ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

«Επιδημιολογική καταγραφή νόσων πληθυσμών των Κ.Υ Αγίας Βαρβάρας Αρκαλοχωρίου»

ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ

ΚΑΡΑΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΣΠΥΡΙΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΡΙΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

©ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2021

Εγκρίθηκε σύμφωνα με την με α.π. 3816 /10-12-2020 απόφαση της Προέδρου του τμήματος

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ **5**

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ **7**

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 7

2. ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΞΟΝΕΣ ΤΗΣ ΠΦΥ 9

2.1 ΦΟΡΕΙΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΗΣ ΠΦΥ 9

3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ 10

3.1 ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ALMA - ATA 10

3.2 ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΦΥ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 11

4. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΦΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 13

5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ 14

6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ 17

7. ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ 20

Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ **22**

1.ΣΚΟΠΟΣ 22

2.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ 22

3.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 22

3.1. ΔΕΙΓΜΑ – ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ 22

3.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ 23

3.3 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 24

3.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 24

4. ΘΕΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ 24

Γ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ **27**

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 27

6.ΣΥΖΗΤΗΣΗ 43

7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ 49

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 50

9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 51

Δ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ **55**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ..... **59**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 ..... **61**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναφέρεται στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες περιλαμβάνουν την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας αλλά και την θεραπεία, δηλαδή απευθύνονται στο σύνολο των αναγκών του πληθυσμού. Τα Κέντρα Υγείας είναι η βασική νοσηλευτική μονάδα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας υγείας στις κυριότερες πόλεις αλλά και τα μεγάλα χωριά - κωμοπόλεις των Νομών της Ελλάδας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η επιδημιολογική καταγραφή των ασθενειών που κυριαρχούν σε δύο περιοχές του νομού Ηρακλείου και των παραγόντων που τις προκαλούν όπως και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν τα αντίστοιχα κέντρα υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Το είδος της μελέτης που διεξήχθη ήταν αναδρομική μελέτη κοόρτης (cohort study). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δύο Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου του νομού Ηρακλείου. Ο αριθμός του δείγματος ήταν 3783 ασθενείς που επισκέφθηκαν τα επείγοντα των δύο κέντρων υγείας κατά το χρονικό διάστημα Αύγουστος – Οκτώβριος 2020. Τα στοιχεία αντλήθηκαν από τα αρχεία καταγραφής αυτών των ιατρείων. Και για τη στατιστική ανάλυση των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε το SPSS 26.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τον Αύγουστο σημειώθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό επισκέψεων (38,1%). Σε όλο το χρονικό διάστημα της μελέτης οι περισσότεροι που επισκέφθηκαν τα δύο κέντρα υγείας ήταν άνδρες (50,9%) και η μέση ηλικία ήταν τα 49,8 έτη. Οι αιτίες φροντίδας που είναι πιο συχνές και στα δύο κέντρα υγείας ήταν οι διαδικασίες (39,7%), ακολουθούν το αναπνευστικό σύστημα και το δέρμα με ποσοστό 11,3% και κατόπιν το μυοσκελετικό με 9,7%. Τα περισσότερα περιστατικά αντιμετωπίστηκαν στα κέντρα υγείας ενώ μόλις το 13,5% παραπέμφθηκε σε κάποιο νοσοκομείο ή εξειδικευμένο γιατρό. Τέλος, τον Οκτώβριο παρατηρήθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό περιστατικών λοιμώξεων (10,1%) αλλά και το μικρότερο ποσοστό περιστατικών τραυματισμών (8,2%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νόσοι, για τις οποίες επισκέπτονται συχνότερα και τα δύο κέντρα υγείας οι κάτοικοι των περιοχών είναι αυτές που σχετίζονται με το αναπνευστικό σύστημα. Επιπλέον, η συνηθέστερη αιτία φροντίδας και στα δύο κέντρα υγείας είναι οι διαδικασίες (ιατρικές βεβαιώσεις, εμβολιασμός, εργαστηριακές εξετάσεις κλπ). Οι κυριότεροι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία των κατοίκων αυτών των περιοχών είναι ο καιρός, η γεωγραφική θέση και το κλίμα της κάθε περιοχής. Τέλος, η συμβολή των κέντρων υγείας στην καθημερινή φροντίδα των κατοίκων είναι σημαντική και αρκετά αποτελεσματική αν και χρειάζεται αρκετές αλλαγές, οι οποίες θα βελτιώσουν τη κατάσταση της

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας που επικρατεί στην Ελλάδα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κέντρα Υγείας, επείγοντα περιστατικά, αίτια προσέλευσης

ABSTRACT

INTRODUCTION

CONTENT: The Primary Health Care is related to health services that include the prevention, the health promotion and the recovery, in other words it is addressed to the total needs of the population. Health centers are one of the basic nursing unites of the primary health care in citys, towns and big villages of the prefectures of Greece.

OBJECTIVE: The purpose of this study is the epidemiological recording of diseases that dominate in two rural areas of the region of Heraklion and the factors that cause them, as well as the evaluation of the effectiveness of the services that are offered by the respective health centers.

METHODOLOGY: The type of the study conducted is cohort study. It took place in two health centers of rural type of the region of Heraklion. The number of the sample was 3783 patients that visit the emergency departments of the two health centers during the period August – October 2020. The information was taken from the records of these departments. And the program was used for statistical analysis was the SPSS 26.0.

RESULTS: ON August saw the highest percentage of visits (38,1%). Throughout the study most visits were made by men (50,9%) and the middle age was 49,8 years. The most common causes of care in both health centers were procedures (39,7%), followed by the respiratory system and skin with 11,3% percentage and then the musculoskeletal with 9,7%. Most cases were treated in health centers while just the 13,5% has been referred to a hospital or a specialist doctor. Finally, in October, was observed the highest percentage of cases of infections (10,1%), as well as the lowest percentage of cases of injuries (8,2%).

CONCLUSIONS: The diseases for which the inhabitants of the areas make the most visits to the both centers are related to the respiratory system. In addition, the most common causes of care in both health centers were procedures (medical certificates, vaccination, laboratory tests etc). The main factors that affect the health of inhabitants of these areas are the weather, the geographical location and the climate of each area. Finally, the contribution of the health centers in the daily care of the residents is important and quite effective, although it needs several changes which will improve the situation of the primary care that prevails in Greece.

WORD KEYS: Primary Health Care, Health Centers, emergencies, reasons of attendance

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι το πρώτο σημείο επαφής ενός ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, καθώς αποτελεί το προπύλαιο του υγειονομικού συστήματος, στο οποίο πραγματοποιείται η διαλογή (triage) των εισερχόμενων περιστατικών κατά την οποία αποφασίζεται η προώθηση τους ή μη στις επόμενες, πιο εξειδικευμένες, βαθμίδες φροντίδας του συστήματος υγείας. Αυτή η διαλογή διενεργείται αξιολογώντας αρχικά το μέγεθος και την κρισιμότητα του προβλήματος, το οποίο παρακίνησε κάθε άνθρωπο να επισκεφθεί την πλησιέστερη σε αυτόν διαθέσιμη μονάδα υγείας, και στην συνέχεια, με βάση τα πορίσματα αυτής της αξιολόγησης ο επαγγελματίας υγείας (γιατρός, νοσηλευτής) κρίνει αν είναι αναγκαία η παροχή των πρώτων βοηθειών στον ασθενή και κατόπιν η παραπομπή του σε κάποια άλλη πιο εξειδικευμένη νοσοκομειακή μονάδα για την αντιμετώπιση του προβλήματος και την ολοκλήρωση της απαιτούμενης θεραπείας, προσφέροντας με αυτό τον τρόπο τις στοιχειώδεις υπηρεσίες υγείας στο άτομο και στην οικογένεια του. Είτε αντιμετωπίζοντας εξ' ολοκλήρου κάποιο από τα περιστατικά, το οποίο δεν χρήζει περαιτέρω διερεύνησης ή/και αντιμετώπισης και δύναται να παρακολουθηθεί από τους επαγγελματίες Υγείας που στελεχώνουν τις δομές της Πρωτοβάθμιας.

Ο Αδαμόπουλος ορίζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως «την παροχή υπηρεσιών υγείας του ατόμου και της κοινότητας και αφορά στη διάγνωση οξέων και χρόνιων νοσημάτων, στη θεραπεία τους, στη μεταφορά του αρρώστου που χρήζει διακομιδής σε κάποια άλλη πιο εξειδικευμένη μονάδα, στην αποκατάσταση (rehabilitation) του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης της νόσου, στην κατ' οίκων νοσηλεία, στην προαγωγή υγείας, στην πρόληψη, στη δημόσια υγεία, στην αγωγή υγείας»(Αδαμόπουλος, 1992:70).

Ένας άλλος ορισμός για την ΠΦΥ είναι αυτός που εξέδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) το 1978 με τη διακήρυξη της Alma Ata και ο οποίος λέει ότι: «η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα υγείας που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία και η οποία παρέχει καθολική πρόσβαση σε άτομα και στις οικογένειες

τους με κόστος το οποίο τόσο η κοινότητα όσο και η κάθε χώρα μπορεί να διαθέσει. Αποτελεί δε το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας και μαζί με το εθνικό σύστημα υγείας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό άξονα, μεταφέρουν τη φροντίδα υγείας κοντά στο χώρο όπου τα άτομα ζουν και εργάζονται αποτελώντας το πρώτο στοιχείο στη διαδικασία παροχής συνεχούς φροντίδας υγείας » (ΠΟΥ, 1978).

Ο όρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πολλές φορές παρερμηνεύεται από τον κόσμο, συγχέεται και ταυτίζεται με αυτόν της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης (primary care). Όμως, στην πραγματικότητα ο πρώτος όρος περικλείει τον δεύτερο. Πιο αναλυτικά, ο όρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αναφέρεται στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες απευθύνονται σε ασθενείς αλλά και σε υγιή άτομα. Με άλλα λόγια, περιλαμβάνει την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας αλλά και την θεραπεία. Αντιθέτως, ο όρος πρωτοβάθμια περίθαλψη παραπέμπει σε υπηρεσίες και δομές τόσο νοσοκομειακές όσο και εξωνοσοκομειακές, οι οποίες έχουν ως στόχο μόνο τη διάγνωση και τη θεραπεία μιας νόσου. Επομένως, ο πρώτος όρος έχει πιο ευρεία έννοια καθώς αφορά το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού των ανθρώπων παγκοσμίως, αν όχι όλους τους ανθρώπους.

Άλλη μια σύγχυση που μπορεί να έχει δημιουργηθεί είναι η λανθασμένη αντίληψη ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ειδικότητα. Η ΠΦΥ δεν είναι ειδικότητα αλλά παρέχεται από γιατρούς με εξειδίκευση στη Γενική/ Οικογενειακή Ιατρική. Αντίστοιχα, θα έπρεπε να απαρτίζεται και από νοσηλευτές, οι οποίοι θα είχαν αποκτήσει ειδίκευση σε αυτή είτε μέσω παρακολούθησης προσανατολισμένων, σε αυτή την κατεύθυνση, μεταπτυχιακών σπουδών είτε μέσω χορήγησης ειδικότητας σε αυτούς που σχετίζεται με την ΠΦΥ μετά από κάποιο διάστημα πρακτικής άσκησης σε δομές παροχής ΠΦΥ. Όσον αφορά την Ευρώπη η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι συνυφασμένη με την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής, αλλά οι δύο έννοιες δεν είναι συνώνυμες και διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Σε μερικές χώρες όπου η Γενική Ιατρική είναι καλά αναπτυγμένη (όπως λ.χ η Αγγλία), οι λειτουργίες και τα χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επικαλύπτονται από αυτά της Γενικής Ιατρικής. Επομένως, η Γενική Ιατρική κατέχει κυρίαρχη θέση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, παραμερίζοντας τους άλλους επαγγελματίες υγείας που την στελεχώνουν. Αντίθετα, σε άλλες χώρες η

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται και από άλλους ειδικούς όπως παιδίατρους, γυναικολόγους, ειδικούς παθολόγους και καρδιολόγους (Saltman, 2006).

2. ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΞΟΝΕΣ ΤΗΣ ΠΦΥ

Αξίζει να σημειωθεί ότι κοινό σημείο όλων των ΠΦΥ των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο αποτελεί η υιοθέτηση και εφαρμογή πέντε κανόνων, οι οποίοι υπάρχουν και είναι καθοριστικοί για τον τρόπο λειτουργίας τους. Πρώτον, να είναι προσβάσιμη (accessible), δηλαδή να μπορούν όλοι να έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε αυτή. Δεύτερον, να είναι συνεχής (continuous), δηλαδή να παρέχονται υπηρεσίες υγείας από τον ίδιο επαγγελματία ή την ίδια μονάδα σε μακροχρόνια βάση. Τρίτον, να είναι διαθέσιμη (available) όλο το 24ωρο. Τέταρτον, να είναι αποδεκτή (acceptable), δηλαδή να μη δημιουργεί αντιδράσεις στον πληθυσμό στον οποίο αναφέρεται και να αρμόζει με τα έθιμα και τα ήθη τους. Πέμπτον, να είναι ολοκληρωμένη (comprehensive) και να περιλαμβάνει δράσεις ολοκληρωμένες που να περιλαμβάνουν και τις τρεις διαστάσεις της υγείας (σωματική, ψυχική και κοινωνική). Να έχει ως κύριο σκοπό της την περίθαλψη, αλλά και την πρόληψη – προαγωγή υγείας, παρέχοντας με αυτό τον τρόπο ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας(Τούντας, 2008).

2.1 ΦΟΡΕΙΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΗΣ ΠΦΥ

Φορείς, οι οποίοι παρέχουν ΠΦΥ είναι τα Κέντρα Υγείας Αστικού και Αγροτικού τύπου, τα Διασυνοριακά Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, τα Πολυϊατρεία Ασφαλιστικών Οργανισμών (π.χ. ΙΚΑ), τα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου συμβεβλημένα με Ασφαλιστικά Ταμεία, οι Ιδιώτες Ιατροί συμβεβλημένοι με Ασφαλιστικά Ταμεία, τα ΚΑΠΗ και τα Κέντρα Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας.

Η έρευνα αυτή επικεντρώνεται στα Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου, τα οποία είναι η βασική νοσηλευτική μονάδα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας υγείας στις κυριότερες πόλεις αλλά και τα μεγάλα χωριά - κωμοπόλεις των Νομών της Ελλάδας. Το μέγεθος ενός κέντρου υγείας, η στελέχωσή του

(επιστημονικό και τεχνικό προσωπικό) και ο εξοπλισμός του είναι ανάλογος με τον πληθυσμό τις ανάγκες του οποίου καλύπτει. Παρέχει εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στους ασθενείς. Στο νομικό πλαίσιο, βέβαια, προβλέπεται ότι λειτουργεί και ως κέντρο άσκησης Προληπτικής Ιατρικής, παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, σχολικής αγωγής και οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και ως φορέας ιατρικών και επιδημιολογικών ερευνών. Με λίγα λόγια, το έργο το οποίο οφείλει να επιτελέσει κάθε Κέντρο Υγείας στην περιοχή ευθύνης του έχει πολλές πτυχές και αρκετούς αποδέκτες, των οποίων τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και κατά συνέπεια και οι ανάγκες τους ποικίλουν. Επομένως, το έργο αυτών μπορεί να χαρακτηριστεί ιδιαίτερο και συχνά απαιτητικό.

3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

3.1 ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ALMA - ATA

Η Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), που υιοθετήθηκε από το σύνολο των κρατών-μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF, αποτελεί σταθμό στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας (Φιλαλήθης, 2008). Συμμετείχαν 134 έθνη, που έθεσαν ως παγκόσμια στρατηγική το «Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000», κάτι που συνεπαγόταν την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία, την ικανοποίηση των αναγκών υγείας μέσω της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης, την οριζόντια και ολοκληρωμένη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τη συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων για την υγεία (Φιλαλήθης, 2008. ΠΟΥ, 1981. Devos, 2009). Ως μέσο επίτευξης αυτού του στόχου ορίστηκε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Θεμελιώδης αρχή της ΠΦΥ είναι η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, αρχή η οποία καθορίζει ως βασική υποχρέωση όλων των φορέων και των επαγγελματιών υγείας την ενιαία και συνεχή κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από κάθε είδους διάκριση βασισμένη στα κοινωνικά, στα οικονομικά, στα θρησκευτικά ή στα φυλετικά χαρακτηριστικά τους. Με τη Διακήρυξη της Alma-Ata αναδείχθηκε η σημασία της πρόληψης και της αγωγής υγείας, στοιχεία που σε συνδυασμό με την ενεργό συμμετοχή του πολίτη και της κοινότητας για την αντιμετώπιση της νόσου και τη βελτίωση ή τη διατήρηση της

υγείας μέσα από μια συντονισμένη διατομεακή δράση αποτέλεσαν την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών (Μπενος, 1999; Werner, 1997). Άλλη μια καινοτομία που έφερε αυτή η διακήρυξη ήταν η διατύπωση της φιλοσοφίας, που πρέπει να έχει η ΠΦΥ και η οποία είναι η ολιστική προσέγγιση της υγείας, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τη μέχρι εκείνη την εποχή προσέγγιση (Κωλέτση, 1996).

