του Πανεπιστημίου προς τους φοιτητές με αναπηρίες, οφείλει το Παν/μιο να καταγράψει συστηματικά τις ανάγκες όλων των φοιτητών με αναπηρίες .

Στο Παν/μιο Πατρών έχουν καταγραφεί πάνω από 160 ΦμεΑ στο Πανεπιστήμιο Πατρών. Πρέπει να σημειωθεί ότι η καταγραφή αφορά μόνο τους φοιτητές που εισήχθησαν με ειδική καθ' υπέρβαση κατηγορία, ενώ υπάρχουν αρκετοί ακόμα που εισήχθησαν με κανονικές ή ειδικές εξετάσεις, όπως επίσης και όσους απέκτησαν αναπηρία κατά τη διάρκεια των σπουδών τους.

Μερικές από τις βασικές ανάγκες των Φοιτητών με Αναπηρία (ΦμεΑ) είναι:

η πρόσβαση στο εκπαιδευτικό υλικό (έντυπο και ηλεκτρονικό),

η πρόσβαση- διευκόλυνση στη συγγραφή σημειώσεων, εργασιών και στις γραπτές εξετάσεις,

η πρόσβαση στις πανεπιστημιακές κτιριακές εγκαταστάσεις

η πρόσβαση- διευκόλυνση στη διαπροσωπική επικοινωνία με τα μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας (μέλη ΔΕΠ, διοικητικό προσωπικό, φοιτητές) η πρόσβαση στις πληροφορίες, το περιεχόμενο του διαδικτύου και τις εφαρμογές πληροφορικής

Είναι μια ευκαιρία, για το Πανεπιστήμιο της Πάτρας να ξεκι-



νήσει μια συστηματική και συνεχή προσπάθεια να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα για να εξασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση στις ακαδημαϊκές σπουδές των φοιτητών με διαφορετικές ανάγκες και απαιτήσεις, μέσω της παροχής προσαρμογών στο περιβάλλον και υποστηρικτικών υπηρεσιών πρόσβασης.

**ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΜΑΛΦΑ -  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ  
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΜΠΣ  
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ»**

## Προβληματισμοί γύρω από το θέμα της πολυφαρμακίας

Θέλοντας να δώσουμε τον ορισμό της πολυφαρμακίας, θα λέγαμε ότι είναι η ταυτόχρονη χρήση πολλών φαρμάκων στη θεραπεία μιας νόσου ή η αλόγιστη λήψη μεγάλων ποσοτήτων συγκεκριμένων φαρμάκων. Είναι παράδοξο ότι παρά τις προόδους στην φαρμακολογία και την καλύτερη κατανόηση των αρχών της θεραπευτικής, η πολυφαρμακία σαν κατάσταση αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς.

Οι ηλικιακές ομάδες που πλήττει κυρίως είναι οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας που καταναλώνουν 30% και πλέον των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Πιο αναλυτικά, ο μέσος ασθενής ηλικίας άνω των 70 ετών παίρνει 4,5 φάρμακα με συ-

νταγή και 5 χωρίς συνταγή, ενώ το 80% των ατόμων άνω των 65 ετών παίρνουν ένα φάρμακο την ημέρα.

Έως και το ένα τρίτο των ασθενών που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία του ΓΝ Λευκάδας έχουν βρεθεί ότι λαμβάνουν τουλάχιστον ένα ψυχοτρόπο φάρμακο. Το 25% εκ των οποίων δεν έχουν γνωμάτευση Ψυχιάτρου ή Νευρολόγου αλλά παίρνουν ψυχοτρόπα φάρμακα κατόπιν οδηγιών των φαρμακοποιών, του φιλικού και συγγενικού περιβάλλοντος. Πολλοί εκ των οποίων δεν γνωρίζουν τις παρενέργειες των φαρμάκων που παίρνουν ούτε έχουν ενημερωθεί για τη φύση και την ποιότητα της χημικής ουσίας που τους δίνεται σε συνδυα-

