

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Αναβάθμιση της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα

Ειδικές ομάδες πληθυσμού: παιδιά, έφηβοι, νέοι, ηλικιωμένοι, γυναίκες

Στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας του Ιδρύματος Μποδοσάκη για την αναβάθμιση της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα, αποτυπώθηκε η παρούσα κατάσταση της χώρας μας και έγιναν προτάσεις. Σε αυτό το άρθρο περιγράφονται τα δεδομένα για τρεις σημαντικές ομάδες του πληθυσμού: (α) παιδιά/έφηβοι και νέοι, (β) μεγαλύτεροι ενήλικες-ηλικιωμένοι και (γ) γυναίκες, και γίνονται προτάσεις επίτευξης νέων στόχων βελτίωσης της υγείας τους. Για την πρώτη ομάδα του πληθυσμού παρουσιάζονται ζητήματα που αφορούν στα παιδιά και στον μητρικό θηλασμό, στην υπερβαρότητα-παχυσαρκία, στην προσχολική ηλικία, στη διανοητική αναπηρία, στην εμβολιαστική κάλυψη, στην παιδική θνησιμότητα και στην αντιμετώπιση των ζητημάτων των πρόωρων τοκετών, της εξωσωματικής γονιμοποίησης και του φυσιολογικού τοκετού. Επί πλέον αυτών, συζητούνται θέματα που αφορούν στους εφήβους, όπως το φαινόμενο της «ψευδαίσθησης του υγιούς εφήβου/νέου», τα χρόνια μη μεταδοτικά νοσήματα (MMN), η ψυχική τους υγεία, οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές τους και η σεξουαλική-αναπαραγωγική τους υγεία, ενώ δίνεται έμφαση στην αναγκαιότητα της εξειδίκευσης της Εφηβικής και της Νεανικής Ιατρικής στην Ελλάδα. Αναφορικά με τους ηλικιωμένους παρουσιάζεται η υφιστάμενη κατάσταση και το μοντέλο υγιούς γήρανσης στη χώρα μας. Παράλληλα, προτείνονται δράσεις για την εφαρμογή του τελευταίου και αναλύονται οι βασικές τους προϋποθέσεις. Για την πληθυσμιακή ομάδα των γυναικών παρουσιάζονται ζητήματα που αφορούν γενικότερα στην υγεία τους και στην προαγωγή της, στα MMN, στην προσανατολισμένη στο φύλο και στην ηλικία διάγνωση και θεραπεία, στη μειωμένη εκπροσώπηση τους σε κλινικές μελέτες, στατιστικά δεδομένα και κέντρα λήψης αποφάσεων, στις ευάλωτες ομάδες των γυναικών, στη μη αμειβόμενη εργασία και στους περιβαλλοντικούς κινδύνους, στους οποίους εκτίθενται. Γίνεται αναφορά, τέλος, στους τομείς άμεσης προτεραιότητας για την υγεία των γυναικών, τη βελτίωση της σεξουαλικής και της αναπαραγωγικής τους υγείας και την πρόληψη της βίας εναντίον τους.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο παρόν άρθρο περιγράφονται τα δεδομένα για τρεις σημαντικές ομάδες του πληθυσμού: (α) παιδιά/έφηβοι και νέοι, (β) μεγαλύτεροι ενήλικες-ηλικιωμένοι και (γ) γυναίκες, και γίνονται προτάσεις επίτευξης νέων στόχων βελτίωσης της υγείας τους. Για την πρώτη ομάδα του πληθυσμού παρουσιάζονται ζητήματα που αφορούν στα παιδιά και στον μητρικό θηλασμό, στην υπερβαρότητα-παχυσαρκία, στην προσχολική ηλικία, στη διανοητική αναπηρία, στην εμβολιαστική κάλυψη, στην παιδική θνησιμότητα και στην αντιμετώπιση των ζητημάτων των πρόωρων τοκετών, της

εξωσωματικής γονιμοποίησης και του μητρικού θηλασμού. Επί πλέον αυτών, συζητούνται θέματα που αφορούν στους εφήβους, όπως το φαινόμενο της «ψευδαίσθησης του υγιούς εφήβου/νέου», τα χρόνια μη μεταδοτικά νοσήματα (MMN), η ψυχική τους υγεία, οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές τους και η σεξουαλική-αναπαραγωγική τους υγεία, ενώ δίνεται έμφαση στην αναγκαιότητα της εξειδίκευσης της Εφηβικής και της Νεανικής Ιατρικής στην Ελλάδα. Αναφορικά με τους ηλικιωμένους παρουσιάζεται η υφιστάμενη κατάσταση και το μοντέλο υγιούς γήρανσης στη χώρα μας. Παράλληλα, προτείνονται δράσεις για την εφαρμογή του τελευταίου και αναλύονται οι βασικές τους προϋποθέσεις. Για την πληθυσμιακή ομάδα των γυναικών παρουσιάζονται ζητήματα που αφορούν γενικότερα στην υγεία τους και στην προαγωγή της, στα MMN, στην προσανατολισμένη στο φύλο και στην ηλικία διάγνωση και θεραπεία, στη μειωμένη εκπροσώπηση τους σε κλινικές μελέτες, στατιστικά δεδομένα και κέντρα λήψης αποφάσεων, στις ευάλωτες ομάδες των γυναικών, στη μη αμειβόμενη εργασία και στους περιβαλλοντικούς κινδύνους, στους οποίους εκτίθενται. Γίνεται αναφορά, τέλος, στους τομείς άμεσης προτεραιότητας για την υγεία των γυναικών, τη βελτίωση της σεξουαλικής και της αναπαραγωγικής τους υγείας και την πρόληψη της βίας εναντίον τους.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2025, 42(Συμπλ 1):56-67
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2025, 42(Suppl 1):56-67

Γ.Π. Χρούσος,¹
Δ. Παναγιωτάκος,²
Α. Μπαρμπούνη³

¹Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Υγείας Μητέρας, Παιδιού και Ιατρικής Ακριβείας, Έδρα UNESCO στην Εφηβική Υγεία και Ιατρική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

³Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

Upgrading public health in Greece.
Special population groups:
Children, adolescents, young
adults, aged subjects, women

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Γυναίκες
Δημόσια Υγεία
Έφηβοι
Ηλικιωμένοι
Παιδιά

σμακή ομάδα των γυναικών παρουσιάζονται ζητήματα που αφορούν γενικότερα στην υγεία τους και στην προαγωγή της, στα ΜΜΝ, στην προσανατολισμένη στο φύλο και στην ηλικία διάγνωση και θεραπεία, στη μειωμένη εκπροσώπηση τους σε κλινικές μελέτες, στατιστικά δεδομένα και κέντρα λήψης αποφάσεων, στις ευάλωτες ομάδες των γυναικών, στη μη αμειβόμενη εργασία και στους περιβαλλοντικούς κινδύνους, στους οποίους εκτίθενται. Γίνεται αναφορά, τέλος, στους τομείς άμεσης προτεραιότητας για την υγεία των γυναικών, τη βελτίωση της σεξουαλικής και της αναπαραγωγικής τους υγείας και την πρόληψη της βίας κατά των γυναικών.

2. ΠΑΙΔΙΑ, ΕΦΗΒΟΙ, ΝΕΟΙ

Η εξωμήτρια ανάπτυξη του ανθρώπου αρχίζει με τη γέννηση και συνεχίζει με τη νεογνική ηλικία (1ος μήνας της ζωής), τη βρεφική (1ο έτος), τη νηπιακή (2ο–4ο έτος), την παιδική (5ο–12ο έτος) και την εφηβική (12ο–18ο έτος) ηλικία. Στη συνέχεια και δεδομένου ότι η ήβη (σεξουαλική ωρίμανση) ολοκληρώνεται στα 15–16 έτη, ενώ ο εγκέφαλος αναπτύσσεται μέχρι τα 25–27 έτη, χρησιμοποιούμε αντίστοιχα τους όρους «ενήβωση» και «ενηλικίωση» σε αναλογία με τους αγγλικούς όρους “puberty” και “adolescence/youth”. Ο πληθυσμός των παιδιών και των εφήβων στην Ελλάδα φθίνει αναλογικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, σταθερά, εδώ και τουλάχιστον δύο δεκαετίες. Η Ελλάδα έχει από τους χαμηλότερους δείκτες ολικής γονιμότητας στον κόσμο (περίπου 1,2 γεννήσεις ανά γυναίκα) και ως εκ τούτου η χώρα έχει ένα τεράστιο δημογραφικό πρόβλημα, με άμεσες επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού, αλλά και στην ελληνική οικονομία.¹