3.2 ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΦΥ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Όσον αφορά την Ελλάδα, αρχικά πρέπει να αναφερθεί ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismarck, δηλαδή «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση. Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας (Ιακωβίδου, 2008).

Το συγκεκριμένο είδος συστήματος θεσπίστηκε κατά τις αρχές της δεκαετίας του 1980, με το νόμο 1397/83, με τον οποίο υλοποιείται η μεγαλύτερη μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος της χώρας στην ιστορία του ελληνικού κράτους, μέχρι και σήμερα, και η οποία στοχεύει στη δημιουργία ενός ενιαίου Εθνικού Συστήματος Υγείας, ή αλλιώς στη λειτουργική ενοποίηση των μέχρι τότε υπαρχόντων δημοσίων υποδομών περίθαλψης. Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου αυτού το Κράτος οφείλει να μεριμνά για την υγεία όλων των πολιτών, αναλαμβάνοντας την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών όπως και την επαρκή κάλυψη των αναγκών υγείας αυτών. Το Κράτος πρέπει να παρέχει υπεύθυνα και ισότιμα σε κάθε πολίτη τις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από τις διαφορές που μπορεί να υπάρχουν στην οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση του καθενός, μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας. Επιπλέον, ορίζει την δημιουργία των κέντρων υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τα κέντρα υγείας βρίσκονται σε επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική, λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται διοικητικά και

οργανικά. Σημαντικό αποτέλεσε και το γεγονός ότι τα κέντρα υγείας, δεν περιορίζονται μόνο στην παροχή θεραπευτικών ιατρικών υπηρεσιών, αλλά παρέχουν και εξωνοσοκομειακή νοσηλεία, οικογενειακό προγραμματισμό, σχολική υγιεινή, υγειονομική ενημέρωση και πρόληψη μέσω μαθημάτων (ημερίδων, σεμιναρίων κλπ) τα οποία παρέχουν δωρεάν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτό σε όλους τους πολίτες, καθώς και κοινωνική φροντίδα. Έτσι δικαίως ο νόμος 1397 αποτελεί την μέγιστη και πιο σημαντική καινοτομία που γνώρισε η Ελλάδα στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, με αρκετές βέβαια παραλείψεις και ελλείψεις (Κυριόπουλος, 1990).

Τα επόμενα χρόνια υπήρξαν αρκετές αλλαγές στη νομοθεσία, οι οποίες αφορούσαν κυρίως την διοικητική, λειτουργική και οικονομική διαχείριση των κέντρων υγείας. Αρχικά τα κέντρα υγείας με τους νόμους 1397/83 και 2194/94 υπάγονται διοικητικά στα νοσοκομεία, ενώ με το νόμο 2071/92 υπάγονται στις νομαρχίες. Με το νόμο 2889/01 και τη μεταρρύθμιση του 2000 προβλέπεται η διοικητική τους αυτοτέλεια με εποπτεία από τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ) και με το νόμο 3235/04 υπάγονται στα ΠεΣΥ. Με την έκθεση της επιτροπής εμπειρογνωμόνων του 1994 και το νόμο 2519/97 προβλέπεται η διοικητική και οργανωτική ενοποίηση των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη μορφή Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, ενώ στο σχέδιο νόμου του 2008 προβλέπεται η ένταξή τους στις ΔΥΠΕ (Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες) (Γιανασμίδης, 2012).

Οι ΔΥΠΕ είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, τα οποία δημιουργήθηκαν με το νόμο 3329/2005 με σκοπό το προγραμματισμό, το συντονισμό, την εποπτεία και τον έλεγχο στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, τη λειτουργία όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ). Ως ΦΠΥΥΚΑ ορίζονται τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης. Η Ελλάδα χωρίζεται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες και όργανα διοίκησης της κάθε ΔΥΠΕ είναι: α) ο διοικητής της ΥΠΕ και β) οι δύο υποδιοικητές (Κακαλέτσης, 2013). Όλες οι προαναφερόμενες μονάδες υγείας που εδρεύουν στην Κρήτη βρίσκονται υπό τον διοικητικό έλεγχο και την εποπτεία της 7ης ΔΥΠΕ.

Όσον αφορά τα στατιστικά στοιχεία των κέντρων υγείας σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) ο αριθμός των κέντρων υγείας

από το 2012 έως το 2018 μειώθηκε από 205 σε 204 σε όλη την Ελλάδα και 14 από αυτά βρίσκονται στην Κρήτη, παρομοίως οι αριθμοί του ιατρικού και λοιπού προσωπικού μειώθηκαν από 2.049 σε 1.797 (από αυτούς 109 στην Κρήτη) και από 2.292 σε 1.967 αντίστοιχα, (από αυτούς 139 στην Κρήτη) ενώ ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού αυξήθηκε από 2.096 σε 2.318 (από αυτούς 111 στην Κρήτη).

4. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΦΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι κυριότεροι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κατ'επέκταση των Κέντρων Υγείας, τα οποία την ασκούν εκτός από την περίθαλψη και την πρόληψη, συμπεριλαμβάνουν την αγωγή και προαγωγή της υγείας, την κατ' οίκον νοσηλεία, τη δημόσια υγεία και την αποκατάσταση του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης. Πιο συγκεκριμένα, οι ρόλοι των κέντρων υγείας είναι:

1. Η παροχή ισότιμης Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διημένουν σε αυτή.
2. Η νοσηλεία και η παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή σε αυτό της αποκατάστασης μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.
3. Η παροχή Πρώτων Βοηθειών και η βραχυπρόθεσμη νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις καθώς και η διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
4. Η άσκηση Προληπτικής Ιατρικής ή Οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
5. Η Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη.
6. Η επιδημιολογική και ιατροκοινωνική έρευνα.
7. Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
8. Η ενημέρωση και η διαφώτιση του πληθυσμού για θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.
9. Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (Έλληνας, 2011).

Τέλος, πρέπει να τονιστεί η σημασία της καταγραφής των στοιχείων των ασθενών (όπως λόγου χάριν η ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό κλπ), καθώς και της διαρκούς παρακολούθησης και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως επίσης της καταγραφής των υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής, ώστε να

εντοπίζονται έγκαιρα οι διάφοροι κίνδυνοι υγείας που καραδοκούν στο ευρύτερο περιβάλλον του ατόμου και κατ' αυτό τον τρόπο να διασφαλίζεται η προαγωγή της υγείας χαράζοντας στρατηγικές ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης βασισμένες στα δεδομένα που έχουν προκύψει μέσω αυτών των καταγραφών και να εξελίσσονται συνεχώς οι επιστήμες υγείας και η προληπτική ιατρική καθώς με τη βοήθεια αυτών των καταγραφών θα εκπονούνται ευκολότερα επιστημονικές έρευνες που θα αφορούν είτε τον πληθυσμό είτε τα Κέντρα Υγείας.

5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Στην Ελλάδα, παρά το γεγονός πως έχουν γίνει πολλές μεταρρυθμίσεις σχετικά με τη δομή και τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας στην πραγματικότητα έχουν υποβαθμιστεί όλες οι υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να μην καλύπτουν βασικές ανάγκες των ασθενών. Ειδικά την τελευταία δεκαετία εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που επικρατεί στην χώρα και τα μέτρα λιτότητας που έχουν εφαρμοστεί όλο αυτό το διάστημα, οι κρατικές δαπάνες για την Πρωτοβάθμια αλλά και τις υπόλοιπες βαθμίδες της Υγείας έχουν περικοπεί σε μεγάλο βαθμό δυσχεραίνοντας την ήδη βεβαρημένη κατάσταση και τα προβλήματα που προϋπήρχαν σε αυτές. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να σχετίζονται με οργανωτικούς – διοικητικούς, οικονομικούς, δομικούς παράγοντες αλλά και με προσωπικούς περιορισμούς. Πιο συγκεκριμένα:

1. Ο εξ'αρχής λανθασμένος τρόπος οργάνωσης και σχεδιασμού των δομών Πρωτοβάθμιας και των υπηρεσιών που προσφέρονται μέσω αυτών καθώς δεν υπολογίστηκαν ως παράγοντας οι ανάγκες υγείας του κάθε πληθυσμού ξεχωριστά ώστε να δημιουργηθούν εξατομικευμένα κέντρα, τα οποία θα είχαν τη δυνατότητα να καλύψουν πλήρως το σύνολο του πληθυσμού της περιοχής στην οποία αυτά εδρεύουν. Συνέπεια αυτού είναι η ύπαρξη πολλών ανισοτήτων στην περιφερειακή κατανομή κλινών, όπως επίσης και στις ειδικότητες των ιατρών σε κάθε περιφέρεια, αλλά και αναντιστοιχία του ιατρικού προσωπικού σε κάθε περιφέρεια σε σχέση με τον πληθυσμό αυτής. Απόδειξη όλων αυτών αποτελούν τα αποτελέσματα από έρευνα της ΠΟΕΔΗΝ το 2017, τα οποία δείχνουν πως σε 30 Δήμους της Χώρας δεν υπάρχουν Ειδικευμένοι Ιατροί στο Δημόσιο Σύστημα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης

(Κέντρα Υγείας, Πολυϊατρεία, συμβεβλημένοι Ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ). Σε 145 Δήμους δεν υπήρχε Καρδιολόγος, σε 115 Δήμους δεν υπήρχε Γυναικολόγος και 75 Δήμοι δεν είχαν Παιδίατρο.

2. Απουσία εξοπλισμού και διαγνωστικών μηχανημάτων, με αποτέλεσμα συχνά να είναι αδύνατη η πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων, είτε εργαστηριακών είτε ακτινολογικών στους χώρους ενός Κέντρου Υγείας. Έτσι, ο κόσμος υποχρεώνεται να επισκέπτεται ιδιώτες για την πραγματοποίηση μιας τέτοιας εξέτασης ή να καταλήγει στα ιατρεία των νοσοκομείων περιμένοντας να εξυπηρετηθεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα και επιφορτίζοντας τα ίδια με επιπλέον δουλειά.

3. Απουσία του απαραίτητου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι κατα τη διετία 2015 - 2017 δεν έγινε καμία πρόσληψη, σύμφωνα με την ΠΟΕΔΗΝ.

4. Πολύ κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Παρόλο που δεν έχουν αναπτυχθεί συστήματα ιατρικού ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας, εμπειρικές ενδείξεις καταδεικνύουν χαμηλό επίπεδο το οποίο επιβεβαιώνεται και από τις μετρήσεις ικανοποίησης των χρηστών, οι οποίες εμφανίζουν μεγάλη δυσαρέσκεια από τον πληθυσμό (Κυριόπουλος, 2000)

5. Έλλειψη πληροφοριακού συστήματος απαραίτητου για τη διαχείρισης της ροής των ασθενών, με άμεσο επακόλουθο τον εντοπισμό αρκετών εμποδίων όσον αφορά τον χρόνο αναμονής για ραντεβού, την πρόσβαση του ιατρού στο ιατρικό ιστορικό των ασθενών, την παροχή προληπτικών υπηρεσιών καθώς και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων.

6. Μη υλοποίηση προγραμμάτων και εκδηλώσεων που προωθούν την πρόληψη και αγωγή υγείας, παρά το γεγονός ότι αποτελούν βασικούς στόχους των κέντρων υγείας, καθώς το παρόν σύστημα Πρωτοβάθμιας δεν είναι προσανατολισμένο σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας και πρόληψης.

7. Απουσία σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και επικράτηση παλαιών μοντέλων, που συχνά οφείλεται στην μη εκπαίδευση των επαγγελματιών Υγείας πάνω σε διοικητικά ή οικονομικά θέματα.

8. Ανεπαρκής εκπαίδευση νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Γεγονός, το οποίο αποδεικνύεται από μελέτες που έχουν διεξαχθεί και τα αποτελέσματα των οποίων δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικές ανάγκες κατάρτισης από όλο το

νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και επιθυμία για περαιτέρω εκπαίδευση από ένα μέρος αυτού, κυρίως σε κλινικές, ερευνητικές και ελεγκτικές δεξιότητες. Μάλιστα, οι περισσότεροι ερωτηθέντες εξέφρασαν την έντονη επιθυμία για συνέχιση της εκπαίδευσης, παρά το επαρκές επίπεδο γνώσεων που ανέφεραν οι ίδιοι (Markaki, 2009).

9. Μικρή αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού, εξαιτίας πολλών παραγόντων που σχετίζονται με την ανεπαρκή εκπαίδευση μέρους του προσωπικού, με την πιθανή έλλειψη ενδιαφέροντος που μπορεί να επιδεικνύουν για τη φροντίδα της υγείας των ασθενών όπως επίσης και με την συνεχώς αυξανόμενη εμφάνιση περιστατικών επαγγελματικής εξουθένωσης (job burnout) μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσιες μονάδες υγείας.

10. Χαμηλή χρηματοδότηση από το κράτος η οποία επηρεάζει συνολικά την Υγεία είτε όσον αφορά τα μηχανήματα και τις εγκαταστάσεις (με την πλειονότητα αυτών να είναι μη λειτουργικά και παλιά) είτε το ανθρώπινο δυναμικό (απουσία του ανάλογου αριθμού του προσωπικού όλων των ειδικοτήτων, χαμηλοί μισθοί διορισμένων) κλπ.

11. Η ΠΦΥ χρηματοδοτείται κυρίως από ιδιωτικές πληρωμές. Η Ελλάδα είναι η τελευταία χώρα στην Ευρώπη σε δημόσιες και η πρώτη σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Όσο περνούν τα χρόνια παρουσιάζει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά ιδιωτικών δαπανών στην Ευρώπη λόγω της αδυναμίας του δημοσίου να καλύψει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες υγείας των πολιτών σε ποσότητα και ποιότητα (Ιακωβίδου, 2008).

12. Επιβάρυνση των νοικοκυριών. Καθώς σύμφωνα με έρευνα του 2008 ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στην ΠΦΥ παρά την ύπαρξη του ΕΣΥ, ακόμα και στις αγροτικές περιοχές όπου μόνο το 20% των κατοίκων προσφεύγει στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία (Μπουλούτζα, 2008).

6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει βασικό ρόλο στην ΠΦΥ κυρίως όσον αφορά την πρόληψη και την προαγωγή υγείας, την αποθεραπεία και γενικά την ποιότητα ζωής

των ανθρώπων, για αυτό απαιτείται συνεχής εκπαίδευση του ίδιου, επαρκής στελέχωση της μονάδας στην οποία εργάζεται και η ύπαρξη του απαιτούμενου τεχνολογικού εξοπλισμού.

Τη θέση Νοσηλευτή καταλαμβάνει άτομο που κατέχει πτυχίο Τριτοβάθμιας Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου Νοσηλευτών. Οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα του Νοσηλευτή είναι:

- Η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή και του υποστηρικτικού του περιβάλλοντος (οικογένεια, φίλοι κλπ), καθώς και η λήψη ενός λεπτομερούς νοσηλευτικού ιστορικού.
- Η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου που πάσχει ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα, καθώς και η υποστήριξη κάθε μορφής όλων των μελών της οικογένειάς του ασθενή.
- Η διατήρηση και προαγωγή των οργανικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών του ατόμου, καθώς και της ασφάλειας, της υγιεινής και της άνεσης του.
- Η παροχή ολοκληρωμένης, ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα, με βάση τις γενικές και εξειδικευμένες επιστημονικές γνώσεις του, εφαρμόζοντας επιστημονικές και σύγχρονες μεθόδους και τηρώντας τα διεθνή πρωτόκολλα (guidelines), σύμφωνα με την εξέλιξη της Νοσηλευτικής επιστήμης.
- Η διενέργεια, αρχικά αλλά και σε όλο το χρονικό διάστημα της επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας, αξιολόγησης των βιολογικών, ψυχικών, διανοητικών, κοινωνικών και πολιτισμικών αναγκών τους, καθώς και των προβλημάτων υγείας – υπαρχόντων ή/και δυνητικών των ασθενών για τους οποίους είναι υπεύθυνος/η καθώς και των οικογενειών τους.
- Η αναγνώριση των υπαρκτών και δυνητικών προβλημάτων υγείας, η χρήση των νοσηλευτικών διαγνώσεων στην κλινική πρακτική σε καθημερινή βάση όπως και η ιεράρχηση αυτών με βάση το είδος, την κρισιμότητα αλλά και τον τρόπο αντιμετώπισης τους (δηλαδή αν πρόκειται για προβλήματα που μπορούν να αντιμετωπιστούν με αυτόνομες νοσηλευτικές παρεμβάσεις ή σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας).
- Η διαγνωστική και θεραπευτική παρέμβαση του, όπως υπαγορεύεται από

σχετικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα, σε επείγουσες και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις.

