

**Οδηγίες για την προετοιμασία σε ζητήματα υγείας
των εκπατριζόμενων πριν την αναχώρηση**

Πετρούλα Χατζηπανταζή
MD, MPH, MFTM- RCPS(Glasg), CTH™
Εμπειρογνώμων Ελληνικού Υπουργείου Εξωτερικών

Αθήνα 2011

Οδηγίες για την προετοιμασία σε ζητήματα υγείας των εκπατριζόμενων πριν την αναχώρηση

Εισαγωγή

Εκπατριζόμενος ετυμολογικά είναι αυτός που φεύγει από την πατρίδα του.¹ Στην ταξιδιωτική ιατρική ορίζεται αυτός ο ταξιδιώτης που φεύγει από την πατρίδα του για να κατοικήσει σε μία άλλη χώρα, κυρίως για επαγγελματικούς λόγους και να επιστρέψει, με την ολοκλήρωση του έργου που του έχει ανατεθεί.^{2,3}

Συνήθως αυτός ο χρόνος είναι μεγαλύτερος από έξι μήνες.⁴⁻⁶ Αυτό το χρονικό διάστημα είναι σχετικά σχηματικό και χρησιμοποιείται για να διαχωρίσει τον εκπατριζόμενο από αυτόν του σύντομου, ενδιάμεσου ή μεγάλης διάρκειας, ταξιδιώτη καθώς δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία μεταξύ των ειδικών της ταξιδιωτικής ιατρικής για την κατάταξη των ταξιδιωτών σε σχέση με τον χρόνο.⁷ Ο χρόνος ταξιδιού απαντά στην ερώτηση «για πόσο;» που μαζί με τις ερωτήσεις για το «που», «πως», «πότε», «γιατί» είναι οι βασικές πληροφορίες που χρειάζεται να γνωρίζει ο ειδικός της ταξιδιωτικής ιατρικής για την αξιολόγηση του κινδύνου και την προετοιμασία του ταξιδιώτη έτσι ώστε αυτός να παραμείνει υγιής.

Η επαγγελματική απασχόληση αυτών των ταξιδιωτών είναι πολύ ετερογενής. Εργαζόμενοι επιχειρήσεων, διπλωμάτες, προσωπικό πρεσβειών και προξενείων, μέλη ανθρωπιστικών και άλλων οργανώσεων αρωγής, μέλη ειρηνευτικών αποστολών, ιεραπόστολοι, γεωλόγοι, ανθρακωρύχοι, στρατιωτικό προσωπικό είναι μερικά από τα επαγγέλματα που συνθέτουν αυτή την ομάδα των ταξιδιωτών.^{2 8-10}

Δεν υπάρχει καμία δημοσιευμένη απογραφή που έχει αποτυπώσει το μέγεθος αυτής ομάδας αλλά εκτιμάται ότι αυτό θα μπορούσε να ανέρχεται σε εκατομμύρια.² Το GeoSentinel δίκτυο επιτήρησης αποτελείται από κλινικές και ιατρεία σε 6 ηπείρους που εξειδικεύονται στο ταξίδι και στην τροπική ιατρική. Όταν αναλύθηκαν τα στοιχεία 41 168 ασθενών που επισκέφτηκαν τα σημεία του δικτύου στο χρονικό διάστημα από 1 Ιουνίου 1996 έως 31 Δεκεμβρίου 2008, βρέθηκε ότι από αυτούς το

60,3% ταξίδεψε για λιγότερο από ένα μήνα, 29,9% για 1-6 μήνες και 9,8% (4 039) για περισσότερο από έξι μήνες.¹¹

Παρόλο που διευκολύνει σχηματικά, να εξετάζουμε τον εκπατριζόμενο με κριτήριο την μητρική του χώρα και μία άλλη χώρα υποδοχής όπου θα ζήσει και εργαστεί για λίγους μήνες, ωστόσο συχνά, ο εκπατριζόμενος μετακινείται από μία χώρα υποδοχής σε κάποια άλλη και θα μπορούσαμε να τον χαρακτηρίσουμε ως «επαγγελματία» εκπατριζόμενο. Αυτό βοηθά τον εκπατριζόμενο να αναπτύσσει ξεχωριστές δεξιότητες μακριά από το σπίτι του αλλά από την άλλη υπάρχει και η αρνητική πλευρά, καθώς χάνει την επαφή με την πραγματικότητα της δικής του χώρας απορροφημένος από την μετακίνηση από το ένα πόστο ανάθεσης στο άλλο.^{12, 13}

Νοσηρότητα

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες για την επίπτωση των διαφόρων νοσημάτων στους εκπατριζόμενους και όσες υπάρχουν δεν είναι εύκολο να εξεταστούν συγκριτικά λόγω της πολύ διαφορετικής μεθοδολογίας που έχουν ακολουθήσει. Η νοσηρότητα επηρεάζεται από παράγοντες όπως την χώρα υποδοχής, την εργασία, την οικογενειακή κατάσταση κ.α.

Εάν ο εκπατριζόμενος έχει μετατεθεί σε μία οικονομικά ανεπτυγμένη χώρα όπως τη Δυτική Ευρώπη, Βόρεια Αμερική, Αυστραλία, η έκθεση σε πρόσθετους για την υγεία κινδύνους, είναι ελάχιστη. Θα τον απασχολήσουν νοσήματα από τα οποία ήδη πάσχει ή σχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου του τρόπου ζωής και της κουλτούρας του όπως π.χ. τα καρδιαγγειακά. Η εξέλιξη και έκβαση των προβλημάτων υγείας δεν είναι χειρότερη εάν εξασφαλιστεί η πρόσβαση σε οργανωμένες υπηρεσίες υγείας.

Εάν ο εκπατριζόμενος προέρχεται από μη οικονομικά ανεπτυγμένη χώρα και μετατεθεί σε μία ανεπτυγμένη, μπορεί να προκύψουν ζητήματα που θα απασχολήσουν τις υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα εάν κάποιος από μία χώρα όπου ενδημεί η ελονοσία, μετατεθεί προς μία χώρα χωρίς ελονοσία και μείνει ικανό διάστημα σε αυτή, θα χάσει την σχετική ανοσία που είχε έναντι της ελονοσίας και θα κινδυνεύει να νοσήσει όταν επιστρέψει στην χώρα του.

Η παρατεταμένη παραμονή 6 μηνών ή και περισσότερο σε χαμηλής και μεσαίας οικονομικής ανάπτυξης χώρας είτε για τουρισμό είτε για επαγγελματικό λόγο ενέχει αυξημένους κινδύνους για την υγεία από παράγοντες που σχετίζονται είτε άμεσα με το ταξίδι είτε όχι. Στους κινδύνους περιλαμβάνονται και αυτοί που έχουν αθροιστικές συνέπειες από την παρατεταμένη έκθεση σε κάποιο πιθανό βλαπτικό παράγοντα και αυτοί που απορρέουν από την ανεπάρκεια και τις περιορισμένες δυνατότητες των τοπικών συστημάτων υγείας^{12, 14}

Παρακάτω θα μας απασχολήσουν τα προβλήματα υγείας του εκπατριζόμενου όταν αυτός φεύγει από μία οικονομικά ανεπτυγμένη και πάει σε μία λιγότερο ανεπτυγμένη χώρα. Τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας που αναφέρονται είναι οι λοιμώξεις γαστρεντερικού, αναπνευστικού και αυτές του δέρματος, τα ατυχήματα και τα ψυχιατρικά.^{11,15-17} Πολλές από τις λοιμώξεις που απαντώνται στο σύνολο των ταξιδιωτών είναι συχνότερες στην ομάδα των εκπατριζόμενων και αυτό φαίνεται ότι σχετίζεται με την πιο παρατεταμένη έκθεση. Τέτοιες λοιμώξεις είναι η ιογενής ηπατίτιδα, οι λοιμώξεις από πρωτόζωα, ο τυφοειδής πυρετός, ο δάγκειος πυρετός, η ελονοσία. Σε βαθμό που ποικίλει κάθε φορά, πολλές από αυτές τις λοιμώξεις μπορούν σε κάποιο βαθμό να προληφθούν.¹²

Οι λοιμώξεις παρόλο που προκαλούν θόρυβο και ανησυχία δεν σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα στους εκπατριζόμενους.¹⁴ Ο βαθμός προσβολής από τους διάφορους κινδύνους δεν είναι ίδιος για όλους τους εκπατριζόμενους και επηρεάζεται από το επάγγελμα και τις δραστηριότητες του ταξιδιώτη⁹ αλλά φαίνεται και από την οικογενειακή του κατάσταση.¹⁷ Προσωπικό εταιριών τεχνικών έργων που θα συμμετέχουν στην κατασκευή υποδομών, σιδηροδρόμων, ορυχεία, εξόρυξη μετάλλων ή άλλων πρώτων υλών θα χρειαστεί να ζήσουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές αναπτυσσόμενων χωρών όπου θα είναι σε υψηλό κίνδυνο για έκθεση σε λοιμώξεις που μεταδίδονται τροφογενώς, υδατογενώς, από έντομα ή με την σεξουαλική επαφή.^{6, 9, 17-19} Αντίθετα προσωπικό διπλωματικών αντιπροσωπειών φαίνεται να έχει πολύ χαμηλότερη νοσηρότητα η οποία ίσως να οφείλεται στο ότι μένουν περισσότερο σε αστικά κέντρα, τα οποία σε ένα βαθμό είναι προστατευμένα περιβάλλοντα με μειωμένη έκθεση σε παθογόνους παράγοντες. Από την βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχει σημαντικός κίνδυνος για τροφογενείς και υδατογενείς λοιμώξεις για τους εκπατριζόμενους.^{6, 9, 17-19}

Σε έρευνα που διεξήχθη μεταξύ των 60 εκπατριζόμενων εργαζομένων κατασκευαστικής εταιρίας στην Γκάνα ο βαθμός προσβολής από διάρροια ανήλθε στο 65% ⁹ ενώ ο μέσος βαθμός προσβολής από διάρροια ανέρχεται σε 54% στην Αφρική.²⁰

Το ποσοστό προσβολής από διάρροιες και γενικότερα από λοιμώξεις ήταν πολύ χαμηλότερο μεταξύ του προσωπικού του Βρετανικού Υπουργείου Εξωτερικών (FCO) και των οικογενειών τους. Όταν καταγράφηκαν τα προβλήματα υγείας που παρουσίασαν 2020 εργαζόμενοι του FCO και οι σύζυγοι τους για χρονικό διάστημα ενός έτους, η επίπτωση όλων των προβλημάτων υγείας ήταν 21%. Από αυτούς το 4% χρειάστηκε εισαγωγή σε νοσοκομείο και το 2% επαναπατρισμό για λόγους υγείας. Η επίπτωση των λοιμώξεων ήταν 3%. Το 73% των λοιμώξεων αφορούσαν σε διάρροιες. Ο κίνδυνος ήταν 3-4 φορές μεγαλύτερος για αυτούς που είχαν τοποθετηθεί στην Αφρική και στην Λατινική Αμερική.¹⁷ Άλλα προβλήματα υγείας ήταν τραυματισμοί (επίπτωση 5%), μυοσκελετικά προβλήματα (4%) και ψυχολογικές διαταραχές (1%).¹⁷ Οι ψυχολογικές διαταραχές σε αυτή την έρευνα ήταν πολύ χαμηλότερες από αυτή που εμφανίζεται σε άλλες μελέτες στις οποίες ^{3,5,21} πιθανά λόγω μη δήλωσης τους από φόβο κοινωνικού στιγματισμού όπως υπόθεσαν οι ερευνητές.¹⁷

Η διάρροια ταξιδιωτών αφορούσε στο συχνότερο πρόβλημα και σε ποσοστό 35% των υπαλλήλων πολυεθνικής εταιρίας που εργάζονταν σε χώρες μακριά από την πατρίδα τους.¹⁶ Παρόμοια ήταν τα ευρήματα σε 5500 εθελοντές ειρηνευτικών αποστολών όπου οι διάρροιες και η λαμβλίαση ήταν τα συχνότερα προβλήματα.^{8, 15} Συχνοί είναι οι εντερικοί πυρετοί (τυφοειδής και παρατυφοειδής πυρετός) στους εκπατριζόμενους σε σύγκριση με τους μικρής διάρκειας ταξιδιώτες.⁸ Η διάρροια φαίνεται ότι είναι συχνότερη στους εκπατριζόμενους που τρώνε έξω σε σύγκριση με αυτούς που μαγειρεύουν μόνοι τους.²²

