

## Δείκτες θνησιμότητας και νεότερα δεδομένα για την έξαρση της ιλαράς στην Ελλάδα και την Ευρώπη

Σ.Κ. Ράδος, Ι. Αποστολάκης, Π. Σαράφης

Σ.Κ. Ράδος<sup>1</sup>, Ι. Αποστολάκης<sup>2</sup>, Π. Σαράφης<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκησης Μονάδων Υγείας-ΔΜΥ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

<sup>3</sup>Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εν λόγω βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι αρχικά η παρουσίαση της κατάστασης υγείας του Ελληνικού πληθυσμού συγκριτικά με την υγεία της Ευρώπης των 15 χωρών (ΕΕ-15) καθώς και η ανάδειξη της έξαρσης των κρουσμάτων ιλαράς, οι αιτίες που την προκάλεσαν και οι τρόποι αντιμετώπισής της. Ο συνολικός δείκτης θνησιμότητας στην Ελλάδα είναι υψηλότερος σε σύγκριση με τον αντίστοιχο της ΕΕ-15 όπως επίσης και οι δείκτες θνησιμότητας από παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος και οι δείκτες θνησιμότητας από παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Η έξαρση ιλαράς που έχει προκύψει τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έλλειψη εμβολιασμού. Από τις Ευρωπαϊκές χώρες η Ρουμανία κατέχει την πρώτη θέση στην εμφάνιση κρουσμάτων ιλαράς στο διάστημα από αρχές Φεβρουαρίου 2017 έως τέλος Ιανουαρίου 2018 ενώ η Ελλάδα βρίσκεται στην τρίτη θέση στο διάστημα αυτό με καταγεγραμμένα 1398 κρούσματα. Οι περισσότερες χώρες έχουν εμβολιαστική κάλυψη σε ποσοστό <95% και για τις δυο δόσεις του εμβολίου της ιλαράς. Από τα πιο σημαντικά μέτρα αντιμετώπισης θεωρείται η σωστή ενημέρωση των γονέων από τους επαγγελματίες υγείας και ο έγκαιρος εντοπισμός ομάδων με χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη.



**Λέξεις ευρετηρίου:** Δείκτες θνησιμότητας, Ιλαρά, Εμβολιαστική κάλυψη, Πρόληψη



Σ.Κ. Ράδος, Ι. Αποστολάκης, Π. Σαράφης. Δείκτες θνησιμότητας και νεότερα δεδομένα για την έξαρση της ιλαράς στην Ελλάδα και την Ευρώπη. *Επιστημονικά Χρονικά* 2019; 24(1): 7-17.

eoι: <http://eoι.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.1.1>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι δείκτες υγείας χρησιμοποιούνται στην εξαγωγή συμπερασμάτων για τυχόν αλλαγές που έχουν συντελεστεί διαχρονικά [1]. Οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε δείκτες θετικής υγείας και δείκτες αρνητικής υγείας [2]. Οι θετικοί δείκτες αναφέρονται στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση υπό φυσιολογικές συνθήκες (μέσος όρος ζωής), στο δείκτη γεννητικότητας (γεννήσεις ανά 1000 άτομα) και στο δείκτη γονιμότητας (μέσος όρος γεννήσεων ζώντων παιδιών ανά γυναίκα), ενώ οι αρνητικοί εξετάζουν το δείκτη θνησιμότητας (αριθμός θανάτων από μια συγκεκριμένη ασθένεια), το δείκτη νοσηρότητας (αριθμός ασθενών από μια συγκεκριμένη νόσο) και το δείκτη θνητότητας (πιθανότητα θανάτου από μια ασθένεια) [3].

Στην Ευρωπαϊκή Βάση Δεδομένων ECHI-European Community Health Indicators, υπάρχουν περισσότεροι από 88 δείκτες εκ των οποίων περισσότεροι από τους 50 διαθέτουν δεδομένα για συγκριτική αποτύπωση. Οι δείκτες ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες: i) Δημογραφική και κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, ii) Κατάσταση υγείας, iii) Καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία, iv) Υγειονομικές υπηρεσίες και v) Προαγωγή της υγείας [4]. Παράγοντες κινδύνου για την υγεία σύμφωνα με τον ορισμό του Π.Ο.Υ., ορίζονται ως οι παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν τα αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία [5,6].