- Η αξιολόγηση των επιδράσεων και τυχόν παρενεργειών των διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων στα άτομα και στις οικογένειες τους και η ανάλογη απόκριση σε αυτές.
- Η παροχή υποστηρικτικής ή ανακουφιστικής φροντίδας με στόχο την ποιότητα ζωής σε πάσχοντες από απειλητικά για τη ζωή νοσήματα και λίγες πιθανότητες ίασης ή σε πάσχοντες τελικού σταδίου.
- Ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη και η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης των ασθενών και των οικογενειών τους με βάση τις τρέχουσες ή και πιθανά μελλοντικές τους ανάγκες με σκοπό την αυτοφροντίδα και την προαγωγή της ανεξαρτησίας τους καθώς και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και η υποστήριξη των ασθενών ή και των οικογενειών τους στη λήψη αποφάσεων σε θέματα υγείας, υγιεινής και υγιούς τρόπους διαβίωσης.
- Η αναφορά στα αρμόδια όργανα των προβλημάτων και ύπαρξης παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία, που μπορεί να εντοπίσει κατά την άσκηση των καθηκόντων του με σκοπό την άμεση επίλυση τους.
- Η συμμετοχή του σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες και προγράμματα για το προσωπικό και η ανάληψη ενός ρόλου στόχος του οποίου είναι να κατευθύνει, να συντονίσει, να επιβλέψει και να εκπαιδεύσει φοιτητές και σπουδαστές της νοσηλευτικής, το νέο προσωπικό αλλά και άλλους επαγγελματίες υγείας.
- Ο σχεδιασμός, η οργάνωση και η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας, σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας της κοινότητας στην οποία εργάζεται καθώς και η διεξαγωγή και διεκπεραίωση προγραμμάτων διδασκαλίας και ενημέρωσης των ανθρώπων – μελών αυτής της κοινότητας.
- Η διενέργεια, παρακολούθηση και συμμετοχή σε ερευνητικές μελέτες ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας ή και αυτόνομα όπως και η συμμετοχή σε επιστημονικές και ερευνητικές επιτροπές καθώς και σε επιτροπές βιοηθικής και δεοντολογίας.
- Η ομαλή συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, σε περίπτωση μαζικών καταστροφών και

άλλων έκτακτων καταστάσεων.

- Η συμβολή στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Στα πλαίσια αυτά, έχουν το δικαίωμα να διενεργούν με ευθύνη τους προσυμπτωματικό έλεγχο (SCREENING TEST) με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων (δευτερογενή πρόληψη) στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, στα σχολεία, στους χώρους δουλειάς. Συγκεκριμένα, μερικές από αυτές τις εξετάσεις είναι οι σωματομετρήσεις, οι δοκιμασίες οπτικής οξύτητας ή/και ακουστικής οξύτητας, ζωτικής σπειρομέτρησης και ο έλεγχος σκελετικών διαταραχών, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και ο έλεγχος της στοματικής και ατομικής υγιεινής.
- Η παροχή συμβουλευτικής υγείας και αγωγής υγείας σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Η αξιολόγηση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο ζουν τα άτομα της κοινότητας και η λήψη μέτρων για βελτίωση αυτού.
- Η άσκηση κάθε άλλης δραστηριότητας που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητάς του με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις προσταγές της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας.
- Η πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του, σχετικά με τη Νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας, την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή, τα δικαιώματα του ασθενή καθώς και την πορεία της υγείας του (ΕΝΕ, 2016).

Παρόλα αυτά, σήμερα στην Ελλάδα ο νοσηλευτής στην ΠΦΥ και πιο συγκεκριμένα στα Κέντρα Υγείας αδυνατεί να εκπληρώσει όλες τις υποχρεώσεις του και τους ρόλους του επικεντρώνοντας έτσι τη δουλειά του στη θεραπεία των ασθενών, περιθωριοποιώντας την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, καθώς πολλοί νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων θεωρούν ότι η πρόληψη και η προαγωγή υγείας έχουν δευτερεύουσα σημασία συγκριτικά με την θεραπεία. Έτσι, δεν υπάρχει το ανάλογο ενδιαφέρον για την εκτέλεση οποιασδήποτε ενέργειας, η οποία σχετίζεται με αυτά τα «κομμάτια» της υγείας και προτιμούν να ασχοληθούν με ενέργειες σχετικές με τη θεραπεία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ίδια νοοτροπία επικρατεί και για την Πρωτοβάθμια συνολικά, η οποία θεωρείται από πολλούς οι οποίοι εργάζονται στις άλλες βαθμίδες της υγείας

τροχοπέδη του συστήματος. Άλλοι λόγοι για τους οποίους οι νοσηλευτές αδυνατούν να εκπληρώσουν όλους τους ρόλους τους είναι η έλλειψη γνώσεων λόγω χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης (διετούς φοίτησης) και η μη ενημέρωση αυτών για τις τρέχουσες εξελίξεις της επιστήμης με άμεσο επακόλουθο τη διαιώνιση παλιών τακτικών και νοοτροπιών, η έλλειψη χρόνου, ο μεγάλος φόρτος εργασίας, ο ανεπαρκής αριθμός προσωπικού καθώς και θέματα χρηματοδότησης. Αίτια, τα οποία επαληθεύονται και από τα αποτελέσματα της έρευνας του 2009 της Μαρκάκη που διεξήχθη στα ΚΥ της Κρήτης.

Ενδεικτικά, κάποια από τα αποτελέσματα της προαναφερθείσας έρευνας είναι: το 34,5% του δείγματος αποτελούνταν από νοσηλευτές διετούς εκπαίδεσης (ΔΕ) και το 33,3% από νοσηλευτές τετραετούς (ΠΕ και ΤΕ), επιπλέον αν και το 80,4% των ερωτηθέντων θεωρούν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους «επαρκείς» , το 53,3% δεν έχει βασικές δεξιότητες στον υπολογιστή και το 77,2% δεν μιλούν ξένη γλώσσα. Η πλειονότητα του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού (77,8%) έχει θετική στάση απέναντι στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και στην επαγγελματική κατάρτιση. Το 90% είναι παντρεμένοι και 70,7% έχουν 2 ή 3 παιδιά. Το 67,9% είναι πολύ δυσαρεστημένοι από τις καθημερινές αλληλεπιδράσεις με τους συναδέλφους και το 35,6% είναι πολύ δυσαρεστημένοι από την έλλειψη καθημερινής υποστήριξης. Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει κυρίως κλινικές ευθύνες σε καθημερινή βάση (62%). Η διδασκαλία (21,7%), η συνηγορία (21,7%) και η συμβουλευτική (17,4%) πραγματοποιούνται λιγότερο συχνά και ως επί το πλείστον από την ομάδα των νοσηλευτών ΤΕ και ΠΕ, ενώ οι ΔΕ συμβουλεύουν ασθενείς και οικογένειες λιγότερο συχνά (Markaki, 2009).

7. ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σήμερα τα Κέντρα Υγείας έχουν περιορίσει τις υπηρεσίες, τις οποίες προσφέρουν στην κοινότητα, λόγω των μεγάλων ελλείψεων που υπάρχουν σε αυτά εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας, όπως έχει ήδη αναφερθεί, εστιάζοντας κυρίως στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης μέσω της παρακολούθησης της υγείας των ασθενών, οι οποίοι προσέρχονται σε αυτά αλλά και στην θεραπευτική επέμβαση και παροχή πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις

οξέων ή/και κρίσιμων για την υγεία συμβάντων (ατυχήματα, πνευμονική εμβολή κλπ). Από μελέτη, η οποία διεξήχθη από τη σχολή Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου (ΕΚΠΑ) το 2013 με συμμετέχοντες τους διευθυντές, τους διοικητικούς υπαλλήλους και τους χρήστες των Κέντρων Υγείας πανελλαδικά οι κυριότεροι λόγοι προσέλευσης στα Κέντρα Υγείας είναι η συνταγογράφηση (42,2%) και ακολουθούν σε συχνότητα η ιατρική επίσκεψη-κλινική εξέταση από γιατρό (34,2%). Οι υπόλοιπες αιτίες επίσκεψης στο κέντρο υγείας αθροιστικά ανέρχονται στο 23,6% του συνόλου και πιο συγκεκριμένα αυτές είναι η διαγνωστική εξέταση (11,7%), ο εμβολιασμός (3,3%), η επίσκεψη στον οδοντίατρο (1,1%) και ο συνδυασμός των παραπάνω αιτιών (7,5%) (Στόκου, 2013).

Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής ήταν η επιδημιολογική καταγραφή των ασθενειών που κυριαρχούν σε δύο περιοχές του νομού Ηρακλείου και των παραγόντων που τις προκαλούν όπως και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν τα αντίστοιχα κέντρα υγείας.

2.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1. Ποιες είναι οι κυρίαρχες ασθένειες από τις οποίες νοσούν οι κάτοικοι των δύο περιοχών;
2. Ποιες είναι οι κυριότερες αιτίες για τις οποίες επισκέπτονται οι κάτοικοι των περιοχών τα δύο Κέντρα Υγείας;
3. Πως επηρεάζουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κάθε περιοχής την εμφάνιση αυτών των ασθενειών;
4. Ποια η συμβολή των κέντρων υγείας στην περίθαλψη αυτών των πληθυσμών;

3.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είναι αναδρομική μελέτη κοόρτης (cohort study). Ο λόγος που επιλέχθηκε αυτό το είδος μελέτης είναι γιατί είναι κατάλληλο για την παρακολούθηση ασθενειών στο παρελθόν. Επιπλέον, η πραγματοποίηση μιας αναδρομικής μελέτης κοόρτης αντί της αντίστοιχης προοπτικής συνήθως μειώνει σημαντικά τόσο το κόστος όσο και το χρόνο που απαιτείται για την εξαγωγή συμπερασμάτων (Γαλάνης, 2011).

3.1. ΔΕΙΓΜΑ – ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Για τους σκοπούς της έρευνας το δείγμα που λήφθηκε αποτελείται από τους ασθενείς, οι οποίοι είχαν προσέλθει στα κέντρα υγείας των δύο περιοχών κατά το διάστημα Αύγουστος 2020 - Οκτώβριος 2020. Άρα διεξήχθη σκόπιμη

δειγματοληψία (judgement sampling), με την οποία διασφαλίζεται ότι κάθε στοιχείο του πληθυσμού έχει ίδια χαρακτηριστικά, δηλαδή για την εξυπηρέτηση της μελέτης όλοι όσοι συμμετείχαν προσήλθαν στα δύο κέντρα υγείας για την επίλυση του προβλήματος τους (Nieswiadomy, 2012). Το συνολικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 3783 άνθρωποι.

3.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκαν τα αρχεία καταγραφής των περιστατικών που προσέρχονται στα επείγοντα ιατρεία των κέντρων υγείας Αγίας Βαρβάρας και Αρκαλοχωρίου. Από τα οποία αντλήθηκαν πληροφορίες για τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, την νόσο με την οποία προσήλθαν στα Κ.Υ. καθώς και την έκβαση αυτών των περιστατικών.

Η Παγκόσμια Ταξινόμηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας 2ης έκδοσης (ICPC - 2), αναπτύχθηκε από το ICPC Working Party, φέρνοντας νέο έδαφος στον κόσμο της ταξινόμησης όταν δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά το 1987 από τη WONCA (World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Για πρώτη φορά οι πάροχοι φροντίδας υγείας μπόρεσαν να ταξινομήσουν, χρησιμοποιώντας ένα μόνο εργαλείο, τρία σημαντικά στοιχεία της που αντιμετωπίζει η φροντίδα υγείας: το λόγο της επίσκεψης, τη διάγνωση ή τα προβλήματα, και την πορεία της φροντίδας. Η οριοθέτηση του προβλήματος από το ιατρικό αρχείο και η σύνδεση των επισκέψεων στο πέρασμα του χρόνου επιτρέπει την ταξινόμηση του περιστατικού από τον αρχικό λόγο επίσκεψης μέχρι το συμπέρασμα με ένα πιο διευκρινισμένο πρόβλημα, διάγνωση ή ασθένεια.

Το ICPC - 2 βασίζεται σε μια απλή αμφίδρομη δομή: 17 κεφάλαια βασισμένα στα συστήματα του σώματος στον ένα άξονα, καθένα με ένα γράμμα για κωδικό, και επτά πανομοιότυπα συστατικά με ρουμπρίκες που φέρουν ένα διψήφιο αριθμητικό κωδικό στον δεύτερο άξονα.

Η δομή του ICPC αντιπροσωπεύει την εξέλιξη από την συνδυασμένη δομή του ICD βασισμένη στην ανατομία και αιτιολογία. Για παράδειγμα, όπου το ICD περιλαμβάνει ένα ξεχωριστό κομμάτι για τα νεοπλάσματα, ένα για λοιμώξεις και

ενοχλήσεις, και άλλο για τραυματισμούς, τέτοια προβλήματα είναι κατανεμημένα μεταξύ των κεφαλαίων στο ICPC, βασισμένα στο οργανικό σύστημα στο οποίο ανήκουν (Verbeke, 2006).

3.3. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε ενάμιση μήνα περίπου (10/3/2021 – 20/4/2021) κατά τον οποίο οι σπουδάστριες, οι οποίες πραγματοποίησαν την έρευνα επισκέπτονταν τους χώρους των ΚΥ με συχνότητα κατά μέσο όρο 4 φορές την εβδομάδα. Κατά τη διάρκεια αυτών των επισκέψεων μελετούσαν τα αρχεία καταγραφής των τμημάτων επειγόντων περιστατικών των δύο ΚΥ υπό την επίβλεψη κάποιου εργαζόμενου του κέντρου υγείας, τον οποίο είχε ορίσει υπεύθυνο ο διευθυντής του κάθε ΚΥ και κατέγραφαν τις πληροφορίες, οι οποίες υπήρχαν σε αυτά σε μια ηλεκτρονική βάση δεδομένων.

3.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 26.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών των ασθενών/επισκεπτών στα Κέντρα Υγείας. Στην εκτίμηση της συχνότητας (ποσοστού) των ομαδοποιημένων αιτιών σύμφωνα με το ICPC-2 εκτιμήθηκαν επίσης για λόγους σύγκρισης τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης. Στις περιπτώσεις συσχέτισης κατηγορικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκε επίσης η μέθοδος χ^2. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

4. ΘΕΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Για τη διεξαγωγή αυτής της έρευνας πάρθηκε άδεια από την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης (Υ.ΠΕ), αντίγραφο της οποίας μπορείτε να βρείτε συννημένο στο παράρτημα παρακάτω, καθώς και από τους διευθυντές των κέντρων υγείας, οι οποίοι με τη συγκατάθεση τους παραχώρησαν πληροφορίες προσωπικών ιατρικών

δεδομένων ανώνυμα, τηρώντας αυστηρά τη δήλωση εχεμύθειας.

ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΕΧΕΜΥΘΕΙΑΣ

«Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς, θα τύχουν ασφαλούς αποθήκευσης και χρησιμοποίησης αποκλειστικά, σύμφωνα με το άρθρο 13 του Γενικού Κανονισμού 2016/679 της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία των δεδομένων. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φορέα ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ’ όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων δύναται μόνο για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Για το λόγο αυτό, το Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο θα είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση τους.»

Γ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη, όπως προαναφέρθηκε, στα Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας και Αρκαλοχωρίου για το χρονικό διάστημα Αύγουστος 2020 – Οκτώβριος 2020.

Πίνακας 1. Γενικά χαρακτηριστικά των δύο Κέντρων Υγείας της μελέτης.