Η συνεργασιμότητα των εκπατριζόμενων με την ιατρική οδηγία για την ασφαλή κατανάλωση τροφίμων και ποτών, που δίνεται πριν το ταξίδι και η λήψη όλων των προληπτικών μέτρων είναι γενικά χαμηλή.²³⁻²⁵ Σε αυτό ευθύνονται εν μέρει οι υπηρεσίες υγείας που δεν δίνουν ικανοποιητικό χρόνο και έμφαση στην εκπαίδευση του ταξιδιώτη ^{9,23,24} αλλά εντύπωση προκαλεί και η συμπεριφορά του ταξιδιώτη αφού

και σε περιπτώσεις που φαίνεται ότι έχει λάβει εκτενείς πληροφορίες για τους κινδύνους από τα τρόφιμα και το νερό παρόλα αυτά, επιλέγει νερό από την βρύση και ωμά θαλασσινά.¹⁶

Φαίνεται ότι όσο αυξάνεται ο χρόνος παραμονής τόσο οι πρακτικές στην διαχείριση των τροφίμων χαλαρώνουν και γίνονται πλημμελείς²⁵ ακόμα και όταν υποφέρουν συχνά από διάρροιας.^{23, 24} Ωστόσο όσο αυξάνεται η διάρκεια παραμονής σε μία χώρα φαίνεται ότι ο εκπατριζόμενος αποκτά κάποιου είδους άμυνα και εμφανίζει λιγότερα επεισόδια διάρροιας και απομονώνονται λιγότερα παθογόνα στα κόπρανα.²⁶

Ο κίνδυνος για ελονοσία είναι υψηλότερος ανάμεσα στους εκπατριζόμενους από ότι στους σύντομης διάρκειας ταξιδιώτες.^{6, 8, 9, 11} Στη βάση δεδομένων του GeoSentinel (<http://istm.org/geosentinel/main.html>), το 16% των ασθενών με ελονοσία είχαν ταξιδέψει για διάστημα μεγαλύτερο από 6 μήνες.²⁷

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο κίνδυνος για ελονοσία μεταξύ των διαφόρων ομάδων των εκπατριζόμενων (αναδημοσίευση από το άρθρο *Chen, L.H., M.E. Wilson, and P. Schlagenhauf, Prevention of Malaria in Long-term Travelers. JAMA, 2006. 296(18): p. 2234-2244*)

Περίληψη του κινδύνου ελονοσίας για τις διάφορες ομάδες εκπατριζόμενων ταξιδιωτών* ²⁸		
Πηγή	Είδος ταξιδιώτη	Κίνδυνος για ελονοσία
Blanke (2003) ²⁹	Εκπατριζόμενοι σε Τανζανία (εκπαιδευτικοί)	4-φορές υψηλότερος στους μη-άνοσους** εκπατριζόμενους που δεν χρησιμοποίησαν καμία χημειοπροφύλαξη σε σύγκριση με εκείνους που χρησιμοποίησαν χημειοπροφύλαξη
Leutscher και Bagley (2003) ¹⁰	Εθελοντές ειρηνευτικών αποστολών στη Μαδαγασκάρη	15,9% των εθελοντών ανέφεραν ελονοσία, ή 8 ανά 100 εθελοντές ειρηνευτικών αποστολών ετησίως

Ross and Hodge (2000) ²⁸	Εκπατριζόμενοι που εργάζονται για επιχείρηση μεταλλείας σε περιοχές στην Αφρική	82% των εκπατριζόμενων εργαζομένων στη Ζάμπια είχε διάγνωση της ελονοσίας
Adera και συν. (1995) ³⁰	Προσωπικό αμερικανικής πρεσβείας στην Καμπάλα, Ουγκάντα	Ο σχετικός κίνδυνος ήταν 7,9 για εκείνους που έμεναν >2 χρόνια, σε σύγκριση με αυτούς <1χρόνο. 10 φορές μεγαλύτερος σε εκείνους που δεν χρησιμοποιούσαν καμία χημειοπροφύλαξη έναντι εκείνων που λάμβαναν μεφλοκίνη, δοξυκυκλίνη ή ατοβακόνη-προγουανίλη
Peppiatt και Byass (1991) ²¹	Ιεραπόστολοι σε άδεια το Ηνωμένο Βασίλειο	87.3 ανά 1000 άτομα ετησίως η ελονοσία ήταν η πιο κοινή ασθένεια, και ο κίνδυνος ήταν υψηλότερος στη δυτική Αφρική
Phillips-Howard και συν. (1990) ³¹	Βρετανοί ταξιδιώτες που είχαν επιστρέψει	Ο σχετικός κίνδυνος στη δυτική Αφρική ήταν 80,3 για διάστημα παραμονής 6-12 μηνών έναντι παραμονής 1 εβδομάδας
Lange και συν (1987) ³²	Αμερικανική αποστολή	Η ελονοσία ήταν το πιο κοινό ιατρικό πρόβλημα, μετά τα απλά συνήθη προβλήματα, η περιοχή την νότιας Σαχάρας στην Αφρική ήταν η περιοχή με τον υψηλότερο κίνδυνο.
McLarty και συν (1984) ³³	Εκπατριζόμενοι σε αστικό περιβάλλον σε Dar es Salaam, Τανζανία	37,1% αναφερόμενο ιστορικό μόλυνσης με ελονοσία

**Τα στοιχεία μπορούν να είναι ανακριβή λόγω της έλλειψης καλών εργαστηριακών υποδομών σε πολλές περιοχές, οδηγώντας συχνά σε υπερβολές στη διάγνωση*

***Μη άνοσοι ταξιδιώτες είναι αυτοί που κατοικούν σε περιοχές που δεν έχουν ελονοσία και συνεπώς δεν έχουν καμία άμυνα στην λοίμωξη (αν και η διαμονή σε ενδημική περιοχή δεν οδηγεί πλήρως σε προστασία)*

Ο βαθμός κινδύνου είναι δύσκολο να εκτιμηθεί μεταξύ των εκπατριζόμενων αφού καταρχήν δεν είναι γνωστός ο αριθμός αυτού του πληθυσμού. Άλλοι παράγοντες που κάνουν δύσκολη την δημιουργία ενιαίας εκτίμησης του βαθμού κινδύνου, είναι η μεταβαλλόμενη έκταση του προβλήματος από χώρα σε χώρα και μέσα σε κάθε χώρα, ο τύπος διαμονής, το είδος της εργασίας, τα προληπτικά μέτρα που χρησιμοποιούνται, τα ατομικά χαρακτηριστικά του ταξιδιώτη κ.α.

Και στην πρόληψη του κινδύνου της ελονοσίας, η συνεργασιμότητα των εκπατριζόμενων υπολείπεται τόσο στην χρήση των ατομικών προστατευτικών μέτρων όσο και στην λήψη της χημειοπροφύλαξης. Φαίνεται ότι λιγότεροι από τα 2/3 των εκπατριζόμενων θα λάβουν την συνιστώμενη αγωγή.² Σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο που στάλθηκε σε Αμερικανούς στρατιώτες που είχαν υπηρετήσει στο Αφγανιστάν, η συμμόρφωση στην ανθελονοσιακή προληπτική λήψη φαρμάκων κυμαινόταν στο 31%. Το 82% ανέφερε ότι χρησιμοποιούσε περμεθρίνη για τον ρουχισμό και μόνο 20% την επέλειψη δέρματος με εντομοαπωθητικά.³⁵ Σε έρευνα μεταξύ των μελών αποστολών από την Β. Αμερική για την ανάδειξη των συχνότερων προβλημάτων υγείας και τον καθορισμό προτεραιοτήτων στην παροχή υπηρεσιών, η ελονοσία ήταν το μεγαλύτερο πρόβλημα, πέρα από τα πολύ συνηθισμένα που αναφερόταν και οι ηπατίτιδες από τα σοβαρότερα ιατρικά προβλήματα που χρειαζόταν να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη τους.³² Πολλές φορές οι εκπατριζόμενοι που ζουν σε ενδημικές για ελονοσία περιοχές, υποτιμούν τις οδηγίες του ιατρού τους που ζει και εργάζεται σε χώρα όπου δεν απαντάται η ελονοσία. Σε αυτό μερίδιο ευθύνης έχουν και οι ιατροί οι οποίοι παρέχουν συμβουλευτική χωρίς να έχουν καλή γνώση της βιβλιογραφίας.² Οι εκπατριζόμενοι συχνά διακόπτουν την χημειοπροφύλαξη πρόωρα άλλοτε γιατί δεν εκτιμούν τον βαθμό κινδύνου, άλλοτε γιατί ανησυχούν για τις παρενέργειες των φαρμάκων άλλοτε γιατί επηρεάζονται από τις συμβουλές και πεποιθήσεις των γιατρών τοπικά και άλλοτε γιατί έχουν την πεποίθηση ότι θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν την πιθανή λοίμωξη με εύκολο και αποτελεσματικό τρόπο.^{2,6, 8, 9, 16, 36-39}

Οι εκπατριζόμενοι είναι σε υψηλό κίνδυνο να μολυνθούν με τον HIV ιό^{18, 39-43} και φαίνεται ότι αυτός είναι ένας τρόπος εισαγωγής του νοσήματος στον ετερόφυλο πληθυσμό της Ευρώπης. Η μετάδοση από γυναίκα σε άνδρα με κολπική επαφή φαίνεται να είναι η πιο πιθανή οδός μόλυνσης.³⁹

Σε μελέτη σε 1968 εκπατριζόμενους Ολλανδούς στην υποσαχάρια Αφρική, σε περιστασιακή σεξουαλική επαφή με αφρικανό σύντροφο, μόνο το 22,3% των ανδρών και το 18,6% των γυναικών, έκανε πάντα χρήση προφυλακτικού.⁴⁰ Στο Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό των ατόμων που είχε σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό ήταν ψηλότερο και ανερχόταν στο 60%.⁴⁴ Ανάλογα είναι τα ευρήματα μελέτης που έκαναν Κινέζοι ερευνητές στο αεροδρόμιο του Χονγκ Κονγκ όπου βρέθηκε ότι το 33-50% των ταξιδιωτών δεν χρησιμοποιούσε προφυλακτικό.⁴⁵ Για τον παντρεμένο εκπατριζόμενο, ο κίνδυνος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που συνδέεται με περιστασιακό σεξ, είναι πιθανό να καθορίζεται από το εάν είναι συνοδευόμενος στην ανάθεση της εργασίας, από την σύζυγο ή εάν είναι μόνος. Εάν είναι μόνος θα μπορούσε να αυξηθεί η πιθανότητα σεξουαλικής επαφής όπως και η κατάχρηση φαρμάκων και αλκοόλ, ως συνέπεια διατάραξης της κανονικής οικογενειακής ζωής.¹²

Παρόλο που υπάρχουν συνεχώς αυξανόμενες ενδείξεις για τον αυξημένο κίνδυνο των εκπατριζόμενων για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η πρόληψή τους είναι πολύ χαμηλά στις προτεραιότητες των ιατρικών ταξιδιωτικής ιατρικής και είναι ανάγκη να ενισχυθεί.^{41, 46}

Η νοσηρότητα επηρεάζεται και από τον χρόνο παραμονής. Για παράδειγμα ο κίνδυνος για ηπατίτιδα Β αυξάνεται όταν η παραμονή σε κάποια χώρα ενδημική στο νόσημα παρατείνεται σημαντικά.¹² Άλλος παράγοντας που επηρεάζει την νοσηρότητα είναι η ηλικία. Τα παιδιά είναι πιο πρόθυμα να χαϊδέψουν τα ζώα και κατά συνέπεια το ενδεχόμενο να προσβληθούν από λύσσα πολύ ψηλότερο ιδιαίτερα στις χώρες Νοτιοανατολικής Ασίας.¹² Η επιδημιολογία των νοσημάτων στην χώρα υποδοχής θα επηρεάσει και την επίπτωση των νοσημάτων στον εκπατριζόμενο. Η επανεμφάνιση της διφθερίτιδας στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης επιβάλλει την αξιολόγηση εμβολιασμού έναντι της διφθερίτιδας, ενός νοσήματος που δεν απαντάται στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες.¹²

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος που διατρέχει ο εκπατριζόμενος για την υγεία του είναι τα ατυχήματα.^{5,12,47} Σχεδόν το ένα τρίτο των επαναπατρισμών μεταξύ Γερμανών εκπατριζόμενων, οφείλονταν σε τραυματισμούς σε οδικά ατυχήματα.¹² Τα οδικά ατυχήματα ήταν η κύρια αιτία θανάτου στην Αφρική για τους αμερικανικούς ιεραποστόλους κατά τη διάρκεια 1970 – 1985.⁴⁸ Από 66 θανάτους που εμφανίζονται σε μέλη ειρηνευτικών αποστολών από το 1984 ως το 2003, ο τραυματισμός ήταν το βασικό αίτιο και ήταν αποτέλεσμα ατυχήματος κυρίως με αυτοκίνητο αλλά και με λεωφορείο, ταξί και μοτοσικλέτα.⁴⁹ Μεταξύ 1.190 εκπατριζόμενων που επέστρεφαν, οι περισσότεροι από τους οποίους είχαν εργαστεί για το διεθνές τμήμα του Ερυθρού Σταυρού για περισσότερους από 6 μήνες, το 10% ανέφερε ότι ο τραυματισμός ή το ατύχημα είχε συμβεί κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας τους.³⁹ Τα πρότυπα της οδήγησης, της ασφάλειας των οχημάτων, η κατάσταση των δρόμων και του φωτισμού μπορεί να είναι ελλιπή σε πολλές χώρες και σε συνδυασμό με τις υπηρεσίες υγείας που μπορεί να υπολείπονται σημαντικά (ασθενοφόρα, νοσοκομεία, ιατροί) αποτελούν πολύ σοβαρό πρόβλημα για τον εκπατριζόμενο και την οικογένειά του/της.