σμό με τις άλλες φαρμακευτικές ουσίες και τις φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις που δημιουργούνται. Υπάρχουν διάφοροι κλινικοί και φάρμακο-οικονομικοί παράγοντες που συνδέονται με αυτή την τάση. Τις περισσότερες φορές η πολυφαρμακία είναι ένας συνδυασμός του φόβου και της αδιαφορίας του ιατρού. Ένας ασθενής που είναι ασταθής και ο κλινικός ιατρός προσθέτει και άλλη φαρμακευτική αγωγή που τελικά δεν επιφέρει καμιά βελτίωση στην κλινική του κατάσταση. Δεδομένου ότι ο ασθενής εξακολουθεί να μην πάει καλά, ο γιατρός φοβάται να αποσύρει οποιοδήποτε από τα χορηγούμενα φάρμακα, με αποτέλεσμα η λίστα των φαρμάκων του α-

**Η  
ΔΗΜΟΣΙΑ  
ΥΓΕΙΑ  
ΜΕΣΑ  
ΑΠΟ ΤΑ  
ΜΑΤΙΑ  
ΤΩΝ  
ΦΟΙΤΗΤΩΝ**

# Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ

σθενούς να γίνεται όλο και μεγαλύτερη. Η πολυφαρμακία αυτού του τύπου συναντάται ομοίως, και στην περίπτωση όπου ένας ασθενής είναι σε καλή κατάσταση αλλά ο γιατρός του επιλέγει να χρησιμοποιήσει περισσότερα φάρμακα προς υποστήριξη της κύριας φαρμακευτικής του αγωγής. Μερικές φορές ένα νέο φάρμακο συνταγογραφείται για την αντιμετώπιση των δυσμενών επιδράσεων ενός άλλου φαρμάκου, όταν η διακοπή ή αλλαγή της δόσης του επίμαχου φάρμακου θα έλυνε το πρόβλημα.

Μια δεύτερη αιτία της παράλογης πολυφαρμακίας είναι αυτό που μπορεί να ονομαστεί προχειρότητα διάγνωσης. Εμφανής σε αυτά τα σενάρια είναι η ανάγκη για να συγκεντρώνουμε λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα του ασθενούς και να δίνεται θεραπεία ως σύνολο και όχι απλώς για τη θεραπεία κάθε μεμονωμένου συμπτώματος. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα μειονεκτήματα της πολυφαρμακίας δεν περιέχονται στο «που» τα φάρμακα χρησιμοποιούνται αλλά «πώς» αυτά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται.

Κατά συνέπεια, μια ορθολογική και βέλτιστη χρήση πολλών φαρμάκων είναι πιθανό να

προσφέρει την καλύτερη έκβαση της φαρμακοθεραπείας. Επίσης σημαντικό είναι να γίνεται αξιολόγηση κάθε φαρμάκου σε σχέση με τις τρέχουσες ή ενδεχόμενες μελλοντικές επιπτώσεις στην βελτίωση της υγείας του ασθενούς σε σύγκριση με την τρέχουσα ή μελλοντική βλάβη ή πιθανή επιβάρυνση του ασθενούς.

Ο βαθμός του κινδύνου και του οφέλους που συνδέεται με τη πολυφαρμακία ποικίλει ανάλογα με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται και τα χαρακτηριστικά της νόσου του ασθενούς, αυτό είναι πολύ χρηστικό να το συμπεριλάβει και ο θεράπων ιατρός στην απόφαση του για συνταγογράφηση.

“Την πολυφαρμακία δεν μπορούμε να την αποφύγουμε είναι ένα αναγκαίο κακό της εποχής μας το μόνο που μπορούμε να κάνουμε σαν κοινωνία είναι να διασφαλίσουμε

την χρήση των φαρμάκων με πιο αποτελεσματικό και λιγότερο επιβλαβή τρόπο”.

**ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ ΚΡΟΤΣΗ - Α-  
ΝΕΙΔΙΚΕΥΤΗ ΙΑΤΡΟΣ-  
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΜΠΣ «ΔΗΜΟΣΙΑ  
ΥΓΕΙΑ»**



# Δικαιώματα ασθενών με HIV- AIDS στην Ελλάδα

Η πρόσφατες ελλείψεις σε αντιρετροϊκά φάρμακα στα διάφορα νοσοκομεία της χώρας, ανέδειξαν για μια ακόμη φορά το μείζον ζήτημα των δικαιωμάτων των ασθενών με HIV- AIDS στη χώρα μας, των οποίων πλέον διακυβεύεται όχι μόνο η κοινωνική υπόσταση, αλλά ακόμη και το αυτονόητο και συνταγματικώς κατοχυρωμένο δικαίωμα στη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Παρά τις εξελίξεις από τα μέσα της δεκαετίας του 90 στον έλεγχο και τη θεραπεία του ιού, ο οποίος και δεν είναι πλέον θανατηφόρος, παρατηρείται συστηματική παραβίαση των δικαιωμάτων της συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας.

Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με HIV- AIDS πέραν της κοινωνικής απομόνωσης και του στιγματισμού, εντοπίζονται κυρίως στους χώρους εργασίας (παράνομες απολύσεις- διακριτική μεταχείριση), παραβίαση του ιατρικού απορρήτου, άρνηση παροχής ιατρικής φροντίδας, καθώς και υποβολή σε εξέταση για την ανίχνευση του ιού χωρίς τη συγκατάθεσή τους. Ποιά είναι λοιπόν τα δικαιώματα αυτών των α-

σθενών και πώς κατοχυρώνονται στην Ελλάδα; Αρχικά θα πρέπει να σημειωθεί πως ειδικό νομοθετικό πλαίσιο για τους ασθενείς με HIV- AIDS δεν υπάρχει στη χώρα μας. Τα ζητήματα που ανακύπτουν στην πράξη ρυθμίζονται από κείμενα διεθνών Οργανισμών όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Ένωση και τα Ενωμένα Έθνη, μέσω κατευθύνσεων και οδηγιών για το πλαίσιο προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών σε συνδυασμό με την ελληνική εσωτερική έννομη τάξη. Στο εσωτερικό δίκαιο τα δικαιώματα των ασθενών με HIV- AIDS προστατεύονται με τις γενικές διατάξεις που αναφέρονται στα δικαιώματα των ασθενών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας, δηλ. διατάξεις του Συντάγματος (προστασία προσωπικότητας, ανθρώπινης αξιοπρέπειας, υγείας, ιδιωτικότητας), του Ποινικού Κώδικα (ιατρικό απόρρητο), νομοθεσία του ΕΣΥ (δικαιώματα ασθενών) και διατάξεις του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Το μοναδικό δε έγγραφο

της ελληνικής έννομης τάξης που απαριθμεί ρητά τα δικαιώματα των ασθενών με HIV- AIDS, είναι το έγγραφο Υ1/3239/4-7-2000 που απέστειλε το Υπουργείο Υγείας προς όλες τις υπηρεσίες Υγείας, σημειωτέον όμως ότι δεν διαθέτει ισχύ νόμου, αλλά αποτελεί έναν γενικό οδηγό καθώς επεξηγεί τις διακηρύξεις των διεθνών οργανισμών και είναι χρήσιμο για την ερμηνεία και την εφαρμογή του Δικαίου.

Αναλυτικά τα δικαιώματα των ασθενών με HIV- AIDS είναι τα εξής:

**Η  
ΔΗΜΟΣΙΑ  
ΥΓΕΙΑ  
ΜΕΣΑ  
ΑΠΟ ΤΑ  
ΜΑΤΙΑ  
ΤΩΝ  
ΦΟΙΤΗΤΩΝ**



### **1) Το δικαίωμα στη σφαίρα του απορρήτου και της ιδιωτικότητας:**

• Όσοι άνθρωποι ζουν με τον ιό του AIDS δεν πρέπει να υφίστανται διακρίσεις στα δικαιώματά τους. Έχουν δε κατεξοχήν δικαίωμα στην ιδιωτική σφαίρα του απορρήτου, στην κοινωνική ασφάλεια, στα επιστημονικά οφέλη και στο άσυλο

• Όσοι ασχολούνται με το δίκαιο, την υγεία, την κοινωνική εργασία και ασφάλιση, έχουν υποχρέωση να σέβονται την αυτονομία, την προστασία της ιδιωτικής σφαίρας, του απορρήτου και να παρέχουν βοήθεια

• Η τήρηση του απορρήτου για την κατάσταση της υγείας οροθετικού και ασθενούς με AIDS είναι θεμελιώδης υποχρέωση όχι μόνο των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας, αλλά και του διοικητικού και λοιπού προσωπικού ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, όπως και κάθε υπαλλήλου ασφαλιστικού ταμείου και συναφών οργανισμών, καθώς και της πολιτείας

• Η υποχρέωση για απόρρητο ισχύει και μετά τον θάνατο του ασθενούς, αλλά και του ιατρού και δεσμεύει τους κληρονόμους του. Ισχύει και μεταξύ ιατρών και υπηρεσιών.