	Κέντρα Υγείας	
	Αρκαλοχωρίου	**Αγίας Βαρβάρας**
Πληθυσμός εξυπηρέτησης	21250	48900
Δημοτικές περιοχές εξυπηρέτησης	Μινώα Πεδιάδος Αρχανών-Αστερουσίων Βιάννου Ηρακλείου	Γόρτυνας Μαλεβυζίου Ηρακλείου
Υπαγόμενα Περιφερειακά Ιατρεία	6	13
Προσφερόμενες Υπηρεσίες/Ιατρεία	Γενικής Ιατρικής/Παθολογικό	Γενικής Ιατρικής/Παθολογικό
	Παιδιατρικό	Παιδιατρικό
	Ιατρείο Έκτακτων Περιστατικών (ΙΕΠ)	Χειρουργικό (και ως ΙΕΠ)
	Γυναικολογικό/Μαιευτικό	Γυναικολογικό/Μαιευτικό
	Ψυχιατρικό	-
	Οδοντιατρικό	Οδοντιατρικό
	Μικροβιολογικό & Ακτινολογικό εργαστήριο	Μικροβιολογικό & Ακτινολογικό εργαστήριο
		Διαιτολογικό
	Κατ' οίκον επισκέψεις	Κατ' οίκον επισκέψεις
	Κατ' οίκον νοσηλεία	Κατ' οίκον νοσηλεία

Πηγή: 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, https://www.hc-crete.gr/

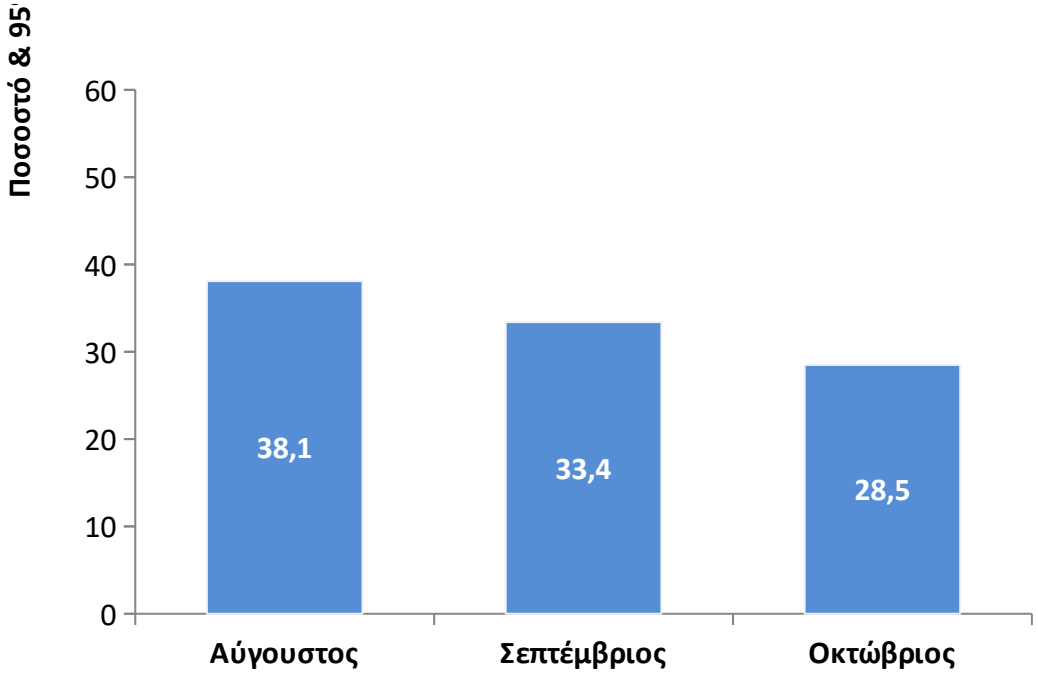
Σύμφωνα με τα γενικά χαρακτηριστικά των δύο Κ.Υ. το Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου εξυπηρετεί μικρότερο πληθυσμό ενώ η περιοχή ευθύνης του καταλαμβάνει μεγαλύτερη έκταση από το Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας. Επιπλέον, τα δύο Κ.Υ παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες στους κατοίκους των περιοχών ευθύνης τους.

Πίνακας 2 - Γενικά χαρακτηριστικά του χρόνου επισκεψιμότητάς και των ασθενών/επισκεπτών στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης.

		ν	%
Συνολικοί Ασθενείς/Επισκέπτες		3783	-
Επιλεγμένο χρονικό διάστημα στο 2020	*Αύγουστος*	1443	38,1
	Σεπτέμβριος	1262	33,4
	Οκτώβριος	1078	28,5
Φύλο	*άρρενες*	1924	50,9
	θήλεις	1859	49,1
Ηλικία, *χρόνια*	*μέση ηλικία±τυπ.αποκλ. (εύρος)*	49,8±25,3 (1-99)	

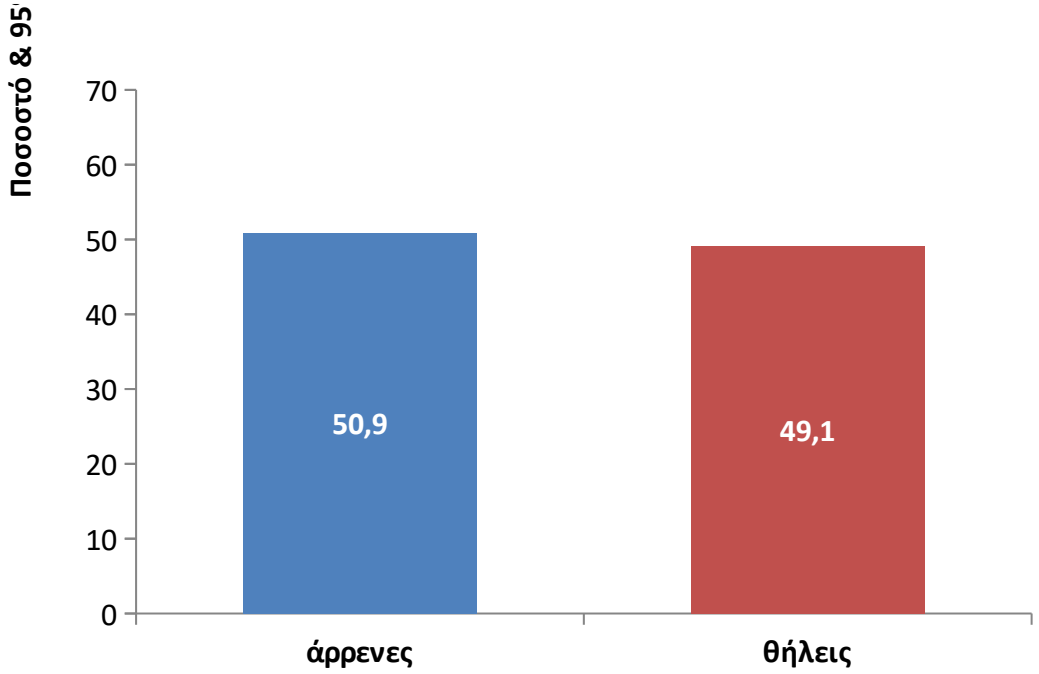
Σύμφωνα με τα γενικά χαρακτηριστικά του χρόνου επισκεψιμότητας και των ασθενών/ επισκεπτών στα δύο Κ.Υ της μελέτης για τους μήνες Αύγουστο, Σεπτέμβριο, Οκτώβριο που μελετήθηκαν παρατηρήθηκε μεγαλύτερη επισκεψιμότητα τον μήνα Αύγουστο σε ποσοστό 38,1%, σε όλο το χρόνο μελέτης οι περισσότεροι ήταν άντρες σε ποσοστό 50,9% και μέση ηλικία 49,8±25,3 (1-99).

Σχήμα 1- Συγκριτική κατανομή του ποσοστού επισκέψεων στους μήνες Αυγ-Οκτ 2020 στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης.



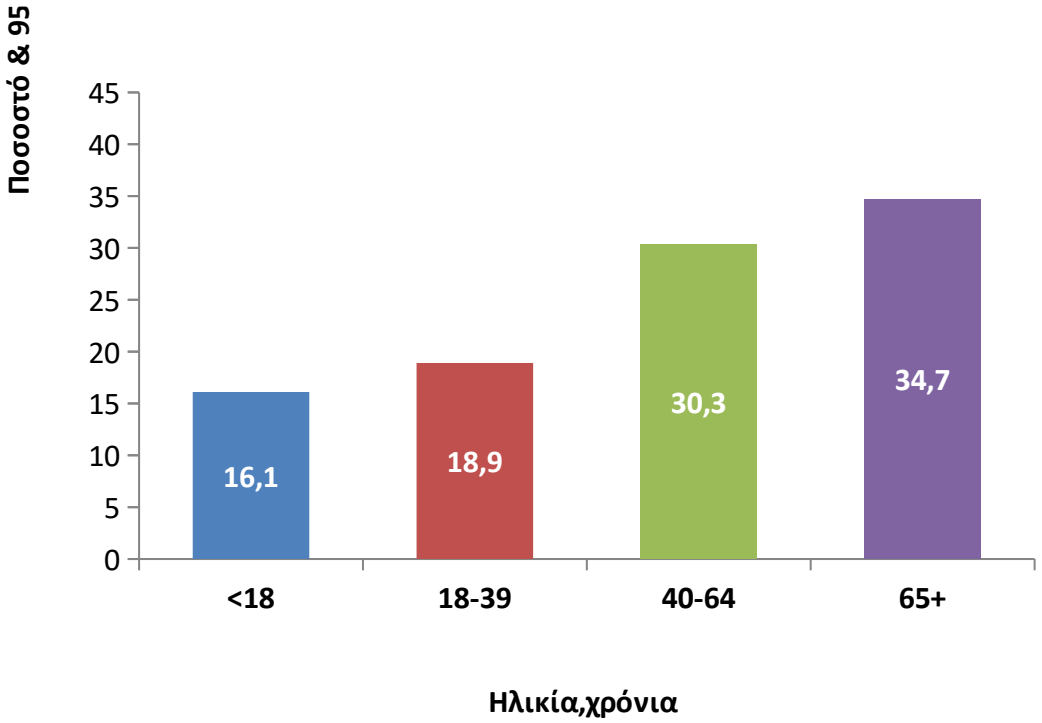
Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα του ποσοστού επισκέψεων στους μήνες Αυγ - Οκτ 2020 στα δύο Κ.Υ της μελέτης αποδείχθηκε ότι είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,05$) η διαφορά μεταξύ αυτών.

Σχήμα 2- Συγκριτική κατανομή του ποσοστού επισκέψεων των δυο φύλων στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης.



Όσον αφορά τη συγκριτική κατανομή του ποσοστού επισκέψεων των δύο φύλων στα δύο Κ.Υ της μελέτης δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Σχήμα 3- Συγκριτική κατανομή του ποσοστού επισκέψεων τεσσάρων ηλικιακών ομάδων στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης.



Στο παραπάνω σχήμα διαπιστώνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται το ποσοστό επισκέψεων στα δύο Κ.Υ της μελέτης καθώς παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ηλικίας 65+ με ποσοστό 34,7% με στατιστική σημαντική διαφορά ($p<0,05$) από τις άλλες ηλικιακές ομάδες. Επίσης διαπιστώνεται σημαντική στατιστική διαφορά ($p<0,05$) και στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Πίνακας 3- Συγκριτική κατανομή ποσοστών επισκέψεων των δυο φύλων στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης ως προς το χρόνο επισκεψιμότητας και την ηλικία

		Φύλο		
		άρρενες %	*θήλεις*	p-value
Επιλεγμένο χρονικό διάστημα στο 2020	*Αύγουστος*	37,8	38,5	0,881
	Σεπτέμβριος	33,7	33,0	
	Οκτώβριος	28,5	28,5	
Ηλικία, *χρόνια*	*<18*	17,8	14,3	0,028
	18-39	18,9	18,9	
	40-64	28,7	32,0	
	65+	34,5	34,8	
Έλεγχοι χ^2				

Συγκρίνοντας την κατανομή του ποσοστού επισκέψεων των δύο φύλων ως προς την ηλικία και τον χρόνο επισκεψιμότητας δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στους υπό μελέτη μήνες αλλά διαπιστώθηκε ότι συγκριτικά επισκέφθηκαν περισσότεροι άρρενες κάτω των 18 ετών (p=0,028).

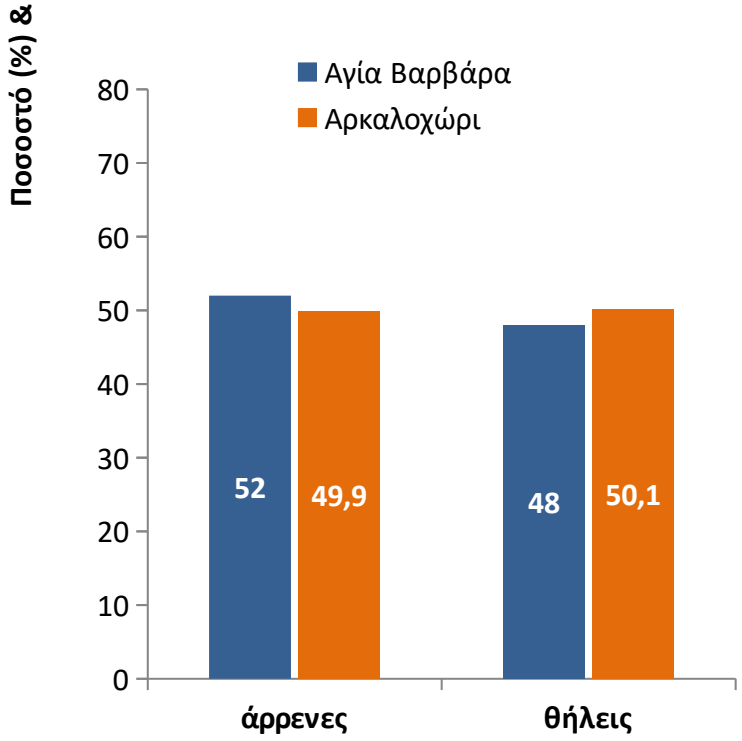
Πίνακας 4- Συγκριτική κατανομή ποσοστών επισκέψεων των ηλικιακών ομάδων στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης ως προς το χρόνο επισκεψιμότητας.

		Επιλεγμένο χρονικό διάστημα στο 2020			
		Αύγουστος %	*Σεπτέμβριος*	*Οκτώβριος*	p-value
Ηλικία, *χρόνια*	*<18*	15,1	15,6	18,0	0,048
	18-39	18,3	18,4	20,1	
	40-64	31,5	30,6	28,6	
	65+	35,1	35,4	33,3	

Έλεγχοι χ^2 (έλεγχος γραμμικής τάσης)

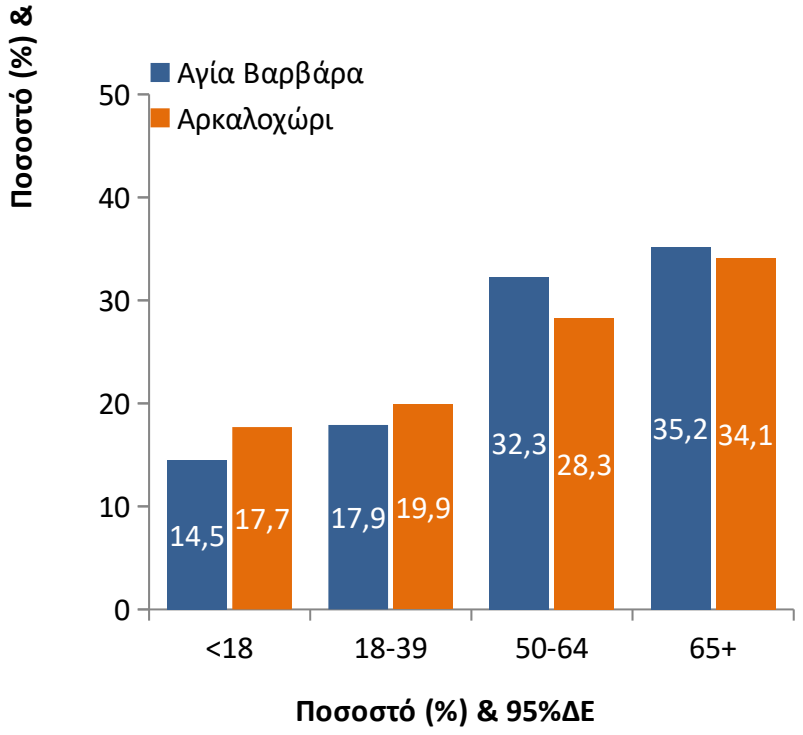
Όσον αφορά την συγκριτική κατανομή ποσοστού επισκέψεων των ηλικιακών ομάδων στα δύο Κ.Υ της μελέτης ως προς το χρόνο επισκεψιμότητας αυξάνεται σημαντικά των ποσοστό των <18 ετών τον Οκτώβριο (p=0,048).

Σχήμα 4 - Συγκριτική κατανομή των ποσοστών επισκέψεων των δυο φύλων μεταξύ των δύο Κέντρων Υγείας της μελέτης.



Σύμφωνα με την συγκριτική κατανομή των ποσοστών επισκέψεων των δύο φύλων μεταξύ των δύο Κ.Υ της μελέτης δεν διαπιστώθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά.

Σχήμα 5 - Συγκριτική κατανομή των ποσοστών επισκέψεων των ηλικιακών ομάδων μεταξύ των δύο Κέντρων Υγείας της μελέτης.



Σύμφωνα με το παραπάνω σχήμα δεν διαπιστώθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ποσοστών επισκέψεων των ηλικιακών ομάδων στα δύο Κ.Υ της μελέτης.

Πίνακας 5- Συχνότητα αιτιών φροντίδας των ασθενών/επισκεπτών στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης σύμφωνα με την παγκόσμια ταξινόμηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας 2ης έκδοσης (ICPC-2).