Άλλα ατυχήματα που σχετίζονται με υψηλή νοσηρότητα είναι οι δραστηριότητες ψυχαγωγίας στο νερό. Η άγνοια των ρευμάτων και παλιρροιακών κυμάτων και η κακή κατάρτιση αυξάνουν τους κινδύνους για πνιγμό.¹²

Ο εκπατριζόμενος βρίσκεται να ζει και εργάζεται σε μια άλλη χώρα για πολλούς λόγους. Άλλοι επιλέγουν μία θέση εργασίας στο εξωτερικό γιατί ο μισθός είναι υψηλότερος και άλλοι για το κοινωνικό γόητρο. Η μετακίνηση στο εξωτερικό είναι ένας τρόπος αλλαγής της ζωής, απομάκρυνσης από επώδυνες καταστάσεις, περιορισμούς και από την ρουτίνα.⁵ Η μετακίνηση από την μία χώρα στην άλλη, σε μερικά επαγγέλματα όπως τις διπλωματικές αντιπροσωπίες μπορεί να γίνεται κάθε λίγα χρόνια όπου χρειάζεται να πουν αντίο στους φίλους τους και να προσαρμοστούν σε νέα «γειτονιά» και νέα κουλτούρα. Το άτομο της οικογένειας που ευθύνεται αρχικά για την απόφαση της μετακίνησης ενδέχεται να εισπράττει την δυσαρέσκεια των μελών της και να αντιμετωπίζει συγκρούσεις.⁵

Τα άτομα που έχουν επιλέξει να ζήσουν σε μια άλλη χώρα πρέπει να προσαρμοστούν σε ένα νέο περιβάλλον: κλίμα, εποχικές διακυμάνσεις και διαφορετικό φαγητό και

ποτά καθώς και σε πολύ διαφορετικά συστήματα υγείας. Οι βασικές συνθήκες διαβίωσης, η κουλτούρα, η γλώσσα και η συμπεριφορά των ανθρώπων μπορεί να διαφέρει, η οποία μπορεί να κινητοποιεί κάποιους και να αγχώνει και καταθλίβει άλλους. Μια νέα δουλειά σε μία αναπτυσσόμενη χώρα χρειάζεται νέες δεξιότητες συμπεριλαμβανομένης και αυτής της διπλωματίας. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί να βρουν τη νέα ζωή βαρετή. Οι εκπατριζόμενοι θα αισθανθούν απομονωμένοι. Η προσαρμογή η πολιτισμική, μπορεί να είναι δύσκολη και για τους πρώτους μήνες φυσιολογική και αναμενόμενη. Αυτοί είναι κάποιοι λόγοι που εξηγούν την αυξημένη νοσηρότητα από αγχώδη σύνδρομο και ψυχιατρικές καταστάσεις.

Όταν αναλύθηκαν τα στοιχεία των ταξιδιωτών που επισκέφτηκαν τα σημεία του δικτύου GeoSentinel (41168 ασθενείς, 1996 - 2008) βρέθηκε ότι μερικά ψυχιατρικά νοσήματα καταγραφόταν πιο συχνά μεταξύ αυτών που ήταν σε μακρά παραμονή εκτός της χώρας. Τέτοια νοσήματα ήταν η κατάθλιψη, η ψύχωση που δεν σχετιζόταν με μεφλοκίνη, το άγχος και η έντονη καταβολή. Αντίθετα προβλήματα όπως η ανησυχία, αϋπνία, η κατάχρηση ουσιών και μετά-τραυματικές αγχώδεις καταστάσεις ήταν ίσως συχνότερες στους ταξιδιώτες σύντομης διάρκειας.¹¹

Τα ψυχολογικά προβλήματα και ειδικότερα η κατάθλιψη, το άγχος και το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης από την εργασία ήταν τα πιο συχνά προβλήματα μεταξύ μελών ειρηνευτικών αποστολών.³² Τα ψυχιατρικά ευθυνόταν για το 60% των πρόωρων επαναπατρισμών μεταξύ μελών αποστολών και των οικογενειών τους από την από το Ηνωμένο Βασίλειο.²¹

Σε μελέτη μεταξύ 145 ατόμων από 62 διαφορετικούς οργανισμούς ανθρωπιστικής βοήθειας αναφέρθηκαν διαγνωσμένα ψυχιατρικά προβλήματα ποικίλης βαρύτητας σε ποσοστό 46%. Το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε σε κατάθλιψη (87%).² Οι κίνδυνοι από την εργασία μπορεί να απασχολήσουν τον εκπατριζόμενο όπως και στην χώρα του για παράδειγμα έκθεση σε χημικά. Στον εκπατριζόμενο η έκθεση μερικές φορές είναι πιο παρατεταμένη λόγω των διαφορετικών ωραρίων εργασίας.¹²

Ένα ζήτημα που απασχολεί όλους τους εκπατριζόμενους είναι η πρόσβαση σε χαμηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Σε αυτές συμπεριλαμβάνεται και η οδοντιατρική θεραπεία. Η υγεία των δοντιών πολλές φορές είναι παραμελημένη από

τους εκπατριζόμενους και μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα τόσο στο άτομο όσο και στην εργασία.^{50,51} Οι υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας και οι μονάδες για μετάγγιση ασφαλούς αίματος είναι από τα λιγότερα ανεπτυγμένα.¹² Οι ελλείψεις υπηρεσίες υγείας ήταν ο βασικός λόγος επείγουσας διακομιδής και επαναπατρισμού διπλωματών από το Ηνωμένο Βασίλειο που υπηρετούσαν στο εξωτερικό.⁵²

Θνησιμότητα

Δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα για τους θανάτους των εκπατριζόμενων στο εξωτερικό. Μερικές μελέτες υποστηρίζουν ότι τα ατυχήματα, ειδικά στα παιδιά και στους νεαρούς ενήλικες είναι η κύρια αιτία θανάτου⁴⁸ ενώ άλλες, δείχνουν να επικρατούν τα καρδιαγγειακά⁵³. Ωστόσο, όταν αναλύεται η θνητότητα από τα καρδιαγγειακά σε σχέση με την ηλικία, αυτή είναι παρόμοια στον ταξιδιώτη και με αυτή αυτών που παραμένουν στο σπίτι.⁵

Η θνητότητα από λοιμώδη είναι πολύ χαμηλή, περίπου στο 4% σε κάποιες μελέτες ή χαμηλότερο σε άλλες, περίπου στο 1%.⁵ Συνήθως είναι από ελονοσία, τυφοειδή, ιογενή εγκεφαλίτιδα κ.α. Βέβαια δεν έχουμε πληροφορίες για τους θανάτους μετά την επιστροφή στο σπίτι. Δεν ξέρουμε σε ποιο βαθμό ευθυνόταν ένα ταξίδι για την κατάληξη όπως για παράδειγμα οι θάνατοι από AIDS πολλά χρόνια μετά την μόλυνση με τον HIV. Στην Ελβετία το 10% των HIV λοιμώξεων αποκτήθηκαν σε ταξίδι στο εξωτερικό.⁵ Η έκθεση στον ιό HIV έχει βρεθεί ότι αποτελεί επαγγελματικό κίνδυνο για τους εργαζόμενους σε ανθρωπιστικές οργανώσεις σε μερικές περιοχές του κόσμου.⁵⁴

Νομοθεσία

Στο διεθνές περιβάλλον εργασίας όλο και συχνότερα, υπάλληλοι εταιριών και οργανισμών χρειάζεται να εργαστούν για 6 ή περισσότερους μήνες σε μία άλλη χώρα. Σε πολλές εθνικές νομοθεσίες υπάρχει η υποχρέωση των διαφόρων οργανισμών να φροντίζουν τους υπαλλήλους τους ή τους εθελοντές που εργάζονται έξω από τα σύνορα της χώρας.

Στο πλαίσιο της στρατηγικής της Λισαβόνας, τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναγνώρισαν ότι η διασφάλιση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στην εργασία μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην προώθηση της οικονομικής ανάπτυξης και της απασχόλησης. Πράγματι, η έλλειψη αποτελεσματικής προστασίας της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία μπορεί να οδηγήσει σε απουσίες από την εργασία οφειλόμενες σε εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές νόσους, καθώς και σε μόνιμη αναπηρία από επαγγελματικά αίτια. Αυτό δεν έχει μόνο σημαντική ανθρώπινη διάσταση αλλά και σοβαρό αρνητικό αντίκτυπο στην οικονομία. Το τεράστιο οικονομικό κόστος των προβλημάτων που σχετίζονται με την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία εμποδίζει την οικονομική ανάπτυξη και επηρεάζει την ανταγωνιστικότητα των επιχειρήσεων της ΕΕ. Σημαντικό μέρος αυτού του κόστους επιβαρύνει επίσης τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και τον κρατικό προϋπολογισμό. Αναγνωρίζουν ότι οι εργαζόμενοι ορισμένων κατηγοριών όπως οι διακινούμενοι εργαζόμενοι, είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στους επαγγελματικούς κινδύνους. Στους στόχους της Κοινοτικής Στρατηγικής 2007-2012 για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία αναγνωρίζεται η ανάγκη μεταξύ άλλων, για προσαρμογή του νομικού πλαισίου στις αλλαγές του χώρου εργασίας, την επικαιροποίηση των μεθόδων για την αναγνώριση και την αξιολόγηση των δυνητικών νέων κινδύνων, την ενθάρρυνση των αλλαγών συμπεριφοράς των εργαζομένων καθώς και των ευνοϊκών για την υγεία προσεγγίσεων από πλευράς εργοδοτών.⁵⁵

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει σαφές νομοθετικό πλαίσιο που να ορίζει τις υποχρεώσεις του εργοδότη αλλά και του εργαζόμενου όταν αυτός μετατίθεται και πρόκειται να εργαστεί σε μία άλλη χώρα.

Νομοθετικές αναφορές που θα μπορούσαν να βρίσκουν εφαρμογή στην ευθύνη του εργοδότη στην προετοιμασία του εκπατριζόμενου υπαλλήλου πριν την μετακίνηση του και στην διασφάλιση της υγείας του είναι:

1. Σύμφωνα με τον Δημοσιοϋπαλληλικό Κώδικα (Ν 3528/2007 ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΠΟΛ. ΔΙΟΙΚ. ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ & ΥΠΑΛ. ΝΠΔΔ Άρθρο 44) «οι υπάλληλοι έχουν δικαίωμα στη διασφάλιση συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας τους».

2. Σύμφωνα με τον Ν 1568/1985: Υγιεινή-Ασφάλεια εργαζομένων. ΒΛ.& Ν.3851/2010 Κώδικα σχετ. νόμων (46460) « Ο εργοδότης οφείλει να γνωρίζει τους κινδύνους τους οποίους συνεπάγονται για την υγεία των εργαζομένων παράγοντες που χρησιμοποιούνται ή δημιουργούνται στους τόπους εργασίας...» (Άρθρο 25) «Ο εργοδότης οφείλει να παίρνει μέτρα, ώστε να αποφεύγεται ή να ελαχιστοποιείται η έκθεση των εργαζομένων σε παράγοντες, όσο είναι πρακτικά δυνατό...» (Άρθρο 26).