2.1. Η υγεία των παιδιών

Ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών (έως 10%) συλλαμβάνονται με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή από μεγάλους σε ηλικία γονείς, με αποτέλεσμα αυξημένα ποσοστά προωρότητας και εμβρυϊκής λιποβαρότητας, και αργότερα αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας, μεταβολικού συνδρόμου και όλων των άλλων χρόνιων ΜΜΝ.² Παράλληλα, οι Ελληνίδες μέλλουσες μητέρες και οι μέλλοντες πατέρες έχουν πολύ λίγη εκπαίδευση όσον αφορά στον οικογενειακό προγραμματισμό, με αποτέλεσμα η προγεννητική αγωγή να είναι πολύ περιορισμένη έως ανύπαρκτη και η εκπαίδευση των εγκύων σχετικά με τον τοκετό και τον θηλασμό να είναι ελάχιστη.^{3,4} Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα αυξημένα ποσοστά γεννήσεων με καισαρική τομή, αλλά και μικρά ποσοστά ενδεδειγμένου θηλασμού.^{3,5} Χαρακτηριστικό είναι ότι ο αριθμός των καισαρικών ανέρχεται στο 65% των

γεννήσεων, πολύ περισσότερο από το ιατρικά ενδεδειγμένο 15%, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την υπόλοιπη ζωή των νεογνών σε πολλαπλές νοσηρότητες, κυρίως μεταβολικές και αλλεργικές.⁵

2.1.1. Παιδιά και μητρικός θηλασμός. Αναφορικά με τον μητρικό θηλασμό, τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στους 6 μήνες ζωής του βρέφους είναι πολύ χαμηλά, ενώ υπάρχουν ελάχιστα νοσοκομεία φιλικά προς τα βρέφη στη χώρα. Αυτό αυξάνει περαιτέρω τις πιο πάνω νοσηρότητες.³

2.1.2. Παιδιά και υπερβαρότητα-παχυσαρκία. Ένα ακόμη μεγάλο πρόβλημα είναι η παιδική και η εφηβική υπερβαρότητα και παχυσαρκία η οποία έχει πολύ υψηλό επιπολασμό (>30%), από τους υψηλότερους στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Δυστυχώς, όμως, οργανωμένα και συστηματικά εθνικά σχέδια δράσης δεν φαίνεται να υπάρχουν.^{6,7}

2.1.3. Παιδιά και προσχολική ηλικία. Ακόμη, είναι γνωστό πλέον ότι η φροντίδα και η έκθεση των μικρών παιδιών προσχολικής ηλικίας είναι εξαιρετικά σημαντική για το πώς αυτά θα εξελιχθούν αργότερα από πλευράς ψυχοσωματικής υγείας, διανοητικής επίδοσης και κοινωνικής συμπεριφοράς. Συνεπώς, υπάρχει μεγάλη ανάγκη αύξησης του αριθμού και της ποιότητας των παιδικών σταθμών.⁸

2.1.4. Παιδιά και διανοητική αναπηρία. Στον τομέα της διανοητικής αναπηρίας χρησιμοποιείται ο δείκτης νοημοσύνης (Intelligence Quotient, IQ), ο οποίος μετρά προσεγγιστικά την ευφυΐα ενός ατόμου σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Με βάση διάφορες μελέτες, η διανοητική ανάπτυξη των παιδιών της χώρας είναι μέτρια, περίπου δέκα μονάδες κάτω από το αναμενόμενο, ενώ ποσοστό 14% περίπου του πληθυσμού είναι <70/100, που σημαίνει διανοητική αναπηρία.^{9,10}

2.1.5. Παιδιά και εμβολιαστική κάλυψη. Όσον αφορά στην εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών και των εφήβων στην Ελλάδα, μολονότι αυτή είναι πολύ καλή, ανερχόμενη σε ποσοστό >95% του πληθυσμού, ο εμβολιασμός κατά των ιών των θηλωμάτων (HPV) γινόταν μέχρι πρόσφατα μόνο στα κορίτσια και, δυστυχώς, η κάλυψη είναι ακόμη στο επίπεδο του 20% περίπου.^{11,12}

2.1.6. Παιδιά και υποδομές φροντίδας. Στον τομέα των υποδομών, τα παιδιατρικά τμήματα των νοσοκομείων της χώρας δεν διαθέτουν εσω-νοσοκομειακές και εξω-νοσοκομειακές μονάδες εφήβων και νέων, ενώ η εκπαίδευση των παιδίατρων και των παθολόγων στην Εφηβική και στη Νεανική Υγεία και Ιατρική είναι πολύ περιορισμένη.¹³

2.1.7. Παιδιά και ευπαθείς ομάδες. Τέλος, η κατάσταση υγείας ορισμένων ευπαθών ομάδων, όπως οι Ρομά, είναι πολύ κακή. Τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού είναι

ελάχιστα, ενώ τα παιδιά παραμένουν ως επί το πλείστον ανεμβολίαστα και αναλφάβητα. Η Προληπτική Ιατρική είναι ανύπαρκτη στις συγκεκριμένες ομάδες.^{14,15}

2.1.8. Παιδική θνησιμότητα. Ο πρόωρος τοκετός (γέννηση πριν από τις 37 εβδομάδες κύησης) είναι κύρια αιτία βρεφικής θνητότητας και θνησιμότητας και μείζον εθνικό ζήτημα Δημόσιας Υγείας (ΔΥ). Η σχετιζόμενη με πρόωρο τοκετό νοσηρότητα περιλαμβάνει το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του νεογνού, τη νεκρωτική εντεροκολίτιδα και την ενδοκοιλιακή αιμορραγία.¹⁶ Μακροπρόθεσμες επιπλοκές είναι η αναπτυξιακή καθυστέρηση, η μειωμένη σχολική επίδοση και η κατάθλιψη. Παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων (πολύ μικρή ή προχωρημένη ηλικία και χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο), μη υγιεινό τρόπο ζωής των μητέρων (κάπνισμα, χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών ουσιών, χαμηλό ή υψηλό δείκτη μάζας σώματος στην αρχή της κύησης), ιστορικό κύησης (μικρό μεσοδιάστημα μεταξύ κυήσεων, προηγηθείσα καισαρική τομή, προηγηθείς πρόωρος τοκετός, πολλαπλή κύηση), επιπλοκές της κύησης (χαμηλή πρόσφυση πλακούντα με κύρια αιτία την προηγηθείσα καισαρική τομή, πολυϋδράμνιο με κύρια αιτία τον σακχαρώδη διαβήτη της κύησης, ολιγάμνιο με μείζονα αιτία την ενδομήτρια υπολειπόμενη αύξηση), παθήσεις της μητέρας (παχυσαρκία, διαβήτης, υπέρταση, άσθμα), ψυχική υγεία της μητέρας (ψυχοκοινωνικό stress, κατάθλιψη), εξωσωματική γονιμοποίηση και ενδομήτριες λοιμώξεις.¹⁷

2.2. Αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας παιδιών

2.2.1. Πρόωροι τοκετοί. Η μείωση της επίπτωσης των πρόωρων τοκετών μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή στρατηγικών που στοχεύουν (α) στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, με ενδεχομένως υψηλή απήχηση και (β) στη βελτίωση της ποιότητας και της παροχής φροντίδας στην προ της σύλληψης και κατά την κύηση περιόδους, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.¹⁸

Στο πλαίσιο αυτό, οι παραπάνω στρατηγικές περιλαμβάνουν:

- Δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε προγράμματα ποιοτικής φροντίδας και περίθαλψης των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, περιλαμβανομένου του προ-συμπτωματικού ελέγχου-screening, και προαγωγής της υγείας. Η βελτίωση της υγείας των γυναικών πριν από την κύηση και μεταξύ των κυήσεων είναι μια πολύ σημαντική στρατηγική μείωσης των μητρικών παραγόντων κινδύνου για πρόωρο τοκετό. Θα πρέπει να ελεγχθούν χρόνιες φυσικές και ψυχικές νόσοι, όπως σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση και κατάθλιψη, καθώς και παράγο-

ντες κινδύνου, όπως παχυσαρκία, κάπνισμα και χρήση ναρκωτικών ουσιών

- Ανίχνευση των γυναικών υψηλού κινδύνου για πρόωρο τοκετό και δωρεάν παροχή αποτελεσματικών θεραπειών για την πρόληψη του πρόωρου τοκετού
- Αποφυγή μη ιατρικά ενδεδειγμένης διεκπεραίωσης τοκετών πριν από την 39η εβδομάδα της κύησης, με στόχο την αποφυγή της αυξημένης πιθανότητας για επιπλοκές στον τοκετό, της βρεφικής θνησιμότητας και των νευροαναπτυξιακών ελλειμμάτων
- Αποφυγή μη προγραμματισμένων κυήσεων (π.χ. σε έφηβες), εξασφάλιση του ιδανικού μεσοδιαστήματος μεταξύ των τοκετών και αποφυγή των κυήσεων μετά την ηλικία των 35 ετών
- Αποφυγή πολλαπλής κύησης σε κυήσεις που είναι αποτέλεσμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής
- Δραστική μείωση των ποσοστών εκλεκτικής καισαρικής τομής, μέσω συστηματικού ελέγχου και καταγραφής των ενδείξεων καισαρικής τομής και λεπτομερούς ενημέρωσης των γονέων σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες και τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές της καισαρικής τομής τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί
- Βελτίωση κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης των γυναικών, αφού η έκθεσή τους σε ψυχοκοινωνικό stress κατά την κύηση συσχετίζεται ισχυρά με πρόωρο τοκετό.