Κεφάλαια	ν	%	95,0%ΔΕ	
Διαδικασίες	1503	39,7	38,2	41,3
A Γενικά και μη καθορισμένα	301	8	7,1	8,9
B Αίμα, Αιμοποιητικά όργανα & Ανοσοποιητικό σύστημα	11	0,3	0,2	0,5
D Γαστρεντερικό σύστημα	199	5,3	4,6	6,0
F Οφθαλμός	20	0,5	0,3	0,8
H Ους – Αυτί	69	1,8	1,4	2,3
K Κυκλοφορικό σύστημα	109	2,9	2,4	3,5
L Μυοσκελετικό σύστημα	368	9,7	8,8	10,7
N Νευρικό σύστημα	148	3,9	3,3	4,6
P Ψυχιατρικά-Ψυχολογικα	37	1,0	0,7	1,3
R Αναπνευστικό σύστημα	428	11,3	10,3	12,4
S Δέρμα	428	11,3	10,3	12,4
T Ενδοκρινολογία, Μεταβολισμός, Θρέψη	32	0,8	0,6	1,2
U Ουρολογία	115	3,0	2,5	3,6
W Εγκυμοσύνη, Γονιμότης, Οικ. προγραμματισμός	4	0,1	0,0	0,3
X Γεννητικό σύστημα γυναίκας	8	0,2	0,1	0,4
Y Γεννητικό σύστημα άνδρα	3	0,1	0,0	0,2
Z Κοινωνικά Προβλήματα	0	0,0		

Χρησιμοποιώντας το ICPC – 2 για την ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση των αιτιών προσέλευσης των ασθενών παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών/επισκεπτών προσήλθαν για διάφορες διαδικασίες με ποσοστό 39,7% (ΔΕ 38,2 – 41,3) και αμέσως μετά ακολουθούν λόγοι που αφορούν το αναπνευστικό σύστημα με ποσοστό 11,3% (ΔΕ 10,3 – 12,4) και το δέρμα με ποσοστό 11,3% (ΔΕ 10,3 -12,4)

Πίνακας 6 - Συχνότητα ομαδοποιημένων αιτιών φροντίδας των ασθενών/επισκεπτών στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης σύμφωνα με την παγκόσμια ταξινόμηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας 2ης έκδοσης (ICPC-2).

Ομαδοποίηση	ν	%	95,0%ΔΕ	
Διαδικασίες	1503	39,7	38,2	41,3
Συμπτώματα, Ενοχλήματα	1436	38,0	36,4	39,5
Λοιμώξεις	280	7,4	6,6	8,3
Νεοπλάσματα	0			
Τραυματισμοί	398	10,5	9,6	11,5
Συγγενείς Ανωμαλίες	3	0,1	0,01	0,20
Άλλες Διαγνώσεις	165	4,4	3,7	5,0

Ομαδοποιώντας τις αιτίες προσαγωγής στα Κ.Υ δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών. Οι Διαδικασίες σαν αιτία κυριαρχούν και μετά την ομαδοποίηση των αιτιών φροντίδας με ποσοστό 39,7% και ακολουθούν τα Συμπτώματα – Ενοχλήματα με ποσοστό 38%, οι Τραυματισμοί με 10,5%, οι Λοιμώξεις με 7,4%, και τέλος οι Άλλες Διαγνώσεις με 4,4% καθώς και οι Συγγενείς Ανωμαλίες με μόλις 0,1%.

Πίνακας 7 - Συχνότητα αιτιών φροντίδας των ασθενών/επισκεπτών συγκριτικά στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης σύμφωνα με την παγκόσμια ταξινόμηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας 2ης έκδοσης (ICPC-2).

Κεφάλαια	ΚΥ	**ν**	**%**	**95,0%ΔΕ**	
Διαδικασίες	*Αγίας Βαρβάρας*	795	**44,5**	42,2	46,8
	Αρκαλοχωρίου	708	**35,4**	33,3	37,6
A Γενικά και μη καθορισμένα	*Αγίας Βαρβάρας*	138	7,7	6,6	9,0
	Αρκαλοχωρίου	163	8,2	8,0	9,4
B Αίμα, Αιμοποιητικά όργανα & Ανοσοποιητικό σύστημα	*Αγίας Βαρβάρας*	4	0,2	0,1	0,5
	Αρκαλοχωρίου	7	0,4	0,2	0,7
D Γαστρεντερικό σύστημα	*Αγίας Βαρβάρας*	81	4,5	3,6	5,6
	Αρκαλοχωρίου	118	5,9	4,9	7,0
F Οφθαλμός	*Αγίας Βαρβάρας*	14	0,8	0,4	1,3
	Αρκαλοχωρίου	6	0,3	0,1	0,6
H Ους – Αυτί	*Αγίας Βαρβάρας*	24	1,3	0,9	2,0
	Αρκαλοχωρίου	45	2,3	1,7	3,0
K Κυκλοφορικό σύστημα	*Αγίας Βαρβάρας*	51	2,9	2,2	3,7
	Αρκαλοχωρίου	58	2,9	2,2	3,7
L Μυοσκελετικό σύστημα	*Αγίας Βαρβάρας*	193	10,8	9,4	12,3
	Αρκαλοχωρίου	175	8,8	7,6	10,1
N Νευρικό σύστημα	*Αγίας Βαρβάρας*	56	3,1	2,4	4,0
	Αρκαλοχωρίου	92	4,6	3,8	5,6
P Ψυχιατρικά-Ψυχολογικα	*Αγίας Βαρβάρας*	11	0,6	0,3	1,1
	Αρκαλοχωρίου	26	1,3	0,9	1,9
R Αναπνευστικό σύστημα	*Αγίας Βαρβάρας*	194	10,9	9,5	12,4
	Αρκαλοχωρίου	234	11,7	10,4	13,2
S Δέρμα	*Αγίας Βαρβάρας*	182	10,2	8,9	11,7
	Αρκαλοχωρίου	246	12,3	10,9	13,8
T Ενδοκρινολογία, Μεταβολισμός, Θρέψη	*Αγίας Βαρβάρας*	8	0,4	0,2	0,8
	Αρκαλοχωρίου	24	1,2	0,8	1,8
U Ουρολογία	*Αγίας Βαρβάρας*	32	**1,8**	1,3	2,5
	Αρκαλοχωρίου	83	**4,2**	3,3	5,1
W Εγκυμοσύνη, Γονιμότης, Οικ. προγραμματισμός	*Αγίας Βαρβάρας*	0			
	Αρκαλοχωρίου	4	0,2	0,1	0,5
X Γεννητικό σύστημα γυναίκας	*Αγίας Βαρβάρας*	2	0,1	0,01	0,40
	Αρκαλοχωρίου	6	0,3	0,10	0,60
Y Γεννητικό σύστημα άνδρα	*Αγίας Βαρβάρας*	1	0,1	0,01	0,30
	Αρκαλοχωρίου	2	0,1	0,01	0,30

Συγκρινόμενα μεταξύ τους τα δύο Κ.Υ έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0,05$) στη συχνότητα αιτιών φροντίδας ασθενών/επισκεπτών στις Διαδικασίες με ποσοστά 44,5% το Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας και 35,4% το Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου, και στα δύο όμως μέρη αποτελεί την πρώτη αιτία φροντίδας, όπως επίσης και στα ουρολογικά με

ποσοστά 1,8% το Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας και 4,2% το Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου.

Πίνακας 8 - Συχνότητα ομαδοποιημένων αιτιών φροντίδας των ασθενών/επισκεπτών συγκριτικά στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης σύμφωνα με την παγκόσμια ταξινόμηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας 2ης έκδοσης (ICPC-2).

Κεφάλαια	ΚΥ	ν	%	95,0%ΔΕ	
Διαδικασίες	*Αγίας Βαρβάρας*	795	**44,5**	42,2	46,8
	Αρκαλοχωρίου	708	**35,5**	33,4	37,6
Συμπτώματα, Ενοχλήματα	*Αγίας Βαρβάρας*	608	**34,0**	31,9	36,3
	Αρκαλοχωρίου	828	**41,5**	39,3	43,6
Λοιμώξεις	*Αγίας Βαρβάρας*	100	**5,6**	4,6	6,7
	Αρκαλοχωρίου	180	**9,0**	7,8	10,3
Τραυματισμοί	*Αγίας Βαρβάρας*	222	**12,4**	11,0	14,0
	Αρκαλοχωρίου	176	**8,8**	7,6	10,1
Συγγενείς Ανωμαλίες	*Αγίας Βαρβάρας*	2	0,1	0,01	0,40
	Αρκαλοχωρίου	1	0,1	0,01	0,20
Άλλες Διαγνώσεις	*Αγίας Βαρβάρας*	59	**3,3**	2,5	4,2
	Αρκαλοχωρίου	106	**5,3**	4,4	6,4

Ομαδοποιώντας τις αιτίες προσαγωγής στα Κ.Υ και συγκρίνοντας τα μεταξύ τους παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ($p<0,05$) στις Διαδικασίες με ποσοστά 44,5% το Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας και 35,5% το Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου, στα Συμπτώματα με ποσοστά 34% το Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας και 41,5% το Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου, στις Λοιμώξεις με ποσοστά 5,6% το Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας και 9% το Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου, στους Τραυματισμούς με ποσοστά 12,4% το Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας και 8,8% το Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου και τέλος στις Άλλες Διαγνώσεις με ποσοστά 3,3% το Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας και 5,3% το Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου.

Επιπλέον σημειώνεται ότι βρέθηκαν:

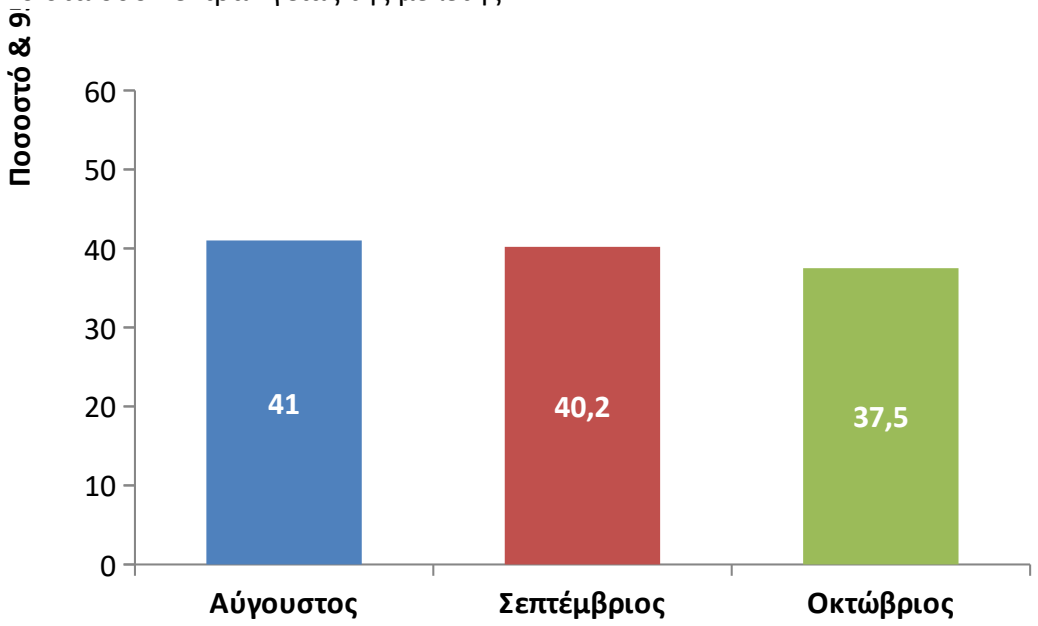
8 περιστατικά που αφορούσαν έλεγχο ή παρουσία Covid-19,

368 (9,7%) παραπομπής σε εξειδικευμένο γιατρό,

143 (3,8%) περιστατικά παραπομπής σε νοσοκομείο,

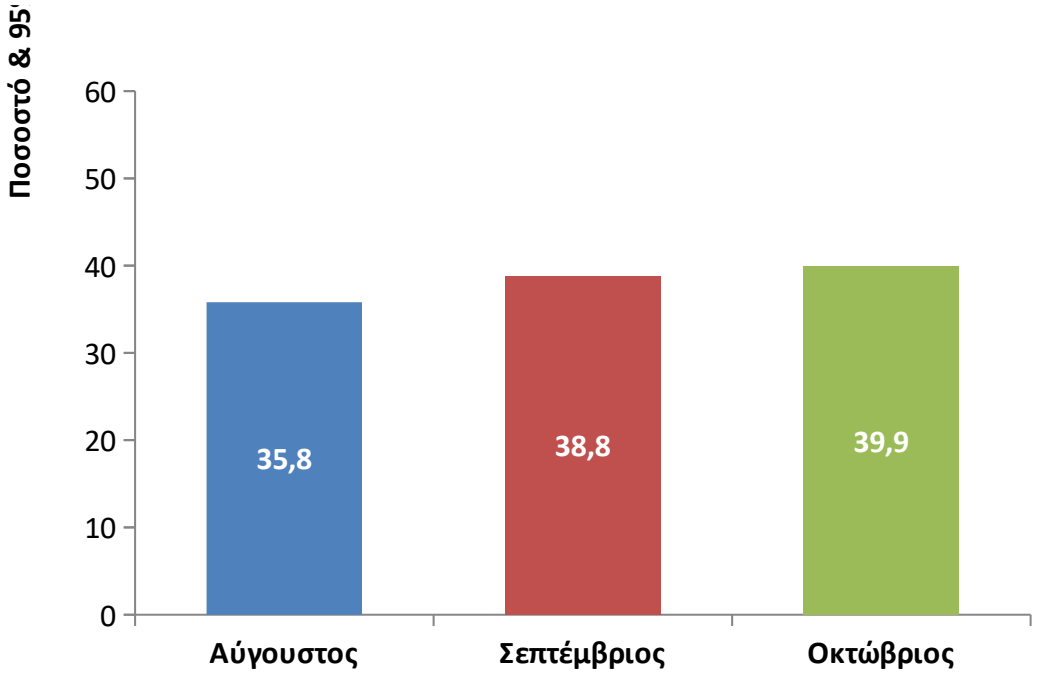
4 περιστατικά άρνησης παροχής φροντίδας (επιπλέον, π.χ. για βραχεία, διακομιδή)(αποτελέσματα που δεν αποτυπώνονται σε πίνακα ή σχήμα)

Σχήμα 6 - Συγκριτική κατανομή του ποσοστού διαδικασιών στους μήνες Αυγ-Οκτ 2020 στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης.



Όσον αφορά τη συγκριτική κατανομή του ποσοστού διαδικασιών στους υπό μελέτη μήνες στα δύο Κ.Υ διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

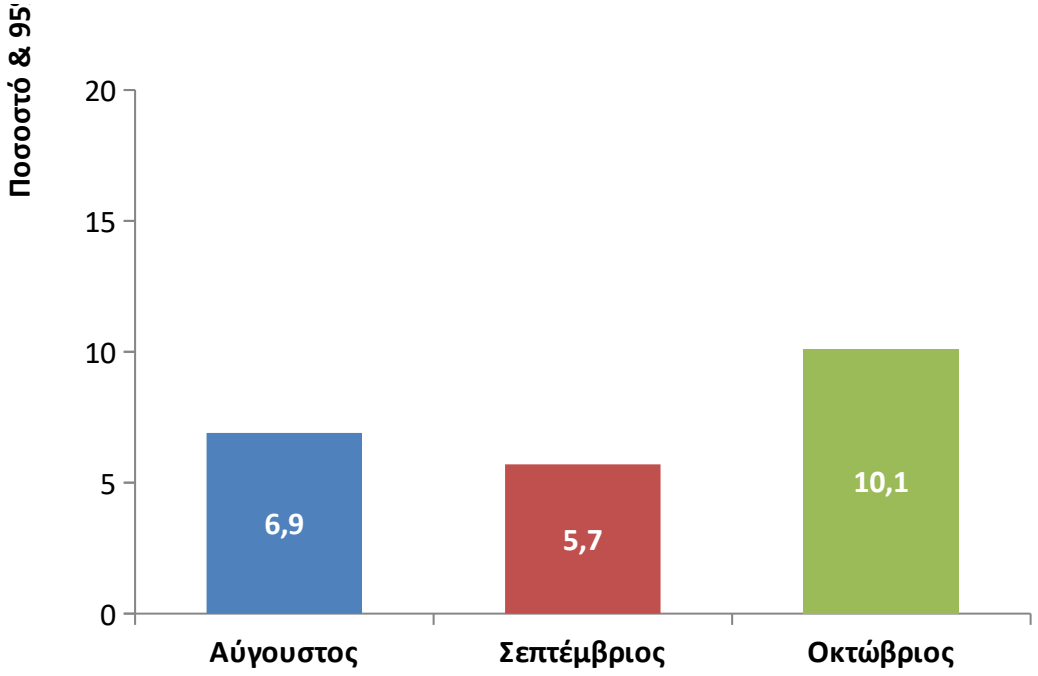
Σχήμα 7 - Συγκριτική κατανομή του ποσοστού συμπτωμάτων-ενοχλημάτων στους μήνες Αυγ-Οκτ 2020 στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης.