Εκτός από την ευθύνη του εργοδότη, οι ταξιδιώτες πρέπει να αποδεχθούν ότι είναι και αυτοί υπεύθυνοι να μεριμνήσουν για την υγεία και την ευεξία τους, τόσο στην διάρκεια του ταξιδιού όσο και κατά την επιστροφή τους. Επίσης, είναι υποχρέωση τους να μεριμνήσουν το ίδιο για την οικογένεια, τους φίλους, τους συνεργάτες, την κοινότητα.⁵⁷

Οδηγίες για την προετοιμασία πριν την αναχώρηση

Η ταξιδιωτική ιατρική είναι ένα καινούργιο πεδίο και υπάρχουν πολλά ζητήματα που δεν έχουν απαντηθεί. Γι αυτό το λόγο, σε αρκετά αντικείμενα που αφορούν στην προετοιμασία του ταξιδιώτη, οι κατευθυντήριες οδηγίες απορρέουν από την γνώση και εμπειρία των ειδικών και δεν υπάρχουν ισχυρά τεκμηριωμένες αποδείξεις. Αυτό γίνεται ακόμα πιο έντονο για τους εκπατριζόμενους οι οποίοι είναι η λιγότερο μελετημένη ομάδα ταξιδιωτών. Ωστόσο τα ερευνητικά δεδομένα αυξάνονται για την δημιουργία διαβαθμισμένων συστάσεων⁵⁶ αλλά ακόμα δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των ειδικών. Τα παγκόσμια δεδομένα συνοψίζονται στο Πράσινο Βιβλίο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας⁵⁷ όπου έμφαση δίνεται στην αξιολόγηση του κινδύνου με λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο στον τοπικό πληθυσμό. Παρόμοια, ο κίνδυνος που διατρέχει ο Αμερικανός τουρίστας¹⁴ αλλά δεν είναι γνωστό σε ποιο βαθμό αυτό απαντά και στα δεδομένα του Ευρωπαϊκού ταξιδιώτη.⁵⁸

Στόχος της προετοιμασίας θα πρέπει να είναι η εξασφάλιση της καλής υγείας και της ευεξίας του εκπατριζόμενου, πριν την αναχώρηση, κατά την παραμονή στην χώρα προορισμού και μετά την επιστροφή του. Η εξασφάλιση της καλής υγείας και ευεξίας είναι άσκηση προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας. Την σχετική με αυτά τα πεδία βιβλιογραφία ανατρέχουμε πολλές φορές, για τον σχεδιασμό της προετοιμασίας.⁵⁹

Η προετοιμασία των εκπατριζόμενων, όπως όλων των ταξιδιωτών, θα πρέπει να γίνεται κατά το δυνατό, από εξειδικευμένο σε ζητήματα ταξιδιωτικής ιατρικής επαγγελματία υγείας ειδικά για εκείνους που έχουν σύνθετους προορισμούς και ειδικά προβλήματα υγείας (C-III).⁵⁶ Έχει δειχθεί ότι όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι εξειδικευμένοι και εκπαιδευμένοι σε ζητήματα ταξιδιωτικής ιατρικής κάνουν λάθη στις εκτιμήσεις τους και στις συστάσεις ειδικά στην πρόληψη της ελονοσίας.^{56,60} Οι ιατροί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορούν να προετοιμάσουν τον ταξιδιώτη που δεν αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας και η χώρα εγκατάστασης δεν έχει πολλές προκλήσεις.⁵⁶ Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στην εκπαίδευση των εκπατριζόμενων από ότι στους συνήθεις τουρίστες. Μέρος της πληροφορίας καλό είναι να δίνεται γραπτά. Αφού διαβάσουν αυτή την πληροφορία οι εκπατριζόμενοι θα πρέπει να έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν με τον γιατρό τους και να επιλύσουν τις απορίες τους. Φαίνεται ότι αυτό αυξάνει την συνεργασιμότητα του ταξιδιώτη στην τήρηση των προληπτικών μέτρων (A-III).^{5,56}

Οι εκπατριζόμενοι φαίνεται ότι προετοιμάζονται πιο έγκαιρα και με περισσότερη συνέπεια από τις άλλες κατηγορίες ταξιδιωτών.⁶¹ Πάνω από το 66% των εκπατριζόμενων ταξιδιωτών που καταγράφηκαν στο GeoSentinel¹¹ είχε προετοιμαστεί σε ζητήματα υγείας, πριν το ταξίδι, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από αυτό που καταγράφηκε σε άλλες έρευνες όπως αυτή που διεξήχθη στα διεθνή αεροδρόμια (31%–52%).^{36,62} Σε λιγότεροι από το 1% αυτών που θα αξιολογηθούν ιατρικά πριν τον εκπατρισμό τους θα ζητηθεί να επανεκτιμήσουν την απόφασή τους για λόγους υγείας.²

Η προετοιμασία των εκπατριζόμενων πριν την αναχώρηση, ακολουθεί τους άξονες της προετοιμασίας κάθε ταξιδιώτη. Αυτοί είναι:^{2,5,56}

1. Αξιολόγηση της υγείας του εκπατριζόμενου πριν την αναχώρηση
2. Αξιολόγηση των κινδύνων για την υγεία που ενέχει η εγκατάσταση στην χώρα φιλοξενίας
3. Συμβουλευτική για την πρόληψη των κινδύνων (λοιμώδη και μη λοιμώδη νοσήματα) πριν την αναχώρηση
4. Εκτίμηση του επιπέδου της υγείας μετά την επιστροφή.

Ο εκπατριζόμενος συνήθως είναι υπάλληλος κάποιου οργανισμού ή εταιρίας ή είναι εθελοντής κάποιας ανθρωπιστικής οργάνωσης. Ιδανικά θα περίμενε κάποιος ότι ο φορέας που αποστέλλει τον εκπατριζόμενο για εργασία σε μία άλλη χώρα θα είχε σαφή πολιτική για την καλή του προετοιμασία αφού έτσι θα προστάτευε την «επένδυση» του διασφαλίζοντας την μέγιστη απόδοση στην εργασία και προστατεύοντας τον οργανισμό από πιθανές νομικές εμπλοκές. Ωστόσο από την βιβλιογραφία και την προσωπική εμπειρία της συγγραφέα έχοντας μιλήσει με πολλούς φορείς, διεθνώς υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στον τρόπο προετοιμασίας. Μεγάλοι οργανισμοί όπως Υπουργεία Εξωτερικών όπου οι εκπατριμοί είναι μέσα στην καθημερινή πρακτική της εργασίας, διαθέτουν εξειδικευμένο προσωπικό για την άρτια προετοιμασία των υπαλλήλων πριν την μετακίνηση. Σε κάποιες χώρες υπάρχουν ιατρεία με εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό σε ζητήματα ταξιδιωτικής ιατρικής που αναλαμβάνουν να προετοιμάσουν για λογαριασμό του φορέα ή της εταιρίας τους εκπατριζόμενους όπως για παράδειγμα μέλη ανθρωπιστικών οργανώσεων, εργαζόμενους πολυεθνικών εταιριών κλπ.

Σε όλες τις περιπτώσεις δεν υπάρχει ένα ενιαίο πρωτόκολλο για την αξιολόγηση της υγείας πριν την αναχώρηση που θα απαντούσε στην ερώτηση εάν κάποιος είναι ικανός να μετακινηθεί εκτός της χώρας. Ούτε υπάρχει και μπορεί να προταθεί η τέλεια αξιολόγηση της υγείας πριν την αναχώρηση. Ωστόσο φαίνεται ότι υπάρχει μια συμφωνία ότι αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει τα παρακάτω: ^{5, 34, 63}

- Ιατρικό ιστορικό
- Κλινική εξέταση και αξιολόγηση
- Έλεγχος όρασης και εάν χρειάζεται νέα γυαλιά
- Εργαστηριακός έλεγχος, ιδιαίτερα αιματολογικός, έλεγχος ήπατος, ούρων, HIV test, αντισώματα ηπατίτιδας
- Test για φυματίωση (Mantoux)
- Οδοντιατρική εκτίμηση
- Α/α θώρακος
- Για τις γυναίκες pap-test / μαστογραφία ανάλογο με ηλικία
- Για τους μεγαλύτερους, ΗΚΓ και καρδιολογικός έλεγχος

Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα είναι εξαιρετικά χρήσιμα εάν προκύψουν προβλήματα υγείας κατά την παραμονή στο εξωτερικό ή μετά την επιστροφή. Από την αξιολόγηση θα καθοριστεί εάν ο υποψήφιος εκπατριζόμενος θα μπορούσε να ζήσει στην άλλη χώρα που σχεδιάζει ή χρειάζονται πρόσθετες εξετάσεις και δοκιμασίες ή εάν θα ήταν επιβεβλημένο να αποτραπεί στην μετακίνηση.^{5,34} Υπάρχουν πολλές ανέκδοτες ιστορίες όπου πολλά νοσήματα ή κακοήθειες διαγνώστηκαν κατά την διαδικασία αξιολόγησης εάν η υγεία κάποιου του επέτρεπε να ζήσει και εργαστεί στο εξωτερικό χωρίς κινδύνους για την υγεία του. Αυτά θα πρέπει να διευθετούνται πριν την αναχώρηση. Για παράδειγμα ινομώματα που προκαλούν συχνές μητρορραγίες σε μία γυναίκα θα πρέπει ενδεχομένως να αφαιρούνται πολύ πριν την αναχώρηση. Γενικά ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να θυμάται ότι η οδηγία για «συχνή παρακολούθηση» δεν μπορεί να βρει εφαρμογή σε ένα άτομο που πρόκειται να μετακινηθεί σε απομακρυσμένη χώρα για αρκετούς μήνες.

Εάν το άτομο πάσχει από γνωστά νοσήματα και είναι σταθερό, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ιδιαίτερες συνθήκες (γεωγραφία, περιβάλλον, λοιμώδη κλπ.) που επικρατούν στην υποψήφια χώρα εγκατάστασης και να γίνει η κατάλληλη προετοιμασία και προσαρμογή ώστε να αποφευχθούν πιθανές εξάρσεις των προϋπαρχόντων νοσημάτων.^{5,34} Η ειδική επαγγελματική ενασχόληση και οι συνθήκες εργασίας στην χώρα εγκατάστασης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να εξασφαλίσει ότι ο εκπατριζόμενος- ασθενής του θα διατηρήσει την καλή του φυσική και ψυχική υγεία είτε είναι η/ο σύζυγος κάποιου/ας διπλωμάτη είτε ένας εργάτης σε κάποιο απομακρυσμένη και απομονωμένη περιοχή.⁵⁹

Η ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας μπορεί να κάνει την προετοιμασία σύνθετη. Για παράδειγμα είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί ότι ο ταξιδιώτης με καρδιαγγειακά προβλήματα λαμβάνει σαφείς συμβουλές πριν από το ταξίδι.^{34, 64} Στην προετοιμασία, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ακολουθεί τις κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν σε κάθε νόσημα κάνοντας όπου χρειάζεται προσαρμογές σε εξατομικευμένη βάση.⁵⁹

Οι λόγοι, για έναν ειδικό στην ταξιδιωτική ιατρική να συμβουλέψει κάποιον να μην πραγματοποιήσει την μετακίνηση, είναι οι ακόλουθοι:^{5, 34}

- Εάν το άτομο πάσχει από χρόνια ή υποτροπιάζουσα νόσο που απαιτεί συχνή και συνεχή ιατρική φροντίδα.
- Εάν το άτομο είναι ανοσοκατεσταλμένο ή εάν έχει σοβαρή αναπηρία.

Πρέπει να διασφαλιστεί ότι άτομα που εγκαθίστανται στο εξωτερικό έχουν ικανοποιητική ποσότητα των φαρμάκων τους, καθώς αυτά που θα προμηθευτούν στο εξωτερικό μπορεί να μην πληρούν προδιαγραφές ή να είναι ακόμη και placebo.