Για τη συγγραφή της συγκεκριμένης ανασκόπησης πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar, Scopus και

PubMed, European Community Health Indicators. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: "mortality" (θνησιμότητα), "health indicators" (δείκτες υγείας) "alcohol consumption" (κατανάλωση αλκοόλ), "tobacco consumption" (κατανάλωση καπνού), "Risk factors" (παράγοντες κινδύνου), "measles" (ιλαρά), "vaccines" (εμβόλια), "obesity" (παχυσαρκία), "overweight" (υπερβολικό βάρος). Η αναζήτηση αφορούσε σε άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική και στην ελληνική γλώσσα και το χρονικό διάστημα αναζήτησης της βιβλιογραφίας ήταν περίπου 7 μήνες (Μάιος - Δεκέμβριος 2018). Το υλικό που συλλέχθηκε, μελετήθηκε και έγινε επιλογή και ταξινόμηση των πηγών.

Στην πρώτη ενότητα γίνεται αναφορά στις κυριότερες αιτίες θανάτου, ενώ συγκρίνονται οι δείκτες θνησιμότητας μεταξύ της Ελλάδας και των Ευρωπαϊκών χωρών και γίνεται αναφορά στους παράγοντες κινδύνου. Στη συνέχεια γίνεται εκτενής αναφορά στην ιλαρά, στα ποσοστά εμβολιασμού, στις αιτίες έξαρσης αλλά και στους τρόπους αντιμετώπισής της.

## ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΕ-15

Οι κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα και την ΕΕ-15 είναι οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, οι οποίες κατέχουν την πρώτη θέση, ακολουθούν τα νεοπλάσματα ενώ η τρίτη αιτία είναι οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Οι

παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος περιλαμβάνουν εκείνες που σχετίζονται με διαβήτη, υψηλή χοληστερόλη, υπέρταση, κάπνισμα και εμφανίζονται στον ανθρώπινο οργανισμό ως ισχαιμικές καρδιοπάθειες, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου και εγκεφαλο-αγγειακές παθήσεις. Οι άνδρες κατέχουν ποσοστό 47,5% οι γυναίκες 33,7% ενώ το γενικό σύνολο κατέχει υψηλά ποσοστά με 39,7%. Οι πιο συνηθισμένες μορφές καρκίνων είναι κακοήθη νεοπλάσματα των πνευμόνων, του παχέος εντέρου, του μαστού, του παγκρέατος, του προστάτη, του ήπατος και των χοληφόρων οδών. Σε αυτή την κατηγορία πολύ υψηλό ποσοστό κατέχουν οι άνδρες με 40,7% οι γυναίκες έχουν ποσοστό 24,4% ενώ στο σύνολο της Ευρώπης το

ποσοστό ανέρχεται σε 40%. Στις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος συμπεριλαμβάνονται οι παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και η πνευμονία [7]. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία οι γυναίκες κατέχουν μονοψήφιο ποσοστό 8,1%, οι άνδρες 13,6% και το σύνολο 10,1%. Παρατηρείται διαφοροποίηση αναλόγως με την ηλικία καθώς σε ηλικίες <65 ετών τα νεοπλάσματα αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου, ενώ στις ηλικίες >65 ετών οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος. Επίσης, αναλόγως με την ηλικία σε ηλικίες <65 ετών τα νεοπλάσματα αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου, ενώ στις ηλικίες >65 ετών οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος [8].

	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Παθήσεις κυκλοφορικού συστήματος	47,5%	33,7%	39,7%
Νεοπλάσματα	40,7%	24,4%	40%
Παθήσεις αναπνευστικού συστήματος	13,6%	8,1%	10,1%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;65 ετών τα νεοπλάσματα κυριότερη αιτία θανάτου</li> <li>• &gt;65 ετών οι παθήσεις του κυκλοφορικού κυριότερη αιτία θανάτου</li> </ul>			

**Πίνακας 1.** Κυριότερες αιτίες θανάτου σε Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ένωση (EU-15). Πηγή: ECHI [9].