Όσον αφορά τη συγκριτική κατανομή του ποσοστού συμπτώματων – ενοχλημάτων

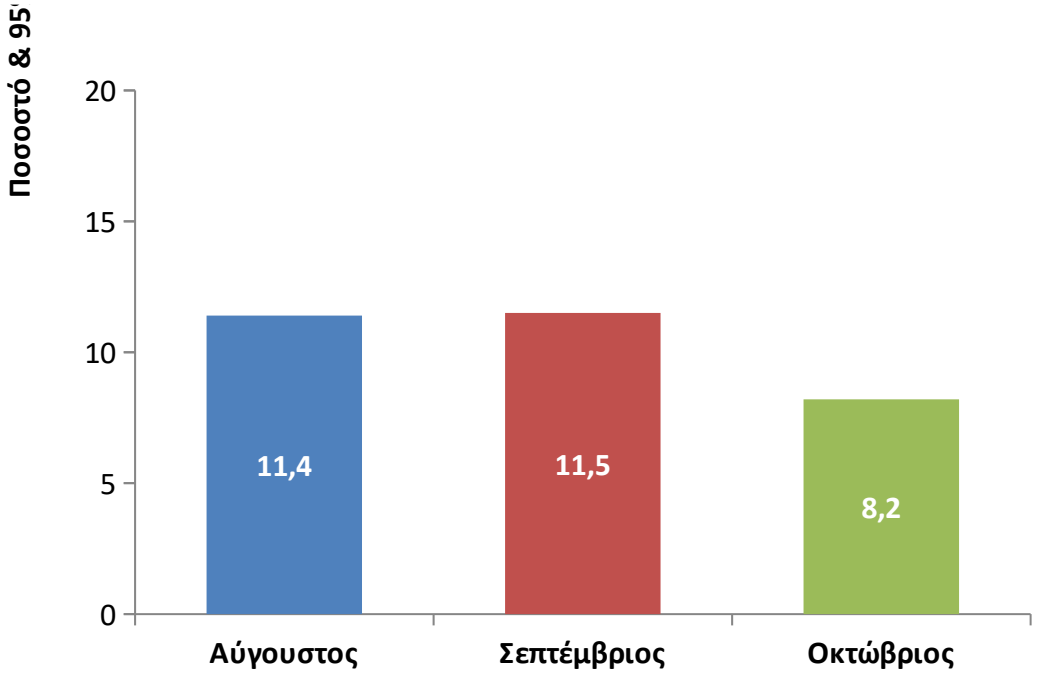
στους υπό μελέτη μήνες στα δύο Κ.Υ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Σχήμα 8 - Συγκριτική κατανομή του ποσοστού λοιμώξεων στους μήνες Αυγ-Οκτ 2020 στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης.



Όσον αφορά τη συγκριτική κατανομή του ποσοστού λοιμώξεων τους υπό μελέτη μήνες στα δύο Κ.Υ παρατηρείται ότι το μήνα Οκτώβριο υπάρχει σημαντική αύξηση αυτών ($p<0,05$)

Σχήμα 9 - Συγκριτική κατανομή του ποσοστού τραυματισμών στους μήνες Αυγ-Οκτ 2020 στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης.



Συγκρίνοντας την κατανομή του ποσοστού τραυματισμών στους υπό μελέτη μήνες παρατηρείται σημαντική μείωση του ποσοστού τραυματισμών κατά τον μήνα Οκτώβριο ($p<0,05$).

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η επιδημιολογική καταγραφή των ασθενειών που κυριαρχούν σε δύο περιοχές του νομού Ηρακλείου και των παραγόντων που τις προκαλούν όπως και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν τα αντίστοιχα Κέντρα Υγείας.

Συγκρίνοντας τα δύο Κέντρα Υγείας διαπιστώθηκε ότι το Κέντρο Υγείας Αρκαλοχωρίου εξυπηρετεί μικρότερο αριθμό πληθυσμού από αυτό της Αγίας Βαρβάρας. Αντίθετα, η περιοχή ευθύνης, η οποία καλύπτει έχει μεγαλύτερη εμβέλεια από αυτή του Κέντρου Υγείας Αγίας Βαρβάρας.

Έπειτα από συστηματική ανασκόπηση των βιβλίων καταγραφής των τμημάτων επειγόντων περιστατικών των δύο Κέντρων Υγείας και καταγραφή των περιστατικών για το χρονικό διάστημα Αύγουστος – Οκτώβριος 2020 παρατηρήθηκε ότι ο Αύγουστος ήταν ο μήνας με τη μεγαλύτερη επισκεψιμότητα και στα δύο Κέντρα Υγείας έναντι των άλλων υπό μελέτη μηνών. Το οποίο εξηγείται καθώς κατά τους καλοκαιρινούς μήνες παρατηρείται μεγάλη προσέλευση επισκεπτών – τουριστών σε ημιαστικές περιοχές όπως αυτές της μελέτης, συνεπώς με την περιστασιακή αύξηση του πληθυσμού αυξάνονται και οι επισκέψεις στα Κέντρα Υγείας. Θεωρήθηκε ότι αυτό οφείλεται στην αύξηση των δραστηριοτήτων που διενεργούνται σε εξωτερικούς χώρους ή/και στην φύση. Αντίστοιχα αποτελέσματα προκύπτουν από τη μελέτη που διεξήχθη στην ανατολική Τουρκία, με τους τραυματισμούς να κυριαρχούν τους μήνες Ιούλιο (16.5%) και Αύγουστο (18.5%) (Emet, 2009).

Όπως επίσης τη μελέτη της Neskoromna-Jędrzejczak που διεξήχθη στην Πολωνία, η οποία ανέδειξε ότι οι υψηλότερες θερμοκρασίες συνδέονται με αύξηση των δηγμάτων από έντομα, κυρίως μελισσών και καταλήγει ότι οι μετεωρολογικοί και γεωφυσικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν άμεσα την περιγραφική επιδημιολογία των τραυματισμών που σχετίζονται με ζώα (Neskoromna-Jędrzejczak, 2017).

Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που απαρτίζουν το δείγμα της παρούσας έρευνας προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των επισκεπτών ήταν άντρες σε ποσοστό, χωρίς ιδιαίτερη στατιστική διαφορά με αυτό των γυναικών. Εν αντιθέσει με άλλες έρευνες, οι οποίες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά επισκεψιμότητας από γυναίκες (Fontecilla, 2021; Guillebaud et al, 2018). Ενώ,

σύμφωνα με τη μελέτη που διεξήχθη το 2009 σε αγροτική περιοχή στην Τουρκία και εστιάζει στα περιστατικά τραυματισμών που σχετίζονται με ζώα, το ποσοστό των ανδρών (73,2%) που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Erzurum State Hospital στην Ανατολική Τουρκία ήταν υψηλότερο με σημαντική διαφορά από αυτό των γυναικών (Emet et al, 2009). Παρατηρώντας τα ποσοστά των τραυματισμών της παρούσας μελέτης κατά τους μήνες Αύγουστο και Σεπτέμβριο, τα οποία είναι αυξημένα σε σχέση με τον Οκτώβριο, υποθέτεται ότι υπάρχει συσχέτιση φύλου και αιτίας προσέλευσης καθώς η μεγαλύτερη επισκεψιμότητα από άνδρες μπορεί να οφείλεται σε τραυματισμούς, οι οποίοι συμβαίνουν κατά την διεξαγωγή αγροτικών εργασιών σε εξωτερικούς χώρους, τις οποίες, όπως είναι γνωστό, τις αναλαμβάνουν κυρίως άνδρες. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώνεται από έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2019 και πραγματοποιήθηκε στον Καναδά και τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι οι περισσότεροι τραυματισμοί που καταγράφηκαν σε δείγμα αγροτικού πληθυσμού ήταν άνδρες (Bang, 2019).

Επιπλέον, οι ηλικίες των ατόμων που προσήλθαν στα επείγοντα των δύο Κέντρων Υγείας από 1 έτους έως 99 ετών με μέση ηλικία τα 49,8, το οποίο μπορεί να δικαιολογηθεί επειδή τα δύο κύρια χωριά των περιοχών ευθύνης των ΚΥ έχουν ηλικιωμένους, ανθρώπους μέσης ηλικίας αλλά και αρκετούς νέους. Όμως, παρατηρήθηκε ότι οι επισκέψεις αυξάνονται όσο αυξάνεται η ηλικία των προσερχόμενων στα ΚΥ της μελέτης. Συγκεκριμένα, στην ηλικιακή ομάδα 65< το ποσοστό επισκέψεων φτάνει το 34,7% με στατιστικά σημαντική διαφορά από τις άλλες ομάδες. Είναι πολύ πιθανό να συμβαίνει αυτό γιατί όσο μεγαλώνουν οι άνθρωποι τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων παθήσεων και ατυχημάτων με άμεσο επακόλουθο να πληθαίνουν και οι επισκέψεις σε γιατρούς και δομές υγείας για παρακολούθηση, αντιμετώπιση και αποκατάσταση αυτών. Αυτή η διαπίστωση επαληθεύεται από τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία και η οποία έδειξε ότι η ηλικία, το φύλο καθώς και άλλα χαρακτηριστικά επηρεάζουν την προσέλευση στα αντίστοιχα τμήματα των εκεί μονάδων υγείας (Magnusson, 2020).

Διαχωρίζοντας το δείγμα με βάση το φύλο και συγκρίνοντας το ποσοστό επισκέψεων στα δύο Κέντρα Υγείας με την ηλικία, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3, διαπιστώνουμε ότι επισκέφτηκαν τα δύο ΚΥ περισσότεροι άντρες ηλικίας <18 ετών

με στατιστικά σημαντική διαφορά από τις γυναίκες, ανεξάρτητα από το λόγο για τον οποίο τα επισκέφθηκαν (λοιμώξεις, τραυματισμούς κλπ). Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε αναδρομική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην Δανία και μελετούσε τη σχέση μεταξύ των νοσηλειών για λοιμώξεις και το φύλο και την ηλικία για το χρονικό διάστημα 1977 – 2014 και η οποία έδειξε ότι συνολικά το ποσοστό νοσηλειών των αγοριών ήταν 25% ψηλότερο από αυτό των κοριτσιών με κάποιες διαφορές ανάλογα την ηλικία και το είδος της λοίμωξης (Larsen, 2019). Αντίθετα, μελέτη που έγινε στην πολιτεία Ουισκόνσιν για το σχολικό έτος 2016 – 2017 σε εφήβους 12 – 18 ετών οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι τα κορίτσια, τα οποία ασχολούνται με αθλήματα ανέφεραν συχνότερα τραυματισμούς, οι οποίοι προκαλούνταν εξαιτίας της συνεχούς και έντονης άσκησης (Post, 2020).

Συνεχίζοντας την επεξεργασία των στοιχείων και συνδυάζοντας το ποσοστό επισκέψεων των ηλικιακών ομάδων με το χρόνο επισκεψιμότητας οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι τον Οκτώβριο το ποσοστό των επισκέψεων ατόμων κάτω των 18 ετών έχει σημαντική αυξητική τάση σε σχέση με τους άλλους μήνες. Προφανής λόγος αυτής της αύξησης είναι η χορήγηση βεβαιώσεων υγείας με σκοπό τη χρήση τους για συμμετοχή σε αθλητικούς συλλόγους, γυμναστήρια, σχολικές δραστηριότητες (πρωταθλήματα κλπ) κατά την έναρξη του νέου ακαδημαϊκού - σχολικού έτους. Άλλος παράγοντας μπορεί να είναι η αρχή της έξαρσης των ιώσεων (εποχικής γρίπης, γαστρεντερίτιδας, κρυολόγημα κλπ) κατά αυτή την εποχή, στις οποίες είναι πιο ευάλωτοι οι άνθρωποι νεότερης ηλικίας(Morbey et al, 2017).

Όσον αφορά τη συχνότητα αιτιών φροντίδας των ασθενών/επισκεπτών στα δύο Κέντρα Υγείας της μελέτης, ή με άλλα λόγια τους λόγους για τους οποίους επισκέφθηκαν οι ασθενείς αυτά, σύμφωνα με την παγκόσμια ταξινόμηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας 2ης έκδοσης (ICPC-2), οι κυριότεροι ήταν οι Διαδικασίες με ποσοστό 39,7%, με το Αναπνευστικό σύστημα και το Δέρμα να ακολουθούν με 11,3%, το Μυοσκελετικό με 9,7% τα μη Καθορισμένα με 8% και όλες τις υπόλοιπες αιτίες να φτάνουν αθροιστικά το 19,9% του συνόλου. Αξίζει να λεχθεί ότι τα κοινωνικά προβλήματα σημείωσαν μηδενικό ποσοστό, γεγονός το οποίο μας προκάλεσε προβληματισμό για τους λόγους, για τους οποίους συμβαίνει αυτό. Πρώτον, γνωρίζουμε ότι σε ένα από τα δύο Κέντρα Υγείας, αυτό της Αγίας Βαρβάρας, δεν υπάρχει κοινωνικός λειτουργός και στο δεύτερο, αυτό του

Αρκαλοχωρίου, οι συναντήσεις με ασθενείς πραγματοποιούνται κατόπιν ραντεβού και δεν βρίσκεται στη δομή σε 24ωρη βάση. Επομένως, οι ασθενείς δεν έχουν εύκολη ή/ και συνεχή πρόσβαση σε κάποιον ειδικό ώστε να γίνει καταγραφή και παρέμβαση. Δεύτερον, πολλές φορές οι άνθρωποι δυσκολεύονται να κοινοποιήσουν και να συζητήσουν κάποιο προσωπικό τους θέμα με τρίτους. Αυτό συμβαίνει σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό σε μικρές πληθυσμιακά περιοχές, όπως αυτές της μελέτης, όπου οι άνθρωποι γνωρίζονται μεταξύ τους και φοβούνται την περαιτέρω δημοσιοποίηση του προβλήματος τους. Πιθανολογείται ότι άλλος ένας λόγος της μη εξωτερίκευσης τέτοιου είδους προβλημάτων και της αποφυγής προσέλευσης σε κάποιο ειδικό μπορεί να είναι η άσκηση ψυχολογικής ή/και σωματικής βίας καθώς και εκβιασμού από τον περίγυρο (φίλους, οικογένεια κλπ) του ανθρώπου που αντιμετωπίζει αυτά τα προβλήματα.

Σύμφωνα με μελέτη, η οποία διεξήχθη στην Ισπανία οι αιτίες για τις οποίες επισκέφθηκαν οι ασθενείς τα επείγοντα ήταν, σύμφωνα με το ICPC-2, πρώτα τα Γενικά προβλήματα με 35,2%, με το Δέρμα να ακολουθεί με 22,2% και το Αναπνευστικό με 20%, το Πεπτικό σύστημα με 6,7%, το Μυοσκελετικό και το Νευρικό με 4,4% και τέλος τους Οφθαλμούς, το Καρδιαγγειακό και το Ουροποιητικό με 2,2%. Παρατηρούμε ότι στη μελέτη μας και σε αυτή της Ισπανίας οι παθήσεις που κατατάσσονται στην κατηγορία του Δέρματος και του Αναπνευστικού βρίσκονται στην ίδια περίπου θέση κατάταξης. (Fontecilla, 2021)

Σύμφωνα με άλλη μελέτη, η οποία διεξήχθη στην Νορβηγία, οι κυριότερες αιτίες για τις οποίες επισκέφθηκαν ή επικοινώνησαν τηλεφωνικά οι ασθενείς με τα επείγοντα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήταν αρχικά τα Γενικά και μη καθορισμένα με ποσοστό 21.2%, ακολουθούσαν το Μυοσκελετικό με ποσοστό 13.6% και το Αναπνευστικό με 12.9%, το Ουρολογικό με 9.3% το Πεπτικό με 8.8%, το Καρδιαγγειακό με 6.4%. Ενώ ακολουθούν με μικρότερο ποσοστό το Δέρμα, το Νευρολογικό, το Ψυχολογικό, ο Οφθαλμός και το Ενδοκρινικό και στο τέλος βρίσκονται οι Άλλες Διαγνώσεις με 2.1%. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης με αυτά της παρούσας έρευνας παρατηρείται ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά στην κατάταξη των αιτιών, οι οποίες κινητοποιούν τους ασθενείς να έρθουν σε επαφή με το σύστημα υγείας. Πιθανή εξήγηση για αυτήν την ανομοιότητα μεταξύ αυτών των αιτιών είναι οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των δύο χωρών και

αφορούν το κλίμα, τα χαρακτηριστικά των πληθυσμών, το οικονομικό υπόβαθρο και το Σύστημα Υγείας (Haraldseide, 2020).