Συμπερασματικά η ιατρική αξιολόγηση των κινδύνων για την υγεία από την χώρα εγκατάστασης, στην προετοιμασία πριν την αναχώρηση είναι κομβικό σημείο (A-II)⁵⁶ Απαιτεί από τον επαγγελματία υγείας δεξιότητες κλινικής, προληπτικής και ταξιδιωτικής ιατρικής. Άλλωστε έχει ήδη αναπτυχθεί στο υποκεφάλαιο της νοσηρότητας η πλειοψηφία των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο εκπατριζόμενος, δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας εξωτικής ασθένειας αλλά αποτέλεσμα προϋπαρχόντων και ενδεχομένως παραμελημένων προβλημάτων.³⁴

Όπως είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η σταθερότητα οποιασδήποτε φυσικής κατάστασης, θα πρέπει να αξιολογηθεί και η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει τους κινδύνους που αναμένονται, μαζί με τη συναισθηματική σταθερότητά τους.³⁴ Όπως έχει προαναφερθεί τα άτομα που έχουν επιλέξει να ζήσουν σε μια άλλη χώρα θα πρέπει να προσαρμοστούν σε ένα νέο περιβάλλον και ενδεχομένως οι εκπατριζόμενοι να αισθανθούν απομονωμένοι. Η πολιτισμική προσαρμογή δεν είναι πάντα εύκολη αλλά δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τον χρόνο παραμονής ή το είδος της εργασίας. Όσο μεγαλύτερη είναι η πολιτισμική απόσταση μεταξύ της χώρας προέλευσης και της χώρας φιλοξενίας τόσο μεγαλύτερες αναμένονται οι δυσκολίες προσαρμογής.⁶⁵ Είναι σημαντικό να εξεταστεί η φυσική και ψυχολογική κατάσταση και στάση όλων των μελών της οικογένειας που θα μετακινηθούν. Μερικά μέλη οικογένειας θα έχουν την εμπειρία πολιτισμικού shock κατά την αναχώρηση αλλά και την επιστροφή. Αυτό μπορεί να έχει ως συνέπεια την κατάχρηση ουσιών, επικίνδυνης συμπεριφοράς και κατάθλιψης.^{34, 57}

Πολύ μικρή εμπειρία υπάρχει αυτή σήμερα για την χρήση ψυχομετρικών δοκιμασιών για την εκτίμηση του αναμενόμενου βαθμού προσαρμογής στο νέο περιβάλλον.

Τέτοιες δοκιμασίες έχουν χρησιμοποιηθεί σε μεμονωμένες περιπτώσεις για την επιλογή προσωπικού που θα εργαστεί σε χώρες εξωτερικού για μεγάλο διάστημα.² Η αξιολόγηση δεν είναι εύκολη ακόμα και για τον πιο εξειδικευμένο σε αυτά τα ζητήματα επαγγελματία υγείας. Οι συχνές επαγγελματικές υποχρεώσεις και συνεδριάσεις, οι αυστηρές προθεσμίες και ο περιορισμένος χρόνος προετοιμασίας της πριν την αναχώρηση και την ανάληψη της εργασίας προσθέτουν κούραση και πίεση, με αποτέλεσμα συσσωρευμένο συναισθηματικό φόρο. Οι περισσότεροι από τους ταξιδιώτες πάνε στον γιατρό στο διάλειμμα τους και επιστρέφουν γρήγορα στην εργασία. Επιπλέον, ο ταξιδιώτης πρέπει συχνά να ισορροπήσει τις απαιτήσεις εργασίας με τις προσωπικές και οικογενειακές απαιτήσεις. Οι περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες άγχους είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθούν και δεν μπορούν – και γενικά δεν πρέπει - να ρυθμιστούν με την συνταγή ενός φαρμάκου. Ακόμα και όταν δεν υπάρχει αρκετός χρόνος, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να αναζητήσει ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικών παθήσεων, ιστορικό χρήσης αγχολυτικών ουσιών ή άλλων ψυχιατρικών φαρμάκων, μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ, συμπτώματα αγχώδους συνδρομής κλπ. και να εξηγήσει στον εκπατριζόμενο τα ζητήματα όπως το πολιτισμικό σοκ, πιθανά προβλήματα προσαρμογής, τρόπους στη διαχείριση των ψυχο-πιεστικών γεγονότων.^{34, 63, 67}

Στην μείωση του άγχους και της ανησυχίας βοηθάει σημαντικά η καλή προετοιμασία για την πρόληψη νοσημάτων. Η συμβουλευτική για την πρόληψη των κινδύνων (λοιμώδη και μη λοιμώδη νοσήματα) πριν την αναχώρηση είναι συχνά ελλιπής στους εκπατριζόμενους.^{34, 68, 69}

Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να βοηθηθεί στον σχεδιασμό της προετοιμασίας απαντώντας σε τρεις πρακτικές ερωτήσεις:

1. Είναι πιθανό να συμβεί;
2. Ο εκπατριζόμενος μπορεί να το αναγνωρίσει εάν συμβεί;
3. Υπάρχει τρόπος να διευθετηθεί ή να θεραπευτεί το πρόβλημα όταν προκύψει;

Εάν είναι ευαισθητοποιημένος στην νοσολογία των εκπατριζόμενων, την γεωγραφία και επιδημιολογία των χωρών και των βασικών ζητημάτων ταξιδιωτικής ιατρικής που αναπτύσσονται στο πράσινο βιβλίο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας⁵⁷ θα

μπορέσει να προετοιμάσει τον εκπατριζόμενο στην πρόληψη των κινδύνων που απορρέουν από την εγκατάσταση του σε μια άλλη χώρα.

Είναι γνωστό ότι αντικείμενα που αφορούν όλους τους ταξιδιώτες ανεξάρτητα από τον χρόνο παραμονής είναι:

1. Οι εμβολιασμοί
2. Η χημειοπροφύλαξη ελονοσίας για προορισμούς που υπάρχει κίνδυνος και η αποφυγή τσιμπημάτων κουνουπιών
3. Η πρόληψη και αυτο-θεραπεία διάρροιας των ταξιδιωτών
4. Η πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
5. Τα ζητήματα ψυχικής υγείας
6. Ατομικής ασφάλειας και πρόσβασης στο σύστημα υγείας

Οι εκπατριζόμενοι που εγκαθίστανται σε χώρες όπου νοσήματα που μπορούν να προληφθούν με **εμβολιασμό** είναι πιο συχνά, θα πρέπει να εμβολιάζονται κατάλληλα. Για τον σχεδιασμό των εμβολιασμών που σχετίζονται με την χώρα θα πρέπει να ακολουθηθούν αυτά που είναι γνωστά για τους εμβολιασμούς όλων των ταξιδιωτών ανεξάρτητα από τον χρόνο παραμονής, λαμβάνοντας υπόψη και συζητώντας αναλυτικά με τον εκπατριζόμενο και το ενδεχόμενο να πραγματοποιήσει άλλα σύντομα ταξίδια σε γειτονικές χώρες ή ενδιάμεση στο ταξίδι του χώρα όπου ενδεχομένως η επιδημιολογία των νοσημάτων αλλάζει.

Κάθε μετακίνηση είναι μια καλή ευκαιρία να συμπληρωθούν οι αναμνηστικές δόσεις που προβλέπονται από το τακτικό εμβολιαστικό πρόγραμμα της χώρας για τα παιδιά τους εφήβους και τους ενήλικες (A-1) ^{34, 56, 70} Αυτό παρέχει προστασία από νοσήματα που παραμένουν πρόβλημα για πολλές μη οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες. Για παράδειγμα επιδημίες διφθερίτιδας έχουν εμφανιστεί σε χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης ενώ κρούσματα πολιομυελίτιδας δηλώνονται σε πολλές χώρες της υποσαχάριας Αφρικής και Νότιας Ασίας. Εκπατριζόμενοι που προέρχονται από τροπικές περιοχές όπου ενδεχομένως η ανεμοβλογιά δεν είναι συχνή, να πρέπει να εμβολιαστούν για αυτή. ⁷⁰ Ανάλογα με τον προορισμό εμβόλια που ενδεχομένως να πρέπει να χορηγηθούν είναι ⁷⁰:

Σύμφωνα με το τακτικό εμβολιαστικό πρόγραμμα της χώρας: Διφθερίτιδας, Τετάνου, Κοκκύτη, Πολιομυελίτιδας, Αιμόφιλου ινφλουέντσας τύπου β, Ιλαράς, Ερυθράς, Παρωτίτιδας, Ανεμοβλογιάς

Υποχρεωτικά για κάποιες χώρες: Κίτρινου πυρετού, Μηνιγγιτιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας (προσκυνητές στην Μέκκα)

Συνιστώμενα: Ηπατίτιδας Α, Ηπατίτιδας Β, Τυφοειδούς πυρετού, Λύσσας, Μηνιγγίτιδας τετραδύναμο (Α,С,У, W135), Ιαπωνικής Εγκεφαλίτιδας, Εγκεφαλίτιδας από κρότωνες, Χολέρας, BCG

Για τον εκπατριζόμενο εμβόλια που έχουν κάποια σημασία να εξεταστούν ειδικότερα είναι²:

1. Ηπατίτιδας Α: Η εκτεταμένη χρήση του εμβολίου έχει μειώσει σημαντικά την επίπτωση του νοσήματος στους εκπατριζόμενους σε σχέση με το παρελθόν που απαντιόταν πολύ συχνά (17/1000 ανά μήνα)² Μετά την λήψη των δύο δόσεων δεν συνιστάται αναμνηστική δόση στο υπόλοιπο της ζωής³⁴
2. Ηπατίτιδας Β: Ο κίνδυνος για ηπατίτιδα Β είναι αυξημένος μεταξύ των εκπατριζόμενων. Αυτό σχετίζεται τόσο με την έκθεση μέσω ερωτικής επαφής χωρίς προφύλαξη αλλά φαίνεται ότι υπάρχει και αφανής έκθεση διαβιώντας σε χώρες όπου ο επιπολασμός της νόσου είναι πολύ υψηλός.²
3. Ιαπωνικής εγκεφαλίτιδας και εγκεφαλίτιδας από δήγμα από κρότωνες: Παρόλο που αυτά τα εμβόλια δεν συστήνονται για τους εκπατριζόμενους που εγκαθίστανται σε αστικές περιοχές, ο εμβολιασμός θα πρέπει να εξεταστεί εάν εργάζονται και διαβιούν σε αγροτικές περιοχές.²
4. Λύσσας: Ο κίνδυνος δηγμάτων από μολυσμένα ζώα είναι μεγαλύτερος στα παιδιά(4 φορές)² ενώ συχνά τα παιδιά δεν αναφέρουν την επαφή με το ζώο και μικροεκδορές μπορεί να περνούν απαρατήρητες³⁴ Ένας πρόσθετος λόγος για τον προληπτικό εμβολιασμό πριν την έκθεση είναι η αδυναμία εξεύρεσης αντιλυσσικής σφαιρίνης στην χώρα φιλοξενίας.⁵⁷

Ελάχιστες είναι οι μελέτες για την **χημειοπροφύλαξη από ελονοσία** στους εκπατριζόμενους και δεν υπάρχει κάποια ομοφωνία στην στρατηγική που ακολουθείται από τις επιστημονικές εταιρείες και τους ειδικούς. Πολλές διαφορετικές στρατηγικές εμφανίζονται στην βιβλιογραφία όπως η αρχική λήψη χημειοπροφύλαξης και η διακοπή στην συνέχεια, η περιοδική χρήση στις χρονικές

περιόδους με τον μεγαλύτερο κίνδυνο (εποχική χημειοπροφύλαξη) ¹⁴ ενώ άλλοι προτείνουν συνεχή λήψη για τις περιοχές που ο κίνδυνος είναι ψηλός και εποχική λήψη για τις περιοχές με μέτριο ή χαμηλό κίνδυνο ²

Όπως έχει προαναφερθεί, η συνεργασιμότητα των εκπατριζόμενων στην λήψη της ανθελονοσιακής αγωγής είναι μικρή. Αυτό οφείλει να το γνωρίζει ο επαγγελματίας υγείας που έχει την ευθύνη προετοιμασίας. Η προσωπική εμπειρία της συγγραφέα αλλά και άλλων που ασχολούνται συστηματικά με την συμβουλευτική είναι ότι, εάν συζητηθούν όλα τα ενδεχόμενα και σενάρια με τον ταξιδιώτη, από τον ρόλο και τις παρενέργειες των φαρμάκων έως τις δοξασίες που περιβάλλουν την προφύλαξη από ελονοσία και τους λόγους που οδηγούν πολλούς στην διακοπή των φαρμάκων, αυτό βοηθάει στην αξιοπιστία του γιατρού και ο ταξιδιώτης κάνει πιο ενημερωμένες επιλογές. Κάθε εκπατριζόμενος θα πρέπει να είναι ενήμερος για τον κίνδυνο που διατρέχει, να εφαρμόζει τα μέτρα προφύλαξης από τα τσιμπήματα των κουνουπιών που συστήνονται για όλους τους ταξιδιώτες ανεξάρτητα από τον χρόνο παραμονής σε περιοχή ενδημική για ελονοσία και να έχει εκπαιδευτεί για την αναγνώριση των συμπτωμάτων της ελονοσίας και να γνωρίζει ότι πρέπει να ζητήσει έγκαιρα βοήθεια σε ενδεχόμενο εμπύρετης νόσου. ¹⁴

Οι συστάσεις για την πρόληψη της ελονοσίας στους εκπατριζόμενους δεν θα πρέπει να παρεκκλίνουν από τις γενικές συστάσεις για την πρόληψη του νοσήματος. ²

Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται οι συστάσεις της γνωμοδοτικής επιτροπής για την πρόληψη της ελονοσίας για τον εκπατριζόμενο από το Ηνωμένο Βασίλειο (ACMP: advisory committee on Malaria Prevention for UK travelers). ⁷¹ Είναι ίσως η μόνη γνωμοδοτική επιτροπή που εξέδωσε ξεχωριστές οδηγίες για τους εκπατριζόμενους. Μετά τον πίνακα ακολουθούν σχόλια, πρακτικές και συστάσεις άλλων χωρών.