Προκειμένου να εφαρμοστούν οι εν λόγω στρατηγικές πρόληψης απαιτούνται κρατικά συστήματα επιτήρησης υψηλής ποιότητας για καταγραφή – παρακολούθηση των πρόωρων τοκετών, των συσχετιζόμενων παραγόντων κινδύνου και της μακροχρόνιας έκβασης.¹⁹

2.2.2. Εξωσωματική γονιμοποίηση. Οι στρατηγικές μείωσης των κυήσεων ως αποτέλεσμα εξωσωματικής γονιμοποίησης περιλαμβάνουν:

- Έναρξη προσπάθειών τεκνοποίησης σε ηλικίες γονέων <35 ετών
- Μείωση της υπογεννητικότητας μέσω των προγραμμάτων ποιοτικής φροντίδας και περίθαλψης των γυναικών και των ανδρών αναπαραγωγικής ηλικίας, τα οποία περιλαμβάνουν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, το κάπνισμα, το οινόπνευμα, την παχυσαρκία, την προαγωγή ενός υγιεινού τρόπου ζωής με σωστό ύπνο, τη σωστή διατροφή και άσκηση και την καλή διαχείριση του stress.^{20,21}

2.2.3. Μητρικός θηλασμός. Οι στρατηγικές προαγωγής του μητρικού θηλασμού περιλαμβάνουν:

- Δραστική μείωση των μη αποδεκτών ποσοστών και-σαρικής τομής στη χώρα μας, αφού η καισαρική τομή συσχετίζεται με καθυστέρηση της γαλακτοφορίας και αποτυχία εγκατάστασης του μητρικού θηλασμού
- Μακροχρόνιες άδειες ανατροφής τέκνου σε όλες τις μητέρες εργαζόμενες στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα
- Οργάνωση και στελέχωση τμήματος συμβούλων μητρικού θηλασμού και δωρεάν παροχή συμβουλευτικής σε όλα τα μαιευτήρια της χώρας
- Παροχή κινήτρων σε όλα τα μαιευτήρια της χώρας για εφαρμογή της πολιτικής “baby friendly hospital”.²²

Οι μεσοπρόθεσμες επιπτώσεις της υποβάθμισης της υγείας μητέρας-παιδιού είναι μεν εμφανείς τις πρώτες 1.000 ημέρες της ζωής, από τη σύλληψη έως περίπου το τέλος του τρίτου έτους ζωής, αλλά εγκαθίστούν δυσμενείς συνθήκες που εμμένουν έως και καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής του απογόνου και μπορεί να μεταβιβάζονται επιγενετικά και στις επόμενες γενεές. Στην πραγματικότητα, η ωρίμανση των νευρωνικών κυκλωμάτων, κυρίως του μετωπιαίου λοβού, που εξυπηρετούν τις ανώτερες διανοητικές λειτουργίες του ανθρώπινου εγκεφάλου, όπως είναι η ερμηνεία του περιβάλλοντος και των κοινωνικών σχέσεων, η λύση προβλημάτων, ο σχεδιασμός για το μέλλον, η συναισθηματική αυτορρύθμιση, η ενσυναίσθηση και το αίσθημα δικαίου, λαμβάνει χώρα στα πέντε πρώτα έτη της ζωής.⁸

2.3. Θέσπιση Εθνικού Διατομεακού Προγράμματος με στόχο όλα τα παιδιά να έχουν υγιή έναρξη στη ζωή τους

Η διασφάλιση της υγείας μητέρας –νεογνού– παιδιού είναι ένα κρίσιμο ζήτημα ΔΥ υψίστης σημασίας. Για παράδειγμα, ο ενδομήτριος υποσιτισμός ή η υπερπληθώρα θρεπτικών συστατικών ενδέχεται να οδηγήσουν σε παιδική και ενήλικη παχυσαρκία, το ψυχοσυναισθηματικό stress σε διαταραχή της νευρογνωσιακής ανάπτυξης και η έκθεση σε περιβαλλοντικούς ρύπους σε διαταραχή της ανάπτυξης του αναπνευστικού συστήματος και άλλα προβλήματα.

Τα βρέφη είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε κοινωνικούς παράγοντες (π.χ. κοινωνικοοικονομικό επίπεδο γονέων, οικογενειακή ευημερία, οικογενειακές ή κοινωνικές συγκρούσεις) και περιβαλλοντικούς παράγοντες (π.χ. τοξίνες, περιβαλλοντικούς ρύπους, ακραία καιρικά φαινόμενα, σεισμούς). Οι συγκεκριμένοι παράγοντες πιθανόν να προκαλέσουν βλάβη άμεσα ή έμμεσα, κυρίως μέσω παρατεταμένου ή επαναλαμβανόμενου stress, επιδεινώνονται από τη φτώχεια και δημογραφικούς παράγοντες και ενισχύουν προ-

ϋπάρχουσες δυσμενείς συνθήκες. Αυτό έχει επιπτώσεις στην ανθεκτικότητα του κάθε ατόμου έναντι μελλοντικών προκλήσεων, γεγονός που επηρεάζει τον κίνδυνο για MMN, αλλά και τη νευρογνωσιακή και συναισθηματική ανάπτυξη, τη σωματική αύξηση, τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, τις σχολικές επιδόσεις και τη μελλοντική κοινωνικοοικονομική ευημερία.¹⁰

Επομένως, η περίοδος πριν από τη σύλληψη και οι πρώτες 1.000 ημέρες ζωής προσφέρουν ένα «παράθυρο», όχι μόνο για τη μείωση της μητρικής και της βρεφικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, αλλά και για τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των μελλοντικών γενεών. Ωστόσο, οι πρώιμες παρεμβάσεις στην παιδική ηλικία δεν θα πρέπει να σταματούν στις 1.000 πρώτες ημέρες ζωής, αφού οι επιστημονικές ενδείξεις για συνέχιση της ανάπτυξης σημαντικών νευρωνικών κυκλωμάτων στον εγκέφαλο, καθώς και στην προσχολική και στην πρώιμη σχολική ηλικία αυξάνουν και μεταβάλλονται συνεχώς.^{10,23,24}

Οι ενήλικες οι οποίοι γεννήθηκαν πρόωρα έχουν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μεταβολικό σύνδρομο και σχεδόν δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, υπέρταση και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε σχέση με άτομα που γεννήθηκαν μετά τελειόμηνη κύηση.²⁴

Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της υποβάθμισης της υγείας μητέρας-παιδιού έχουν διερευνηθεί ευρέως υπό την έννοια των χρόνιων MMN και με την εκτεταμένη έρευνα στο πεδίο των αναπτυξιακών απαρχών της υγείας και της νόσου. Τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα επισημαίνουν τη σημασία των παραγόντων κινδύνου, όπως ο πρόωρος τοκετός και συγκεκριμένα αίτια εμβρυϊκής υπολειπόμενης αύξησης (π.χ. κάπνισμα και υπέρταση της μητέρας).²⁵

2.4. Η υγεία των εφήβων

2.4.1. Η «ψευδαίσθηση του υγιούς εφήβου/νέου». Στην Ελλάδα διαβιούν >1.000.000 έφηβοι, ηλικίας 10–18 ετών που αποτελούν σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού (10%). Σε αντίθεση με την κοινή πεποίθηση ότι η εφηβεία αντιπροσωπεύει μια υγιή περίοδο της ζωής, υπάρχει σημαντική επιβάρυνση από νοσήματα κατά τη διάρκεια αυτής. Η εφηβεία, από άποψη παροχής ιατρικών υπηρεσιών, συνιστά παραμελημένη ηλικιακή ομάδα, καθώς τα τελευταία 50 έτη παρατηρείται πολύ μικρότερη βελτίωση στους δείκτες υγείας των εφήβων σε σχέση με εκείνους των μικρότερων παιδιών. Μια ανάλυση θνησιμότητας των εφήβων στη χώρα μας κατά τη δεκαετία 2000–2009 έδειξε ότι οι τρεις βασικές εξωτερικές αιτίες θανάτου των εφήβων σε κάθε νομό της Ελλάδας είναι τα τροχαία ατυχήματα, τα ναρκωτικά και οι

αυτοκτονίες. Τα εθνικά δεδομένα συμφωνούν με τις παγκόσμιες στατιστικές που δείχνουν ότι οι κύριες αιτίες θανάτου σε εφήβους είναι τα τροχαία ατυχήματα, τα μεταδοτικά νοσήματα (όπως HIV/AIDS), οι αυτοκτονίες, η διαπροσωπική βία και οι επιπλοκές της εφηβικής εγκυμοσύνης.^{26,27}