Ο δείκτης συνολικής θνησιμότητας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσιάζει πτωτική τάση από το 2005 και μετά. Πιο συγκεκριμένα το 2005 η θνησιμότητα στην Ελλάδα ήταν 951,8 ανά 100.000 κατοίκους ενώ το 2014 747,1 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους. Σταθερά την χρονική περίοδο που εξετάζουμε από το 2005-2014 η θνησιμότητα στην Ελλάδα είναι πάνω από το μέσο όρο της Ευρώπης των 15. Από το σύνολο των δεκαπέντε ευρωπαϊκών χωρών, με εξαίρεση

το 2004, η Γαλλία κατέχει τα πιο χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας [10].

Οι ασθένειες από παθήσεις κυκλοφορικού συστήματος αποτελούν την πρώτη και με διαφορά αιτία θνησιμότητας για τον ελληνικό πληθυσμό. Ο αντίστοιχος δείκτης στην Ευρώπη των 15 είναι σαφώς χαμηλότερος. Χαρακτηριστικό παράδειγμα την χρονιά 2005 η θνησιμότητα από παθήσεις του κυκλοφορικού στην Ελλάδα ήταν 464,6

ανά 100.000 κατοίκους ενώ στην Ευρώπη μόνο 309,8 ανά 100.000 κατοίκους [10].

Δεύτερη αιτία θνησιμότητας μεταξύ των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 κατέχουν τα νεοπλάσματα, με υψηλότερα ποσοστά να έχουν καταγραφεί στην Δανία. Το 2006 ο συγκεκριμένος δείκτης άγγιζε τους 279 θανάτους ανά 100.000 άτομα όταν ο αντίστοιχος Ευρωπαϊκός μέσος όρος ήταν 211,42. Η Ελλάδα βρίσκεται περίπου στα ίδια επίπεδα με την EU-15 [10]. Ωστόσο λόγω ελλείψεων και σφαλμάτων στην ταξινόμηση η κατάταξη της Ελλάδας θεωρείται πλασματική καθώς το Ελληνικό Αρχείο Νεοπλασιών βρίσκεται σε φάση αναδιοργάνωσης [11].

Τρίτη συνηθέστερη αιτία θανάτου στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15 μελών είναι οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Τα υψηλότερα προτυποποιημένα ποσοστά καταγράφονται στην Ιρλανδία το 2006 με 138,1 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους - εκτότε παρατηρείται καθοδική πορεία-. Ο συγκεκριμένος δείκτης στην Ελλάδα βρίσκεται διαρκώς σε υψηλότερα ποσοστά από τον αντίστοιχο της Ευρώπης [10].

## Η ΙΛΑΡΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η ιλαρά είναι μια ιογενής λοίμωξη η οποία μεταδίδεται μέσω των σταγονιδίων από άνθρωπο σε άνθρωπο. Μέσω του τριπλού εμβολίου M.M.R. μπορεί να επιτευχθεί η πρόληψη. Η πρώτη δόση γίνεται σε ηλικία 12 -15 μηνών ενώ η δεύτερη δόση 4 - 6 ετών [12],[13]. Στην Ελλάδα η εισαγωγή του εμβολιασμού ξεκίνησε την δεκαετία του 1970 εκ τότε ο συστηματικός εμβολιασμός του

πληθυσμού με το εμβόλιο MMR συνέβαλαν ουσιαστικά στη μείωση της ιλαράς[14],[15]. Η ιλαρά εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως υψηλός πυρετός, βήχας και εξανθήματα ή μπορεί να εκδηλωθεί και ασυμπτωματικά. Για το λόγο αυτό, η εργαστηριακή επιβεβαίωση της νόσου είναι αναγκαία τόσο για την κλινική διάγνωσή της, όσο και για την επιδημιολογική διερεύνηση εξάρσεων [16].

Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα που υποβλήθηκαν από τις Ευρωπαϊκές χώρες στο Ευρωπαϊκό Σύστημα Επιτήρησης (TESSy) σε μηνιαία βάση στο διάστημα από αρχές Σεπτεμβρίου 2017 έως τέλος Αυγούστου 2018 έχουν αναφερθεί 13547 περιπτώσεις ιλαράς εκ των οποίων οι 9364 επιβεβαιώθηκαν εργαστηριακά. Τα περισσότερα περιστατικά καταγράφονται στην Ελλάδα (3171), στην Γαλλία (2792), στην Ιταλία (2718), στην Ρουμανία (1765) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (1007) [17].

Τον Φεβρουάριο 2018 και τον Μάρτιο 2018 αναφέρεται αύξηση των κρουσμάτων με 1566 και 2226 περιπτώσεις αντίστοιχα ενώ εκτότε παρατηρείται μείωση μέχρι το τέλος της περιόδου που εξετάζεται. Από τις 13547 περιπτώσεις ιλαράς στους δώδεκα μήνες αναφοράς έχουν καταγραφεί 38 θάνατοι (24 στη Ρουμανία, 7 στην Ιταλία, 4 στην Ελλάδα και 3 στην Γαλλία) [17].

Το χρονικό διάστημα από αρχές Σεπτεμβρίου 2017 έως τα τέλη Σεπτεμβρίου 2018 από τις 12162 υποθέσεις ατόμων που προσβλήθηκαν από ιλαρά (90% των περιπτώσεων) και είναι γνωστό το εμβολιαστικό τους υπόβαθρο και η ηλικία τους το 82% δεν είχε εμβολιαστεί, το 11% είχε εμβολιαστεί με μια δόση, το 6% με δύο ή

περισσότερες δόσεις ενώ το 1% με άγνωστο αριθμό δόσεων [17].

Η ιλαρά συνεχίζει να εξαπλώνεται σε ολόκληρη την Ευρώπη δεδομένου ότι η εμβολιαστική κάλυψη σε πολλές χώρες είναι ανεπαρκής. Ο στόχος που έχει τεθεί από τον Π.Ο.Υ. είναι η ανοσοποίηση έναντι της ιλαράς να είναι πάνω από 95% [18]. Χαμηλότερο ποσοστό εμβολιασμού έναντι της ιλαράς κατέχει η Αυστρία με 82,1%, στα ίδια χαμηλά επίπεδα κυμαίνονται η Ιρλανδία 85,7%, η Ιταλία 86,2% και το Ηνωμένο Βασίλειο 87,3% αντίθετη πορεία ακολουθεί η Ελλάδα με το ποσοστό της να κυμαίνεται στο 96,3% [19].

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει συλλέξει ο Π.Ο.Υ. το 2016, η εμβολιαστική κάλυψη για την πρώτη δόση του εμβολίου της ιλαράς ήταν κάτω από 95% σε 16 από τις 28 χώρες της Ευρώπης. Τα πιο χαμηλά ποσοστά καταγράφονται στην Ιταλία με 85%, ακολουθεί η Ρουμανία με 86% ενώ οι Κροατία, Κύπρος, Γαλλία έχουν 90%. Ενώ για τη δεύτερη δόση ιλαράς οι χώρες που έχουν χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη κάτω από το 95% αυξήθηκαν σε 21 από τις 28 χώρες. Η Ρουμανία με 76% εμβολιαστική κάλυψη έχει τα χαμηλότερα ποσοστά ενώ ακολουθούν η Γαλλία με 79% και η Ιταλία, Ελλάδα με 83% [19]. Η συνέχιση της έλλειψης της εμβολιαστικής κάλυψης σε χώρες με υψηλά ποσοστά κρουσμάτων ιλαράς εγκυμονεί κινδύνους και για τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Γίνεται σαφές ότι η έλλειψη εμβολιασμού σε παιδιά και σε ενήλικες είναι η βασική αιτία εξάρσης της ιλαράς.

Εκτός από την έλλειψη εμβολιασμού, ένα παλιό φαινόμενο επανέρχεται στο

προσκήνιο, η εμφάνιση κινημάτων ενάντια στους εμβολιασμούς. Ήδη από την πρώτη στιγμή που χρησιμοποιήθηκαν τα εμβόλια υπήρχαν πολλοί οι οποίοι τα αμφισβήτησαν [20]. Η άρνηση έναντι των εμβολίων συνδέεται με το κοινωνικό πολιτισμικό υπόβαθρο πληθυσμών και τις πεποιθήσεις που διαμορφώνονται στην κοινωνία σχετικά με τις ασθένειες την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των εμβολίων, καθώς πολλοί είναι οι γονείς οι οποίοι φοβούνται τις ανεπιθύμητες ενέργειες των εμβολίων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το τριπλό εμβόλιο Μ.Μ.Ρ. στο Ηνωμένο Βασίλειο το οποίο εξαιτίας των φόβων για ανεπιθύμητες ενέργειες αυτισμού και νόσων του εντέρου επηρέασε αρνητικά και άλλα εμβόλια [21],[22]. Επιπλέον, ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας εμβολιασμού είναι οι φιλοσοφικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι οποίες δρουν αρνητικά στον εμβολιασμό έναντι της ιλαράς [23]. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια φαίνεται πως το αντί-εμβολιαστικό κίνημα καταλαμβάνει όλο και περισσότερο έδαφος, ενώ κρίνεται αναγκαίο να εμβολιαστούν ευπαθείς ομάδες όπως οι Ρομά, ανασφάλιστοι και μετανάστες. Ένας ακόμη λόγος που συντελεί στην αύξηση της επιδημικής εξάρσης είναι οι δημογραφικοί παράγοντες. Σε αυτό τον παράγοντα περιλαμβάνονται ο τόπος διαμονής, η δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, το μορφωτικό επίπεδο των γονιών, η φυλή στην οποία ανήκουν, η ασφαλιστική κάλυψη και αν παρέχονται δωρεάν τα εμβόλια από τα ασφαλιστικά ταμεία. Μια ακόμα αιτία εξάρσης της ιλαράς είναι η καθυστερημένη έναρξη των εμβολιασμών [24].

## ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΙΛΑΡΑΣ

Η υγεία των ατόμων και της ευρύτερης κοινωνίας εξαρτάται από άμεσους, έμμεσους ατομικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτιστικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζονται από τις δράσεις της δημόσιας πολιτικής υγείας και αναδεικνύουν τις ευκαιρίες πρόληψης από τους εμπλεκόμενους φορείς [25]. Στο χώρο της υγείας η πρόληψη θεωρείται μια από τις πιο σημαντικές δραστηριότητες των οργανωμένων συστημάτων υγείας, ενώ παράλληλα με τις υπηρεσίες θεραπείας αποκατάστασης και παρηγορίας αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο των κοινωνικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της υγείας. Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή [26].

### Πρωτογενής πρόληψη

Στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι ο περιορισμός της συχνότητας (επιπολασμού) εμφάνισης μίας νόσου ή κατάστασης σε έναν πληθυσμό, μέσω της λήψης μέτρων που ελαχιστοποιούν τις αιτίες από τις οποίες προκλήθηκε μια νόσος [27]. Βασικό σημείο στην πρωτογενή πρόληψη έναντι της εμφάνισης και της εξάπλωσης της ιλαράς αποτελεί ο εμβολιασμός. Σύμφωνα με έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι το εμβόλιο έναντι της ιλαράς εξασφαλίζει μακροχρόνια ανοσία σε παιδιά που εμβολιάστηκαν σε ηλικία 15 μηνών σε ποσοστό 98% ενώ σε παιδιά που εμβολιάστηκαν σε ηλικία 12 μηνών σε ποσοστό 95% [28].

Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτή την φάση, καθώς είναι αυτοί οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με τις ανησυχίες και την

επιφυλακτικότητα των γονέων. Μια επιτυχημένη αλληλεπίδραση μπορεί να κάμψει οποιαδήποτε αμφιβολία έναντι των εμβολιασμών, ενώ σε αντίθετη περίπτωση θα ενταθεί η ανασφάλεια για τα εμβόλια. Θα πρέπει να γίνει μια επιπλέον επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας για την σπουδαιότητα του έγκαιρου εμβολιασμού και να εστιάσουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως οι Ρομά, οι μετανάστες αλλά και σε γονείς που θεωρούν ότι τα εμβόλια δεν προφέρουν προστασία έναντι των ιών [29]. Επίσης με την σύσταση μιας ειδικής ομάδας επαγγελματιών υγείας κατά την επίσκεψή τους σε σχολεία θα μπορούσαν να ελέγξουν το βιβλιάριο υγείας του παιδιού και να εντοπίσουν ανεμβολίαστα παιδιά για να τα εμβολιάσουν [30]. Θα πρέπει να επιτευχθεί εμβολιαστική κάλυψη η οποία θα πρέπει να υπερβαίνει το 95% και για τις δυο δόσεις.

### Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στη παρεμπόδιση της εξέλιξης μιας νόσου, μέσω της έγκαιρης διάγνωσης αλλά και την θεραπεία των πασχόντων [31]. Με την εκδήλωση κρούσματος ιλαράς θα πρέπει αυτομάτως να ενημερωθούν οι αρμόδιες αρχές. Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν νοσήσει θα πρέπει να μπου σε απομόνωση καθώς ο ιός της ιλαράς μεταδίδεται με τα σταγονίδια. Παιδιά με ιλαρά απομακρύνονται από το σχολείο για 4-5 ημέρες από την εμφάνιση του εξανθήματος. Αν υπάρχουν παιδιά του στενού περιβάλλοντος των κρουσμάτων με πρόδρομα καταρροϊκά φαινόμενα πρέπει να γίνει περιορισμός της επικοινωνίας με ευπαθή άτομα, ιδίως βρέφη και εγκυμονούσες. Στο οικογενειακό περιβάλλον αν γίνει εμβολιασμός εντός 72 ωρών, τότε

παρέχεται ικανοποιητική προστασία [32]. Αν υπάρχουν ευπαθείς ομάδες όπως βρέφη ή έγκυες γυναίκες γίνεται παθητική ανοσοποίηση με ανοσοσφαιρίνη [33]. Ταυτόχρονα με την θεραπεία θα πρέπει να αναζητηθούν οι πηγές μόλυνσης και αναζήτηση και άλλων ατόμων που πιθανόν έχουν προσβληθεί από τον ιό [34].

### Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται στην μείωση λειτουργικών αναπηριών που οφείλονται στην αρρώστια [31]. Όπως όλες οι ασθένειες έτσι και η ιλαρά μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές, όπως πρόβλημα ακοής ή διάρροια, ενώ ορισμένοι μπορεί να εμφανίσουν πιο σοβαρές επιπλοκές όπως πνευμονία ή εγκεφαλίτιδα ενώ στις έγκυες μπορεί να προκαλέσει μέχρι και αποβολή του εμβρύου. Κρίνεται αναγκαίο η επιβολή εμβολιασμού έναντι της ιλαράς για αποφυγή δυσάρεστων συνεπειών που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και το θάνατο.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η καταγραφή των δεικτών υγείας ενός πληθυσμού είναι πολύ σημαντική καθώς αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τις κυβερνήσεις, ώστε να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας των πολιτών. Η πρόσβαση στις διάφορες βάσεις δεδομένων βοηθά ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα και να χαραχθούν στρατηγικές.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που αντλήθηκαν από τις επίσημες βάσεις

δεδομένων οι δείκτες θνησιμότητας σε αρκετές περιπτώσεις είναι περίπου στα ίδια επίπεδα με αυτές του μέσου όρου της Ευρώπης των 15. Από το 2005 -2014 χρονικό διάστημα που συγκρίνουμε όλοι οι δείκτες θνησιμότητας έχουν καθοδική πορεία ή τουλάχιστον παραμένουν σταθεροί.

Τα κρούσματα ιλαράς, όπως στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, έτσι και στην Ελλάδα παρατηρείται έξαρση. Κυριότεροι παράγοντες είναι η μη εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών και το αντί - εμβολιαστικό κίνημα. Λόγω της πρόσφατης επιδημικής έξαρσης της ιλαράς, στη χώρα μας το ενδεχόμενο εξάπλωσης της ιλαράς στη χώρα μας είναι υπαρκτό. Τα μέτρα για να περιοριστεί η επιδημία περιλαμβάνουν:

- την ευρεία ενημέρωση και τον άμεσο εμβολιασμό παιδιών, εφήβων, ενηλίκων που δεν έχουν εμβολιαστεί,
- τον άμεσο εμβολιασμό παιδιών από ευάλωτες ομάδες πληθυσμού.

Η ιλαρά είναι μια ασθένεια που μπορεί να προληφθεί λόγω της διαθεσιμότητας ενός ασφαλούς, φθηνού και αποτελεσματικού εμβολίου. Η συνεχής ενημέρωση αποτελεί ασπίδα για την ανυπόστατη φημολογία για τους δήθεν κινδύνους από τα εμβόλια και τον περιορισμό των αντιεμβολιαστικών απόψεων.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Ιωαννίδης Ε, Λαπατατζίδης Α, Μάντης Π. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιουπίες και προκλήσεις. 1999, (Α): 25-27.
2. Τούντας Γ. Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας , περιοδικό Νέα Υγεία , Τεύχος 59 , Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2008.
3. Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α' τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2007.
4. ECHI (European Core Health Indicators) (2013). Available at: [http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm) Ανάκτηση στις 04/2018 World Health Organization.(2009) [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf). Accessed 04/2018.
5. Τερζόπουλος Β, Σαράφης Π. Η γενική κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Δείκτες και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας, δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η συμβολή της πρόληψης, της προαγωγής υγείας και της αγωγής υγείας. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 2012 5(2):15-25.
6. OECD, Health at a Glance, Europe. Available at: [http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf) Accessed 04/2018.
7. ECHI (European Core Health Indicators). Available at: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes\\_of\\_death\\_statistics/el](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/el) Accessed 04/2018.
8. ECHI (European Core Health Indicators). Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5167862/3-28112013-AP-EN.PDF/835e6ff2-8b54-4d39-b808-48a4bb5008e3> Accessed 04/2018.
9. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) Causes of mortality. Available at: <http://stats.oecd.org/#> Accessed 04/2018.
10. OECD Health Statistics. Available at: <http://stats.oecd.org/> Accessed 04/2018.
11. Τσούνης Α, Σαράφης Π. Πρόληψη Καρκίνου του Μαστού και Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2014 6(3): 108-115.
12. Atkinson W, Wolfe S, Hamborsky J. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (The Pink Book). 12th ed. Washington DC: Public Health Foundation, 2011.
13. Mason WH, Kliegman RE, Jenson HB, Stanton BF. Measles. In: Nelson textbook of pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier. 2007; pp: 1331-1337.



14. Gioula G, Papa A, Exindari M, Melidou A, Chatzidimitriou D, Karaboxoglou D et al. Greek measles epidemic strain, 2005– 2006. *Epidemiol Infect* 2007, 35:570–573.
15. Georgakopoulou T, Grylli C, Kalamara E, Katerelos P, Spala G, Panagiotopoulos T. Current measles outbreak in Greece. *Euro Surveill* 2006, 11:70–71.
16. Van Binnendijk RS, Van Den Hof S, Van Den Kerkhof H, Kohl RH, Woonink F, Berbers GA et al. Evaluation of serological and virological tests in the diagnosis of clinical and subclinical measles virus infections during an outbreak of measles in the Netherlands. *J Infect Dis* 2003, 188:898–903.
17. European Centre for Disease Prevention and Control. Monthly measles and rubella monitoring report. Available at: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/measles-rubella-monitoring-report-october-2018.pdf> Accessed on:09/2018.
18. World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data : Global measles and rubella strategic plan: 2012-2020. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44855/9789241503396\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44855/9789241503396_eng.pdf?sequence=1) Accessed on: 04/2018.
19. World Health Organization vaccine-preventable diseases: monitoring system 2018 global summary. Available at: [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/timeseries/tscoveragemcv1.html](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tscoveragemcv1.html) Accessed on: 04/2018.
20. Siddiqui M, Salmon D, Omer S. Epidemiology of vaccine hesitancy in th USA. *Humman Vaccines & Immunotherapeutics*, 2013.
21. Dube C, Bramadat P, Roy R. Vaccine Hesitancy. *Humman Vaccines & Immunotherapeutics*, 2013
22. Sathvanaravana B, Chttaranjam A. The MMR vaccine and autism: Sensation, refutation, retraction and fraud, 2011
23. Williams I, Milton J, Farell J, Graham N. Interaction of socioeconomic status and provider practices as predictors of immunization coverage in Virginia children 1996.
24. Leask C, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H. Communicating with Parents about vaccination: a framework for health professionals, 2012.
25. Tannahill A. Health promotion: The Tannahill model revisited. *Public health*, 2009,123,396-399.
26. Starfield B, Hyde J, Gervas J. The concept of prevention: a good idea gone astray? *Health J Epidemiol Community Health* 2008, 62, 580-583.

27. Yarnall S, Pollak I, Ostbye T, Krause M, Michener L. Primary care: is there enough time for prevention. *American Journal of Public Health*, 2003, 93, 635-641.
28. Royal College of Paediatrics and Child Health. *Manual of childhood infections*, 3rd edition. Sharland M ed. Oxford University Press 2011; pp:624-27.
29. Smith PJ, Chu SY, Barcker LE. Children who have received no vaccines: who are they and where do they live?. *Pediatrics*. 2004, 114: 187-195.
30. Gust DA, Darling N, Kennedy A, Schwartz B. Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics*. 2008, 122: 718-725.
31. Watson M. Going for gold: the health promoting general practice. *Quality in Primary Care*, 2008,16,177-185.
32. American Public Health Association. *Control of communicable diseases manual*, 19th edition. Heymann DL ed. 2008; pp: 403-408.
33. CDC. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (The Pink Book)*. Atkinson W, Wolfe S, Hamborsky J eds. 12th ed. Washington DC: Public Health Foundation, 2011.
34. Public Health England. *Measles: the green book*, chapter 21. Available at : [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/147968/Green-Book-Chapter-21-v2\\_0.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/147968/Green-Book-Chapter-21-v2_0.pdf)

## *Mortality indicators and latest data about the outbreak of measles in Europe and Greece*

**S.K. Rados<sup>1</sup>, I. Apostolakis<sup>2</sup>, P. Sarafis<sup>3</sup>**

<sup>1,2,3</sup> Postgraduate Program Health Care Management, Hellenic Open University, Athens, Greece

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of Technology, Cyprus

### ABSTRACT

Health rates are considered to be useful tools for conclusions related the population's health condition, as well as for potential interferences. This literature review aims at the presentation of the Greek population's health condition compared to this, of 15 European countries. Secondly, an outbreak in cases of measles, the potential cause and the way to deal with it, are also being mentioned. As main reasons of death in Greece and in the 15-country-member Europe (EE-15) are considered to be neoplasms and respiratory diseases. The outbreak of measles over the past years in Europe is mainly due to lacking vaccination. Among European countries, from early February 2017 till late January 2018, Romania comes first in the appearance of measles incidents, while Greece is in the third place with 1398 cases reported. Most countries have vaccination coverage of <95% for both doses of measles' vaccine. The proper briefing of parents by health experts and the prompt detection of groups with low vaccination coverage, is one of the most important measures of confrontation.



**Keywords:** Mortality indicators, Risk factors, Measles, vaccination coverage, prevention



Citation

**S.K. Rados, I. Apostolakis, P. Sarafis. Mortality indicators and latest data about the outbreak of measles in Europe and Greece. Scientific Chronicles 2019; 24(1): 7-17**

**eoi:** <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.1.1>