Μακροχρόνια χημειοπροφύλαξη ελονοσίας για ενήλικες * ⁷¹	
Χημειοπροφύλαξη ελονοσίας	ACMP σύσταση για μακροχρόνια χρήση
Χλωροκίνη ^α	<ul style="list-style-type: none"> • Θεωρείται ασφαλής για μακροχρόνια λήψη • Οφθαλμολογική εξέταση κάθε 6-12 μήνες που ξεκινά στον 6^ο χρόνο λήψης
Προγουανίλη ^α	<ul style="list-style-type: none"> • Θεωρείται ασφαλής για μακροχρόνια λήψη
Μεφλοκίνη ^β	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν υπάρχουν ενδείξεις βλαβών σε μακροχρόνια χρήση εάν γίνεται καλά ανεκτή βραχυπρόθεσμα. • Προτείνεται η χρήση για διάστημα πάνω από τρία χρόνια εάν δεν υπάρχουν ανεπιθύμητες ενέργειες
Δοξυκυκλίνη ^γ	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν υπάρχουν ενδείξεις βλαβών σε μακροχρόνια χρήση. • Υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια για διαστήματα τουλάχιστον 2 χρόνων.
Ατοβακόνη/ Προγουανίλη ^δ	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν υπάρχουν ενδείξεις βλαβών σε μακροχρόνια χρήση • Υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια για διαστήματα 1 χρόνου ή και περισσότερο αλλά με προσοχή μέχρι να υπάρξει μεγαλύτερη εμπειρία.
* Chiodini P, Hill D, Laloo D, Lea G, Walker E, Whitty C and Bannister B. Guidelines for malaria prevention in travellers from the United Kingdom 2007 London, Health Protection Agency, January 2007	

α. Παρόλο που ο συνδυασμός χλωροκίνης με προγουανίλη θεωρείται πολύ δημοφιλής² αλλά εκφράζεται σκεπτικισμός⁷¹ και ο συνδυασμός δεν προτείνεται πλέον από την Αμερικάνικη Εταιρία Λοιμώξεων (IDSA)⁵⁶ αφού εάν υπάρχει ανθεκτικότητα στην χλωροκίνη υπάρχουν πιο αποτελεσματικά σχήματα. Έχει λιγότερες νευροψυχιατρικές παρενέργειες από την μεφλοκίνη αλλά τα έλκη

στόματος είναι συχνά μάλλον λόγω της προγουανίλης. Σύμφωνα με τις οδηγίες της IDSA, η χλωροκίνη θεωρείται φάρμακο εκλογής για τις περιοχές όπου δεν έχει περιγραφεί ανθεκτικότητα, χωρίς ωστόσο να υπάρχει εξειδικευμένη αναφορά στους εκπατριζόμενους.

β. Η μεφλοκίνη έχει το πλεονέκτημα του κόστους, της ευκολίας του σχήματος και της αποτελεσματικότητας.² Είναι το φάρμακο με την μεγαλύτερη εμπειρία στην μακροχρόνια χρήση του⁷² και εάν δεν υπάρχουν παρενέργειες μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πολύ μεγάλα διαστήματα.^{57, 73, 74} Μπορεί να είναι φάρμακο εκλογής εκεί όπου υπάρχει αντίσταση στην χλωροκίνη.²

γ. Η δοξυκυκλίνη χρησιμοποιείται για μήνες για δερματικές παθήσεις αλλά οι κολπικές μυκητιάσεις είναι ένα πρόβλημα για τις εκπατριζόμενες γυναίκες^{6, 14, 57,73} Φαίνεται ότι είναι αποτελεσματική όπως η μεφλοκίνη αλλά η ανάγκη για καθημερινή λήψη είναι ένας από τους λόγους για την μη συμμόρφωση των ασθενών¹⁴

δ. Η ατοβακόνη - προγουανίλη είναι ένα από τα τρία φάρμακα, μαζί με την μεφλοκίνη και την δοξυκυκλίνη, για την χημειοπροφύλαξη εκεί που καταγράφεται ανθεκτικότητα στο πλασμάδιο.^{14, 57} Παρόλα αυτά δεν έχει ευρεία χρήση στους εκπατριζόμενους αφού σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες υπάρχει περιορισμός στον χρόνο χορήγησης του από 28 ημέρες (Ελλάδα) έως 3 μήνες. Οι Βρετανοί το χορηγούν από 3 μήνες έως ίσως 1 χρόνο ενώ δεν υπάρχει περιορισμός στην χρονική διάρκεια χορήγησης στις ΗΠΑ.^{14,34,57} Το υψηλό κόστος είναι ένας αποτρεπτικός παράγοντας για την παρατεταμένη χρήση του φαρμάκου.

Ο εκπατριζόμενος θα πρέπει να αγοράζει από την χώρα του και να παίρνει μαζί του ικανή ποσότητα από τα ανθελονοσιακά φάρμακα που θα χρειαστεί αφού το πρόβλημα με τα «ψεύτικα» φάρμακα που περιέχουν αμφίβολες ποσότητες της φαρμακευτικής ουσίας υφίσταται σε πολλές χώρες και μπορεί να έχει πολύ δυσάρεστες συνέπειες.⁶

Ένα ζήτημα που χρειάζεται να συζητηθεί με τον εκπατριζόμενο πριν την αναχώρηση του είναι ο βαθμός που θα είναι απομονωμένος και η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για την διάγνωση πιθανής λοίμωξης από ελονοσία και την

χορήγηση φαρμάκων. Δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για την ανάγκη αυτο-διάγνωσης και αυτο-θεραπείας στους εκπατριζόμενους. Ενδεχομένως να πρέπει να χορηγηθεί ένας σταθερός συνδυασμός φαρμάκων για θεραπεία προκειμένου να τα έχει προληπτικά μαζί του. Οι δοκιμασίες αυτο-διάγνωσης φαίνεται ότι δεν είναι πολύ ακριβείς στα χέρια του εκπατριζόμενου ενώ η αλλοίωση τους από τις υψηλές θερμοκρασίες περιβάλλοντος είναι ένα πρόβλημα.²

Η **διάρροια ταξιδιωτών** και οι γαστρεντερίτιδες όπως έχει προαναφερθεί είναι από τα συχνότερα προβλήματα που απασχολούν τους εκπατριζόμενους. Επειδή ο εκπατριζόμενος μπορεί να παρουσιάσει το ίδιο σοβαρά επεισόδια διάρροιας όπως και ο σύντομης διάρκειας ταξιδιώτης, και μόνο μετά τα 2 χρόνια η σοβαρότητα των επεισοδίων σταδιακά μειώνεται² η εκπαίδευση του στην λήψη των προληπτικών μέτρων για την αποφυγή τροφογενών και εξ ύδατος λοιμώξεων είναι εξαιρετικής σημασίας.

Εκτός από τους βασικούς κανόνες υγιεινής και τις γενικές συστάσεις που ισχύουν για όλους τους ταξιδιώτες επιπρόσθετα, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να συμβουλέψει τον μελλοντικό εκπατριζόμενο πώς να οργανώσει την κουζίνα του. Το βράσιμο του νερού για παράδειγμα δεν μειώνει όλες τις τοξίνες. Τα φίλτρα μπορεί να είναι πιο κατάλληλα σε μερικές καταστάσεις.⁵ Το νερό μπορεί να ελεγχθεί για χημικά, συμπεριλαμβανομένων των παρασιτοκτόνων, με διάφορα kits που είναι διαθέσιμα στις δυτικές χώρες. Τα δείγματα ωστόσο πρέπει να φτάσουν χωρίς καθυστέρηση μετά την συλλογή. Σε σχέση με τις συχνές διακοπές ρεύματος, μία γεννήτρια είναι συχνά καλή επιλογή για το ψυγείο. Απλές οδηγίες όπως να πλύνει φρούτα και λαχανικά πρώτα με νερό και μεγάλη ποσότητα απορρυπαντικού πιάτων για να μειώσει τα παρασιτοκτόνα και τα χημικά και μετά να τα ξεπλύνει με διάλυμα ιωδίου ή χλωρίου για να σκοτώσει περισσότερους μικροοργανισμούς (με εξαίρεση το κρυπτοσπορίδιο και το κυκλόσπορο τα οποία δεν σκοτώνονται ούτε με ιώδιο ούτε με χλώριο) θα βοηθήσουν.

Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να εξηγήσει στον υποψήφιο εκπατριζόμενο ότι είναι συχνό, τα κόπρανα του να είναι πιο χαλαρά εάν μένει σε αναπτυσσόμενη χώρα.⁵ Εργαστηριακή διερεύνηση χρειάζεται όταν χάνει βάρος ή έχει μεγάλη καταβολή.

Ασθενείς με χρόνια νοσήματα υγείας που ακολουθούν συγκεκριμένες δίαιτες ενδεχομένως να χρειαστούν υποστήριξη για πολύ καιρό και από μακριά προκειμένου να εξοικειωθούν με τα νέα διατροφικά προϊόντα και τους τρόπους παρασκευής τους.⁷⁵

Για την χρήση αυτο-θεραπείας για την διάρροια ταξιδιωτών δεν υπάρχει βιβλιογραφία για τους εκπατριζόμενους. Η Αμερικανική εταιρία λοιμώξεων (IDSA)⁵⁶ συστήνει για τα παιδιά και όλους τους ενήλικες ταξιδιώτες, την χρήση λοπεραμίδης και ενός αντιβιοτικού όταν δεν υπάρχει πυρετός ή αίμα στα κόπρανα. Αντίστοιχα φάρμακα θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον εκπατριζόμενο ειδικά στο αρχικό διάστημα εγκατάστασης ή εάν δεν έχει εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας αλλά είναι σημαντικό να γνωρίζει λεπτομέρειες για τα συμπτώματα και την εξέλιξη του νοσήματος και να μπορεί να αναγνωρίσει πότε θα πρέπει να αναζητήσει ιατρική βοήθεια.

Ειδικά ζητήματα που απασχολούν στην προετοιμασία του εκπατριζόμενου είναι τα **παιδιά και πιθανή εγκυμοσύνη.**

Τα παιδιά λόγω του λιγότερου καλά ανεπτυγμένου ανοσοποιητικού συστήματος κινδυνεύουν περισσότερο από λοιμώξεις του αναπνευστικού σε σύγκριση με τους γονείς τους επίσης είναι πιο εκτεθειμένα σε ατυχήματα. Η συμμόρφωση τους στην λήψη ανθελονοσιακής χημειοπροφύλαξης είναι χαμηλή.^{76,77} Η χλωροκίνη είναι ασφαλής τόσο για τα βρέφη όσο και για τα μικρά παιδιά.^{57, 78} Η μακροχρόνια λήψη της μεφλοκίνης αναφέρεται ως ασφαλής και καλά ανεκτή και δεν σχετίζεται με αύξηση στις παρενέργειες.^{57, 78} Συστήνεται για παιδιά σωματικού βάρους μεγαλύτερου από 5 κιλά. Η δοξκυκλίνη αντενδείκνυται για παιδιά κάτω από την ηλικία των 8 χρόνων⁵⁷ ενώ στο Ην. Βασίλειο το όριο έχει τεθεί στην ηλικία των 12 χρόνων.⁷⁸ Η ατοβακόνη – προγουανίλη (στην παιδιατρική συσκευασία) στις περισσότερες χώρες όπως και στην Ελλάδα, συστήνεται για την χημειοπροφύλαξη σε παιδιά σωματικού βάρους μεγαλύτερου από 11 κιλά. Στο Βέλγιο, τον Καναδά, την Γαλλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες αυτό το όριο έχει κατέβει στα 5 κιλά.⁵⁷ Στην Ελλάδα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για θεραπευτικούς σκοπούς σε παιδιά σωματικού βάρους από 5 κιλά και πάνω. Η χλωροκίνη, προγουανίλη, μεφλοκίνη μπορούν να χορηγούνται στην μητέρα που θηλάζει. Στα βρέφη που θηλάζουν θα πρέπει να τους χορηγείται

εξωγενώς το φάρμακο αφού δεν προστατεύονται από την χημειοπροφύλαξη της μητέρας.

Στα βρέφη και στα παιδιά, οι δόσεις των φαρμάκων υπολογίζονται με βάση το σωματικό βάρος και τα χάπια θρυμματίζονται ανάλογα με τις ανάγκες. Για να αποφευχθεί η πικρή τους γεύση μπορεί να αναμιγνύονται με χυμό, γάλα ή άλλο τρόφιμο. Πολύ σημαντικό είναι να εξηγήσει ο επαγγελματίας υγείας στους γονείς πώς θα αναπροσαρμόζουν την δοσολογία του φαρμάκου ανάλογα με την πρόοδο του σωματικού βάρους του εκπατριζόμενου παιδιού. Επίσης, είναι σημαντικό να γίνεται υπενθύμιση στην εκπατριζόμενη μητέρα να φυλάει τα χάπια σε πολύ ασφαλές μέρος, μακριά από τα παιδιά αφού μερικά από αυτά όπως η χλωροκίνη είναι εξαιρετικά επικίνδυνα σε περίπτωση υπερδοσολογίας.⁵⁷

Δεν υπάρχουν μελέτες για την ασφάλεια της μακροχρόνιας χρήσης των εντομοαπωθητικών του δέρματος αλλά δεν υπάρχουν και αναφορές για προβλήματα που προέκυψαν από την χρήση τους. Η επάλειψη του δέρματος με εντομοαπωθητικά, το DEET (N,N,-diethyl-3,-methylbenzamide) συστήνεται για βρέφη μεγαλύτερα από την ηλικία των 2 μηνών ενώ για την πικαριδίνη (Autan) για παιδιά μεγαλύτερα από 2 ετών.⁷³ Η συγκέντρωση που συστήνεται για τα παιδιά είναι από 10% (διάρκεια δράσης έως 2 ώρες) έως 30% που θεωρείται η μέγιστη για τα παιδιά και η διάρκεια ξεπερνά τις 5 ώρες.⁷⁹ Οι γονείς θα πρέπει να γνωρίζουν με σαφήνεια ότι η επάλειψη γίνεται στο εκτεθειμένο μέρος του δέρματος και όχι κάτω από τα ρούχα και να αποφεύγουν την περιοχή γύρω από το στόμα, τα μάτια και τα τραύματα.

Η ελονοσία είναι πολύ σοβαρό πρόβλημα **στην εγκυμοσύνη** και μπορεί να προκαλέσει ενδομήτριο θάνατο, πρόωρο τοκετό, αποβολή, χαμηλού βάρους νεογνό κλπ. Η εγκυμοσύνη θέτει πρόσθετα προβλήματα εάν η έγκυος είναι σε περιοχή που ενδημεί η ελονοσία καθώς δεν υπάρχει μεγάλη εμπειρία στην χρήση των φαρμάκων ειδικά στο πρώτο τρίμηνό της κύησης.^{57, 80, 81} Θέματα ηθικής και δεοντολογίας δεν επιτρέπουν την αξιολόγηση της ασφάλειας των νέων ανθελονοσιακών φαρμάκων. Η χλωροκίνη θεωρείται ασφαλής αλλά αποφεύγεται λόγω της μεγάλης ανθεκτικότητας. Η δοξκυκλίνη αντενδείκνυται. Για την ατοβακόνη- προγουανίλη δεν υπάρχουν δεδομένα και δεν συστήνεται.^{57, 73} Η μεφλοκίνη είναι στην κατηγορία C για τις έγκυες γυναίκες. Εάν το ταξίδι σε περιοχή με ανθεκτικό πλασμάδιο στην χλωροκίνη

δεν μπορεί να αποφευχθεί τότε μπορεί να χορηγηθεί με ασφάλεια στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο και πιθανά να μπορεί να χορηγηθεί και στο πρώτο τρίμηνο (B-III) ⁵⁶

Η χρήση των εντομοαπωθητικών δέρματος είναι υψηλής σημασίας αφού οι έγκυες φαίνεται ότι έλκουν τα τσιμπήματα των κουνουπιών ⁵⁷ αλλά δεν υπάρχουν ενδείξεις για συγκέντρωση της ουσίας και βλάβης στο έμβρυο ^{57, 73}

Όλοι οι εκπατριζόμενοι **μετά την επιστροφή** τους στην χώρα τους, θα πρέπει να επισκέπτονται τον γιατρό τους και να ελέγχεται η καλή τους υγεία και να αντιμετωπίζονται για πιθανά προβλήματα υγείας. Σε αυτό δεν υπάρχει σαφής βιβλιογραφία αλλά είναι συχνή πρακτική μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με εκπατριζόμενους και υπάρχουν πολλές ανέκδοτες ιστορίες για την χρησιμότητα του. Ένας σημαντικός λόγος είναι η βοήθεια στην επανένταξη του στο υπάρχον σύστημα υγείας και ο καθησυχασμός τους ότι δεν έχουν αναπτύξει κάποιο «σπάνιο» νόσημα όπως μερικές φορές φοβούνται. ⁸² Η αξιολόγηση σε μικρό βαθμό έχει να κάνει με λοιμώδη νοσήματα ή με εξωτικές ασθένειες αφού οι περισσότεροι θα έχουν εκτεθεί ελάχιστα σε τέτοιους πιθανούς κινδύνους. ²

Η αξιολόγηση θα πρέπει να αφορά:

1. Λήψη ενός καλού και λεπτομερειακού ατομικού ιστορικού
2. Κλινική εξέταση όπου θα ελέγχεται και το δέρμα
3. Βασικός εργαστηριακός έλεγχος πχ γενική αίματος και βιοχημικές παραμέτρους νεφρών, ήπατος. Εάν υπάρχουν γνωστά χρόνια προβλήματα υγείας, ο έλεγχος θα προσαρμόζεται ανάλογα με τις συστάσεις που υπάρχουν για κάθε νόσημα.
4. Εάν υπάρχει ιστορικό έκθεσης σε νοσήματα π.χ. σεξουαλικά μεταδιδόμενα ή τροπικές λοιμώξεις θα ακολουθούνται οι συστάσεις των σχετικών επιστημονικών εταιριών. Ο γιατρός θα πρέπει να είναι εξοικειωμένος με το γεγονός ότι μερικά νοσήματα δίνουν θετικές εργαστηριακές δοκιμασίες μετά από βδομάδες ή και μήνες από την έκθεση όπως πχ η σχιστοσωμίαση.
5. Ψυχολογική κατάσταση. Πολλοί εκπατριζόμενοι αναλαμβάνουν πολλές ευθύνες και πρωτοβουλίες και έχουν πολύ διακριτό ρόλο στον οργανισμό ή την εταιρία που εργάζονται. Όταν επιστρέφουν στην χώρα τους μπορεί να αισθανθούν ότι περιθωριοποιούνται, ότι δεν τους αναγνωρίζεται η προσφορά τους και αυτό να έχει συνέπειες στην συναισθηματική και ψυχολογική τους υγεία και επανένταξη. Ειδική μέριμνα χρειάζεται για τα μέλη των

ανθρωπιστικών και των μη- κυβερνητικών οργανώσεων οι οποίοι ενδεχομένως έχουν πολλές τραυματικές εμπειρίες από την διαχείριση προβλημάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών τους στο εξωτερικό.² Το αντίστροφο πολιτισμικό σοκ είναι επίσης ένα ζήτημα που οφείλει ο επαγγελματίας της ταξιδιωτικής ιατρικής να μην αμελεί.⁵⁷

Τελευταία πολλοί οργανισμοί αναπτύσσουν εφαρμογές τηλεϊατρικής² για την υποστήριξη των εκπατριζόμενων υπαλλήλων και αυτό θα βοηθήσει στο μέλλον και στην αρτιότερη αξιολόγηση μετά την επιστροφή και την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας.^{13, 75, 83}

Συμπερασματικά, οι επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν την προετοιμασία του εκπατριζόμενου θα πρέπει να θυμούνται τα παρακάτω:²

- Αξιολόγηση πριν την αναχώρηση του κίνδυνου που διατρέχει από την εγκατάσταση στην συγκεκριμένη χώρα, εποχή, χρονικό διάστημα και το είδος της εργασίας.
- Αξιολόγηση των υφιστάμενων προβλημάτων υγείας (χρόνια νοσήματα, αλλεργίες κλπ) και ρύθμιση τους.
- Αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης και υγείας
- Οδοντιατρικό έλεγχο και προληπτικό έλεγχο για νοσήματα όπως ορίζεται για το κάθε φύλο και ηλικία
- Συνταγογράφηση ικανής ποσότητας φαρμάκων (χρόνιες αγωγές, ανθελονοσιακή προστασία, φάρμακα πρώτης ανάγκης)
- Συμβουλευτική για την πρόληψη νοσημάτων από το φαγητό και νερό, από δήγματα εντόμων, σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ατυχημάτων, κλπ.
- Εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση βασικών προβλημάτων υγείας
- Διευκόλυνση στην επαφή τους με το σύστημα υγείας στο εξωτερικό
- Ενημέρωση για ασφαλιστικά ζητήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μπαμπινιώτη Γ. Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας ΚΕΝΤΡΟ ΛΕΞΙΚΟΛΟΓΙΑΣ; Β' έκδοση, 2002.
2. Ken L. Gamble, Lovell-Hawker M. Expatriates In: Keystone JS KP, Freedman DO, Nothdurft HD, Connor BA, ed. Travel Medicine. Spain: Mosby, Elsevier Ltd 2004:287- 303.
3. Foyle MF, Beer MD, Watson JP. Expatriate mental health. Acta Psychiatr Scand 1998;97(4):278-83.
4. Hughes C, Tucker R, Bannister B, Bradley DJ. Malaria prophylaxis for long-term travellers. Commun Dis Public Health 2003;6(3):200-8.
5. Steffen Robert, DuPont L. Herbert, Annalies W-S. Manual of TRAVEL MEDICINE and HEALTH. third ed: Hamilton, Ontario: BC Decker Inc; 2007.
6. Toovey S, Moerman F, van Gompel A. Special infectious disease risks of expatriates and long-term travelers in tropical countries. Part I: malaria. J Travel Med 2007;14(1):42-9.
7. Julie AB, Phyllis EK. Defining Short- and Long-Term Travel. Journal Of Travel Medicine 2002;9(2):111-.
8. Chen LH, Wilson ME, Schlagenhauf P. Prevention of malaria in long-term travelers. Jama 2006;296(18):2234-44.
9. Hamer DH, Ruffing R, Callahan MV, Lyons SH, Abdullah AS. Knowledge and use of measures to reduce health risks by corporate expatriate employees in western Ghana. J Travel Med 2008;15(4):237-42.
10. Leutscher PD, Bagley SW. Health-related challenges in United States Peace Corps Volunteers serving for two years in Madagascar. J Travel Med 2003;10(5):263-7.
11. Chen LH, Wilson ME, Davis X, et al. Illness in Long-Term Travelers Visiting GeoSentinel Clinics. Emerging Infectious Diseases 2009;15(11):1773-82.
12. Jones S. Medical aspects of expatriate health: health threats. Occup Med (Lond) 2000;50(8):572-8.
13. Χατζηπανταζή Π. Υπηρεσίες ταξιδιωτικής προετοιμασίας από το ιατρείο του Υπουργείου Εξωτερικών. In: 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ταξιδιωτικής (Γεωγραφικής) & Τροπικής Ιατρικής; 2010; Αθήνα; 2010.
14. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Health Information for International Travel 2010. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services PHS, 2009.
15. Bernard KW, Graitcer PL, van der Vlugt T, Moran JS, Pulley KM. Epidemiological surveillance in Peace Corps Volunteers: a model for monitoring health in temporary residents of developing countries. Int J Epidemiol 1989;18(1):220-6.
16. Kemmerer TP, Cetron M, Harper L, Kozarsky PE. Health problems of corporate travelers: risk factors and management. J Travel Med 1998;5(4):184-7.
17. Patel D, Easmon C, Seed P, Dow C, Snashall D. Morbidity in expatriates--a prospective cohort study. Occup Med (Lond) 2006;56(5):345-52.
18. Toovey S, Moerman F, van Gompel A. Special infectious disease risks of expatriates and long-term travelers in tropical countries. Part II: infections other than malaria. J Travel Med 2007;14(1):50-60.
19. Waner S, Durrheim DN, Leggat PA, Ross MH. Preventing infectious diseases in long-term travelers to rural Africa. J Travel Med 2001;8(6):304-8.