Συνεχίζοντας τη μελέτη και επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας παρατηρήθηκε ότι επικρατεί μεγάλη ανομοιογένεια μεταξύ των αιτιών τόσο στην κατάταξη τους όσο και στα ποσοστά τους. Συγκεκριμένα, στο Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας κυριαρχούν οι Διαδικασίες με ποσοστό 44,5%, ακολουθούν τα Συμπτώματα με 34%, οι Τραυματισμοί με 12,4%, οι Λοιμώξεις με ποσοστό 5,6% και τέλος οι Άλλες Διαγνώσεις με ποσοστό 3,3%. Ενώ στο Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου είναι πρώτα τα Συμπτώματα με ποσοστό 41,5%, ακολουθούν οι Διαδικασίες με 35,5%, οι Λοιμώξεις με 9%, οι Τραυματισμοί με 8,8% και τελευταία οι Άλλες Διαγνώσεις με 5,3%. Αυτές οι διαφορές μπορεί να οφείλονται σε πολλούς παράγοντες, όπως τα γεωφυσικά χαρακτηριστικά και το κλίμα της κάθε περιοχής καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό της περιοχής ευθύνης του Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας είναι ορεινό ενώ του Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου είναι πεδινό. Η γεωφυσική θέση αυτών των περιοχών επηρεάζει και την πρόσβαση σε αυτές, όπως είναι φυσικό. Έτσι, οι κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής του Αρκαλοχωρίου λόγω της ευκολότερης πρόσβασης στο Ηράκλειο μπορούν να εργαστούν σε διάφορες δημόσιες ή/και ιδιωτικές επιχειρήσεις σε αυτό, ενώ οι κάτοικοι της Αγίας Βαρβάρας και των γύρω περιοχών ασχολούνται περισσότερο με αγροτικές δουλειές μέσα στην περιοχή. Γεγονός, το οποίο δικαιολογεί το μεγαλύτερο ποσοστό των Τραυματισμών σαν αιτία προσέλευσης στο Κέντρο Υγείας.

Κατά τη διάρκεια της συλλογής και καταγραφής των δεδομένων της έρευνας παρατηρήθηκαν κάποια περιστατικά, τα οποία δεν εντάχθηκαν σε κάποιους από τους παραπάνω πίνακες ή σχήματα, παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθούν και να σχολιαστούν καθώς μέσω αυτών διακρίνεται το επίπεδο της συμβολής των δύο κέντρων Υγείας στην περίθαλψη των κατοίκων των περιοχών αυτών. Πιο αναλυτικά, καταγράφηκαν 368 περιστατικά παραπομπής σε εξειδικευμένο γιατρό, όπου αποτελούν το 9,7% του συνόλου καθώς και 143 περιπτώσεις παραπομπής σε νοσοκομείο, όπου συντελούν το 3,8% του συνόλου. Αν από αυτά εξαιρεθούν οι περιπτώσεις οξέων περιστατικών (ΑΕΕ, ΟΕΜ, Τροχαίο κλπ) , όπου έχρηζαν άμεσης παροχής πρώτων βοηθειών και κατόπιν παραπομπής σε δευτεροβάθμιο ή και τριτοβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα, τα υπόλοιπα αποτελούσαν περιστατικά, τα οποία αν τα Κέντρα Υγείας είχαν τον απαραίτητο εξοπλισμό και το απαιτούμενο

ανθρώπινο δυναμικό, πιθανόν, να μπορούσαν να διεκπεραιωθούν εντός των Κέντρων Υγείας, λ.χ. Διενέργεια ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων.

Σε μελέτη, η οποία είχε διεξαχθεί στην Αγγλία, και αφορούσε στη συμβολή που θα μπορούσε να έχει ο μεγαλύτερος αριθμός γενικών γιατρών στην μείωση των περιστατικών που προσέρχονταν στα επείγοντα των νοσοκομείων φάνηκε ότι η αύξηση του αριθμού των γενικών γιατρών δεν συνδεόταν με αντίστοιχη μείωση των εισερχόμενων περιστατικών στα επείγοντα των νοσοκομείων, σε επίπεδο χώρας. Αλλά παρατηρήθηκε ότι σε περιοχές πιο απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα, ο αριθμός των παραπομπών των ασθενών σε μονάδες δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας επηρεαζόταν από τον αριθμό των γενικών γιατρών και τυχόν αύξηση αυτού του αριθμού (Nicodemo et al. 2021).

Εμβαθύνοντας περισσότερο στα αποτελέσματα αυτής της έρευνας και συγκρίνοντας το ποσοστό των περιστατικών με αιτία φροντίδας τις Λοιμώξεις για κάθε ένα από τους μήνες της μελέτης παρατηρείται ότι τον Οκτώβριο (10,1%) υπάρχει στατιστικά σημαντική μεταβολή του ποσοστού συγκριτικά με τους μήνες Αύγουστο (6,9%) και Σεπτέμβριο (5,7%). Πιθανή εξήγηση για αυτή την αύξηση μπορεί να είναι η αλλαγή των καιρικών συνθηκών, η οποία ευνοεί την έξαρση των λοιμώξεων σε όλες τις ηλικίες αλλά και το άνοιγμα των σχολείων, το οποίο μπορεί να συντελέσει και αυτό στην εμφάνιση αυτών μεταξύ των μαθητών και κατ' επέκταση των ανθρώπων που συναναστρέφονται με αυτούς (γονείς, καθηγητές κλπ). Αυτή την υπόθεση επαληθεύουν τα αποτελέσματα μελέτης, που διεξήχθη στην Αγγλία κατά το χρονικό διάστημα από 30 Σεπτεμβρίου 2013 έως 19 Ιουλίου 2015, και η οποία έδειξε ότι κατά το μήνα Σεπτέμβριο, μήνα επιστροφής των παιδιών στο σχολείο, τα περιστατικά με γρίπη και κρυολόγημα άρχισαν να αυξάνονται. Επιπλέον, κατά το μήνα Οκτώβριο αυξήθηκαν εκθετικά τα περιστατικά, τα οποία εκτέθηκαν σε παθογόνους μικροοργανισμούς (influenza, human metapneumovirus) που σχετίζονται με το αναπνευστικό και εμφάνισαν συμπτώματα (βήχα, πυρετό, πονόλαιμο κλπ) (Morbey et al, 2017).

Τέλος, αναλύοντας τα περιστατικά με αιτία φροντίδας τους Τραυματισμούς και χωρίζοντας τα στους τρεις μήνες παρατηρείται ότι ενώ κατά τους μήνες Αύγουστο και Σεπτέμβριο ότι τα ποσοστά είναι 11,4% και 11,5% αντίστοιχα και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους, τον Οκτώβριο διαφαίνεται μια

σημαντική μείωση αυτών σε ποσοστό 8,2%. Αυτή η μείωση μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι κατά τους φθινοπωρινούς - χειμερινούς μήνες περιορίζονται οι εξωτερικές δραστηριότητες λόγω καιρικών συνθηκών. Επομένως, μειώνονται και οι πιθανότητες πρόκλησης κάποιου ατυχήματος.

Σύμφωνα με την μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Πολωνία, παρατηρήθηκε ότι κατά τους μήνες όπου επικρατούσαν υψηλότερες θερμοκρασίες τα περιστατικά με τσιμπήματα από μέλισσες και έντομα ήταν πολλαπλάσια από αυτά κατά την περίοδο με χαμηλές θερμοκρασίες. Αντίστοιχα, κατά την περίοδο όπου σημειώνονται υψηλότερα ποσοστά υγρασίας παρατηρήθηκαν περισσότερα περιστατικά με δήγματα σκύλων, σκορπιών και άλλων ζώων (Neskoromna-Jędrzejczak et al., 2017).

Σύμφωνα και με μελέτη, η οποία διεξήχθη στην Τουρκία από 1 Ιανουαρίου 2005 έως 31 Δεκεμβρίου 2006, κατά τους μήνες Αύγουστο (18,5%) και Ιούλιο (16,5%) οι τραυματισμοί από ζώα και έντομα κυριαρχούσαν (Emet, 2009).

7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί, οι οποίοι δυσκόλεψαν την άντληση των απαραίτητων πληροφοριών μέσα των οποίων θα δίνονταν οι απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα και επηρέασαν σε κάποιο βαθμό τα αποτελέσματα της έρευνας μας. Κυριότερο εμπόδιο στην εκπόνηση της εργασίας αυτής ήταν η τρέχουσα κατάσταση, την οποία βιώνουν όλοι οι άνθρωποι παγκοσμίως τον τελευταίο ενάμιση χρόνο με την εξάπλωση του κορωνοΐού. Εξαιτίας του οποίου, δεν ήταν δυνατή η χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία θα οδηγούσαν σε πιο συγκεκριμένα αποτελέσματα όσον αφορά τις νόσους, οι οποίες κυριαρχούν στους δύο πληθυσμούς καθώς και στην συμβολή των δύο κέντρων υγείας στην περίθαλψη αυτών. Όσον αφορά το πρώτο ερευνητικό ερώτημα που αφορά τις κυριότερες ασθένειες από τις οποίες νοσούν οι άνθρωποι των δύο πληθυσμών της μελέτης δεν υπήρχε κάποιο ενιαίο αρχείο καταγραφής στο οποίο να αναφέρονταν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών καθώς ο κάθε γιατρός έχει τους δικούς του ασθενείς (και πολλοί από αυτούς δεν έχουν αρχείο καταγραφής των ασθενών τους). Το μόνο εργαλείο μελέτης που υπήρχε ήταν τα βιβλία καταγραφής

των τμημάτων επειγόντων των δύο Κέντρων Υγείας, τα οποία δεν μπορούν να δώσουν μια ακριβή επιδημιολογική εικόνα των κατοίκων καθώς σε αυτά προσέρχονται άνθρωποι και λόγω ατυχημάτων, τραυματισμών κλπ. Επομένως, μέσω αυτών μπορεί κάποιος να λάβει μια αδρή επιδημιολογική εικόνα των δύο περιοχών και να συμπεράνει εμμέσως ποιες είναι οι πιθανές ασθένειες που κυριαρχούν.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τη βάση για ένα ολοκληρωμένο και σωστά οργανωμένο σύστημα υγείας, του οποίου οι υπηρεσίες οφείλουν να είναι διαθέσιμες και να παρέχονται σε κάθε πολίτη ισότιμα και αδιάκριτα. Επομένως, όσο πιο καλά οργανωμένη και σχεδιασμένη είναι αυτή τόσο πιο αποδοτικό θα είναι και το σύστημα υγείας. Μάλιστα, συγκρίνοντας την Πρωτοβάθμια με τις άλλες βαθμίδες υγείας διαφαίνεται ότι οι ρόλοι που έχει αναλάβει είναι πολλοί περισσότεροι από αυτούς των άλλων βαθμίδων καθώς, ενώ η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια ασχολούνται κυρίως με την θεραπεία, η πρωτοβάθμια στοχεύει πρωτίστως στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, όπως επίσης και στην παροχή πρώτων βοηθειών, στην θεραπεία οξέων και χρόνιων νοσημάτων, στην παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων και στην αποκατάσταση.

Ένας από τους πιο σημαντικούς παρόχους Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι τα Κέντρα Υγείας, τα οποία αποτέλεσαν και πηγή άντλησης δεδομένων για αυτή την έρευνα.

Ένα από τα πρώτα ερωτήματα που τέθηκαν προς συζήτηση και απάντηση σε αυτή την έρευνα και σχετιζόταν με το ποιες είναι οι κυρίαρχες ασθένειες από τις οποίες πάσχουν οι κάτοικοι των δύο περιοχών της μελέτης δεν απαντήθηκε πλήρως από τα ευρήματα της έρευνας. Είναι φανερό όμως ότι και στις δύο περιοχές υπερτερούν νοσήματα τα οποία σχετίζονται με το αναπνευστικό σύστημα.

Όσον αφορά τις συχνότερες αιτίες για τις οποίες επισκέπτονται οι κάτοικοι των δύο περιοχών τα αντίστοιχα Κέντρα Υγείας, με βάση την παγκόσμια κατάταξη ICPC -2, είναι πρώτες οι διαδικασίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η χορήγηση ιατρικών βεβαιώσεων, ο εμβολιασμός, η διενέργεια εξετάσεων κλπ με το αναπνευστικό και

το δέρμα να ακολουθούν ισοβαθμώντας, ενώ σημαντικό ποσοστό κατείχε και το Μυοσκελετικό σύστημα.

Ακολούθως, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνιση των ασθενειών ή των αιτιών προσέλευσης στα δύο κέντρα υγείας, είναι αρχικά ο καιρός και οι εποχές καθώς παρατηρείται ότι κατά τους καλοκαιρινούς μήνες τα περιστατικά τραυματισμών είναι πολύ περισσότερα σε σχέση με τον Οκτώβριο. Αντίθετα, κατά τον μήνα Οκτώβριο παρατηρείται ότι τα περιστατικά λοιμώξεων αυξάνονται σημαντικά σε σχέση με τους άλλους μήνες. Δεύτερος παράγοντας είναι η τοποθεσία, η οποία επηρεάζει τόσο το κλίμα κάθε περιοχής όσο και τις δουλειές με τις οποίες ασχολούνται οι κάτοικοι καθεμίας. Πιο αναλυτικά, επειδή η Αγία Βαρβάρα βρίσκεται σε υψηλότερο υψόμετρο από το Αρκαλοχώρι, ο καιρός σε αυτή είναι πιο κρύος και έχει μεγαλύτερη υγρασία από αυτόν του Αρκαλοχωρίου με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη συχνότητα μυοσκελετικών προβλημάτων στους κατοίκους της. Προβλήματα, τα οποία επιβαρύνονται και από το γεγονός ότι οι περισσότεροι κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής του Κ.Υ Αγ. Βαρβάρας ασχολούνται κυρίως με αγροτικές δουλειές, σε αντίθεση με αυτούς του Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου, οι οποίοι εργάζονται και σε επιχειρήσεις και υπηρεσίες.

Το τελευταίο ερώτημα της έρευνας αυτής είχε σχέση με την συμβολή των δύο κέντρων υγείας στην περίθαλψη των δύο πληθυσμών, το οποίο απαντήθηκε έμμεσα από τα νούμερα των αποτελεσμάτων αυτής της έρευνας. Συγκεκριμένα, από τους 3783 ασθενείς που επισκέφθηκαν και τα δύο κέντρα υγείας κατά την περίοδο της μελέτης οι 511 παραπέμφθηκαν είτε σε νοσοκομείο είτε σε εξειδικευμένο γιατρό. Μετατρέποντας αυτά τα νούμερα σε ποσοστά αποκαλύφθηκε ότι η απώλεια των ασθενών αντιστοιχεί στο 13,5%. Ποσοστό, το οποίο δείχνει ότι τα δύο κέντρα υγείας συμβάλλουν σε ικανοποιητικό βαθμό στην εξυπηρέτηση και τη φροντίδα των αναγκών των πληθυσμών αυτών. Παραταύτα, το ποσοστό αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί μικρό και δείχνει την ανάγκη αναβάθμισης των κέντρων υγείας είτε σε εξοπλισμό είτε σε προσωπικό.

9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ένα από τα προαναφερθέντα συμπεράσματα της έρευνας, η οποία διεξήχθη,

είναι ότι παρά την οικονομική κρίση και τις δυσχέρειες που έχει επιφέρει στη λειτουργία των Κέντρων Υγείας αυτά συνεχίζουν να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε κάποιους από τους σκοπούς λειτουργίας τους και να καλύπτουν σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες των ασθενών, οι οποίες αφορούν, κυρίως, τη πρωτοβάθμια θεραπεία και αντιμετώπιση οξέων ή/και χρονίων νοσημάτων, καθώς και την παρακολούθηση αυτών. Παρόλα αυτά, είναι φανερή η ύπαρξη ανάγκης για αναδιοργάνωση και αναμόρφωση της ΠΦΥ, η οποία εξαιτίας λαθών, τα οποία διαπράχθηκαν από τις απαρχές του ΕΣΥ, αλλά και άλλων που έχουν γίνει κατά την πάροδο των χρόνων, αντί να αποτελεί το βασικό πυλώνα του συστήματος, όπως συμβαίνει σε άλλα κράτη, διαδραματίζει ένα δευτερεύοντα ρόλο σε αυτό. Είναι αναγκαίο επομένως να επιβληθούν πολιτικές που θα αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και πιο ειδικά των Κέντρων Υγείας στη χώρα μας με επίκεντρο την διαμόρφωση ενός ασθενοκεντρικού μοντέλου. Για να αλλάξει αυτή η κατάσταση θα πρέπει να γίνουν πολλές αλλαγές στην ΠΦΥ, ώστε αυτή να βελτιωθεί, να μπορεί να εκπληρώσει το σύνολο των στόχων της και να παρέχει υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και προαγωγής υγείας. Με άλλα λόγια να είναι ένα αποδοτικό «προπύργιο» για τις μονάδες υγείας των άλλων βαθμίδων, με τις οποίες θα διασυνδέεται λειτουργικά και επιστημονικά, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο μια αλυσίδα φροντίδας για τους πολίτες και τέλος, να συνδράμει στη φάση της αποκατάστασης. Κάποιες από τις προτάσεις που μπορούν να βελτιώσουν την Πρωτοβάθμια είναι:

- Η εξασφάλιση της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για όλους τους πολίτες μμειώνοντας έτσι την κοινωνική ανισότητα και βελτιώνοντας τις συνθήκες νοσηλείας.
- Η πρόσληψη περισσότερου ιατρικού, διοικητικού και νοσηλευτικού προσωπικού με σκοπό την κάλυψη των ελλείψεων και την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών που εισέρχονται στα ΚΥ, αποτελεί τη βάση των απαιτούμενων αλλαγών.
- Η προσθήκη και άλλων ειδικοτήτων ιατρικής στο προσωπικό των ΚΥ (έστω και σε εβδομαδιαία βάση) για αποφυγή παραπομπής των ασθενών σε ιδιώτες ή σε δομές άλλων βαθμίδων.
- Ο εξοπλισμός με διαγνωστικά μηχανήματα των ΚΥ και η πρόσληψη

αντίστοιχου προσωπικού με σκοπό την διενέργεια περισσότερων εργαστηριακών εξετάσεων και αποφυγή παραπομπής των ασθενών σε άλλες δομές, όπως προαναφέρθηκε.