• Οι επαγγελματίες υγείας έχουν δικαίωμα και υποχρέωση στην αστική και ποινική δίκη να αρνούνται μαρτυρία ενώπιον των δικαστηρίων, αν πρόκειται να αποκα-

λυφθεί η κατάσταση υγείας του φορέα ή ασθενούς AIDS

• Τα αρχεία των οροθετικών ασθενών θα πρέπει να είναι ανώνυμα και εμπιστευτικά

### **2) Η ισότιμη και κατάλληλη φροντίδα υγείας (πρόληψη και θεραπεία):**

• Όλοι έχουν την υποχρέωση να μεριμνούν για την πρόληψη και για την περίθαλψη αυτών που έχουν μολυνθεί με AIDS

• Τα νοσοκομεία, οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό υποχρεούνται να παρέχουν περίθαλψη σε οροθετικούς ή ασθενείς με AIDS. Κατά κανένα τρόπο, ο φόβος μετάδοσης του ιού στους ίδιους δεν αποτελεί δικαιολογία.

• Δεν επιτρέπεται μεταφορά ασθενούς σε άλλο νοσοκομείο ούτε διαχωρισμός ασθενών ούτε υπαίτια καθυστέρηση στην παροχή βοήθειας με το πρόσχημα ότι το νοσοκομείο ή ο υγειονομικός δεν επαρκεί για την ιατρική φροντίδα. Σε παρόμοια περίπτωση, μέχρι να φτάσει κατάλληλη βοήθεια, ο ιατρός (ή όποιος αρμόδιος) είναι υπεύθυνος για την περίθαλψη του οροθετικού ή ασθενούς με τα διατιθέμενα μέσα.

### **3) Η εξέταση προσώπου για ανίχνευση των αντισωμάτων του ιού:**

• Δεν επιτρέπεται χωρίς τη ρητή συναίνεση του υπό εξέταση προσώπου, η ανίχνευση των αντισω-

μάτων του ιού, με σκοπό την προφύλαξη του προσωπικού των νοσοκομείων ή για άλλο λόγο. Επίσης, δεν επιτρέπεται η εξέταση ρουτίνας των ασθενών, παρά μόνον αν υπάρχει ιατρική αναγκαιότητα, κατόπιν ρητής συναίνεσης του ασθενούς, μετά από πλήρη ενημέρωσή του.

• Δεν επιτρέπεται η γενική εξέταση του πληθυσμού, ούτε η εξέταση συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων (εκτός από εκδιδόμενα άτομα, αιμοδότες και δότες οργάνων, ιστών και σπέρματος, για λόγους προστασίας τρίτων)

• Εξετάσεις για την ανίχνευση των αντισωμάτων γίνονται μόνο με τη συναίνεση του υπό εξέταση ατόμου, ακόμη κι αν για οποιονδήποτε λόγο κρίνεται ύποπτο για τη νόσο. Η άρνηση να συναινέσει στην εξέταση δεν επιφέρει καμία αρνητική συνέπεια.

• Σε περίπτωση που ανευρίσκεται θετικό το άτομο, οι ιατροί έχουν την υποχρέωση να το αναφέρουν στο ΚΕΕΛΠΝΟ, με τήρηση αυστηρής ανωνυμίας και χωρίς την αναγραφή των προσωπικών δεδομένων του οροθετικού ή του ασθενούς.

#### 4) Την ανακοίνωση του θετικού αποτελέσματος στον ασθενή:

- Η ανακοίνωση θα πρέπει να είναι πάντοτε προσωπική, να πραγματοποιείται με ιδιαίτερη ευαισθησία, να έχει εμπιστευτικό χαρακτήρα και παράλληλα να παρέχεται από εξειδικευμένο προσωπικό για ψυχοκοινωνική στήριξη.
- Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρέχει πλήρη ενημέρωση προς τους οροθετικούς ασθενείς για τη φύση της ασθένειας, τους κινδύνους, τους τρόπους μετάδοσης και την προφύλαξη του σεξουαλικού συντρόφου τους και των τρίτων. Δεν επιτρέπεται όμως να προβαίνουν σε ηθικές αξιολογήσεις ή κρίσεις για τον τρόπο που μολύνθηκε ο οροθετικός ή ο ασθενής.

#### 5) Το δικαίωμα της εργασίας οροθετικών ή ασθενών με AIDS:

- Κάθε άτομο που προσβάλλεται άμεσα από τον ιό θα πρέπει να παραμένει ισότιμο μέλος της κοινωνίας με δικαίωμα σε ίσες ευκαιρίες όσον αφορά την εργασία.
- Η αποκάλυψη μετά την πρόσληψη ότι ο εργαζόμενος είναι οροθετικός, δεν θα πρέπει να έχει καμία δυσμενή συνέπεια για αυτόν. Δεν επιτρέπεται η απόλυση ή η δυσμενής αλλαγή των εργασιακών σχέσεων εργαζομένου, όπως μετάθεση, υποβιβασμός, κ.λπ. εξαιτίας και μόνο του γεγονότος ότι είναι οροθετικός.
- Στους εργαζόμενους που

έχουν προσβληθεί από τον ιό θα πρέπει να επιτρέπεται να εργάζονται σύμφωνα με τις δυνατότητές τους.

- Δεν επιτρέπεται η εξέταση αντισωμάτων για τον ιό ως προϋπόθεση της πρόσληψης και δεν είναι υποχρεωτικό για οροθετικό να δηλώσει την κατάσταση της υγείας του στον εργοδότη του.

- Ο εργοδότης που γνωρίζει ότι εργαζόμενος του είναι οροθετικός, οφείλει να τηρεί εχεμύθεια.

Απομένει το έγγραφο του Υπουργείου Υγείας να προβληθεί ισχύ νόμου, αλλά σε κάθε περίπτωση η γνώση και η τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών με HIV-AIDS, αποτελεί υποχρέωση όλων μας ώστε να διασφαλίζεται η αξιοπρέπεια των ατόμων αυτών και η απόλαυση ίσων ευκαιριών στα πλαίσια ενός σύγχρονου Κράτους Δικαίου.

**ΚΟΥΤΣΟΣΠΥΡΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ—  
ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ  
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΜΠΣ «ΔΗΜΟΣΙΑ  
ΥΓΕΙΑ»**



**Η  
ΔΗΜΟΣΙΑ  
ΥΓΕΙΑ  
ΜΕΣΑ  
ΑΠΟ ΤΑ  
ΜΑΤΙΑ  
ΤΩΝ  
ΦΟΙΤΗΤΩΝ**

## HIV – 1 subtype characteristics of infected persons living in Southwestern Greece, HIV AIDS (Auckl). 2015 Dec 11;7:277-83. doi: 10.2147/

**Background:** The rapid replication rate of HIV-1, coupled with a high mutation rate and recombination, is the underlying force driving its genetic diversity. In the infected individual, a population of highly related but nonidentical strains exists. At the population level, multiple subtypes often cocirculate, leading to the generation of intersubtype recombinant forms. As a result, the geographic distribution of subtypes and recombinant forms is complex and uneven. Genetic subtyping of HIV-1 isolates has been shown to be helpful for understanding the genetic evolution, the worldwide spread of the virus, and the evaluation of drug resistance.

**Materials and methods:** We determined the genetic heterogeneity of HIV-1 group M in southwestern Greece. Protease and partial reverse-transcriptase sequences were generated from 150 HIV-1-infected individuals attending the Division of Infectious Diseases of Patras University Hospital, Greece, from 2006 to 2012, and analyzed using online subtyping tools and phylogenetic methods.

**Results:** The majority of the infected individuals were male (77%). HIV-1 subtype A1 was responsible for 51.3% of infections, followed by subtypes B (34%), G (4%), F1 (2%), and the circulating recombinant forms 02\_AG (2.7%), 14\_BG (1.3%), 35\_AD (1.3%), and 01\_AE (0.7%). Additionally, we identified three cases with a recombinant B/CRF02\_AG strain (2%) and one with a recombinant G/GRF\_AG strain. Sexual transmission was responsible for 96.3% of cases. Heterosexual transmission was responsible for 70.2% of subtype-A1 infections, whereas sub-

type B was transmitted by men who have sex with men in 75.5% of cases. Protease substitutions I13V, E35D, M36I, R57K, H69K, and L89M, which serve as drug-resistance support mutations in subtype B, were present in the majority of subtype-A1 sequences of the population.

**Conclusion:** HIV-1 infection in southwestern Greece is sexually transmitted and highly heterogeneous. Subtype A1 has surpassed subtype B, and is the most prevalent strain. In the population studied, subtype A1 exhibited certain polymorphisms in the protease region, which may serve as drug-resistance support mutations in subtype B.

*Nikolaos Davanos  
George Panos  
Charalambos A Gogos  
Athanasia Mouzaki*

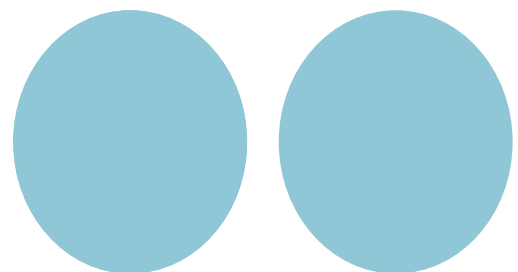
**Effect of Nonthermal, Conventional, and Combined Disinfection Technologies on the Stability of Human Adenoviruses as Fecal Contaminants on Surfaces of Fresh Ready-to-Eat Products.** J Food Prot. 2016 Mar;79(3):454-62. doi: 10.4315/0362-028X.JFP-15-01

Over one-half of foodborne diseases are believed to be of viral origin. The ability of viruses to persist in the environment and fresh produce, as well as their low infectious dose, allows even a small amount of contamination to cause serious foodborne problems. Moreover, the consumer's demands for fresh, convenient, and safe foods have prompted research into alternative food disinfection technologies. Our study focuses on viral inactivation by both conventional and alternative nonthermal disinfection technologies on different fresh ready-to-eat food products. The use of chlorine, as well as that of nonthermal technologies such as UV light and ultrasound (US), was tested for different treatment times. UV nonthermal technology was found to be more effective for the disinfection of human adenoviruses (hAdVs) compared with US, achieving a log reduction of 2.13, 1.25, and 0.92 for lettuce, strawberries, and cherry tomatoes, respectively, when UV treatment was implemented for 30 min. US treatment for the same

period achieved a log reduction of 0.85, 0.53, and 0.36, respectively. The sequential use of US and UV was found to be more effective compared with when the treatments were used separately, for the same treatment time, thus indicating a synergistic effect. In addition, human adenoviruses were inactivated sooner, when chlorine treatment was used. Therefore, the effect of each disinfection method was dependent upon the treatment time and the type of food.

*Birmpa A  
Bellou M  
Kokkinos P  
Vantarakis A*

**ΠΡΟΣΦΑΤΑ  
ΑΡΘΡΑ  
ΣΤΗ  
ΔΗΜΟΣΙΑ  
ΥΓΕΙΑ**







Δημόσια  
Υγεία

Προαγωγή Υγείας  
Πρόληψη Ασθενειών  
Ποιότητα Ζωής



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ  
UNIVERSITY OF PATRAS



### Προσεχείς εκδηλώσεις

Μια νέα χρονιά ξεκίνησε και ως είθισται προετοιμαζόμαστε για την διοργάνωση της 2ης Ημερίδας με τίτλο: «**Η Δημόσια Υγεία στο προσκήνιο**», στις 14 Δεκεμβρίου 2016, στον πολυχώρο Αγορά Αργύρη και την παρουσία των διπλωματικών εργασιών 2016, που θα πραγματοποιηθεί στο Συνεδριακό Κέντρο του Πανεπιστημίου Πατρών, στις 6 με 7 Οκτωβρίου 2016.



Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών  
«Δημόσια Υγεία»

Διεύθυνση: Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

Τηλέφωνο: 2610 969169

Email: [mscopyhealth@upatras.gr](mailto:mscopyhealth@upatras.gr)

Επισκεφτείτε μας:

[www.publichealth.med.upatras.gr](http://www.publichealth.med.upatras.gr)

Σύνταξη: Α. Κράνη, Β. Δημητρόπουλος, φοιτητές ΠΜΣ

Επιμέλεια: Α.Βανταράκης, Αναπλ. Καθηγητής