20. Black RE. Epidemiology of travelers' diarrhea and relative importance of various pathogens. *Rev Infect Dis* 1990;12 Suppl 1:S73-9.
21. Peppiatt R, Byass P. A survey of the health of British missionaries. *Br J Gen Pract* 1991;41(345):159-62.
22. Hoge CW, Shlim DR, Echeverria P, Rajah R, Herrmann JE, Cross JH. Epidemiology of diarrhea among expatriate residents living in a highly endemic environment. *Jama* 1996;275(7):533-8.
23. Reid D, Dewar RD, Fallon RJ, Cossar JH, Grist NR. Infection and travel: the experience of package tourists and other travellers. *J Infect* 1980;2(4):365-70.
24. McIntosh IB, Reed JM, Power KG. The impact of travel acquired illness on the world traveller and family doctor and the need for pre-travel health education. *Scott Med J* 1994;39(2):40-4.
25. Hillel O, Potasman I. Correlation between adherence to precautions issued by the WHO and diarrhea among long-term travelers to India. *J Travel Med* 2005;12(5):243-7.
26. Gaudio PA, Echeverria P, Hoge CW, Pitarangsi C, Goff P. Diarrhea Among Expatriate Residents in Thailand: Correlation Between Reduced *Campylobacter* Prevalence and Longer Duration of Stay. *J Travel Med* 1996;3(2):77-9.
27. Leder K, Black J, O'Brien D, et al. Malaria in travelers: a review of the GeoSentinel surveillance network. *Clin Infect Dis* 2004;39(8):1104-12.
28. Chen LH, Wilson ME, Schlagenhauf P. Prevention of Malaria in Long-term Travelers. *JAMA* 2006;296(18):2234-44.
29. Blanke CH. Increased malaria-morbidity of long-term travellers due to inappropriate chemoprophylaxis recommendations. *Trop Doct* 2003;33(2):117-9.
30. Adera T, Wolfe MS, McGuire-Rugh K, Calhoun N, Marum L. Risk factors for malaria among expatriates living in Kampala, Uganda: the need for adherence to chemoprophylactic regimens. *Am J Trop Med Hyg* 1995;52(3):207-12.
31. Phillips-Howard PA, Radalowicz A, Mitchell J, Bradley DJ. Risk of malaria in British residents returning from malarious areas. *Bmj* 1990;300(6723):499-503.
32. Lange WR, Kreider SD, Kaczaniuk MA, Snyder FR. Missionary health: the great omission. *Am J Prev Med* 1987;3(6):332-8.
33. McLarty DG, Webber RH, Jaatinen M, et al. Chemoprophylaxis of malaria in non-immune residents in Dar es Salaam, Tanzania. *Lancet* 1984;2(8404):656-9.
34. Shand D. The Assessment of Fitness to Travel. *Occup Med (Lond)* 2000;50(8):566-71.
35. Kotwal RS, Wenzel RB, Sterling RA, Porter WD, Jordan NN, Petrucci BP. An outbreak of malaria in US Army Rangers returning from Afghanistan. *Jama* 2005;293(2):212-6.
36. Van Herck K, Van Damme P, Castelli F, et al. Knowledge, attitudes and practices in travel-related infectious diseases: the European airport survey. *J Travel Med* 2004;11(1):3-8.
37. Eliades MJ, Shah S, Nguyen-Dinh P, et al. Malaria surveillance--United States, 2003. *MMWR Surveill Summ* 2005;54(2):25-40.
38. Svenson JE, MacLean JD, Gyorkos TW, Keystone J. Imported malaria. Clinical presentation and examination of symptomatic travelers. *Arch Intern Med* 1995;155(8):861-8.
39. Dahlgren AL, Deroo L, Avril J, Bise G, Loutan L. Health risks and risk-taking behaviors among International Committee of the Red Cross (ICRC) expatriates returning from humanitarian missions. *J Travel Med* 2009;16(6):382-90.

40. Houweling H, Coutinho RA. Risk of HIV infection among Dutch expatriates in sub-Saharan Africa. *Int J STD AIDS* 1991;2(4):252-7.
41. de Graaf R, van Zessen G, Houweling H, Ligthelm RJ, van den Akker R. Sexual risk of HIV infection among expatriates posted in AIDS endemic areas. *Aids* 1997;11(9):1173-81.
42. Thomson MM, Najera R. Travel and the introduction of human immunodeficiency virus type 1 non-B subtype genetic forms into Western countries. *Clin Infect Dis* 2001;32(12):1732-7.
43. de Graaf R, Houweling H, van Zessen G. Occupational risk of HIV infection among western health care professionals posted in AIDS endemic areas. *AIDS Care* 1998;10(4):441-52.
44. Hawkes S, Hart GJ, Johnson AM, et al. Risk behaviour and HIV prevalence in international travellers. *Aids* 1994;8(2):247-52.
45. Abdullah AS, Fielding R, Hedley AJ. Travel, sexual behaviour, and the risk of contracting sexually transmitted diseases. *Hong Kong Med J* 1998;4(2):137-44.
46. Matteelli A, Carosi G. Sexually transmitted diseases in travelers. *Clin Infect Dis* 2001;32(7):1063-7.
47. Wilks J. International tourists, motor vehicles and road safety: a review of the literature leading up to the Sydney 2000 Olympics. *J Travel Med* 1999;6(2):115-21.
48. Frame JD, Lange WR, Frankenfield DL. Mortality trends of American missionaries in Africa, 1945-1985. *Am J Trop Med Hyg* 1992;46(6):686-90.
49. Nurthen NM, Jung P. Fatalities in the Peace Corps: a retrospective study, 1984 to 2003. *J Travel Med* 2008;15(2):95-101.
50. Duffy B. Dental problems in the offshore oil and gas industry: a review. *Occup Med (Lond)* 1996;46(1):79-83.
51. Kedjarune U, Leggat PA. Dental Precautions For Travelers. *J Travel Med* 1997;4(1):38-40.
52. Patel D, Easmon CJ, Dow C, Snashall DC, Seed PT. Medical repatriation of British diplomats resident overseas. *J Travel Med* 2000;7(2):64-9.
53. Hargarten SW, Baker TD, Guptill K. Overseas fatalities of United States citizen travelers: an analysis of deaths related to international travel. *Ann Emerg Med* 1991;20(6):622-6.
54. Schouten EJ, Borgdorff MW. Increased mortality among Dutch development workers. *Bmj* 1995;311(7016):1343-4.
55. ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ ΕΤΕ. Προσαρμογή στις αλλαγές της εργασίας και της κοινωνίας : μια νέα κοινοτική στρατηγική υγείας και ασφάλειας 2002-2006.
56. Hill DR, Ericsson CD, Pearson RD, et al. The practice of travel medicine: guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2006;43(12):1499-539.
57. 2010 ItahsaoJ.
58. Gautret P, Schlagenhauf P, Gaudart J, et al. Multicenter EuroTravNet/GeoSentinel study of travel-related infectious diseases in Europe. *Emerg Infect Dis* 2009;15(11):1783-90.
59. Ted L. Health care of the long-term traveller. *Travel medicine and infectious disease* 2005;3(3):143-55.
60. Leggat PA. Sources of health advice given to travelers. *J Travel Med* 2000;7(2):85-8.
61. Licciardone JC. Characteristics of short-term travelers and expatriates visiting an international travel medicine clinic in the United States. *J Travel Med* 2001;8(4):210-2.

62. Wilder-Smith A, Paton NI, Goh KT. Experience of severe acute respiratory syndrome in Singapore: importation of cases, and defense strategies at the airport. *J Travel Med* 2003;10(5):259-62.
63. Jones S. Medical Aspects of Expatriate Health: Health Threats. *Occupational Medicine* 2000;50(8):572-8.
64. Leon MN, Lateef M, Fuentes F. Prevention and Management of Cardiovascular Events during Travel. *J Travel Med* 1996;3(4):227-30.
65. Stahl GK, Caligiuri P. The effectiveness of expatriate coping strategies: the moderating role of cultural distance, position level, and time on the international assignment. *J Appl Psychol* 2005;90(4):603-15.
66. Westefeld JS, Maples M. The MMPI-2 and Vocational Assessment: A Brief Report. *Journal of Career Assessment* 1998;6(1):107-13.
67. Dow C. Medical Aspects of Expatriate Health. *Occupational Medicine* 2000;50(8):579-82.
68. Dwelle TL. Inadequate basic preventive health measures: survey of missionary children in sub-Saharan Africa. *Pediatrics* 1995;95(5):733-7.
69. Dunbar E, Ehrlich MH. Preparation of the international employee: Career and consultation needs. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research* 1993;45(1):18-24.
70. Dijkstra JA, Chappuis F, Loutan L. Vaccine-preventable diseases in long-term expatriates. *J Travel Med* 2005;12 Suppl 1:S47-57.
71. Chiodini P HD, Lalloo D, Lea G, Walker E, Whitty C, Bannister B. Guidelines for malaria prevention in travellers from the United Kingdom London: Health Protection Agency, January 2007; 2007.
72. Sonmez A, Harlak A, Kilic S, et al. The efficacy and tolerability of doxycycline and mefloquine in malaria prophylaxis of the ISAF troops in Afghanistan. *J Infect* 2005;51(3):253-8.
73. Schlagenhauf P, Petersen E. Malaria Chemoprophylaxis: Strategies for Risk Groups. *Clin Microbiol Rev* 2008;21(3):466-72.
74. Lobel HO, Miani M, Eng T, Bernard KW, Hightower AW, Campbell CC. Long-term malaria prophylaxis with weekly mefloquine. *Lancet* 1993;341(8849):848-51.
75. Παπαζοπούλου MT, Α. Τσαρούχη. Διατροφική Φροντίδα του Ιατροείου του Υπουργείου Εξωτερικών για τους υπαλλήλους που ταξιδεύουν. In: 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ταξιδιωτικής (Γεωγραφικής) & Τροπικής Ιατρικής; 2010; 2010.
76. Albright TA, Binns HJ, Katz BZ. Side effects of and compliance with malaria prophylaxis in children. *J Travel Med* 2002;9(6):289-92.
77. Stauffer WM, Konop RJ, Kamat D. Traveling with infants and young children. Part I: Anticipatory guidance: travel preparation and preventive health advice. *J Travel Med* 2001;8(5):254-9.
78. Chiodini P HD, Lalloo D, Lea G, Walker E, Whitty C and Bannister B. Guidelines for malaria prevention in travellers from the United Kingdom 2007 . London, Health Protection Agency, January 2007.
79. Follow Safety Precautions When Using DEET on Children. (Accessed 03 September 2010, at <http://www.aap.org/family/wnv-jun03.htm>.)
80. Kingman CE, Economides DL. Travel in pregnancy: pregnant women's experiences and knowledge of health issues. *J Travel Med* 2003;10(6):330-3.
81. Phillips-Howard PA, Steffen R, Kerr L, et al. Safety of mefloquine and other antimalarial agents in the first trimester of pregnancy. *J Travel Med* 1998;5(3):121-6.

82. Easmon C. Assessment of the Returned Traveller. *Occupational Medicine* 2000;50(8):583-5.
83. Petroula Chatzipantazi AT, Michalis Tsaggaris. Health promotion activities for the employees of the Ministry of Foreign Affairs with the support of the Sismanoglou Hospital and the Telemedicine Network. In: 17th International Conference on Health Promoting Hospitals; 2009; Creta Maris Conference Center; 2009.