2.4.2. Έφηβοι/νέοι και χρόνια μη μεταδοτικά νοσήματα. Υπολογίζεται ότι το 70% των προλήψιμων θανάτων των ενηλίκων από χρόνια MMN σχετίζεται με παράγοντες κινδύνου που αρχίζουν από την εφηβεία. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της παχυσαρκίας. Στην Ελλάδα έχουμε από τα υψηλότερα ποσοστά υπερβαρότητας και παχυσαρκίας των εφήβων στην Ευρώπη, ενώ στο μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων (80%) η σωματική δραστηριότητα είναι χαμηλή.²⁸

2.4.3. Έφηβοι/νέοι και ψυχική υγεία. Οι ψυχικές διαταραχές αυξάνουν κατακόρυφα κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της νεότητας, με 75% αυτών να εκδηλώνονται πριν από την ηλικία των 24 ετών και 50% πριν από τα 14 έτη. Οι έφηβοι και οι νέοι έχουν να αντιμετωπίσουν πολλές προκλήσεις, οι οποίες αποτελούν πηγές ψυχικής αναστάτωσης, όπως οι αλλαγές στο σώμα τους που επιφέρει η ήβη, οι σχέσεις με τους γονείς και τους συνομηλίκους, καθώς και η πίεση του σχολείου και των εξετάσεων.^{29,30}

2.4.4. Έφηβοι/νέοι και ριψοκίνδυνες συμπεριφορές. Τα ποσοστά καπνίσματος στη χώρα μας παραμένουν από τα υψηλότερα στην Ευρώπη. Το κάπνισμα, η χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών ουσιών συνήθως εγκαθίστανται στην εφηβεία και ακολουθούν το άτομο διά βίου.²⁹

2.4.5. Έφηβοι/νέοι και σεξουαλική-αναπαραγωγική υγεία. Μεγάλο ποσοστό των εφήβων αρχίζουν σεξουαλικές επαφές. Ωστόσο, έχουν άγνοια για την αντισύλληψη ή για τους τρόπους προφύλαξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Ανησυχητική είναι η αυξημένη επίπτωση του HIV που παρατηρείται τα τελευταία έτη στη χώρα μας. Οι έφηβοι υφίστανται συχνά διακρίσεις, με βάση το φύλο και τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό στην οικογένεια, στο σχολείο και γενικότερα στην κοινωνία. Τα κορίτσια υφίστανται συχνά μεγαλύτερη επιβάρυνση, ενώ, σύμφωνα με διεθνή δεδομένα, 1 στα 10 κορίτσια εφηβικής ηλικίας είναι θύμα σεξουαλικής βίας. Η εφηβική εγκυμοσύνη είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα, με τις επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού να συνιστούν κύρια αιτία θανάτου σε κορίτσια ηλικίας 15–19 ετών παγκοσμίως.^{31,32}

2.4.6. Η αναγκαιότητα της εξειδίκευσης της Εφηβικής και της Νεανικής Ιατρικής στη χώρα μας. Σε μεγάλο ποσοστό η εφηβική νοσηρότητα και η θνησιμότητα μπορούν να προληφθούν. Αναγνωρίζοντας το πρόβλημα, οι αναπτυγμένες χώρες δημιούργησαν μια νέα εξειδίκευση, την Εφηβική/Νεανική Ιατρική, με σκοπό την ολιστική φροντίδα των εφήβων και των νέων. Η Εφηβική/Νεανική Ιατρική πραγματεύεται

στρατηγικές πρόληψης και προαγωγής της υγείας των εφήβων και των νέων, σωματικές και ψυχικές διαταραχές, ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, θέματα διατροφής, αθλητική Ιατρική, εκπαιδευτικά και μαθησιακά προβλήματα, συμβουλευτική γονέων κ.ά. Στο πλαίσιο αυτό, η δημιουργία υπηρεσιών υγείας «Φιλικών προς τους Εφήβους και τους Νέους» είναι επιτακτική.^{33–35}

2.5. Προτεραιότητες για δράση

Οι τομείς άμεσης δράσεις περιλαμβάνουν:

- Απόλυτο σεβασμό στα δικαιώματα όλων των παιδιών σε συνθήκες ζωής, κατάλληλες υπηρεσίες, διατροφή, προσχολική και σχολική εκπαίδευση και υποστήριξη των παιδιών με αναπτυξιακά ελλείμματα
- Θέσπιση Εθνικού Διεπιστημονικού Προγράμματος για την εξασφάλιση μιας υγιούς έναρξης στη ζωή όλων των παιδιών που γεννώνται στη χώρα
- Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, φροντίδας και εκπαίδευσης σε σύγχρονες ολιστικές προσεγγίσεις για την υγεία των παιδιών, των εφήβων και των νέων
- Ενημέρωση, κίνητρα και υποστήριξη για τους γονείς
- Έμφαση στην πρόληψη και στην προαγωγή υγείας με ατομικά, στοχευμένα και πληθυσμιακά προγράμματα
- Διασφάλιση ασφαλούς και θετικού, φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος για τα παιδιά («Πόλεις φιλικές προς τα παιδιά»).^{34,36}

3. ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ-ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

Είναι πλέον γεγονός ότι ο παγκόσμιος πληθυσμός γερνά με ταχύ ρυθμό. Τα άτομα της πιο προχωρημένης ηλικίας αποτελούν το 15–20% στις περισσότερες χώρες του «δυτικού» κόσμου. Αν θεωρήσουμε την κατηγοριοποίηση των ενηλίκων ανθρώπων με βάση τις ηλικιακές κλάσεις σε νέους, μεσήλικες και τρίτη ηλικία, η τρίτη ηλικία αναφέρεται στην περίοδο εκείνη κατά την οποία οι άνθρωποι βιώνουν πολλές βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές, επηρεάζοντας τη συμπεριφορά και την ικανότητα προσαρμογής τους. Όμως, σαφής προσδιορισμός της ακριβούς ηλικίας κατά την οποία αρχίζει η τρίτη ηλικία δεν είναι εύκολος, καθώς διαφέρει από άτομο σε άτομο. Η διαφορετικότητα που παρατηρείται στις μεγαλύτερες ηλικίες δεν είναι τυχαία. Εκτός από τις βιολογικές αλλαγές, η γήρανση συνδέεται συχνά με άλλες μεταβάσεις της ζωής, όπως η συνταξιοδότηση, η μετεγκατάσταση σε πιο κατάλληλη στέγη και η απώλεια φίλων ή και συντρόφων.³⁷

Στο εν λόγω σημείο πρέπει να τονιστεί ότι η γήρανση

του ανθρώπινου οργανισμού δεν πρέπει να είναι βάρος και δεν μειώνει απαραίτητα την ικανότητα ενός ατόμου να συνεισφέρει στην κοινωνία, βιώνοντας αυτό που τα τελευταία έτη έχει ονομαστεί «υγιής γήρανση» ή «επιτυχής γήρανση».³⁷ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η υγιής γήρανση είναι ολιστική έννοια που βασίζεται στην πορεία της ζωής και στις λειτουργικές προοπτικές του ανθρώπου. Είναι μια διαδικασία ανάπτυξης και διατήρησης της λειτουργικής ικανότητας που επιτρέπει την ευημερία ή, εναλλακτικά, είναι η διαδικασία της βελτιστοποίησης των ευκαιριών για καλή υγεία, για συμμετοχή, για ασφάλεια, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής, καθώς γερνούν οι άνθρωποι.³⁸ Η δεκαετία που διανύουμε έχει ονομαστεί από διάφορους φορείς ως «η δεκαετία της υγιούς γήρανσης» (2020–2030) και θα πρέπει να αποτελέσει μια ευκαιρία να φέρει κοντά κυβερνήσεις, κοινωνία των πολιτών, διεθνείς φορείς, επαγγελματίες, ακαδημαϊκή κοινότητα, μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ) κ.ά. στο πλαίσιο συντονισμένης, καταλυτικής και συνεργατικής δράσης για τη βελτίωση της ζωής των ηλικιωμένων, των οικογενειών τους και του περιβάλλοντος στο οποίο διαβιούν.³⁹

3.1. Υφιστάμενη κατάσταση στην Ελλάδα

Ο πληθυσμός της Ευρώπης σήμερα είναι ο πλέον ηλικιωμένος σε σύγκριση με άλλες ηπείρους.⁴⁰ Η περίπτωση της Ελλάδας δεν διαφοροποιείται από τις γενικότερες τάσεις που επικρατούν παγκοσμίως και ανήκει στις χώρες για τις οποίες οι δημογραφικές προβλέψεις είναι δυσοίωνες. Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας >65 ετών στην Ελλάδα το 2030 αναμένεται να ανέλθει στο 30%.⁴¹ Η πρόκληση της γήρανσης του πληθυσμού για μια πολιτεία είναι τεράστια. Το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα ενισχύθηκε επίσης από την οικονομική κρίση που βίωσε ο πληθυσμός τη δεκαετία του 2010.⁴²

Ο ελληνικός πληθυσμός απολαμβάνει ένα σχετικά υψηλό προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, αλλά το προβάδισμα που είχε και η κατάταξή του πάνω από τον μέσο όρο του προσδόκιμου ζωής στην ΕΕ μειώνεται σταδιακά. Οι γυναίκες πλεονεκτούν ως προς τη μακροβιότητα και αυτό είναι γνωστό ήδη από το τέλος του 19ου αιώνα. Οι διαφορές του φύλου στη μακροζωία δεν έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα, παρέχουν ωστόσο αρκετές πληροφορίες σχετικά με τους μηχανισμούς γήρανσης. Πιθανοί μηχανισμοί γήρανσης εστιάζουν στην επίδραση των ορμονών, στην ασύμμετρη κληρονομικότητα φυλετικών χρωμοσωμάτων και στα μιτοχόνδρια.⁴³

Ιστορικά, η κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού ήταν από τις καλύτερες στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ. Η βελτίωση της κατάστασης της υγείας, όπως

μετράται με βάση το προσδόκιμο ζωής και τη θνησιμότητα, συνεχίστηκε, αλλά πιο αργά από τον μέσο όρο για τις χώρες που ανήκουν στην ΕΕ.⁴⁴ Οι καρδιαγγειακές παθήσεις εξακολουθούν να είναι οι κύριες αιτίες θανάτου. Ωστόσο, η θνησιμότητα από σακχαρώδη διαβήτη, κακοήθειες, καθώς και από πνευμονοπάθεια και νεφρική νόσο έχει αυξηθεί.⁴⁵

3.1.1. Το μοντέλο της υγιούς γήρανσης στην Ελλάδα. Η διερεύνηση του πλαισίου υγιούς γήρανσης στην Ελλάδα είναι αναγκαία προϋπόθεση για τη διαμόρφωση αποτελεσματικών παρεμβάσεων αφ' ενός μέσω της μελέτης των τροχιών και των προσδιοριστών της υγιούς γήρανσης και αφ' ετέρου μέσω των εφαρμοστέων πολιτικών παρέμβασης. Η κατανόηση των διαδικασιών και των καθοριστικών παραγόντων της υγιούς γήρανσης είναι σημαντική, όχι μόνο επειδή όλοι επιθυμούν να ζήσουν περισσότερο, αλλά επειδή θέλουν τα χρόνια να είναι ενεργά και υγιή, δηλαδή επιθυμούν να ζήσουν καλά.⁴⁶ Ένα από τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας είναι η μεγάλη ποικιλομορφία της κατάστασης υγείας και της λειτουργικότητας του ατόμου. Δεδομένου ότι αυτό είναι συχνά συνέπεια των σωρευτικών επιπτώσεων των πλεονεκτημάτων ή των μειονεκτημάτων στις ζωές των ανθρώπων, οι πολιτικές απαντήσεις πρέπει να διαμορφώνονται με τρόπους που να υπερβαίνουν αντί να ενισχύουν τις εν λόγω ανισότητες.⁴⁷ Στην Ελλάδα, μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει ένα ενιαίο σχέδιο με συγκεκριμένες δράσεις για την αντιμετώπιση των θεμάτων που σχετίζονται με την υγιή γήρανση και την τρίτη ηλικία, αν και στο παρελθόν έχουν πραγματοποιηθεί μεμονωμένες δράσεις και προγράμματα από κατά τόπους φορείς, με σκοπό την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων και την υγιή γήρανση.⁴⁸ Στο πλαίσιο ενός Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία στη χώρα⁴⁹ προτείνονται ως στρατηγικές προτεραιότητες για την επίτευξη της υγιούς γήρανσης στην Ελλάδα, με άξονα το μέγιστο όφελος και τη δυνατότητα υλοποίησής τους στο άμεσο μέλλον, τα ακόλουθα:

- Διατήρηση και ενίσχυση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων μέσω ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, προαγωγής της υγείας, πρόληψης των ασθενειών και της πολυνοσηρότητας
- Ενίσχυση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, περιλαμβανομένων πολιτικών για εμβολιασμούς, μείωση της κατάχρησης ουσιών κ.ά.
- Ενίσχυση των δράσεων για μείωση των ατυχημάτων στα άτομα τρίτης ηλικίας μέσω της προώθησης σχεδίου ασφαλών κατοικιών και του περιβάλλοντός τους και προώθηση προγραμμάτων κατά της βίας και της αυτοκτονίας
- Έμφαση στην ψυχική υγεία. Πρέπει να υπάρξει μέριμνα για την αντιμετώπιση ευρύτερων καθοριστικών παρα-

γόντων της ψυχικής υγείας (κοινωνική απομόνωση, φτώχεια και διακρίσεις, στέγαση)

- Υιοθέτηση υγιεινών «Μεσογειακών» συνηθειών τρόπου ζωής (διατροφή, άσκηση, μεσημεριανός ύπνος κ.ά.), καθώς και δημιουργία συνθηκών που να διευκολύνουν τις εν λόγω συνήθειες
- Προαγωγή της υγιούς γήρανσης και της ποιότητας ζωής μέσω δράσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης και στοχευμένων προγραμμάτων υγιούς γήρανσης
- Βελτίωση της ευημερίας των ανθρώπων, συνδράμοντας κυρίως τους κοινωνικά απομονωμένους
- Καταπολέμηση των διακρίσεων σε βάρος ηλικιωμένων όσον αφορά στην πρόσβασή τους στην αγορά εργασίας, με στόχο έναν εργασιακό κόσμο φιλικό προς όλες τις γενιές
- Επικοινωνιακές καμπάνιες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού για τα πολλαπλά οφέλη της επίτευξης υγιούς γήρανσης και των παραγόντων που συμβάλλουν σε αυτή
- Συνολική αξιολόγηση και αναθεώρηση του πλαισίου της οικονομικής και της κοινωνικής πολιτικής από τα αρμόδια υπουργεία, ώστε το ευρωπαϊκό κοινωνικό πρότυπο να είναι βιώσιμο και δίκαιο για όλες τις γενιές της Ελλάδας.

Βασικές προϋποθέσεις για την υλοποίηση των ανωτέρω δράσεων είναι η ύπαρξη ουσιαστικής ευαισθητοποίησης της πολιτικής ηγεσίας στις διατομεακές πολιτικές για τη σπουδαιότητα της υγιούς γήρανσης,⁵⁰ η καθιέρωση υγιών στρατηγικών γήρανσης και παρεμβάσεων επικεντρωμένων στην ευαισθητοποίηση και στην εκπαίδευση, καθώς και η υγιής δημόσια πολιτική και νομοθεσία από τις υγειονομικές αρχές και τους εμπλεκόμενους φορείς. Επί πλέον, σημαντικές είναι οι επαφές και η ενημέρωση από τα ΜΜΕ, καθώς και από επαγγελματικές οργανώσεις για τα οφέλη της υγιούς γήρανσης, η υιοθέτηση πολυδιάστατης και ολοκληρωμένης προσέγγισης για τη γήρανση και τη συμμετοχή όλων των σχετικών παραγόντων, περιλαμβανομένων των ίδιων των ηλικιωμένων, στον σχεδιασμό λύσεων που είναι κατάλληλες και ωφέλιμες για όλους και, φυσικά, η διασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης για την υλοποίηση των ανωτέρω.^{36,50}

4. ΓΥΝΑΙΚΕΣ

4.1. Υγεία των γυναικών και δράσεις για την προαγωγή τους

Η υγεία των γυναικών συνιστά ένα πολυσύνθετο θέμα ΔΥ. Το όραμα του ΠΟΥ για την υγεία και την ευημερία των

γυναικών τοποθετεί στο επίκεντρο τις ανισότητες.⁵¹⁻⁵³

Οι πολιτικές και οι δράσεις για την υγεία στην Ευρώπη στηρίζονται στο Σχέδιο για την Αειφόρο Ανάπτυξη.⁵⁴ Οι στόχοι SDG3 («Εξασφάλιση υγιούς ζωής και προαγωγή της ευημερίας για όλους σε όλες τα ηλικίες»), SDG5 («Επίτευξη ισότητας φύλων και ενδυνάμωση όλων των γυναικών και των κοριτσιών») και SDG10 («Μείωση της ανισότητας εντός και μεταξύ των χωρών») είναι αλληλένδετοι, καθώς ο στόχος της υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί στις γυναίκες, αν δεν επιτευχθεί ο στόχος της ισότητας. Το φύλο, συνεπώς, τοποθετείται στο επίκεντρο της μελέτης και των παρεμβάσεων υγείας.^{47,54,55}

Η στρατηγική του ΠΟΥ για την υγεία στις γυναίκες προσανατολίζεται στην προαγωγή της, εξασφαλίζοντας ότι οι πολιτικές και τα συστήματα υγείας είναι φυλετικά ευαίσθητα και βασίζονται σε μια προσέγγιση που ενσωματώνει όλη τη διάρκεια ζωής της γυναίκας και τα στάδια τα οποία περνά αυτή, με τις συνακόλουθες ανάγκες που προκύπτουν σε καθένα από αυτά.^{38,53} Προτεραιότητα αποτελεί η εξάλειψη των διακρίσεων έναντι των γυναικών και η ισότιμη πρόσβασή τους στην υγεία και σε όλους τους άλλους συνδεόμενους τομείς (εκπαίδευση, εργασία, κοινωνική και πολιτική ζωή, οικονομική ζωή).^{56,57}

Ωστόσο, παρά τις πολυάριθμες στρατηγικές ανάπτυξης που επικεντρώνονται στον τομέα της ισότητας των φύλων, παρατηρούνται πλείστες διαφυλικές ανισότητες.⁵⁸

4.2. Τομείς προτεραιότητας παρεμβάσεων και επί μέρους τομείς δράσης

Κύρια ζητήματα, τα οποία τοποθετούνται στο επίκεντρο των παρεμβάσεων υγείας του γυναικείου πληθυσμού παρουσιάζονται στη συνέχεια.

4.2.1. Βελτίωση της σεξουαλικής και της αναπαραγωγικής υγείας. Ένας από τους σημαντικούς τομείς, στους οποίους απαιτείται να επικεντρωθεί η πολιτική υγείας είναι η βελτίωση της σεξουαλικής και της αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών.^{59,60}

Στο συγκεκριμένο πλαίσιο, στις σχετικές δράσεις περιλαμβάνονται:

- Προγράμματα προαγωγής υγείας προσανατολισμένα στο φύλο
- Ανάπτυξη προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.^{44,56,61}

4.2.2. Πρόληψη της βίας κατά των γυναικών. Ένας επί πλέον τομέας στον οποίο απαιτείται να δοθεί βάρος είναι αυτός της πρόληψης της βίας κατά των γυναικών, καθώς

το 25% των γυναικών στην Ευρώπη έχει υποστεί βία από κάποιον σύντροφό της κατά τη διάρκεια της ζωής τους.^{56,62-64}

Στο πλαίσιο αυτό, στις σχετικές δράσεις περιλαμβάνονται:

- Υιοθέτηση του πλάνου δράσης του ΠΟΥ για την αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών και των κοριτσιών
- Ανάπτυξη προγραμμάτων σεξουαλικής εκπαίδευσης, με σκοπό τον μετασχηματισμό των στάσεων και των αξιών των ανδρών
- Υιοθέτηση πολιτικών που επιδεικνύουν μηδενική ανοχή απέναντι σε όλες τις μορφές βίας κατά των γυναικών.^{44,59,61}

4.3. Μη μεταδοτικά νοσήματα

Οι γυναίκες κατέχουν ένα ηλικιακό πλεονέκτημα όσον αφορά στο προσδόκιμο ζωής, το οποίο, ωστόσο, δεν συνοδεύεται από χρόνια ζωής απαλλαγμένα από την ασθένεια, την έκπτωση της λειτουργικότητας και την αναπηρία.⁴⁴

Οι σωματικές ασθένειες είναι αυτές που κυριαρχούν στην παιδική ηλικία στις γυναίκες, ενώ στη νεαρή ενήλικη ζωή οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν υψηλό επιπολασμό. Σε μεγαλύτερες ηλικίες παρατηρείται επικράτηση της οσφυαλγίας, των ισχαιμικών επεισοδίων και των καρκίνων.^{44,56,65-67}

Τα ποσοστά παχυσαρκίας στις γυναίκες αυξάνονται, ενώ στις νεαρές ηλικίες παρατηρείται μειωμένη σωματική δραστηριότητα και αύξηση των ποσοστών καπνίσματος και χρήσης οινόπνευματος. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα συνιστούν την κύρια αιτία θανάτου γυναικών στην Ευρώπη.^{44,56,65-67}

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι η κύρια αιτία ασθένειας στις γυναίκες ήδη από την περίοδο της εφηβείας, ενώ η νόσος Alzheimer αναδεικνύεται σε κύρια αιτία έκπτωσης της λειτουργικότητας και «άρρωστης υγείας».^{44,56,65,66,68}

Στο εν λόγω πλαίσιο, στις σχετικές δράσεις περιλαμβάνονται:

- Παροχή κατάλληλης, προσιτής και ποιοτικής φροντίδας υγείας, πληροφόρησης και συναφών υπηρεσιών υγείας για γυναίκες
- Υποστήριξη της βασισμένης στο φύλο Ιατρικής, για τη βελτίωση της ανίχνευσης, της διάγνωσης και της θεραπείας
- Επικέντρωση στην ανάλυση και στην αντιμετώπιση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ βιολογίας, φύλου και κοινωνικών παραγόντων, στην ψυχική υγεία και στην ευημερία των κοριτσιών και των γυναικών

- Προγράμματα προαγωγής υγείας, ειδικά σχεδιασμένα για γυναίκες.^{44,56,61}

4.4. Προσανατολισμένη στο φύλο και στην ηλικία διάγνωση και θεραπεία

Τα εθνικά συστήματα υγείας (ΕΣΥ) αποτυγχάνουν να επιτύχουν ισότητα φύλου για τις γυναίκες. Φαίνεται πως συχνά υπάρχει η υπόθεση ότι αντιμετωπίζουν διάφορες ιατρικές καταστάσεις, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι καρκίνοι, καθώς και οι άνδρες, γεγονός που μπορεί να καταλήξει σε εσφαλμένη διάγνωση και ακατάλληλη θεραπεία.^{53,69}

Στο συγκεκριμένο πλαίσιο, στις σχετικές δράσεις περιλαμβάνονται:

- Υιοθέτηση πολιτικών υγείας που ενσωματώνουν τον παράγοντα φύλο
- Διασφάλιση από το ΕΣΥ ότι οι διαφοροποιημένες ανάγκες των γυναικών αναγνωρίζονται και ενσωματώνονται σε όλες τις πολιτικές και τις στρατηγικές υγείας
- Σχεδιασμός φαρμακευτικών προϊόντων και θεραπειών διαφοροποιημένων ανά φύλο, τα οποία δεν στηρίζονται στη φυσιολογία των ανδρών.^{44,56,61}

4.5. Μειωμένη εκπροσώπηση σε κλινικές μελέτες και στατιστικά δεδομένα

Ένα επί πλέον ζήτημα αναφορικά με την υγεία των γυναικών είναι η ελλιπής εκπροσώπησή τους σε μελέτες, όπου διερευνώνται η ασφάλεια, η δοσολογία και οι ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμακευτικών προϊόντων. Οι γυναίκες, ωστόσο, έχουν μίαμιση φορά παραπάνω πιθανότητες να παρουσιάσουν ανεπιθύμητες ενέργειες σε φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με τους άνδρες.^{44,53,69,70}

Στο πλαίσιο αυτό, στις σχετικές δράσεις περιλαμβάνονται:

- Παρουσίαση διαφοροποιημένων, ανάλογα με το φύλο και την ηλικία, ερευνητικών και στατιστικών δεδομένων για την υγεία και την ευημερία των γυναικών
- Επαρκής εκπροσώπηση των γυναικών στην ερευνητική δραστηριότητα.^{53,56,61}

4.6. Ευάλωτες ομάδες γυναικών

Εντός της πληθυσμιακής ομάδας των γυναικών, υπάρχουν υπο-ομάδες που ανήκουν στους πλέον ευάλωτους πληθυσμούς, όπως οι γυναίκες οι οποίες διαβιούν στην περιφέρεια, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες, οι αιτούντες άσυλο, οι γυναίκες της LGBTQI+ κοινότητας και οι γυναίκες

υπό κράτηση. Ο συγκεκριμένος πληθυσμός είναι πολύ πιθανόν να έλθει αντιμέτωπος με αποκλεισμό από τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και με θεσμικές προκαταλήψεις.⁵⁴

Στο εν λόγω πλαίσιο, στις σχετικές δράσεις περιλαμβάνονται:

- Απομάκρυνση από τις θεσμικές προκαταλήψεις, οι οποίες οδηγούν και σε αποκλεισμό συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων από τα συστήματα υγείας.⁵⁴

4.7. Μη αμειβόμενη εργασία

Οι γυναίκες συνιστούν τους κύριους παρόχους επίσημης και ανεπίσημης φροντίδας. Η πίεση που ασκείται στις γυναίκες αυτές και το φορτίο του φροντιστή το οποίο αναλαμβάνουν υποστηρίζεται ότι συνδέονται με αρνητικά αποτελέσματα υγείας.⁴⁴

Στο πλαίσιο αυτό, στις σχετικές δράσεις περιλαμβάνονται:

- Αναγνώριση της επίδρασης στην υγεία των γυναικών των απλήρωτων ωρών εργασίας και υιοθέτηση πολιτικών που θα στοχεύουν στην αποσυμφόρμησή τους και στην προαγωγή άλλων βιώσιμων μοντέλων φροντίδας.^{44,56,61,71}

4.8. Μειωμένη εκπροσώπηση σε κέντρα λήψης αποφάσεων

Η συμμετοχή των γυναικών στη λήψη αποφάσεων είναι σημαντική για τη μείωση των ανισοτήτων, ενώ προσοχή απαιτείται στην εκπροσώπηση όλων των πληθυσμιακών υπο-ομάδων των γυναικών.^{44,54,62}

Στο εν λόγω πλαίσιο, στις σχετικές δράσεις περιλαμβάνονται:

- Προώθηση της συμμετοχής των γυναικών στη λήψη αποφάσεων, με στόχο τη μείωση των ανισοτήτων
- Αύξηση ίσων ευκαιριών εκπαίδευσης, απασχόλησης και ανάληψης θέσεων ευθύνης από γυναίκες
- Βελτίωση της ικανότητας των γυναικών να λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις για την υγεία τους.^{44,56,61}

4.9. Περιβαλλοντικοί κίνδυνοι

Η έκθεση των γυναικών σε χημικές ουσίες και σε μόλυνση, σε συνδυασμό με τη διαφοροποιημένη ευαισθησία τους έναντι αυτών, σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό, παράλληλα με την ανάληψη των εργασιών του σπιτιού, μπορεί να οδηγήσει σε υπερ-έκθεσή τους σε τέτοιους επιβλαβείς παράγοντες. Καταστάσεις τέτοιες συναντώνται ειδικά σε περιοχές της περιφέρειας.^{44,56}

Στο πλαίσιο αυτό, στις σχετικές δράσεις περιλαμβάνονται:

- Βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των κοριτσιών και των γυναικών από περιοχές της περιφέρειας, με ιδιαίτερη προσοχή στην τροποποίηση παραγόντων κινδύνου στο νοικοκυριό, στην εκπαίδευση και στην προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας.^{44,56,61,71}

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οι συγγραφείς επιθυμούν να ευχαριστήσουν τους Β. Νοταρά, Α. Φωσκόλου, Κ. Βαβάνου, Τ. Βασιλάκου, Μ. Μαλλιώρα, Α. Μαρκάκη, Φ. Μπακοπούλου, Μ. Μπέμπη, Α. Παπαγεωργίου, Μ. Παπαδάκη, Α. Ροδολάκη, Ε. Σωτηροπούλου, Ι. Τσιλιγιάννη, συντελεστές στη διαμόρφωση των αντίστοιχων ενοτήτων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, και το οποίο αποτέλεσε πηγή έμπνευσης του παρόντος άρθρου.

ABSTRACT

Upgrading public health in Greece. Special population groups: Children, adolescents, young adults, aged subjects, women

G.P. CHROUSOS,¹ D. PANAGIOTAKOS,² A. BARBOUNI³

¹University Research Institute of Maternal and Child Health and Precision Medicine, UNESCO Chair on Adolescent Health Care, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ²School of Health Sciences and Education, Harokopio University, Athens, ³Department of Public and Community Health, School of Public Health, University of West Attica, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2025, 42(Suppl 1):56–67

In the context of the Bodossaki Foundation initiative on the upgrading of public health in Greece, data were collected and analyzed and proposals for improvements were made. In the present article, the health status of three important subpopulations of the country is described: (a) children/adolescents/young adults, (b) aged subjects, and (c)

women, and proposals for improvement are made. For the first subpopulation, issues related to children and breast-feeding, overweight-obesity, preschool age, intellectual disability, vaccination coverage, child mortality and dealing with the issues of premature births, assisted reproduction technologies (classic In Vitro Fertilization[IVF], Intra-Cytoplasmic Sperm Injection[ICSI]), and breastfeeding are presented. In addition to these, issues concerning adolescents are discussed, such as the phenomenon of the “healthy adolescent illusion”, chronic non-communicable diseases, their mental health, their risky behaviors and their sexual-reproductive health, while emphasis is placed on necessity of the specialization of adolescent and youth medicine in Greece. Regarding the aged subjects, the current situation and the model of healthy aging in our country are presented. At the same time, actions for the implementation of the latter are proposed and their basic conditions are analyzed. For the subpopulation of women, issues related to their health and its promotion in general, non-communicable diseases, sex- and age-oriented diagnosis and treatment, their reduced representation in clinical studies, statistical data and decision-making centers, the vulnerable groups of women, unpaid work and the environmental risks to which they are exposed are presented. Finally, there is a reference to the areas of immediate priority for women's health, the improvement of their sexual and reproductive health and the prevention of violence against women.

Key words: Adolescents, Aged subjects, Children, Public health, Women

Βιβλιογραφία

- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Η Ελλάδα με αριθμούς. ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα, 2022. Διαθέσιμο στο: https://www.statistics.gr/documents/20181/17831637/GreeceInFigures_2022Q4_GR.pdf/d680e951-d628-ac7c-0e10-397e3fad3734
- SAKKA SD, LOUTRADIS D, KANAKA-GANTENBEIN C, MARGELI A, PAPASTAMATAKI M, PAPASSOTIRIOU I ET AL. Absence of insulin resistance and low-grade inflammation despite early metabolic syndrome manifestations in children born after *in vitro* fertilization. *Fertil Steril* 2010, 94:1693–1699
- ILIODROMITI Z, ZOGRAFAKI I, PAPAMICHAIL D, STAVROU T, GAKI E, EKIZOGLU C ET AL. Increase of breast-feeding in the past decade in Greece, but still low uptake: Cross-sectional studies in 2007 and 2017. *Public Health Nutr* 2020, 23:961–970
- LARDOU I, CHATZIPAPAS I, CHOUZOURIS M, XENOS P, PETROGIANNIS N, TRYFOS D ET AL. Fertility awareness and intentions among young adults in Greece. *Ups J Med Sci* 2021, 31:126
- ANTONIOU E, OROVOU E, ILIADOU M, SARELLA A, PALASKA E, SARANTAKI A ET AL. Factors associated with the type of cesarean section in Greece and their correlation with international guidelines. *Acta Inform Med* 2021, 29:38–44
- HASSAPIDOU M, DASKALOU E, TSOFLIOU F, TZIOMALOS K, PASCHALERI A, PAGKALOS I ET AL. Prevalence of overweight and obesity in preschool children in Thessaloniki, Greece. *Hormones (Athens)* 2015, 14:615–622
- TRAGOMALOU A, MOSCHONIS G, KASSARI P, PAPAGEORGIOU I, GENITSARIDI SM, KARAMPATSOU S ET AL. A National e-Health Program for the Prevention and Management of Overweight and Obesity in Childhood and Adolescence in Greece. *Nutrients* 2020, 12:2858
- PERVANIDOU P, AGORASTOS A, CHROUSOS GP. Editorial: Stress and neurodevelopment. *Front Neurosci* 2022, 16:898872
- LEVENTAKOU V, ROUMELIOTAKI T, SARRI K, KOUTRA K, KAMPOURI M, KYRIKLAKI A ET AL. Dietary patterns in early childhood and child cognitive and psychomotor development: The Rhea mother-child cohort study in Crete. *Br J Nutr* 2016, 115:1431–1437
- PERVANIDOU P, CHROUSOS GP. Metabolic consequences of stress during childhood and adolescence. *Metabolism* 2012, 61:611–619
- ANDRIE EK, SAKELLARI E, BARBOUNI A, TSITSIKA AK, LAGIOU A. Vaccination coverage during childhood and adolescence among undergraduate health science students in Greece. *Children (Basel)* 2022, 9:1553
- NAOUM P, ATHANASAKIS K, ZAVRAS D, KYRIOPOULOS J, PAVI E. Knowledge, perceptions and attitudes toward HPV vaccination: A survey on parents of girls aged 11–18 years old in Greece. *Front Glob Womens Health* 2022, 3:871090
- XENAKI D, PLOTAS P, MICHAIL G, POULAS K, JELASTOPULU E. Knowledge, behaviours and attitudes for human papillomavirus (HPV) prevention among educators and health professionals in Greece. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020, 24:7745–7752
- ANASTASAKI M, VAN BREE EM, BRAKEMA EA, TSILIGIANNI I, SIFAKIPISTOLLA D, CHATZEA VE ET AL. Beliefs, perceptions, and behaviors regarding chronic respiratory diseases of Roma in Crete, Greece: A qualitative FRESH AIR study. *Front Public Health* 2022, 10:812700
- VORVOLAKOS T, ARVANITI A, SERDARI A, SAMAKOURI M. The challenge of treating Roma outpatients in the Eastern Macedonia and Thrace region of Greece. *BJPsych Int* 2021, 18:58–60
- IACOVIDOU N, VARSAMI M, SYGGELLOU A. Neonatal outcome of preterm delivery. *Ann N Y Acad Sci* 2010, 1205:130–134
- VOGEL JP, CHAWANPAIBOON S, MOLLER AB, WATANANIRUN K, BONET M, LUMBIGANON P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018, 52:3–12
- VILLE Y, ROZENBERG P. Predictors of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018, 52:23–32
- WEBSTER JL, PAUL D, PURTLE J, LOCKE R, GOLDSTEIN ND. State-level social and economic policies and their association with

- perinatal and infant outcomes. *Milbank Q* 2022, 100:218–260
20. KOUMPAROU M, BAKAS P, PANTOS K, ECONOMOU M, CHROUSOS GP. Stress management and *In Vitro* Fertilization (IVF): A pilot randomized controlled trial. *Psychiatriki* 2021, 32:290–299
 21. SIMONSTEIN F. IVF policies with emphasis on Israeli practices. *Health Policy* 2010, 97:202–208
 22. GOMEZ-POMAR E, BLUBAUGH R. The baby friendly hospital initiative and the ten steps for successful breastfeeding. A critical review of the literature. *J Perinatol* 2018, 38:623–632
 23. REAM MA, LEHWALD L. Neurologic consequences of preterm birth. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2018, 18:48
 24. SCHMITZ-KOEP B, ZIMMERMANN J, MENEGAUX A, NUTTALL R, BÄUML JG, SCHNEIDER SC ET AL. Decreased amygdala volume in adults after premature birth. *Sci Rep* 2021, 11:5403
 25. ANDERSON C, CACOLA P. Implications of preterm birth for maternal mental health and infant development. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2017, 42:108–114
 26. BACOPOULOU F, PETRIDOU E, KORPA TN, DELIGEOROGLOU E, CHROUSOS GP. External-cause mortality among adolescents and young adults in Greece over the millennium's first decade 2000–09. *J Public Health (Oxf)* 2015, 37:70–77
 27. GREYDANUS DE, BACOPOULOU F, TSALAMANIOS E. Suicide in adolescents: A worldwide preventable tragedy. *Keio J Med* 2009, 58:95–102
 28. BACOPOULOU F, LANDIS GN, PAŁASZ A, TSITSIKA A, VLACHAKIS D, TSAROUHAS K ET AL. Identifying early abdominal obesity risk in adolescents by telemedicine: A cross-sectional study in Greece. *Food Chem Toxicol* 2020, 144:111532
 29. ALEXANDRI M, TSELLOU M, ANTONIOU A, SKLIROS E, KOUKOULIS AN, BACOPOULOU F ET AL. Prevalence of homicide-suicide incidents in Greece over 13 years. *Int J Environ Res Public Health* 2022, 19:7736
 30. PSARRAKI EE, KOKKA I, BACOPOULOU F, CHROUSOS GP, ARTEMIDIS A, DARVIRI C. Is there a relation between major depression and hair cortisol? A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2021, 124:105098
 31. BUZI RS, SMITH PB, KOZINETZ CA, WIEMANN CM. Pregnant adolescents as perpetrators and victims of intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2020, 35:2492–2510
 32. HOLMES K, SHER L. Dating violence and suicidal behavior in adolescents. *Int J Adolesc Med Health* 2013, 25:257–261
 33. BACOPOULOU F. The epidemic of obesity in a pandemic era: Urgency to invest in adolescent health. *Children (Basel)* 2021, 8:608
 34. GREYDANUS DE, STRASBURGER VC. Adolescent medicine. *Prim Care* 2006, 33:xiii–xviii
 35. STEIN RE. Challenges in long-term health care for children. *Ambul Pediatr* 2001, 1:280–288
 36. PATTON GC, SAWYER SM, SANTELLI JS, ROSS DA, AFIFI R, ALLEN NB ET AL. Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016, 387:2423–2478
 37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. European programme of work 2020–2025: United action for better health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2021. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339209>
 38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. The Minsk Declaration: The life-course approach in the context of health 2020. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2015. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349095>
 39. RUDNICKA E, NAPIERAŁA P, PODFIGURNA A, MĘCZEKALSKI B, SMO-LARCZYK R, GRYMOWICZ M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas* 2020, 139:6–11
 40. UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION. World population prospects 2017 – Data booklet (ST/ESA/SER.A/401). UN, New York, 2017
 41. BEARD JR, OFFICER A, DE CARVALHO IA, SADANA R, POT AM, MICHEL JP ET AL. The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *Lancet* 2016, 387:2145–2154
 42. ZOGRFAKI I, PAPAMICHAIL D, PANAGIOTOPOULOS T. Adverse effect of the financial crisis in Greece on perinatal factors. *Eur J Public Health* 2018, 28:1116–1121
 43. AUSTAD SN, FISCHER KE. Sex differences in lifespan. *Cell Metab* 2016, 23:1022–1033
 44. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Women's health and well-being in Europe: Beyond the mortality advantage. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332324>
 45. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Greece: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2019
 46. LEE D, JACKSON M. The relationship between lifetime health trajectories and socioeconomic attainment in middle age. *Soc Sci Res* 2015, 54:96–112
 47. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Promoting health in the SDGs: Report on the 9th Global Conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: All for health, health for all. WHO, Geneva, 2017
 48. ANDROUTSOU L, VOUGIOUKLAKI K. Ageing in Greece and current policy trends. Ministry of Health and Social Solidarity, Athens, 2010
 49. ΤΣΟΥΡΟΣ Α, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΧΡΟΥΣΟΣ Γ, ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ ΝΤ, ΒΑΤΟΠΟΥΛΟΣ Α, ΒΟΖΙΚΗΣ Θ ΚΑΙ ΣΥΝ. Υγεία μητέρων-νεογνών-βρεφών-παιδιών. Στο: Τσουρός Α, Κυριόπουλος Γ, Χρούσος Γ, Θηραΐος Λ, Λιονής Χ, Νένα Ε (Επιμ.) *Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία στον 21ο αιώνα*. Ίδρυμα Μποδοσάκη, Αθήνα, 2022:47
 50. GARCIA LMR, NAVARRRO JMR. The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. *J Aging Res* 2018, 2018:4086294
 51. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES; ALVAREZ-DARDET C, VIVES-CASES C. Three waves of gender and health. *Eurohealth (Lond)* 2012, 18:4–7. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333030>
 52. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE, 65th SESSION. Sixty-fifth Regional Committee for Europe: Vilnius, 14–17 September 2015: Women's health in the WHO European Region. WHO, Copenhagen, 2015. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337922>

53. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348974>
54. UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development: Resolution adopted by the General Assembly. UN, New York, 2015. Available at: <https://digitallibrary.un.org/record/3923923?ln=en>
55. UNITED NATIONS OFFICE OF THE SECRETARY GENERAL'S ENVOY ON YOUTH. United Nations entity for gender equality and the empowerment of women. UN, New York, 2015. Available at: <https://www.un.org/youthenvoy/2013/07/un-women-the-united-nations-entity-for-gender-equality-and-the-empowerment-of-women/>
56. WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE, 66th SESSION. Sixty-sixth Regional Committee for Europe: Copenhagen, 12–15 September 2016: Draft resolution: Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region. WHO Regional Committee for Europe, Copenhagen, 2016. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/33814>
57. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. E4As guide for advancing health and sustainable development: Resources and tools for policy development and implementation. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2021. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342345>
58. WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE, 64th SESSION. Sixty-fourth Regional Committee for Europe: Copenhagen, 15–18 September 2014: Women's health. WHO Regional Committee for Europe, Copenhagen, 2014. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337556>
59. WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE, 66th SESSION. Sixty-sixth Regional Committee for Europe: Copenhagen, 12–15 September 2016: Action plan for sexual and reproductive health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. WHO Regional Committee for Europe, Copenhagen, 2016. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338130>
60. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Sexual and reproductive health: Fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): Health targets. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2017. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340880>
61. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (short version). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131300>
62. UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE. Beijing+25 Regional Review Meeting. UNECE, Geneva, 2019. Available at: <https://unece.org/gender/events/beijing25-regional-review-meeting>
63. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. The health system response to violence against women in the WHO European Region: A baseline assessment. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2019. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346919>
64. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Violence, health and sustainable development: Fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): Health targets. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2020. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340811>
65. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Noncommunicable diseases: Fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): Health targets. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2017. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340852>
66. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Mental health: Fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): Health targets. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2018. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340847>
67. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Better health for Europe: More equitable and sustainable: Transformational reflections – 2010–2020. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2019. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327427>
68. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Multisectoral action for mental health: Thematic brief on mental health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2019. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346538>
69. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Strengthening public health services and capacity: An action plan for Europe: Promoting health and well-being now and for future generations. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2012. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340447>
70. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Multisectoral action in developing information systems for health: Thematic brief on information systems. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2019. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346540>
71. HARMELL AL, JESTE D, DEPP C. Strategies for successful aging: A research update. *Curr Psychiatry Rep* 2014, 16:476

Correspondent author:

A. Barbouni, Department of Public and Community Health, School of Public Health, University of West Attica, 196 Alexandras Ave., 115 21 Athens, Greece
e-mail: abarbouni@uniwa.gr