- Η δημιουργία διεπιστημονικής ομάδας από όλους τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα ΚΥ, μέσω της οποίας θα επιτυγχάνεται μια ολοκληρωμένη και ολιστική προσέγγιση/φροντίδα των αναγκών του συγκεκριμένου ατόμου και της οικογένειάς του.
- Ο θεσμός του Οικογενειακού γιατρού, ως μια μορφή gatekeeper, την ανάληψη, δηλαδή, ενός καθοριστικού ρόλου στην παραπομπή των ασθενών σε ιατρούς ειδικότητας ή σε άλλο επίπεδο υγείας, που πρέπει να οριστεί ως υποχρεωτική.
- Η υποχρεωτική και υποστηριζόμενη από το κράτος (μέσω χορήγησης υποτροφιών, αδειών, κινήτρων κλπ) δια βίου εκπαίδευση και συνεχής κατάρτιση των γνώσεων όλων των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ΚΥ με σκοπό την εφαρμογή νέων μεθόδων στην καθημερινή κλινική πρακτική, οι οποίες θα φέρουν καλύτερα αποτελέσματα
- Η αξιοποίηση της τεχνολογίας και των επιτευγμάτων αυτής (τηλεϊατρική με πρόγραμμα eHealth, ηλεκτρονική κάρτα υγείας, ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς κλπ) καθώς και εφαρμογή στην πράξη του συστήματος κωδικοποίησης ICPC-2, το οποίο χρησιμοποιήθηκε και σε αυτή την έρευνα, προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες της ΠΦΥ.
- Η αντικειμενική αξιολόγηση, με διαφανή και καθορισμένα κριτήρια, της απόδοσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η έμφαση στην πρόληψη καθώς και την προαγωγή υγείας με διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου και χρήση εργαλείων για την καταγραφή, την αξιολόγηση και την παρακολούθηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία των πολιτών.
- Η χορήγηση κινήτρων ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη απόδοση του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού (βελτίωση συμπεριφοράς, εξυπηρέτηση και γνώσεων)
- Η αποκέντρωση του Συστήματος

Με λίγα λόγια χρειάζεται αναθεώρηση του συστήματος υγείας με κύριες κατευθύνσεις την ποιότητα και την αποφυγή της σπατάλης γιατί η υγεία αποτελεί εθνικό και κοινωνικό αγαθό.(Ιακωβίδου, 2008)

Όσον αφορά την πρόληψη από τις λοιμώξεις που ευδοκιμούν από τον μήνα Οκτώβριο και μετά υπάρχουν αρκετά μέτρα (ατομικά αλλά και από την πολιτεία), τα οποία μπορούν να παρθούν με σκοπό την μείωση αυτών των περιστατικών. Εκτός από τα εμβόλια και τα φάρμακα (αντιικά, αντιβιοτικά, βιταμίνες κλπ), προσφέρουν μεγάλη προστασία και ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα διάφορες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, τις οποίες μπορούν να υιοθετήσουν και να εντάξουν όλοι στην καθημερινή τους ρουτίνα διασφαλίζοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής και προλαμβάνοντας τις αναπνευστικές, και όχι μόνο, λοιμώξεις.

- Ο τρόπος ζωής (υγιεινή διατροφή, ύπνος άνω των 7 ωρών την μέρα)
- και οι πρακτικές υγιεινής (πλύσιμο χεριών, χρήση μάσκας προσώπου) είναι γνωστό ότι αυξάνουν την αντιμικροβιακή αντίσταση και αποτρέπουν τη μετάδοση αντίστοιχα. Παράλληλα με την εφαρμογή αυτών των μέτρων, τα οποία έγκεινται στην ατομική βούληση και ευθύνη το κράτος οφείλει και αυτό να δρα και να έχει ως κύριο στόχο την προστασία της υγείας των πολιτών. Μπορεί, λοιπόν, να διοργανώνει μέσω φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας ή μέσω άλλων κρατικών φορέων όπως λ.χ το ΚΕΕΛΠΝΟ εκδηλώσεις ενημέρωσης και μαθήματα πρόληψης και αντιμετώπισης. Ακόμα αυτά τα μέτρα μπορούν να συνδυαστούν με στρατηγικές εμβολιασμού για την καλύτερη πρόληψη των ιογενών λοιμώξεων του αναπνευστικού (Moriyama, 2020).

Αντίστοιχα με τις λοιμώξεις είναι απαραίτητη η λήψη μέτρων για την αποφυγή ατυχημάτων και ακολούθως τη μείωση των περιστατικών τραυματισμών σε εξωτερικούς αγροτικούς χώρους. Υπεύθυνη, κατά κύριο λόγο σε αυτό, είναι η πολιτεία, η οποία πρέπει να αναλάβει ένα προστατευτικό ρόλο προς τους πολίτες, να λάβει μέτρα πρόληψης διαμορφώνοντας ένα πιο ασφαλές περιβάλλον, να δημιουργήσει περισσότερους σταθμούς πρώτων βοηθειών, να οργανώσει σεμινάρια στα οποία θα ενημερώνονται και θα μαθαίνουν οι πολίτες τρόπους προφύλαξης από ατυχήματα αλλά και αντιμετώπισης αυτών σε περίπτωση που χρειαστεί να χειριστούν κάποιο αντίστοιχο περιστατικό. Τέλος, θεωρείται πολύ σημαντική και απαραίτητη για την ελαχιστοποίηση των τραυματισμών η

αξιολόγηση και πιθανή αναθεώρηση των τρεχουσών στρατηγικών πρόληψης τραυματισμών στις αγροτικές περιοχές (Bang, 2019).

Δ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bang F., McFaull S., Cheesman Minh J., (2019). The rural–urban gap: differences in injury characteristics. Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada Research, Policy and Practice. https://doi.org/10.24095/hpcdp.39.12.01

Devos, P., Malaise, G., De, Ceukelaire, W., Perez, D., Lefevre, P., Van, Der, Stuft, P., (2009).Participation and empowerment in Primary Health Care: From Alma Ata to the era of globalization. Soc Med 4:121−127

Emet M., Beyhun E. N., Kosan Z., Aslan S., Uzkeser M., Cakir Z. G., (2009). Animal – related injuries: epidemiological and meteorological features. Ann Agric Environ Med 2009, 16, 87–92

Fontecillaa M. A. D., Fernandezb N., Aláiz-Moretónc H., Sánchez-Valdeónd L., Benítez-Andrades J.A., (2021). Tasa de retorno y características asistenciales de pacientes mayores de 65 anos ˜ en un servicio de Urgencias en Atención Primaria Elsevier Espana. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102084

Guillebaud J., Bernardson B., Randriambolamanantsoa T.H., Randrianasolo L., Randriamampionona J., Marino C.A., Rasolofo V., Randrianarivelojosia M., Vigan-Womas I., Stivaktas V., Venter M., Piola P., He´raud J.M., (2018). Study on causes of fever in primary healthcare center uncovers pathogens of public health concern in Madagascar. PLoS Negl Trop Dis 12(7): e0006642. https://doi.org/10.1371/journal. pntd.0006642

Haraldseide L.M., Sortland L.S., Hunskaar S., Morken T. (2020). Contact characteristics and factors associated with the degree of urgency among older people in emergency primary health care: a cross-sectional study. BMC Health Services Research. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05219-0

Larsen J. W. W., Sorensen F. A., Jensen A. K. G., Poulsen A., Gehrt L., Benn S. C., Sorup S. (2019). Hospitalizations for infections by age and sex: register-based study of Danish children 1977–2014. Infectious Diseases https://doi.org/10.1080/23744235.2019.1682657

Magnusson C., Herlitz J., Axelsson C. (2020). Patient characteristics, triage utilisation, level of care, and outcomes in an unselected adult patient population seen by the emergency medical services: a prospective observational study. BMC Emergency Medicine https://doi.org/10.1186/s12873-020-0302-x

Markaki, A., Antonakis, N., Philalithis, A., Lionis, C., (2009). Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. International Nursing Review

Morbey, R., A., Harcourt, S., Pebody, R., Zambon, M., Hutchison, J., Rutter J., Thomas, H., Smith G.E., Elliot, A.J., (2017). The burden of seasonal respiratory infections on a national telehealth service in England. Epidemiol. Infect., 145, 1922–1932. doi:10.1017/S095026881700070X

Moriyama M., Hugentobler W. J., Iwasaki A., (2020). Seasonality of Respiratory Viral Infections. Annual Review of Virology. https://doi.org/10.1146/annurev-virology-012420-022445

Neskoromna-Jędrzejczak A., Bogusiak K., Kasielska-Trojan A., Antoszewski B., (2017). Are animal-related injuries in rural areas a social problem? A survey from Poland. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2017, Vol 24, No 3, 392–395

Nicodemo C., McCormick B., Wittenberg R., Hobbs FD R., (2021). Are more GPs associated with a reduction in emergency hospital admissions? British Journal of General Practice. DOI: https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0737

Nieswiadomy, RM., Kyritsi, E., Euaggelou, E., (2012). Νοσηλευτική Έρευνα – Βασικές Αρχές. (6η εκδ). Ιατρικές εκδόσεις Λαγός

Post E. G., Biese M. K., Schaefer A. D., Watson M. A., McGuine T. A, Brooks A. M., Bell D. R. (2020). Sport-Specific Associations of Specialization and Sex With Overuse Injury in Youth Athletes. SPORTS HEALTH doi: 10.1177/1941738119886855

Verbeke M., Schrans D., Deroose S., De Maeseneer J. (2006). The International Classification of Primary Care (ICPC-2): an essential tool in the EPR of the GP In A. Hasman et al. (Eds.), Ubiquity: Technologies for Better Health in Aging Societies (pp. 809 – 814).

Werner, D., Sanders, D., (1997). Questioning the solution: The politics of primary health care and child survival with an in-depth critique of oral rehydration therapy. Health Rights

World Health Organization. (1981). Strategy for health for all by the year 2000. Geneva

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδαμόπουλος, Π., (1992). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μια σφαιρική προσέγγιση. Αθήνα: Παρισιάνου.

Γαλάνης, Π., (2011). Μελέτες κοόρτης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

Γιανασμίδης, Α., Τσιαούση, Μ., (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980−2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. Θεσσαλονίκη: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

Έλληνας, Δ., (2011). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας, σε σύστημα υγείας. Αρθρογραφία

ΕΝΕ, (2016). Υπόμνημα της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος για το καθηκοντολόγιο νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων και των λοιπών νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Ε.Σ.Υ.

Ιακωβίδου, Ε., Μανιού, Μ., Πάλλη, Ε., Κωστόπουλος, Ε., Ζάραγκας, Σ., Κατσανέβας, Θ., (2008). Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: Έρευνα άποψης επαγγελματιών υγείας, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας. Αθήνα: Το βήμα του Ασκληπιού

Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., Χατζητόλιος, Α., (2013). Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. Θεσσαλονίκη: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

Κυριόπουλος, Γ.,(1991). Η συμβολή της Αγωγής Υγείας στην εμπλοκή της κοινότητας, στην προστασία τον καταναλωτή-χρήστη και στην ορθολογική λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τδμ.3, τχ.11, σ. 169-173

Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Δημολιάτης, Γ., Μερκούρης, Μ-Π., Οικονόμου, Χ.,

Μπενος, Α., (1999). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 2000: Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας. Ιατρικά Θέματα 16:12−15

Μπουλούτζα, Π., (2008). Τα 3 <<άλφα>> των υπηρεσιών υγείας: Ανισοκατανομή, ανεπάρκεια και ανισότητα ταλανίζουν τους πολίτες, που στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα. Κρήτη: http://www.katalogos-kritis.gr./index.asp?pageid=2πd=148& absp=3

Στόκου Ε., (2013). Μελέτη του μοντέλου μερικής αυτοχρηματοδότησης των κέντρων υγείας στην Ελλάδα ως μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα πλαίσια λειτουργίας του Ε.Σ.Υ.

Τούντας, Ι., (2008). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Οδυσσέας

Τσάκος, Γ., Φιλαλήθης, Α., και συν. (2000). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Κωλέτση- Κούναρη, Χ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην οδοντιατρική. Στους Κυριόπουλος, Γ. & Φιλαλήθης, Τ. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Θεμέλιο

Φιλαλήθης, Α., (2008). 30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: Ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 20:108−110

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 10/12/2020

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

Αρ. Πρωτ. : 3816

ΠΡΟΣ:
ΣΠΥΡΙΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΚΑΡΑΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Ρίκος Νικόλαος

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασιας

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης της Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ7118 ΣΠΥΡΙΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΥΝ7218 ΚΑΡΑΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

με θέμα: «Επιδημιολογική καταγραφή νόσων πληθυσμών των Κ. Υ. Αγίας Βαρβάρας και Αρκαλοχωρίου».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία ονομάζεται:Ρίκος Νικόλαος

Παρατηρήσεις:
ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 1 αντίτυπο, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Πρόεδρος του Τμήματος

Ευριδίκη Πατελάρου
Καθηγήτρια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

16.02.2021 14:43:08
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ ΑΠΟ
ΒΑΣΙΛΕΙΑ ΔΗΜΟΤΑΚΗ

Ηράκλειο, 16/02/2021
Α. Π.: 6991
Απάντηση στο έγγραφο: 1830

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/νση: 3ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

ΠΡΟΣ: κες Καρακωνσταντάκη Κατερίνα & Σπυριδάκη Μαρία, φοιτήτριες του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

ΚΟΙΝ.:
1) **Σ.Ε.Λ. Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας**
2) **Σ.Ε.Λ. Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου**

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στα Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας και Αρκαλοχωρίου, στο πλαίσιο Πτυχιακής Εργασίας».
ΣΧΕΤΙΚΑ: 1.*Την με αρ. πρωτ. 1830/15-01-2021 αίτηση των κ.κ. Καρακωνσταντάκη Κατερίνας και Σπυριδάκη Μαρίας, φοιτήτριες του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.*

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη την ανωτέρω σχετική αίτηση με τα συνημμένα έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στα Κέντρα Υγείας Αγίας Βαρβάρας και Αρκαλοχωρίου**, και συγκεκριμένα την καταγραφή των περιστατικών που προσήλθαν, κατά τη διάρκεια του 2020, στα ιατρεία των ανωτέρω δομών,** στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής Εργασίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, από τις φοιτήτριες Καρακωνσταντάκη Κατερίνα και Σπυριδάκη Μαρία, με θέμα: **«Επιδημιολογική καταγραφή νόσων πληθυσμών των Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας και Αρκαλοχωρίου»,** υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Ρίκου Νικόλαου.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) η συλλογή των δεδομένων θα είναι ανωνυμοποιημένη, θα γίνει από εξουσιοδοτημένα άτομα που θα ορίσουν οι Συντονιστές Επιστημονικής Λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και θα παραδώσουν στις φοιτήτριες, με ευθύνη των κ.κ. Βασιλόπουλου Θεόδωρου και Μπαθιανάκη Μαρίας.

β) ότι δεν θα καταγραφούν προσωπικά δεδομένα, όπως ονοματεπώνυμα, ΑΔΤ, Διευθύνσεις κατοικιών, τηλέφωνα επικοινωνίας κ.ά.

γ) της δέσμευσης ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7ης Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο της 7ης ΥΠΕ Κρήτης.** Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx.Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στις ερευνήτριες ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

δ) της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων

των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης των Μονάδων Υγείας.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
α.α.

Ο ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΤΗΣ 7ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΚΡΗΤΗΣ

ΑΓΑΠΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης