



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Των**

**ΥΝ6233 Χρυσάκη Μαρκέλλα Αθηνά**

**και**

**ΥΝ6168 Τσιρογιάννη Γεωργία**

**«Κατανομή συχνοτήτων των περιστατικών που εισήχθησαν στο τμήμα των Επειγόντων των νησιών Ρόδου και Σάμου κατά το χρονικό διάστημα Ιουλίου-Αυγούστου του 2019. Μία αναδρομική-συγκριτική μελέτη»**

**Υπό την επίβλεψη**

**Του Κ. Μελιδονιώτη Ευάγγελου**

**Νοσηλεύτης ΤΕ, MSc Αναισθ/κής Κλινικής ΠΑΓΝΗ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2021**

Εγκρίθηκε σύμφωνα με τον α.π **4819** απόφαση του προέδρου του τμήματος :

Ευρυδίκη Πατελάρου

*Αφιερώνεται στους γονείς μας που στήριξαν τα όνειρα  
και τις ακαδημαϊκές μας ανησυχίες*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Σε αυτό το κουραστικό μα και ανταποδοτικό σημείο περάτωσης των σπουδών μας, θα θέλαμε να εκφράσουμε τη βαθύτατη ευγνωμοσύνη στις οικογένειές μας, τα αδέρφια μας και στον επιβλέποντα καθηγητή μας Κ.ο Μελιδονιώτη Ευάγγελο για την πολύτιμη καθοδήγησή του και τη συμβολή του στην ολοκλήρωση της ερευνάς μας η οποία δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την υποστήριξη και την αρωγή του.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	11
<b>A) ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ</b> .....	20
<b>ΣΚΟΠΟΣ &amp; ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ</b> .....	21
<b>B) ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....	22
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	23
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	23
<b>4.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ)</b> ....	23
<b>4.2 ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΤΕΠ ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ</b> .....	57
<b>4.3 ΜΙΚΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ</b> .....	73
<b>ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b> .....	79
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	84
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ</b> .....	88
<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	89
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	90
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α</b> .....	92
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	92

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επείγουσα ιατρική σε παγκόσμιο επίπεδο είναι επίσημα αναγνωρισμένη και νομοθετικά κατοχυρωμένη ειδικότητα σε τουλάχιστον 54 χώρες. Συνιστά μια ομοσπονδία η οποία περιλαμβάνει 24 Ευρωπαϊκές Εθνικές Εταιρίες επείγουσας ιατρικής και εκπροσωπεί περισσότερους από 16.000 στην Ευρώπη (police statement). Στον ελλαδικό χώρο, τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια συλλογική προσπάθεια αναβάθμισης των ΤΕΠ τόσο σε επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε θέματα διαλογής (triage) όσο και στον εξοπλισμό και τις εγκαταστάσεις, ωστόσο η εξυγίανση και ο εποικοδομητικός μετασχηματισμός του παραμένει μια επιτακτική ανάγκη.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η αποτύπωση και ο προσδιορισμός των ποσοτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών των περιστατικών που διαχειρίζονται τα τμήματα επειγόντων, η συχνότητα των περιστατικών αυτών όπως και η αξιολόγηση τους εκτάκτως στο τμήμα επειγόντων περιστατικών των νησιών Ρόδου και Σάμου κατά τους μήνες Ιουλίου-Αυγούστου του 2019.

Το δείγμα της μελέτης συντέθηκε από καταγεγραμμένα περιστατικά ασθενών οι οποίοι προσήλθαν στο ΤΕΠ το χρονικό διάστημα Ιουλίου-Αυγούστου του 2019 (συγκεκριμένα από 29η Ιουλίου 2019 έως και 13 Αυγούστου 2019), των γενικών νοσοκομείων Σάμου και Ρόδου. Πηγή συλλογής αποτέλεσαν τα Βιβλία Μητρώων Ασθενών των αντίστοιχων Τμημάτων των επειγόντων των δύο νοσοκομείων. Όλα τα δεδομένα καταχωρήθηκαν σε ειδική φόρμα καταγραφής και σε βάση δεδομένων της μορφής Microsoft Excel. Εκτιμήθηκαν παράγοντες μετάβασης των ασθενών στα επείγοντα, το είδος των συμπτωμάτων κατά την εισαγωγή, οι ηλικιακές κατηγορίες των προσαχθέντων, η πιθανή διάγνωση και η κλινική διαχείριση των περιστατικών. Η ανάλυση διενεργήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS version 25, και όλοι οι έλεγχοι εφαρμόστηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=0,05$ . Έγινε έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών μέσω των binomial test και Kolmogorov-Smirnov test ( $pvalue>0,05$ : κανονική κατανομή). Υπολογίσθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία (N, % για τις ποιοτικές μεταβλητές και Median, Standard Deviation-SD για τις ποσοτικές μεταβλητές) και

αναπτύχθηκαν οι σχετικοί πίνακες και τα γραφήματα. Επιπρόσθετα, εφαρμόστηκαν οι έλεγχοι One-Way ANOVA, t-test&Pearson r για τη διερεύνηση στατιστικών διαφορών και συσχετίσεων.

Όπως βρέθηκε, η ηλικιακή ομάδα 21-40 έχει το μεγαλύτερο ποσοστό για τα ΤΕΠ Σάμου και Ρόδου, ακολουθούμενη από την ηλικιακή ομάδα 41-60. Στη νήσο Σάμο οι περισσότερες καταστάσεις που οδηγούν στην αναζήτηση επείγουσας ιατρικής προκύπτουν εντός της οικείας, ενώ στη νήσο Ρόδο οι καταστάσεις αυτές προκύπτουν σε εξωτερικό χώρο για τους άνδρες και εντός της οικείας για τις γυναίκες. Στην νήσο Ρόδο, η κυριότερη αιτία πρόκλησης ατυχημάτων για τους άνδρες είναι η οδήγηση και για τις γυναίκες η πτώση από διάφορα ύψη, ενώ στη νήσο Σάμο, οι αιτίες διαφέρουν με τα δύο φύλα να κινδυνεύουν περισσότερο από ατυχήματα λόγω πτώσης από διάφορα ύψη.

Και για τα δύο νησιά και για τα δύο φύλα, το μεγαλύτερο μέρος της προσκομιδής στα ΤΕΠ λαμβάνει χώρα με τρόπο περιπατητικό. Αφενός, στη νήσο Σάμο η περισσότερο συχνή πιθανή διάγνωση των ανδρών είναι τα κατάγματα και οι κακώσεις άκρων ενώ η περισσότερο συχνή πιθανή διάγνωση των γυναικών είναι τα ορθοπεδικά. Αφετέρου και στη νήσο Ρόδο η περισσότερο συχνή πιθανή διάγνωση και για τα δύο φύλα είναι τα κατάγματα και οι κακώσεις άκρων. Στα ΤΕΠ Σάμου δεν λαμβάνονται μετρήσεις ζωτικών σημείων στο μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών αλλά και των γυναικών, αντίθετα από τα ΤΕΠ Ρόδου που όπως φαίνεται λαμβάνονται, αξιολογούνται και καταγράφονται αρκετά συχνά οι μετρήσεις ζωτικών σημείων. Στα ΤΕΠ Σάμου, στο μεγαλύτερο ποσοστό αντρών και γυναικών δεν διενεργούνται εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ αντίθετα στα ΤΕΠ Ρόδου στη συντριπτική πλειοψηφία τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών σχεδόν πάντα διενεργούνται. Στα ΤΕΠ των νήσων Σάμου και Ρόδου η πλειοψηφία των ασθενών λαμβάνει εξιτήριο, ενώ πολύ μικρά ποσοστά των προσερχόμενων στα ΤΕΠ παραπέμπονται σε άλλες κλινικές, με μεγαλύτερη συχνότητα εκείνη της παθολογικής. Παρατηρήθηκε στατιστική σημαντικότητα των μέσων τιμών των ηλικιών των προσερχόμενων στο χειρουργικό και το παθολογικό τμήμα όπως επίσης και το χειρουργικό και ορθοπεδικό τμήμα των ΤΕΠ της Σάμου. Αντίστοιχα, για τα ΤΕΠ Ρόδου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών των προσερχόμενων στο χειρουργικό και το παθολογικό τμήμα και στο παθολογικό και το ορθοπεδικό τμήμα.

Επί της στατιστικής σύγκρισης μεταξύ των ΤΕΠ Σάμου και των ΤΕΠ Ρόδου, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων ηλικιών προσκομιδής μόνο στο ορθοπεδικό τμήμα.

Λέξεις Κλειδιά: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, καταγραφή περιστατικών, συχνότητα, διαλογή, οργάνωση.





## ABSTRACT

Emergency medicine is a globally recognized and regulated specialty in at least 54 countries. It is a federation comprising 24 European National Emergency Medicine Societies and representing more than 16,000 in Europe (police statement). In Greece, in recent years there has been a collective effort to upgrade the ICUs both in terms of nursing education in matters of sorting (triage) and in equipment and facilities, however its consolidation and constructive transformation remains an urgent need.

The purpose of this research study is to disclosure and determine the quantitative and qualitative characteristics of cases managed by emergency departments, the frequency of these incidents and their emergency assessment in the emergency department of the islands of Rhodes and Samos during the first semester of 2018.

The sample of the study was composed of recorded cases of patients who proceed to the ICU during the first semester of 2018 (specifically from January 1, 2018 to June 30, 2018), of the general hospitals of Samos and Rhodes. The source of the collection was the Patient Registry Books of the respective Emergency Departments of the two hospitals. All data were entered in a special logging form and in a Microsoft Excel database. Factors of patient transition to urgency, type of symptoms at admission, age categories of patients, possible diagnosis and clinical management of cases were assessed. The analysis was performed using the statistical package IBM SPSSversion 25, and all tests were performed at the level of statistical significance  $\alpha = 0.05$ . The regularity of the variables was checked through the binomial test and the Kolmogorov-Smirnov test (pvalue> 0.05: normal distribution). The descriptive data (N,% for the qualitative variables and Median, Standard Deviation-SD for the quantitative variables) were calculated and the relevant tables and graphs were developed. In addition, the One-Way ANOVA, t-test & Pearson r tests were applied to investigate statistical differences and correlations.

As it was found, the age group 21-40 has the highest percentage for the Samos and Rhodes ICUs, followed by the age group 41-60. On the island of Samos most

situations that lead to the search for emergency medicine occur within home, while on the island of Rhodes these situations occur outdoors for men and within home for women. On the island of Rhodes, the main cause of accidents for men is driving and for women falling from different heights, while on the island of Samos, the causes differ with the two sexes at greater risk of accidents due to falling from different heights. For both islands and for both sexes, most of the delivery takes place in an walking manner. On the island of Samos the most common possible diagnosis of men are fractures and limb injuries while the most common possible diagnosis of women is orthopedics and on the island of Rhodes the most common possible diagnosis for both sexes are fractures and limb injuries. In the Samos ICU, vital point measurements are not taken in the majority of men but also women, unlike the Rhodes ICU, which apparently receives, evaluates and records vital point measurements quite often. In the Samos ICU, the largest percentage of men and women do not have laboratory tests, while in contrast to the Rhodes ICU, the vast majority of both men and women are almost always performed. In the ICUs of the islands of Samos and Rhodes, most patients are discharged, while very small percentages of those coming to the ICU are referred to other clinics, with a higher frequency for the pathological clinic. Statistical significance of the mean values of the ages of those coming to the surgical and pathological department and the surgical and orthopedic department of the ICU of Samos was observed. Respectively, for the Rhodes ICUs, a statistically significant difference was observed in the mean values of the ages of those coming to the surgical and pathological department and to the pathological and orthopedic department. On the statistical comparison between the ICUs of Samos and the ICUs of Rhodes, a statistically significant difference of the mean ages of production was observed only in the orthopedic department.

Keywords: Emergency Department, incident logging, frequency, sorting, organization.

## **A) ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Με βάση την διεθνή βιβλιογραφία η επείγουσα ιατρική είναι μια *«ιατρική ειδικότητα η οποία βασίζεται στις γνώσεις και τις δεξιότητες οι οποίες απαιτούνται για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη διαχείριση των οξέων και επειγόντων πτυχών της ασθενείας και του τραύματος, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, οι οποίες εκδηλώνονται με ένα αδιαφοροποίητο και πλήρες φάσμα σωματικών παθήσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς»* (Ευρωπαϊκός οδηγός σπουδών για την επείγουσα ιατρική, EuSEM/2008). Στον παραπάνω ορισμό, Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία για την Επείγουσα Ιατρική (EuSEM) προσθέτει ορισμένα συγκεκριμένα στοιχεία που σχετίζονται με την Ευρώπη: *«... η επείγουσα ιατρική είναι μια ειδικότητα στην οποία ο χρόνος είναι κρίσιμος. Η πρακτική της επείγουσας ιατρικής περιλαμβάνει την προ-νοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή ιεράρχηση, ανάνηψη, αρχική αξιολόγηση και διαχείριση αδιαφοροποίητων επειγουσών και έκτακτων περιπτώσεων έως την ολοκλήρωση της νοσηλείας ή τη μεταφορά στη φροντίδα άλλου ιατρού ή επαγγελματία υγείας»* (European Society for Emergency Medicine EU-SEM, 2013).

Μια ιατρική υπηρεσία έκτακτης ανάγκης (Emergency Medical Service-EMS) μπορεί να οριστεί ως *«ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής οργάνωσης του προσωπικού, των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού για την αποτελεσματική, συντονισμένη και έγκαιρη παροχή υπηρεσιών υγείας και ασφάλειας σε θύματα ξαφνικής ασθένειας ή τραυματισμού»*(Moore, 1999).

Οι υψηλής ποιότητας υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής, ως σημαντικός παράγοντας οποιουδήποτε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα φροντίδας υγείας που χαρακτηρίζεται από εξειδικευμένες ιατρικές εγκαταστάσεις σε προ-νοσοκομειακό και νοσοκομειακό επίπεδο. Πρέπει να οργανώνονται με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να περιλαμβάνουν όλες τις απαραίτητες υπηρεσίες –μεταξύ των οποίων η ακριβής αρχική εκτίμηση, η άμεση ανάνηψη, η επαρκής και αποτελεσματική ιατρική διαχείριση και η μεταφορά επειγουσών περιπτώσεων στην οριστική περίθαλψη (Al-Shaqsi, 2010). Ο στόχος των υπηρεσιών

επείγουσας ιατρικής επικεντρώνεται στην παροχή έγκαιρης φροντίδας στα θύματα ξαφνικών και απειλητικών για τη ζωή τραυματισμών ή καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, προκειμένου να αποφευχθεί η θνησιμότητα ή/και η μακροχρόνια νοσηρότητα. Η λειτουργία της επείγουσας ιατρικής μπορεί να απλοποιηθεί σε τέσσερα κύρια συστατικά μεταξύ των οποίων η πρόσβαση σε επείγουσα περίθαλψη, η παροχή υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα, η φροντίδα καθ' οδόν και η φροντίδα κατά την άφιξη με στόχο την περίθαλψη στο κέντρο υγειονομικής περίθαλψης (Razzak& Kellermann, 2002).

Πριν από τη δεκαετία του 1970, δεν υπήρχε κανένα κυρίαρχο πρότυπο για τη φροντίδα των οξέων ασθενών και τραυματιών. Μερικοί ασθενείς με οξέα προβλήματα λάμβαναν φροντίδα στα ιδιωτικά ιατρεία, ενώ κάποιοι λάμβαναν φροντίδα σε αίθουσες έκτακτης ανάγκης, οι οποίες ήταν ποικίλα στελεχωμένες. Σε ορισμένες χώρες, όπου οι γιατροί κυκλοφορούσαν εντός κι εκτός του τμήματος επείγουσας ιατρικής, οι νοσηλευτές ήταν περισσότερο πιθανό να θεωρούν τους εαυτούς τους ειδικούς επείγουσας φροντίδας υγείας σε σύγκριση με τους ιατρούς (Totten & Bellou, 2013). Από τη δεκαετία του 1970, η επείγουσα ιατρική έχει καθιερωθεί παγκοσμίως ως μια μοναδική και ανεξάρτητη ιατρική ειδικότητα, προσδιοριζόμενη από δύο σημαντικά μοντέλα παροχής επείγουσας φροντίδας: το αγγλοαμερικανικό και το γαλλο-γερμανικό μοντέλο. Οι περισσότερες χώρες που αναπτύσσουν νέα συστήματα επείγουσας φροντίδας ακολουθούν το αγγλοαμερικανικό μοντέλο και ανακεφαλαιώνουν τη σειρά των βημάτων που έχουν ληφθεί για τη δημιουργία των συστημάτων επείγουσας ιατρικής στις Ηνωμένες Πολιτείες (Arnold, 1999).

Οι βασικές διαφορές μεταξύ του αγγλοαμερικανικού και του γαλλογερμανικού μοντέλου είναι ότι στο πρώτο, οι ασθενείς μεταφέρονται στον γιατρό, ενώ στο δεύτερο, ο γιατρός μεταφέρεται στον ασθενή (Dick, 2003). Το γαλλο-γερμανικό μοντέλο παράδοσης επείγουσας ιατρικής φροντίδας υγείας βασίζεται στη φιλοσοφία «παραμονή και σταθεροποίηση», με βασικό κίνητρο την προσκόμιση του νοσοκομείου στους ασθενείς. Διευθύνεται συνήθως από γιατρούς με εκτεταμένο πεδίο πρακτικής που χρησιμοποιούν αρκετά προηγμένα τεχνολογία. Αυτή η φιλοσοφία εφαρμόζεται ευρέως στην Ευρώπη στην οποία η ιατρική έκτακτης ανάγκης είναι σχετικά νέος τομέας. Επομένως, στην Ευρώπη, η φροντίδα έκτακτης

ανάγκης πριν από το νοσοκομείο παρέχεται σχεδόν πάντα από ιατρούς έκτακτης ανάγκης. Οι γιατροί έκτακτης ανάγκης που σπεύδουν στο πεδίο έχουν την δικαιοδοσία να εφαρμόζουν πολύπλοκη κλινική κρίση και να θεραπεύουν ασθενείς στο σπίτι τους ή στο πεδίο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα περισσότεροι ασθενείς να υποβάλλονται σε θεραπεία στον τόπο του συμβάντος και λιγότεροι να μεταφέρονται σε νοσοκομεία. Οι πολύ λίγοι μεταφερόμενοι ασθενείς συνήθως εισάγονται απευθείας στους θαλάμους του νοσοκομείου από τον θεράποντα ιατρό έκτακτης ανάγκης παρακάμπτοντας το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Αρκετές χώρες μεταξύ των οποίων η Γερμανία, η Γαλλία, η Μάλτα, η Αυστρία αλλά και η Ελλάδα διαθέτουν καλά ανεπτυγμένα γαλλο-γερμανικά συστήματα επείγουσας ιατρικής φροντίδας (Al-Shaqsi, 2010).

Από την άλλη μεριά, το αγγλο-αμερικανικό μοντέλο βασίζεται στη φιλοσοφία «περισυλλογή και εγρήγορση». Ο στόχος αυτού του μοντέλου είναι η γρήγορη διακομιδή των ασθενών στο νοσοκομείο με τις λιγότερες δυνατές παρεμβάσεις πριν από αυτήν. Συνδέεται ευθέως με υπηρεσίες δημόσιας ασφάλειας, όπως η αστυνομία ή οι πυροσβεστικές υπηρεσίες και λιγότερο με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και τα νοσοκομεία. Το εκπαιδευμένο παραϊατρικό και ιατρικό προσωπικό επείγουσας ιατρικής διαχειρίζεται το σύστημα μέσω κλινικής επίβλεψης. Για τις χώρες που ακολουθούν αυτό το μοντέλο, μεταξύ των οποίων οι Ηνωμένες Πολιτείες, ο Καναδάς, η Νέα Ζηλανδία και η Αυστραλία, η επείγουσα ιατρική είναι καλά αναπτυγμένη και γενικά αναγνωρίζεται ως ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα. Ωστόσο, σημειώνεται ότι αυτές οι κατηγορικές διακρίσεις ήταν εμφανείς κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 μέχρι και το τέλος του 20ού αιώνα. Σήμερα, τα περισσότερα συστήματα EMS σε όλο τον κόσμο έχουν ποικίλες συνθέσεις από κάθε μοντέλο (Al-Shaqsi, 2010).

Η επείγουσα περίθαλψη ξεκινά με την ενεργοποίηση του συστήματος. Παρόλο που το Ηνωμένο Βασίλειο διατηρούσε έναν καθολικό αριθμό πρόσβασης έκτακτης ανάγκης (9-9-9), για περισσότερα από 70 χρόνια, τόσο το 1991 όσο και το 2002, το άρθρο 26 της οδηγίας για την καθολική υπηρεσία όρισε το 1-1-2 ως ενιαίο ευρωπαϊκό αριθμό έκτακτης ανάγκης. Ανάλογα με τη χώρα, οι κλήσεις στο 1-1-2 μπορούν να ανακατευθύνονται στην αστυνομία, την πυροσβεστική υπηρεσία ή τις ιατρικές υπηρεσίες (Totten&Bellou, 2013).

Στην Ελλάδα, οι ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης διευθύνονται από το Εθνικό Κέντρο Επείγουσας Φροντίδας (EKAB). Το ελληνικό σύστημα υγείας, το οποίο είναι προσανατολισμένο στη θεραπεία, εφαρμόζει το αγγλοαμερικανικό μοντέλο επείγουσας ιατρικής. Αξίζει ν' αναφερθεί ότι πριν από το 1985, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και οι Σαμαρείτες ήταν υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών υγείας, διαφορετικά η ιατρική περίθαλψη παρεχόταν ιδιωτικά. Η δημιουργία του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (ΕΣΥ, NHS) το 1983 αποτέλεσε ορόσημο για τη δημιουργία ενός ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το 1915, οι ελληνικές υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής ξεκίνησαν με τη δημιουργία του σταθμού πρώτων βοηθειών, που χρηματοδοτήθηκε από το θεραπευτήριο «Σωτηρία» που τότε υφίστατο ως μη κερδοσκοπικός οργανισμός. Από το 1932 έως το 1988, οι Σαμαρείτες ίδρυσαν αρκετούς σταθμούς έκτακτης ανάγκης στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και την Πάτρα και τους εξόπλισαν με λίγα ασθενοφόρα. Το 1965, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη επεκτάθηκε σε τέσσερις μεγάλους σταθμούς στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη και την Πάτρα, υπό την ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) και τον εξοπλισμό των σταθμών με τέσσερα επιπλέον ασθενοφόρα. Το 1987, οι δύο προηγούμενοι πάροχοι επείγουσας ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα (ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και το ΙΚΑ) συγχωνεύθηκαν για την δημιουργία του Ελληνικού Κέντρου Επείγουσας Φροντίδας (EKAB). Αυτή η διαδικασία καθιέρωσε επίσης το 166 ως τον εθνικό αριθμό έκτακτης ανάγκης. Έκτοτε, οι ελληνικές υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής τελούν υπό την αποκλειστική διαχείριση του EKAB, το οποίο χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από την κυβέρνηση (Paraspyrou et al., 2004). Το EKAB μέχρι και σήμερα είναι υπεύθυνο για την παροχή πρώτων βοηθειών και ιατρικής περίθαλψης έκτακτης ανάγκης σε όλους τους πολίτες, καθώς και για τη μεταφορά τους σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, δωρεάν κατά τη στιγμή του συμβάντος. Επιπρόσθετα, είναι επιφορτισμένο με την εκπαίδευση των ιατρών, νοσηλευτών και του λοιπού προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις πτυχές της ιατρικής έκτακτης ανάγκης και της υγειονομικής περίθαλψης. Το κέντρο εξυπηρέτησης βρίσκεται στην Αθήνα, με 11 περιφερειακούς σταθμούς σε μεγάλες πόλεις και υποσταθμούς σε μικρότερες πόλεις, εξυπηρετώντας περίπου 600.000 ασθενείς ετησίως (Economou et al., 2017).

Έτσι λοιπόν, η επείγουσα ιατρική περίθαλψη παρέχεται δωρεάν μέσω των τμημάτων επειγόντων περιστατικών των δημόσιων νοσοκομείων και των εγκαταστάσεων του ΕΚΑΒ (Papaspργου et al., 2004). Ένα άτομο με απειλητικό για τη ζωή πρόβλημα υγείας μπορεί να επιλέξει είτε να μεταβεί απευθείας σε κάποιο τμήμα επείγοντος περιστατικού ενός δημόσιου νοσοκομείου είτε να καλέσει το ΕΚΑΒ για άμεση διακομιδή (Economou et al., 2017). Αυτή η συνθήκη καθιστά το Κέντρο Διοίκησης και Συντονισμού του ΕΚΑΒ το πρώτο σημείο επαφής για την επείγουσα περίθαλψη των Ελλήνων ασθενών. Αρχικά, όλες οι εισερχόμενες κλήσεις για επείγουσα ιατρική βοήθεια που προέρχονται είτε από τον εθνικό (166) είτε από τον ενιαίο ευρωπαϊκό αριθμό έκτακτης ανάγκης (112) ιεραρχούνται ανάλογα με τη σοβαρότητά τους (βάσει των πρωτοκόλλων διανομής ιατρικών περιστατικών). Εν συνεχεία, επιλέγεται και δρομολογείται η καταλληλότερη απόκριση, καθοδηγώντας τα πληρώματα των ασθενοφόρων για την παροχή εξειδικευμένης υποστήριξης ζωής σε πλήρη συντονισμό με τα τμήματα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου, τα οποία μετά την έλευση του ασθενή παρέχουν επείγουσα περίθαλψη. Η στενή συνεργασία των τμημάτων αυτών με το κέντρο αποστολής του ΕΚΑΒ οδηγεί στην διαχείριση περίπου 5 εκατομμυρίων επισκέψεων ετησίως, εκ των οποίων το 80% είναι ασθενείς που πηγαίνουν απευθείας σε τμήματα έκτακτης ανάγκης, το 10% είναι ασθενείς που παραπέμπονται από γιατρό και το 10% είναι ασθενείς που μεταφέρονται από το ΕΚΑΒ (Economou et al., 2017).

Τα καταγεγραμμένα περιστατικά εξετασθέντων στα ΤΕΠ της χώρας (βλ. δεδομένα Υ.Υ.Κ.Α) τα οποία μόνο για την 1η ΥΠΕ ξεπερνούν το ένα εκατομμύριο ετησίως, αναδεικνύουν την σημαντικότητα των τμημάτων αυτών και κυρίως της εύρυθμης λειτουργίας τους.

Το πιο σημαντικό βήμα στην ανάπτυξη της ιατρικής έκτακτης ανάγκης σε άλλες χώρες είναι η αναγνώριση ότι η ιατρική έκτακτης ανάγκης ενσωματώνει ένα μοναδικό σώμα γνώσεων που απαιτεί εξειδικευμένους ιατρούς ή γιατρούς έκτακτης ανάγκης. Ένα παγκόσμιο δίκτυο διεθνούς ιατρικής έκτακτης ανάγκης βοηθά στην ανάπτυξη ιατρικής έκτακτης ανάγκης παγκοσμίως και περιλαμβάνει πλέον διεθνείς οργανισμούς, ακαδημαϊκά ιδρύματα, και άτομα σε χώρες όπου η ιατρική έκτακτης ανάγκης είναι ώριμη και τα αντίστοιχα άτομα σε χώρες όπου αναπτύσσεται ιατρική έκτακτης ανάγκης. Η πολυεπίπεδη ανταλλαγή πληροφοριών μέσω διαφόρων τρόπων,



όπως διεθνή συνέδρια, προγράμματα ανταλλαγής ιατρών και έντυπα ή ηλεκτρονικά μέσα, διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην αναζήτηση διεθνώς εφαρμοσμένων συστημάτων περίθαλψης έκτακτης ανάγκης (Arnold, 1999).

Σύμφωνα με την διακήρυξη της ευρωπαϊκής εταιρίας για την επείγουσα ιατρική, βασικός στόχος των τμημάτων είναι αφενός η τυποποίηση και βελτίωση της ποιότητας της επείγουσας ιατρικής φροντίδας και αφετέρου η μείωση της θνητότητας, της νοσηρότητας, της αναπηρίας και της δυσπραγίας (EJEM 1998 5: p 7-9). Μερικά από τα ποιοτικά μέτρα και δείκτες που χρησιμοποιούνται στην ιατρική έκτακτης ανάγκης ακολουθούν μια ασθενο-κεντρική προσέγγιση. Η ποιότητα των υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας κρίνεται καλύτερα από την ικανότητά τους να ικανοποιούν ή να ξεπερνούν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών που εν τω προκειμένω είναι οι ασθενείς σε άμεσο κίνδυνο της υγείας, της ευημερίας ή της ίδιας τους της ζωής. Συνοψίζεται ως « το επίπεδο φροντίδας υγείας που οι επαγγελματίες υγείας που θα προσδοκούσαν να λάβουν εάν αρρώσταιναν οι ίδιοι». Τα μέτρα ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να περιλαμβάνουν οποιοδήποτε στοιχείο περιγράφει μια πτυχή της ιατρικής περίθαλψης που έχει σημασία για έναν ή περισσότερους ασθενείς, μέλη της οικογένειάς τους, ιατρούς και συμβούλους υγείας, διοικητικούς υπαλλήλους, προμηθευτές αλλά και επενδυτές. Ορισμένες από τις ανάγκες και τις προτεραιότητες όλων των προαναφερόμενων ευθυγραμμίζονται, ενώ άλλες αντιπαρατίθενται. Για παράδειγμα, η μείωση του χρόνου αναμονής και της διάρκειας της νοσηλείας αποτελεί σημαντική ανησυχία για τους ασθενείς, τα μέλη της οικογένειας και τη διοίκηση του νοσοκομείου, αλλά έχει λιγότερη σημασία για τους προμηθευτές. Αντίθετα, η μείωση της αλόγιστης χρήσης διαγνωστικών εξετάσεων και δαπανηρών φαρμάκων έχει βασική σημασία για τους επενδυτές και τους προμηθευτές, αλλά λιγότερο άμεσο αντίκτυπο στους ασθενείς. Εν γένει, όλοι οι συμβαλλόμενοι επωφελούνται όταν οι ασθενείς λαμβάνουν ολοκληρωμένα και προσεκτική ιατρική διαχείριση με βάση τα καλύτερα διαθέσιμα δημοσιευμένα στοιχεία (Graff et al., 2002).

Όπως διαφαίνεται, η ποιότητα και η ασφάλεια της περίθαλψης έκτακτης ανάγκης είναι ζωτικής σημασίας. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν την επείγουσα ιατρική ως δίκτυ ασφαλείας και βασίζονται σ' αυτήν για προσβάσιμη, έγκαιρη και υψηλής ποιότητας φροντίδα. Μοιραία, όταν η ζήτηση αυξάνεται, δημιουργεί προκλήσεις και

άμεσες ελλείψεις τόσο οικονομικών όσο και ανθρώπινων πόρων. Ωστόσο, όταν η επείγουσα ιατρική φροντίδα σε τοπικό ή μη επίπεδο είναι καλά εδραιωμένη, αυτό αναγνωρίζεται μέσω της εφαρμογής προτύπων ποιότητας και συνεχούς εκπαίδευσης του προσωπικού για την στοχο-κατευθυνόμενη ασφάλεια των ασθενών. Σε κοινωνίες ή χώρες όπου η επείγουσα ιατρική βρίσκεται σε αναπτυσσόμενο στάδιο, υπάρχουν τεράστιες πιέσεις συστήματος και ασθενών, απαιτώντας έτσι τη διαθεσιμότητα τροποποιούμενων προτύπων κατάλληλων για το ισχύον πλαίσιο (Hansen et al., 2020).

Σύμφωνα με την εκτενέστατη μελέτη των Economou et al. (2017) παρόλο που οι Ολυμπιακοί Αγώνες των Αθηνών το 2004 ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που συνέβαλε στον εκσυγχρονισμό του ΕΚΑΒ, η μακρόχρονη και επαχθής οικονομική ύφεση σε συνδυασμό με τα μέτρα οικονομικής λιτότητας που εφαρμόστηκαν μετά το 2010 είχαν αρνητικό αντίκτυπο στην επάρκεια και την ποιότητα των υπηρεσιών του. Μεταξύ άλλων, οι οριζόντιες περικοπές στις δαπάνες υγείας, η αναβολή ανανέωσης συμβάσεων ορισμένου χρόνου για το επικουρικό προσωπικό και η μείωση της αντικατάστασης του συνταξιοδοτημένου ανθρώπινου δυναμικού που στελέχωνε τις μονάδες των νοσοκομείων είχαν ως αποτέλεσμα την δημιουργία σοβαρών ελλείψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Έτσι λοιπόν, τα τελευταία χρόνια η ορθή λειτουργία των τμημάτων έκτακτης ανάγκης εμποδίζεται από διάφορους παράγοντες. Πρώτον, η επείγουσα ιατρική δεν έχει ακόμη θεσμοθετηθεί ως ειδικότητα στην Ελλάδα. Δεύτερον, η απουσία φύλαξης οδηγεί σε μεγάλο αριθμό περιττών επισκέψεων σε αυτά τα τμήματα, αυξάνοντας τον φόρτο εργασίας τους. Τρίτον, οι περικοπές του προϋπολογισμού είχαν ως αποτέλεσμα την υποστελέχωση του τομέα(ορθής) διακομιδής ασθενών (Economou et al., 2017).

Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την εγγενή φύση της επείγουσας ιατρικής που είναι στενά συνυφασμένη με την δημιουργία λανθασμένων κρίσεων, πρακτικών και διαχείρισης ασθενών σε καθεστώς πίεσης χρόνου μπορούν να οδηγήσουν σε συστημική αποτυχία, διακυβεύοντας χρόνο, χρήμα ακόμη και το υπέρτατο αγαθό της ανθρώπινης ζωής. Ο συνδυασμός της πολυπλοκότητας της περίθαλψης, του υπερπληθυσμού, των περιορισμένων πόρων, των συχνών διακοπών χρηματοδότησης, των πολυάριθμων μεταβιβάσεων, του επειγόντος χαρακτήρα πολλών παρεμβάσεων και των περιορισμένων διαθέσιμων δεδομένων έχει αποδειχθεί

ότι συμβάλλουν σε αυτό το περιβάλλον που είναι επιρρεπές σε σφάλματα (Aaronson et al., 2019).

Η αναφορά περιστατικών έχει προ πολλού αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά τα συστήματα, τα οποία στοχεύουν στη σύλληψη τόσο των αστοχιών όσο και των βλαπτικών για τους ασθενείς συμβαμάτων, επιτρέπουν στους οργανισμούς να συλλέγουν κρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τους τρόπους αποτυχίας και να σχεδιάζουν στρατηγικές μετριασμού για να αποτρέψουν την επανεμφάνιση αυτών των γεγονότων. Για την καθιέρωση αδιαμφισβήτητης χρησιμότητας και αποτελεσματικότητας αυτών των συστημάτων, οι οργανισμοί πρέπει εκτός από την συλλογή των δεδομένων να προβαίνουν και σε διάφορες κατηγοριοποιήσεις ως προς τη συχνότητα, τον τύπο και τους συντελεστές που σχετίζονται με τα συμβάντα (Aaronson et al., 2019). Τα συστήματα αναφοράς περιστατικών (Incident reporting systems) είναι κρίσιμα για την κατανόηση των ανεπιθύμητων ενεργειών, προκειμένου να δημιουργηθούν προληπτικές και διορθωτικές στρατηγικές. Υπάρχουν πολύ λίγα συστήματα αφιερωμένα στην Επείγουσα Ιατρική με δημοσιευμένα αποτελέσματα (Hansen, et al., 2016).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η επείγουσα ιατρική σε παγκόσμιο επίπεδο είναι επίσημα αναγνωρισμένη και νομοθετικά κατοχυρωμένη ειδικότητα σε τουλάχιστον 54 χώρες. Συνιστά μια ομοσπονδία η οποία περιλαμβάνει 24 Ευρωπαϊκές Εθνικές Εταιρίες επείγουσας ιατρικής και εκπροσωπεί περισσότερους από 16.000 στην Ευρώπη (police statement). Σύμφωνα με ιστορικές αναδρομές οι απαρχές των τμημάτων αυτών καταγράφονται στις ΗΠΑ το 1961 από μία ομάδα γενικών ιατρών εργαζόμενοι σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Η εξέλιξη της βρίσκει τον Ελλαδικό χώρο το 2003 με την ίδρυση της 1ης Ελληνικής εταιρίας επείγουσας ιατρικής που μέλλει 6 χρόνια μετά να αριθμήσει 120 μέλη και παράλληλα να οργανωθεί το 1ο ΤΕΠ της Ελλάδας με ανεξάρτητη ιατρική στελέχωση (Π.Αγγελουδάκης, Ν.Σμπυράκης, 2010). Όσο

αναφορά την ισχύουσα νομοθεσία για την οργάνωση, τον τρόπο λειτουργίας και στελέχωσης των τμημάτων επειγόντων περιστατικών της χώρας, το έτος 2012 πρωτοκολλήθηκαν στο φύλλο της κυβερνήσεως σημαντικές υπουργικές αποφάσεις οι οποίες αναδεικνύουν την πολιτική βούληση για αναβάθμιση των τμημάτων(βλ. (ΦΕΚ 874/Β/12 Αριθμ. Πρωτ. Υ4δ/Γ.Π.οικ.22869).

Αν και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών καταγράφουν παγκοσμίως τουλάχιστον 60 χρόνια εμπειρίας, στον ελλαδικό χώρο αριθμούν τουλάχιστον είκοσι χρόνια διαβίωσης στα πλαίσια νομοθετικών μεταρρυθμίσεων. Λογικό επακόλουθο λοιπόν είναι η, κατά καιρούς, δυσλειτουργία τους, η οποία προκύπτει από την ανασκόπηση με το κλάδο αυτό. Καταρχήν, η έλλειψη εκσυγχρονιστικών προσπαθειών και ορθολογικής διαχείρισης προκαλούν έντονα κωλύματα τόσο σε επίπεδο οργάνωσης όσο και σε επίπεδο κόστους. Επιπροσθέτως, η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και παράλληλα αυξημένου αριθμού προσερχομένων ασθενών, δυσχεραίνει την ομαλή και κυρίως αποτελεσματική λειτουργία των τμημάτων. Αν και τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια συλλογική προσπάθεια αναβάθμισης των ΤΕΠ τόσο σε επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε θέματα διαλογής (triage) όσο και στον εξοπλισμό και τις εγκαταστάσεις, παραμένει επιτακτική ανάγκη η συνεχόμενη και επίμονη πολιτική βούληση για εξέλιξη και αναβάθμιση των τμημάτων αυτών.

## ΣΚΟΠΟΣ & ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η αποτύπωση και ο προσδιορισμός των ποσοτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών των περιστατικών που διαχειρίζονται τα τμήματα επειγόντων, η συχνότητα των περιστατικών αυτών όπως και η αξιολόγηση τους εκτάκτως στο τμήμα επειγόντων περιστατικών των νησιών Ρόδου και Σάμου κατά το διάστημα Ιουλίου-Αυγούστου του 2019.

### Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποια είναι η εκτίμηση στοιχείων σχετικά με τις ηλικιακές ομάδες ασθενών που προσήλθαν στα επείγοντα με σκοπό να εξεταστούν.
- Ποια είναι η επιδημιολογία των περιστατικών.
- Ποια θεωρείται ότι είναι η συσχέτιση περιστατικών και άλγους.

- Ποια τυγχάνει να είναι τα κατ'επείγουσα περιστατικά (ασθενείς που έχουν ανάγκη από άμεση ιατρική παρέμβαση)
- Πως εξήχθη ο ασθενής από τα επείγοντα(εισήχθη σαν εσωτερικός ασθενής στο νοσοκομείο, μεταφέρθηκε σε άλλο τμήμα ή έφυγε χωρίς περαιτέρω ιατρική περίθαλψη).

## **B) ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Το δείγμα της μελέτης θα αποτελείται από καταγεγραμμένα περιστατικά ασθενών οι οποίοι προσήλθαν στο ΤΕΠ το χρονικό διάστημα Ιουλίου - Αυγούστου 2019 (συγκεκριμένα από την 29η Ιουλίου 2019 έως και την 13η Αυγούστου 2019), των γενικών νοσοκομείων Σάμου και Ρόδου. Πηγή συλλογής θα αποτελέσουν τα Βιβλία Μητρώων Ασθενών των αντίστοιχων Τμημάτων των επειγόντων των δύο νοσοκομείων. Όλα τα δεδομένα θα καταχωρηθούν σε ειδική φόρμα καταγραφής και σε δεύτερη φάση σε βάση δεδομένων της μορφής Microsoft Excel. Θα εκτιμηθούν παράγοντες που τους οδήγησαν στα επείγοντα, το είδος των συμπτωμάτων κατά την εισαγωγή, σε ποιες κλινικές διακομίσθηκαν τα περιστατικά σύμφωνα με τα ευρήματα της αρχικής αξιολόγησης, ηλικία, φύλο, εθνικότητα και ασφαλιστικός φορέας. Τέλος θα γίνει καταγραφή της ημερομηνίας εισαγωγής όπως και της πιθανής διάγνωσης.

Η ανάλυση θα διενεργηθεί στο στατιστικό λογισμικό IBM SPSS version25, και όλοι οι έλεγχοι θα εφαρμοστούν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=0,05$ . Έγινε έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών μέσω των binomial test και Kolmogorov-Smirnov test ( $pvalue>0,05$ : κανονική κατανομή). Θα υπολογισθούν τα περιγραφικά στοιχεία (N, % για τις ποιοτικές μεταβλητές και Median, Standard Deviation-SD για τις ποσοτικές μεταβλητές) και θα δημιουργηθούν πίνακες και γραφήματα. Επιπρόσθετα, θα εφαρμοστούν οι ακόλουθοι έλεγχοι για τη διερεύνηση στατιστικών διαφορών και συσχετίσεων: One-Way ANOVA, t-test, Pearson r.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

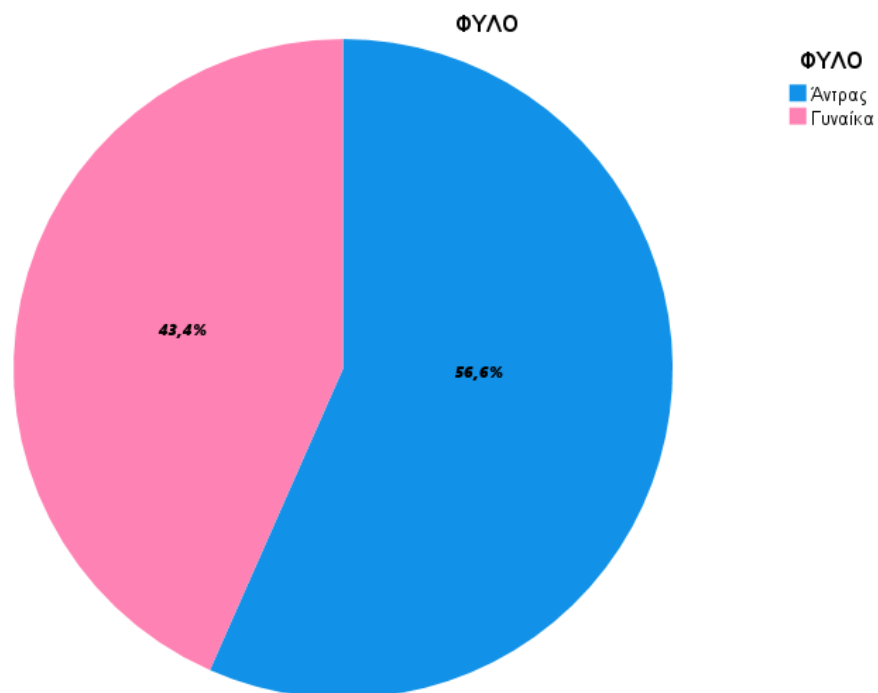
#### 4.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ)

Η παρακάτω μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS version 25. Η μελέτη αφορά δύο νοσοκομεία των νησιών της Σάμου και της Ρόδου. Οι συλλογές παρατηρήσεων πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές περιόδους και τα δείγματα είναι περίπου ίσα.

##### 4.1.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση δεδομένων ΤΕΠ Σάμου

Στο ΤΕΠ Σάμου την περίοδο 29/07/2019 – 13/08/2019 προσήχθησαν 468 περιστατικά από τα οποία οι 265 ήταν άντρες και οι 203 γυναίκες. Δηλαδή, λίγο περισσότεροι είναι άντρες με ποσοστό 56,6% ενώ οι γυναίκες έχουν ποσοστό 43,4%. Αυτό το βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα και γραφικά στην πίττα:

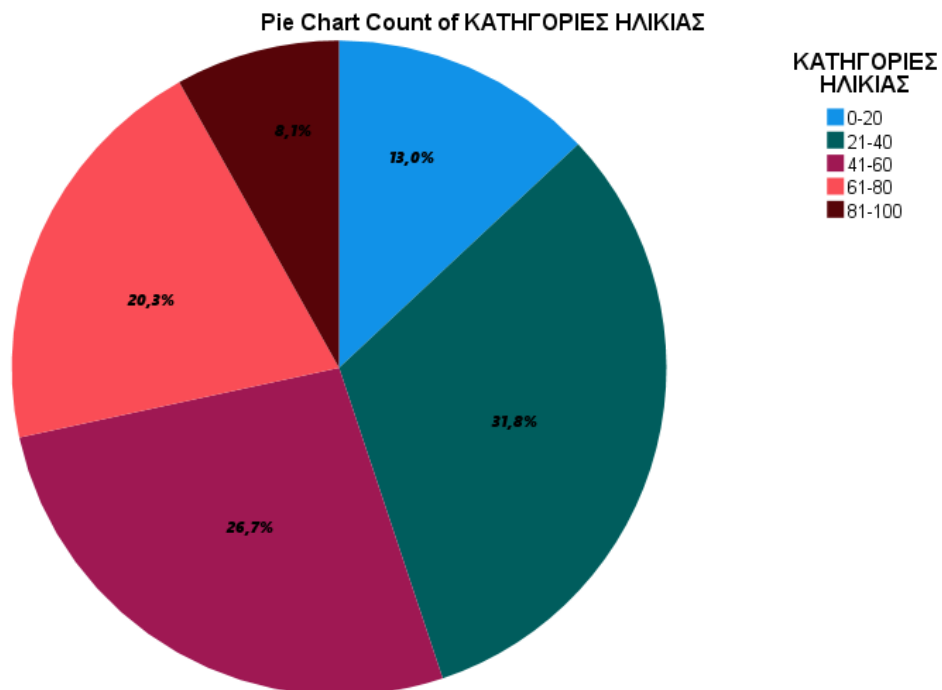
	N	%
Άντρας	265	56,6%
Γυναίκα	203	43,4%



Συνεχίζουμε έχοντας μια εικόνα των κατηγοριών των ηλικιών οι οποίοι προσήχθησαν στο ΤΕΠ Σάμου. Βλέπουμε πως η κατηγορία ηλικίας 21-40 έχει το μεγαλύτερο ποσοστό με 31,8%, ακολουθούν οι κατηγορίες 41-60 με ποσοστό 26,7%, 61-80 με 20,3%, 0-20 με 13% και 81-100 με 8,1%.

#### ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

	N	%
0-20	61	13,0%
21-40	149	31,8%
41-60	125	26,7%
61-80	95	20,3%
81-100	38	8,1%

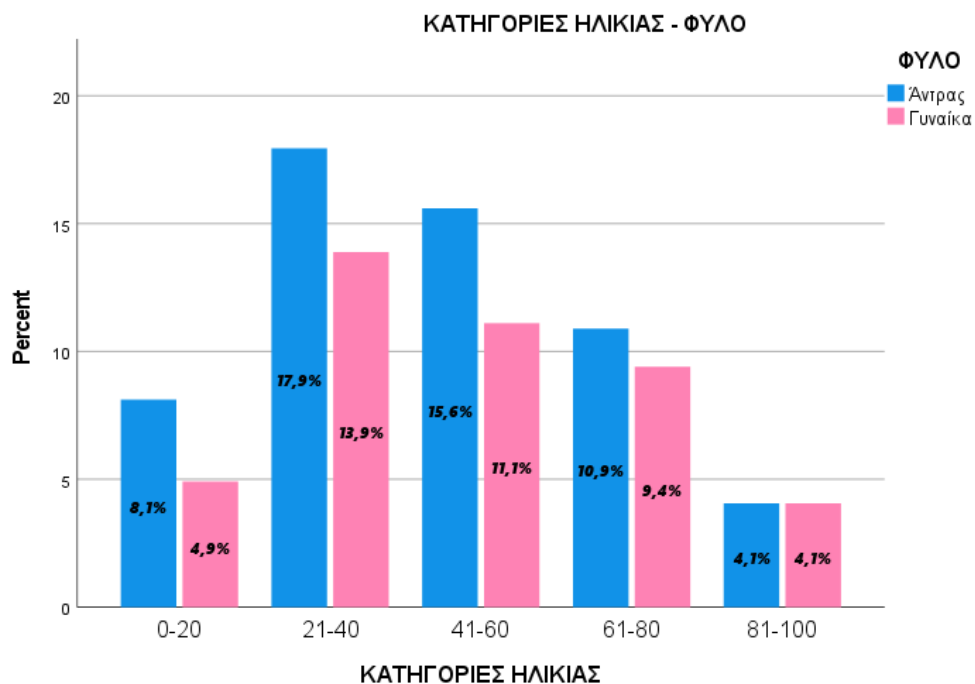


Η ίδια σειρά στις κατηγορίες ηλικίας ακολουθείται ακόμα κι αν εισάγουμε την μεταβλητή του φύλου. Στα δύο φύλα ισχύει πως το μεγαλύτερο ποσοστό είναι στην κατηγορία 21-40 και ακολουθούν οι υπόλοιπες, 41-60, 61-80, 0-20 και 81-100.

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ - ΦΥΛΟ**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	ΦΥΛΟ					
	Άντρας		Γυναίκα		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-20	38	14,3%	23	11,3%	61	13,0%
21-40	84	31,7%	65	32,0%	149	31,8%
41-60	73	27,5%	52	25,6%	125	26,7%
61-80	51	19,2%	44	21,7%	95	20,3%
81-100	19	7,2%	19	9,4%	38	8,1%
Total	265	100,0%	203	100,0%	468	100,0%

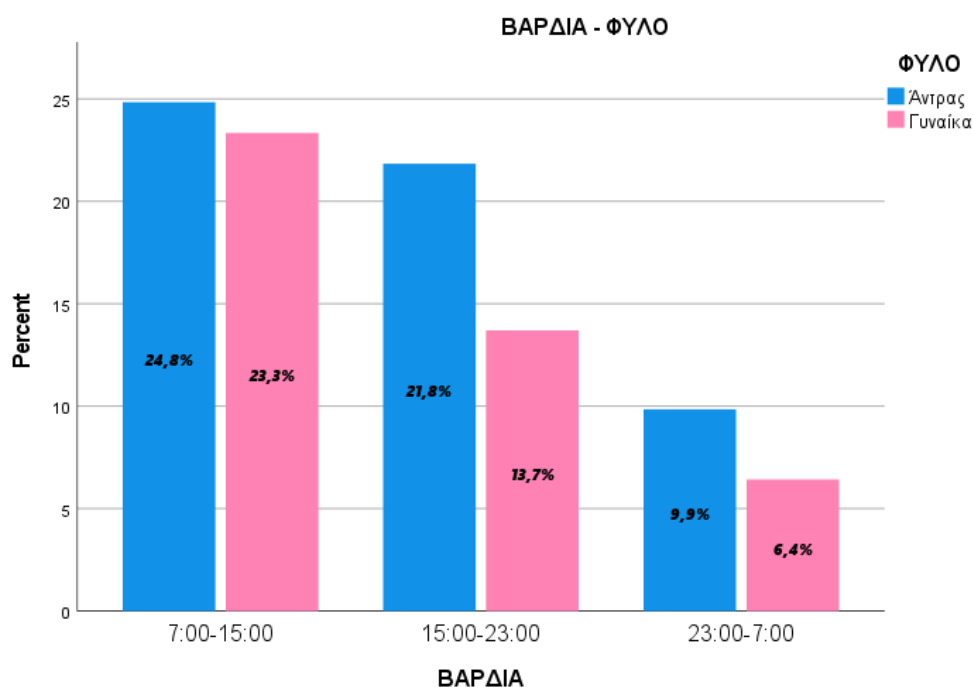




Η πιο πολυσύχναστη βάρδια (στην οποία προσήχθησαν οι περισσότεροι άντρες και οι περισσότερες γυναίκες) είναι η βάρδια 7:00-15:00 με ποσοστό προσαγωγής αντρών 43,9% και γυναικών 53,7%. Αυτό συνεπάγεται ότι τα περισσότερα ατυχήματα συνέβησαν περίπου τις ώρες της πρώτης βάρδιας. Τα λιγότερα περιστατικά που χρήζουν επείγουσας ιατρικής φροντίδας και για τα δύο φύλα φαίνεται να προκαλούνται στην βάρδια 23:00-7:00. Επίσης οι άντρες, έχουν μεγάλο ποσοστό προσαγωγής και στην δεύτερη βάρδια 15:00-23:00 σε αντίθεση με τις γυναίκες.

**ΒΑΡΔΙΑ - ΦΥΛΟ**

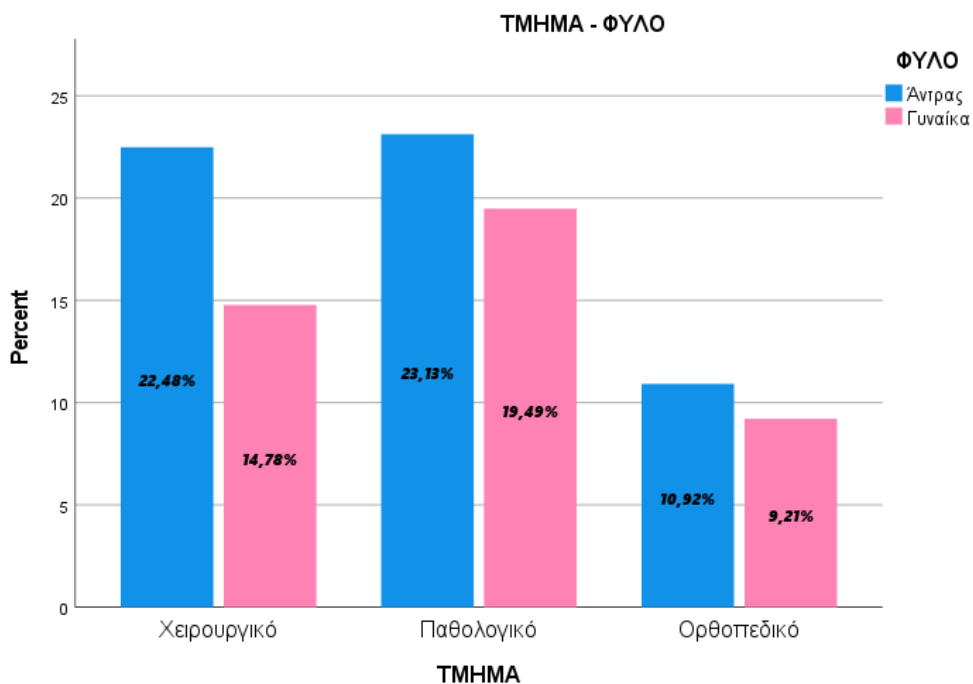
		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα			
		N	%	N	%		
ΒΑΡΔΙΑ	7:00-15:00	116	43,9%	109	53,7%	225	48,2%
	15:00-23:00	102	38,6%	64	31,5%	166	35,5%
	23:00-7:00	46	17,4%	30	14,8%	76	16,3%
Total		264	100,0%	203	100,0%	467	100,0%



Το παθολογικό τμήμα σύμφωνα με τον πίνακα και το ραβδόγραμμα έχει την περισσότερη επισκεψιμότητα από τα δύο φύλα με ποσοστό αντρών 40,9% και γυναικών 44,8%. Εξίσου μεγάλο ποσοστό επισκεψιμότητας στους άντρες έχει το χειρουργικό τμήμα με ποσοστό 39,8% σε αντίθεση με τις γυναίκες με ποσοστό 34%. Την λιγότερη επισκεψιμότητα την έχει το ορθοπεδικό τμήμα με ποσοστό αντρών 19,3% και γυναικών 21,2%.

**ΤΜΗΜΑ - ΦΥΛΟ**

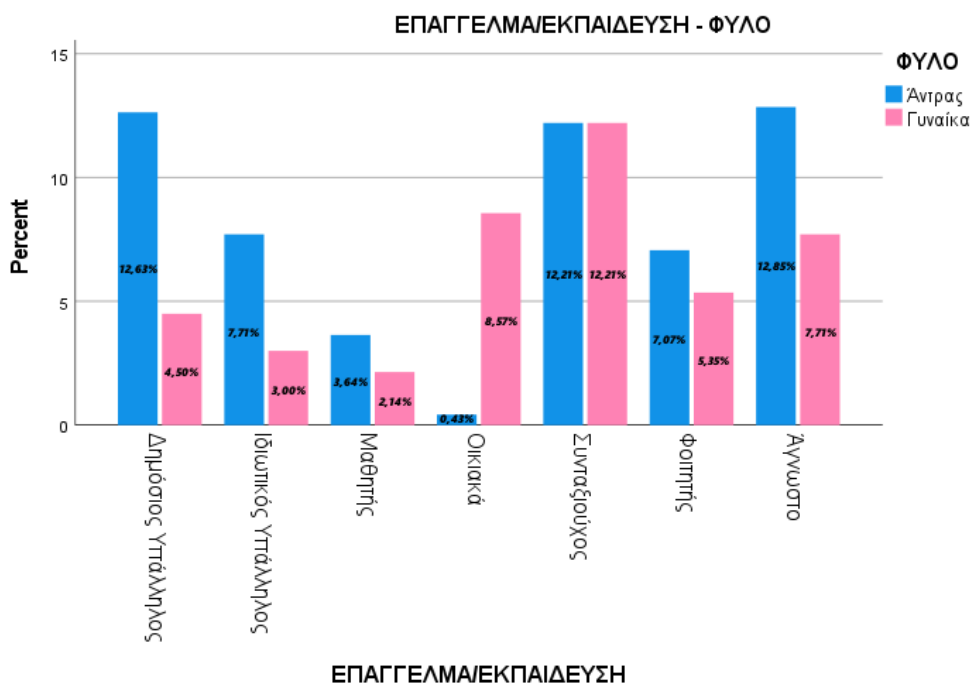
ΤΜΗΜΑ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
Χειρουργικό	105	39,8%	69	34,0%	174	37,3%	
Παθολογικό	108	40,9%	91	44,8%	199	42,6%	
Ορθοπεδικό	51	19,3%	43	21,2%	94	20,1%	
Total	264	100,0%	203	100,0%	467	100,0%	



Παρακάτω, παρατηρούμε πως η επαγγελματική ιδιότητα των αντρών δεν είναι γνωστή σε μεγαλύτερο ποσοστό με 22,7%. Ακολουθούν οι άντρες οι οποίοι είναι δημόσιοι υπάλληλοι με ποσοστό 22,3%, συνταξιούχοι με ποσοστό 21,6%, ιδιωτικοί υπάλληλοι με ποσοστό 13,6%, φοιτητές με ποσοστό 12,5%, μαθητές με ποσοστό 6,4% και άντρες που ασχολούνται με οικιακά με ποσοστό 0,8%. Σε αντίθεση, οι περισσότερες γυναίκες είναι συνταξιούχες με ποσοστό 28,1%, γυναίκες που ασχολούνται με οικιακά με ποσοστό 19,7%, γυναίκες με άγνωστη ιδιότητα με ποσοστό 17,7%, φοιτήτριες με ποσοστό 12,3%, δημόσιες υπάλληλοι με ποσοστό 10,3%, ιδιωτικές υπάλληλοι με ποσοστό 6,9% και μαθήτριες με ποσοστό 4,9%.

### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΦΥΛΟ

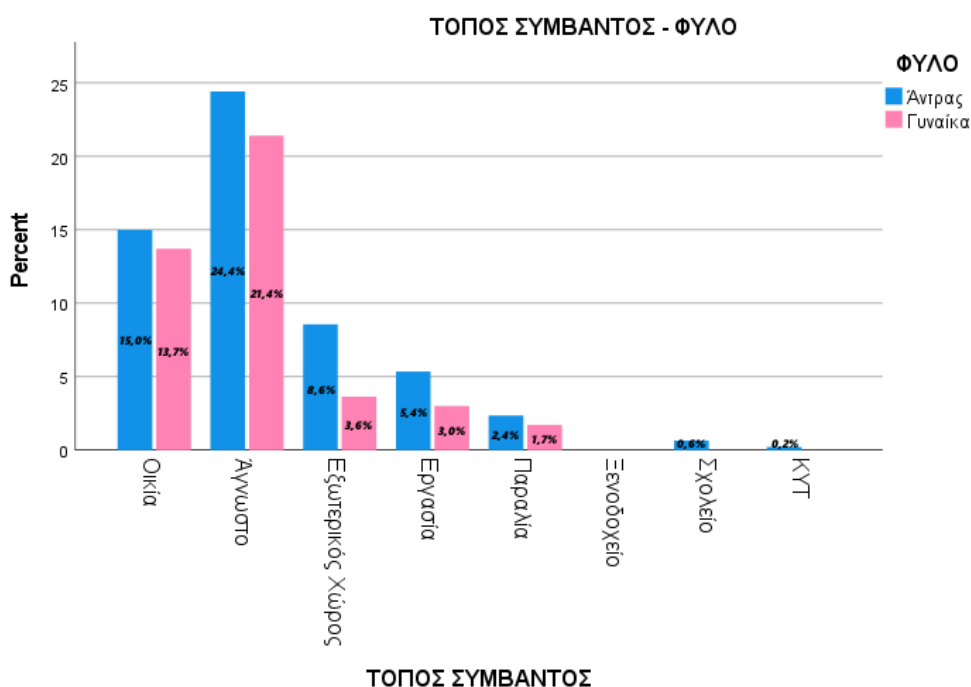
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρες		Γυναίκες			
		N	%	N	%	N	%
H	Δημόσιος Υπάλληλος	59	22,3%	21	10,3%	80	17,1%
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	36	13,6%	14	6,9%	50	10,7%
	Μαθητής	17	6,4%	10	4,9%	27	5,8%
	Οικιακά	2	0,8%	40	19,7%	42	9,0%
	Συνταξιούχος	57	21,6%	57	28,1%	114	24,4%
	Φοιτητής	33	12,5%	25	12,3%	58	12,4%
	Άγνωστο	60	22,7%	36	17,7%	96	20,6%
Total		264	100,0%	203	100,0%	467	100,0%



Όπως παρατηρείται από τα παρακάτω σχήματα, για τα περισσότερα περιστατικά που προσέρχονται στο ΤΕΠ Σάμου δεν είναι γνωστός ο τόπος που συνέβησαν με ποσοστό στους άντρες 43,2% και 49,3% στις γυναίκες. Η αμέσως επόμενη κατηγορία είναι περιστατικά τα οποία συνέβησαν στις οικίες ασθενών με ποσοστά στους άντρες 26,5% και στις γυναίκες 31,5%. Τα ποσοστά μειώνονται ξεκινώντας από τους εξωτερικούς χώρους, την εργασία, την παραλία, το σχολείο και τα Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης(KYT).

### ΤΟΠΟΣ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ - ΦΥΛΟ

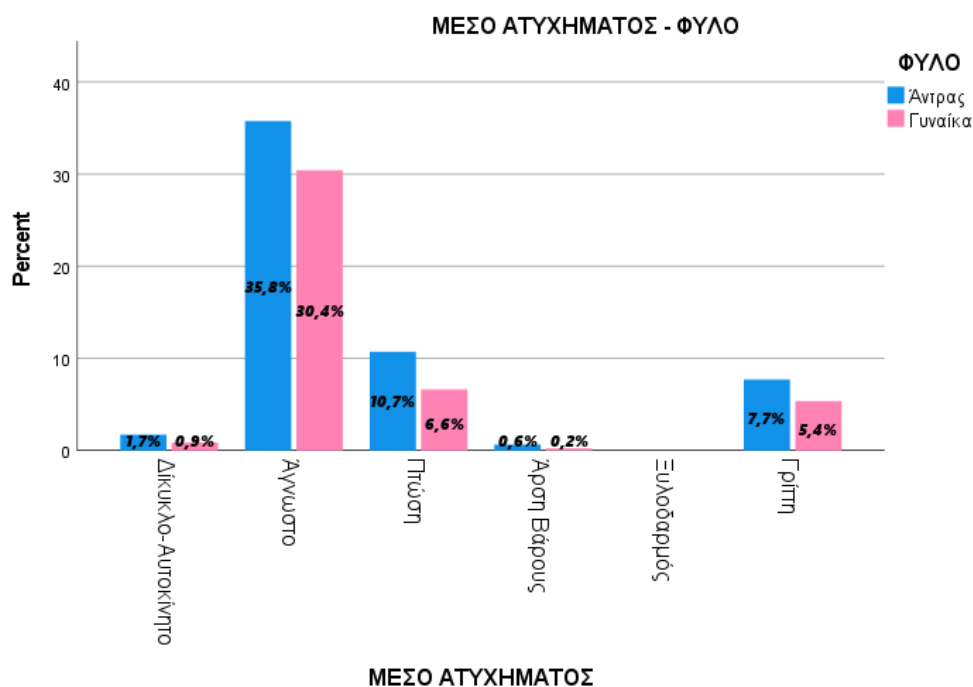
ΤΟΠΟΣ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
Οικία		70	26,5%	64	31,5%	134	28,7%
Άγνωστο		114	43,2%	100	49,3%	214	45,8%
Εξωτερικός Χώρος		40	15,2%	17	8,4%	57	12,2%
Εργασία		25	9,5%	14	6,9%	39	8,4%
Παραλία		11	4,2%	8	3,9%	19	4,1%
Σχολείο		3	1,1%	0	0,0%	3	0,6%
ΚΥΤ		1	0,4%	0	0,0%	1	0,2%
Total		264	100,0%	203	100,0%	467	100,0%



Ο λόγος πρόκλησης ατυχημάτων είναι τις περισσότερες φορές άγνωστος με ποσοστό στους άντρες 63,3% και στις γυναίκες 70% των περιπτώσεων. Ακολουθεί η πρόκληση ατυχημάτων λόγω πτώσης από διάφορα ύψη με ποσοστό στους άντρες 18,9% και στις γυναίκες με ποσοστό 15,3%. Ακολουθεί η πρόκληση ατυχημάτων λόγω γρίπης με ποσοστό στους άντρες 13,6% και στις γυναίκες με ποσοστό 12,3%. Οι προκλήσεις ατυχημάτων από δίκυκλα/αυτοκίνητα και άρσεις βάρους είναι πολύ λίγες.

### ΜΕΣΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ - ΦΥΛΟ

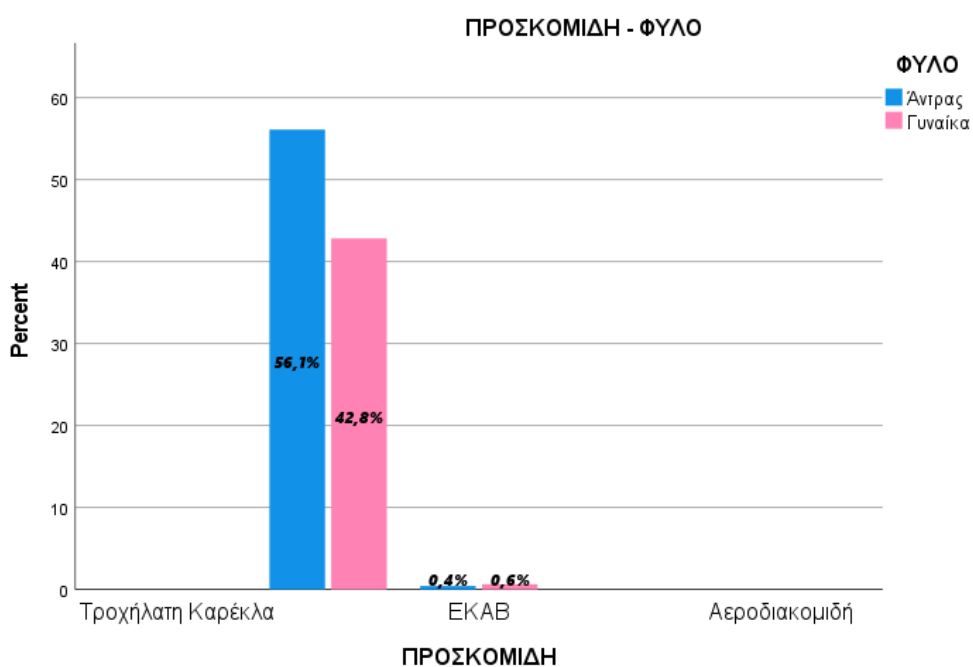
ΜΕΣΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
Δίκυκλο-Αυτοκίνητο		8	3,0%	4	2,0%	12	2,6%
Άγνωστο		167	63,3%	142	70,0%	309	66,2%
Πτώση		50	18,9%	31	15,3%	81	17,3%
Άρση Βάρους		3	1,1%	1	0,5%	4	0,9%
Γρίπη		36	13,6%	25	12,3%	61	13,1%
Total		264	100,0%	203	100,0%	467	100,0%



Η προσκομιδή στο νοσοκομείο έγινε με συντριπτικό ποσοστό περιπατητικά και στα δύο φύλα, με ποσοστά στους άντρες 99,2% και στις γυναίκες 98,5%. Προσκομιδή στο νοσοκομείο με ΕΚΑΒ έγινε μόλις με 0,8% στους άντρες και με 1,5% στις γυναίκες.

## ΠΡΟΣΚΟΜΙΔΗ - ΦΥΛΟ

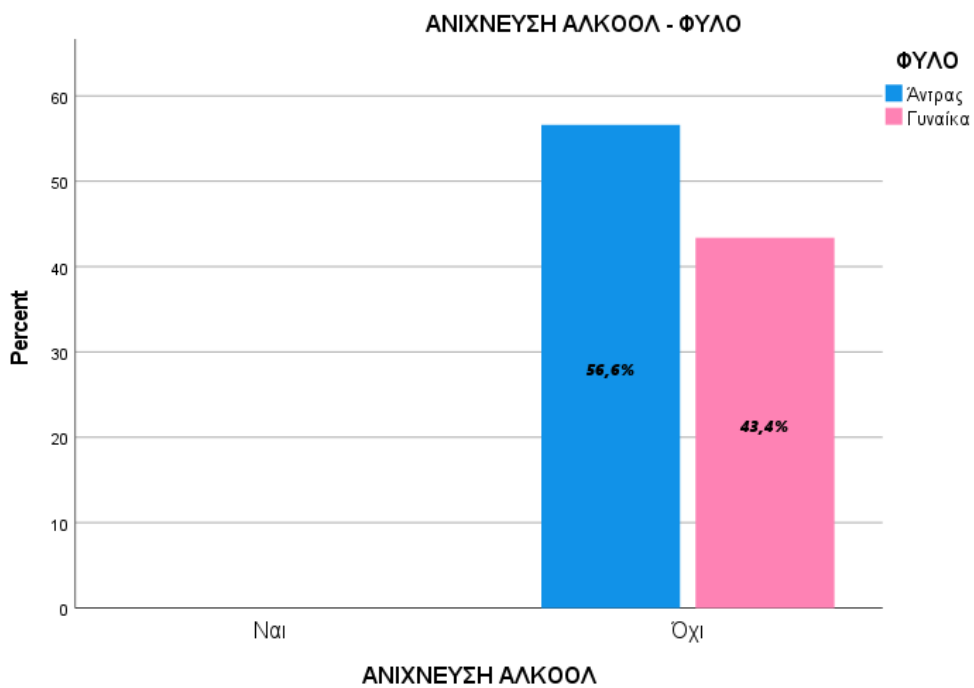
ΠΡΟΣΚΟΜΙΔΗ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
Περιπατητικός	ΕΚΑΒ	262	99,2%	200	98,5%	462	98,9%
	Αεροδιακομιδή	2	0,8%	3	1,5%	5	1,1%
Total		264	100,0%	203	100,0%	467	100,0%



Σε όλα τα περιστατικά δεν ανιχνεύθηκε αλκοόλ και στα δύο φύλα.

## ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΛΚΟΟΛ - ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΛΚΟΟΛ	Όχι	265	100,0%	203	100,0%	468	100,0%
Total		265	100,0%	203	100,0%	468	100,0%

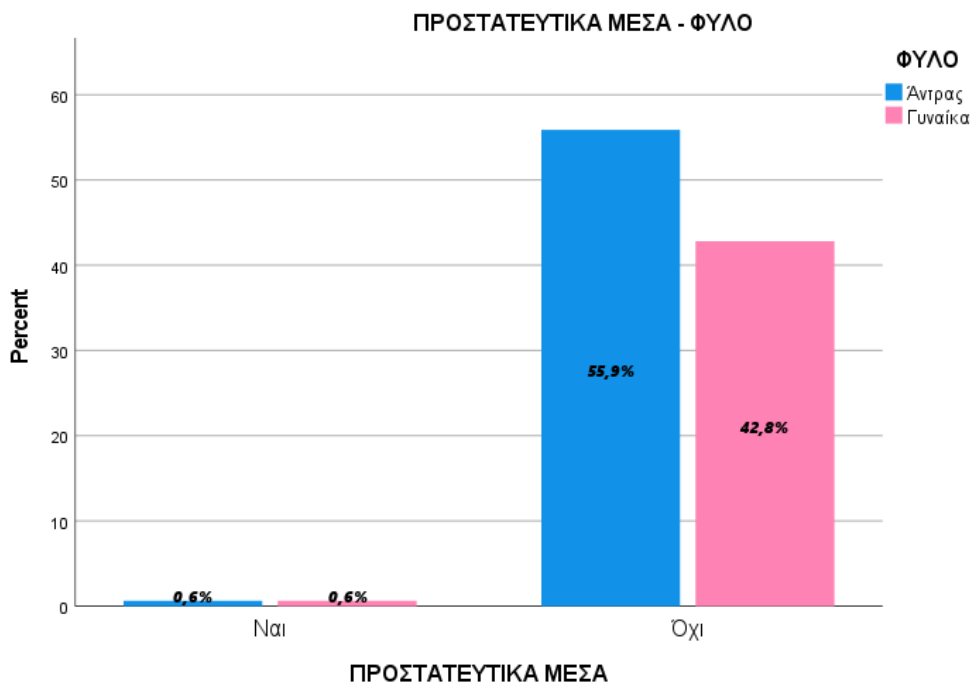


Παρατηρούμε πως πολύ μικρό ποσοστό αντρών και γυναικών είχε προστατευτικά μέσα με ποσοστά 1,1% και 1,5% αντίστοιχα. Βέβαια, από τα παραπάνω, λίγα περιστατικά αφορούν αυτοκινηστικά ατυχήματα.



## ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ - ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ		N	%	N	%	N	%
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ	Ναι	3	1,1%	3	1,5%	6	1,3%
	Όχι	261	98,9%	200	98,5%	461	98,7%
Total		264	100,0%	203	100,0%	467	100,0%

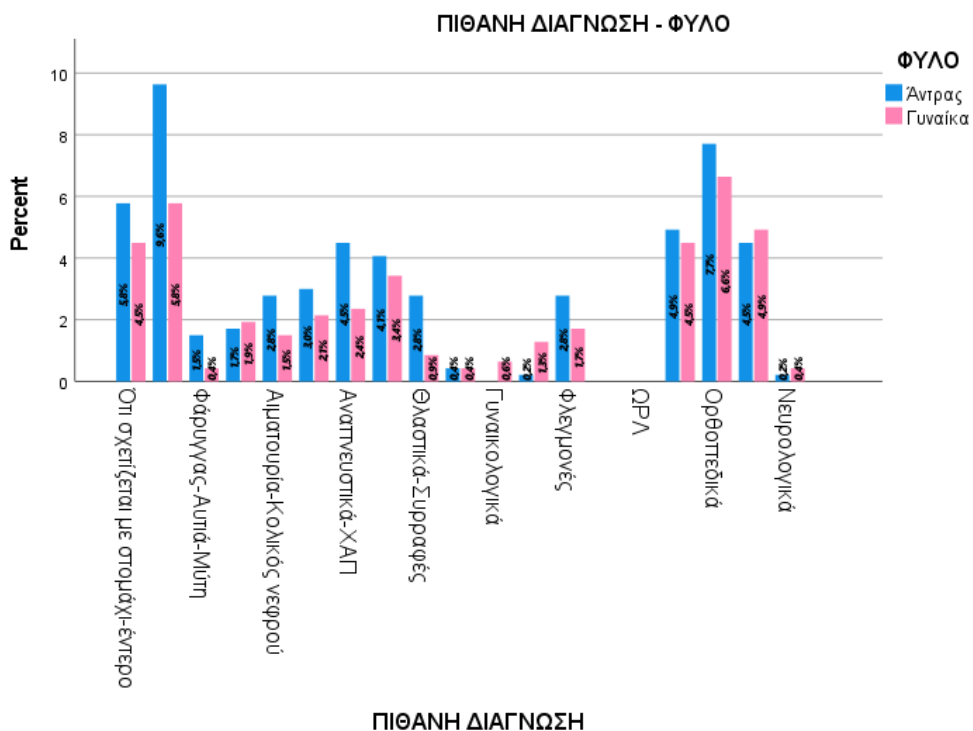


Προκύπτει από τα παρακάτω ότι οι πιθανές διαγνώσεις είναι αρκετά μοιρασμένες. Στους άντρες η πιο πιθανή διάγνωση είναι κατάγματα-κακώσεις άκρων με 17%, ορθοπεδικά με 13,6%, ότι σχετίζεται με στομάχι-έντερο με 10,2%, 8,7% παθολογικά, αναπνευστικά-ΧΑΠ και χειρουργικά με 8%, δερματολογικά με 7,2% και οι υπόλοιπες διαγνώσεις με πολύ μικρότερα ποσοστά. Στις γυναίκες η πιο πιθανή διάγνωση είναι ορθοπεδικά με 15,3%, κατάγματα-κακώσεις αρθρώσεων με 13,3%,

χειρουργικά με 11,3%, παθολογικά και ό,τι σχετίζεται με στομάχι-έντερο με 10,3%, δερματολογικά με 7,9% και οι υπόλοιπες διαγνώσεις με πολύ μικρότερα ποσοστά.

#### ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΦΥΛΟ

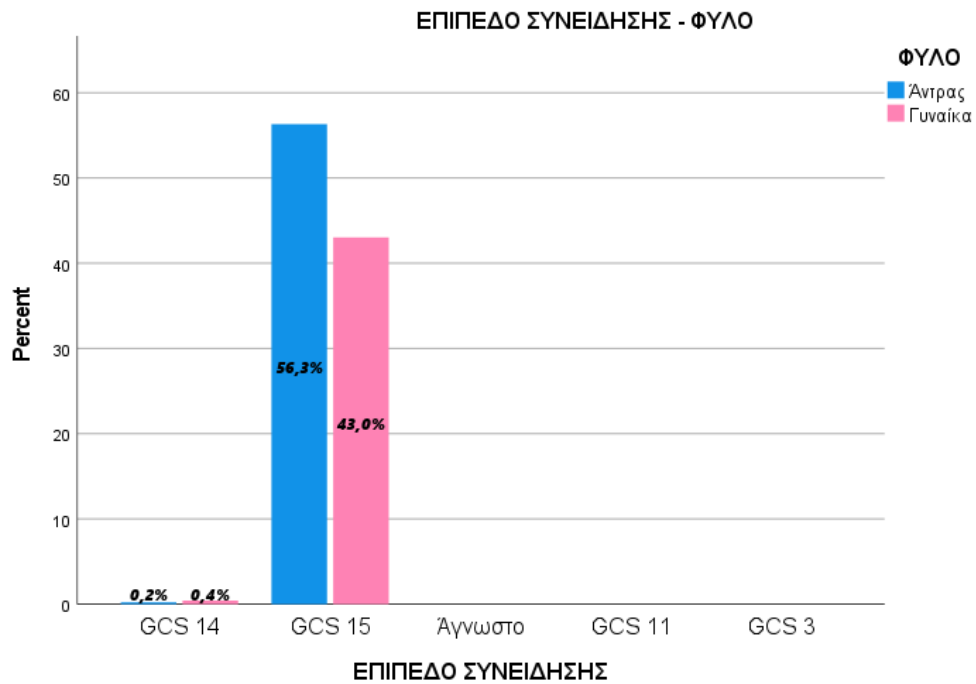
ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΦΥΛΟ					
	Άντρας		Γυναίκα		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ότι σχετίζεται με στομάχι-έντερο	27	10,2%	21	10,3%	48	10,3%
Κατάγματα-Κακώσεις άκρων	45	17,0%	27	13,3%	72	15,4%
Φάρυγγας-Αυτιά-Μύτη	7	2,7%	2	1,0%	9	1,9%
Αδιαθεσία-Καταρροή	8	3,0%	9	4,4%	17	3,6%
Αιματοουρία-Κολικός νεφρού	13	4,9%	7	3,4%	20	4,3%
Προκάρδιο άλγος-Κόπωση	14	5,3%	10	4,9%	24	5,1%
Αναπνευστικά-ΧΑΠ	21	8,0%	11	5,4%	32	6,9%
Δερματολογικά-Αλλεργίες-Εξανθήματα	19	7,2%	16	7,9%	35	7,5%
Θλαστικά-Συρραφές	13	4,9%	4	2,0%	17	3,6%
Οφθαλμολογικά	2	0,8%	2	1,0%	4	0,9%
Γυναικολογικά	0	0,0%	3	1,5%	3	0,6%
Ψυχολογικές κρίσεις-Υστερία	1	0,4%	6	3,0%	7	1,5%
Φλεγμονές	13	4,9%	8	3,9%	21	4,5%
Παθολογικά	23	8,7%	21	10,3%	44	9,4%
Ορθοπεδικά	36	13,6%	31	15,3%	67	14,3%
Χειρουργικά	21	8,0%	23	11,3%	44	9,4%
Νευρολογικά	1	0,4%	2	1,0%	3	0,6%
Total	264	100,0%	203	100,0%	467	100,0%



Το επίπεδο συνείδησης στους άντρες και γυναίκες είναι GCS 15 με συντριπτικό ποσοστό 99,6% και 99% αντίστοιχα. Μόλις ένα άτομο έχει επίπεδο συνείδησης GCS 14 στους άντρες και δύο άτομα στις γυναίκες.

**ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ - ΦΥΛΟ**

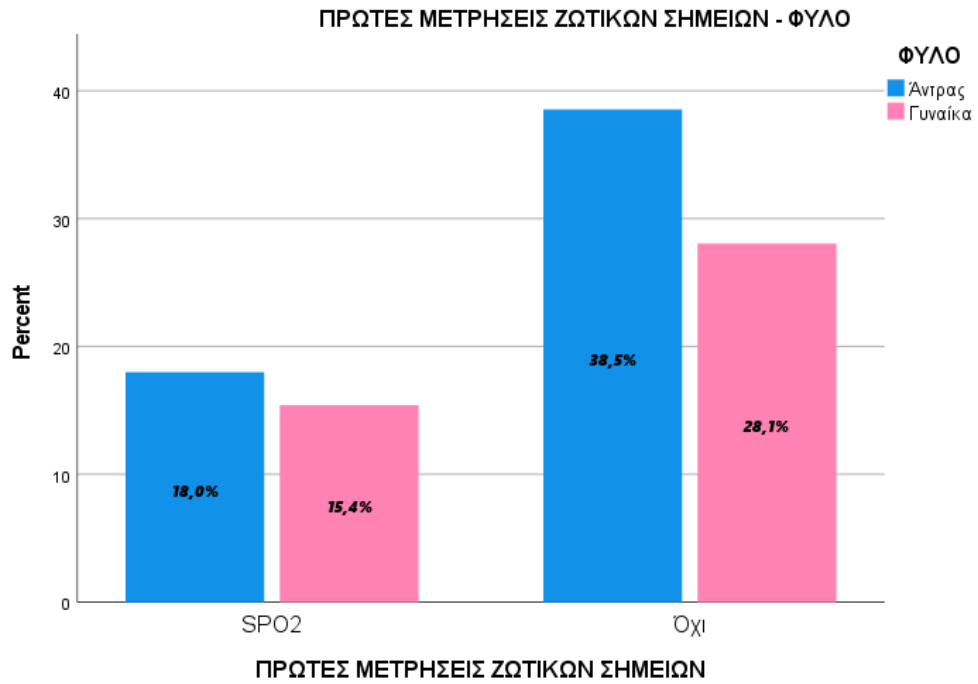
		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα			
ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ		N	%	N	%	N	%
GCS 14		1	0,4%	2	1,0%	3	0,6%
	GCS 15	263	99,6%	201	99,0%	464	99,4%
Total		264	100,0%	203	100,0%	467	100,0%



Οι περισσότεροι άντρες και οι περισσότερες γυναίκες δεν έχουν πρώτες μετρήσεις ζωτικών σημείων με ποσοστά 68,2% και 64,5% και μετρήσεις SPO2 με ποσοστά 31,8% και 35,5%.

**ΠΡΩΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ \* ΦΥΛΟ**

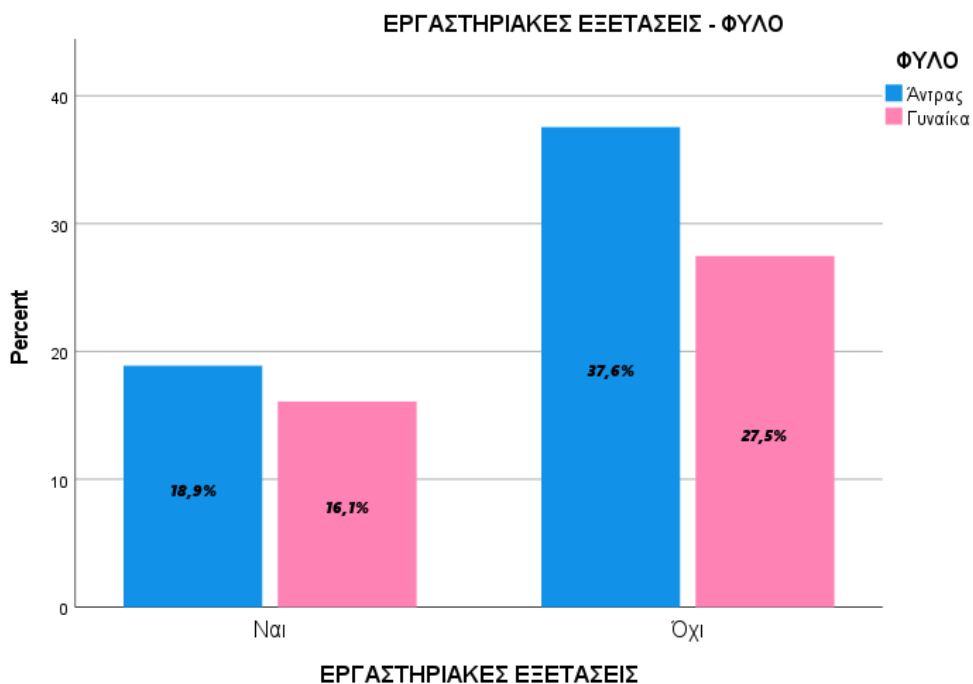
		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα			
		N	%	N	%	N	%
ΠΡΩΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ	SPO2	84	31,8%	72	35,5%	156	33,4%
	Όχι	180	68,2%	131	64,5%	311	66,6%
Total		264	100,0%	203	100,0%	467	100,0%



Από τα παρακάτω προκύπτει πως το μεγαλύτερο ποσοστό αντρών και γυναικών δεν έχουν κάνει εργαστηριακές εξετάσεις με ποσοστά 66,5% και 63,1% αντίστοιχα.

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΦΥΛΟ**

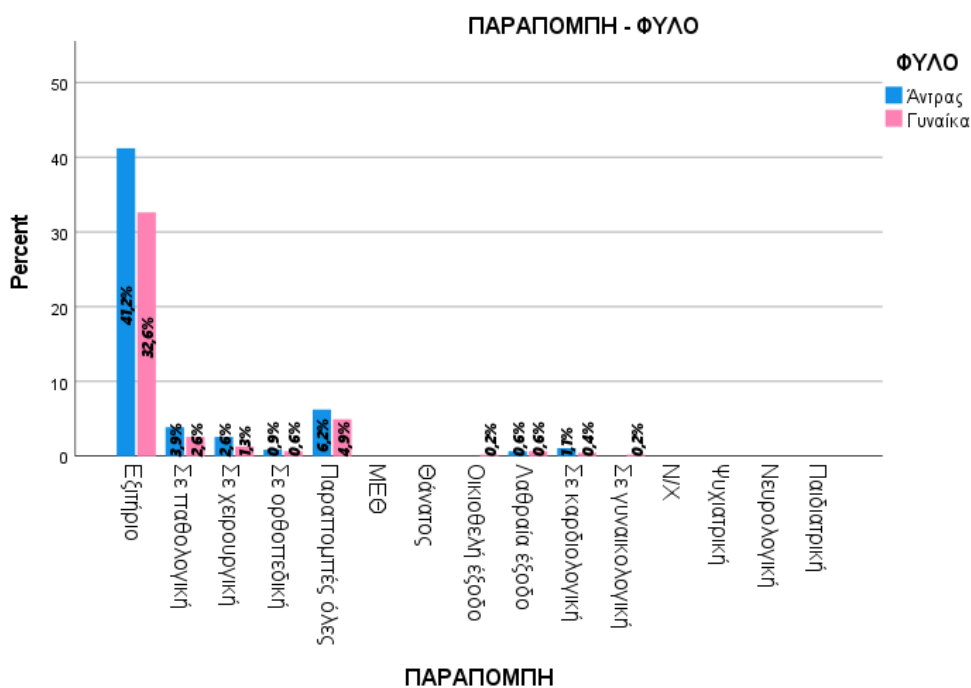
		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα			
		N	%	N	%		
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	Ναι	88	33,5%	75	36,9%	163	35,0%
	Όχι	175	66,5%	128	63,1%	303	65,0%
Total		263	100,0%	203	100,0%	466	100,0%



Διαπιστώνουμε πως πολύ υψηλό ποσοστό αντρών και γυναικών πήραν εξιτήριο με ποσοστά 73% και 74,9%. Παραπεμπτικά πήραν το 11% των αντρών και το 11,3% των γυναικών. Εισαγωγή σε παθολογική έκαναν το 6,8% των αντρών και το 5,9% των γυναικών. Εισαγωγή σε χειρουργική το 4,6% των αντρών και 3% των γυναικών. Εισαγωγή σε ορθοπαιδική το 1,5% των αντρών και το 1,5% των γυναικών. Σε καρδιολογική το 1,9% των αντρών και το 1% των γυναικών. Λαθραία έξοδο πραγματοποίησαν το 1,1% των αντρών και το 1,5% των γυναικών, ενώ οικιοθελή έξοδο το 0% των αντρών και το 0,5% των γυναικών.

## ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ - ΦΥΛΟ

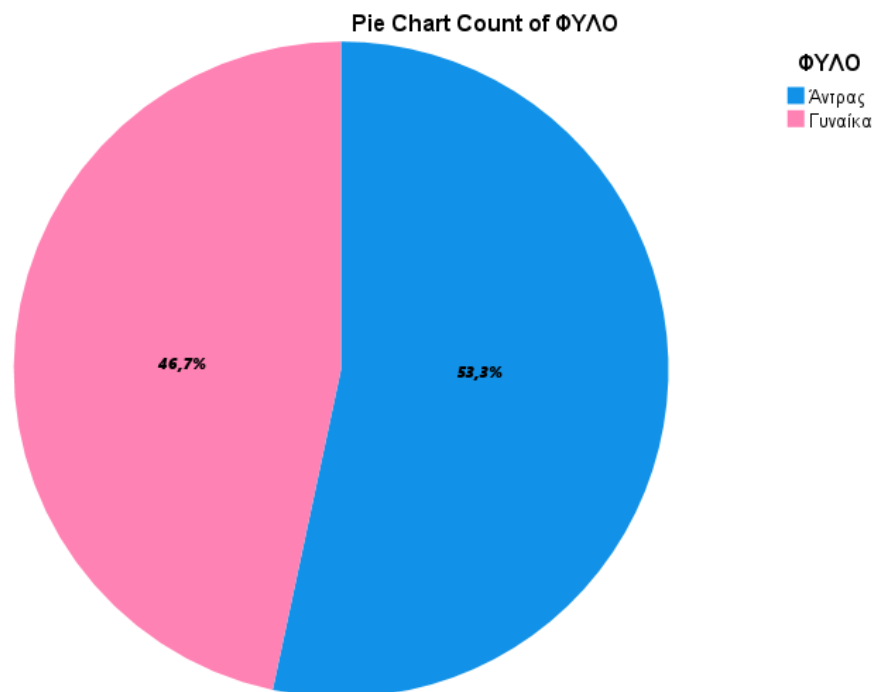
ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα			
		N	%	N	%		
Εξιτήριο	192	73,0%	152	74,9%	344	73,8%	
Σε παθολογική	18	6,8%	12	5,9%	30	6,4%	
Σε χειρουργική	12	4,6%	6	3,0%	18	3,9%	
Σε ορθοπαιδική	4	1,5%	3	1,5%	7	1,5%	
Παραπομπές όλες	29	11,0%	23	11,3%	52	11,2%	
Οικιοβελή έξοδο	0	0,0%	1	0,5%	1	0,2%	
Λαθραία έξοδο	3	1,1%	3	1,5%	6	1,3%	
Σε καρδιολογική	5	1,9%	2	1,0%	7	1,5%	
Σε γυναικολογική	0	0,0%	1	0,5%	1	0,2%	
Total	263	100,0%	203	100,0%	466	100,0%	



#### 4.1.2 Περιγραφική στατιστική ανάλυση δεδομένων ΤΕΠ Ρόδου

Στο ΤΕΠ Ρόδου την περίοδο 25/09/2019 – 09/10/2019 προσήχθησαν 463 περιστατικά από τα οποία οι 247 ήταν άντρες και οι 216 γυναίκες. Δηλαδή, λίγο περισσότεροι είναι άντρες με ποσοστό 53,3% ενώ οι γυναίκες έχουν ποσοστό 46,7%. Αυτό το βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα και γραφικά στην πίττα:

ΦΥΛΟ		
	N	%
Άντρας	247	53,3%
Γυναίκα	216	46,7%



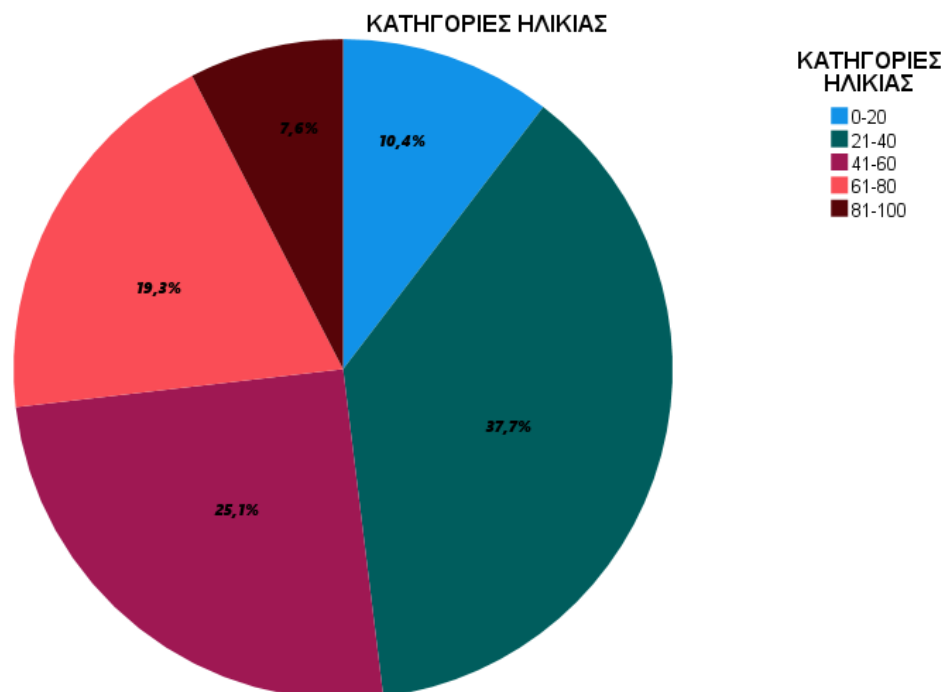
Συνεχίζουμε έχοντας μια εικόνα των κατηγοριών των ηλικιών οι οποίοι προσήχθησαν στο ΤΕΠ Ρόδου. Βλέπουμε πως η κατηγορία ηλικίας 21-40 έχει το



μεγαλύτερο ποσοστό με 37,6%, ακολουθούν οι κατηγορίες 41-60 με ποσοστό 25,1%, 61-80 με 19,2%, 0-20 με 10,4% και 81-100 με 7,6%.

### ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

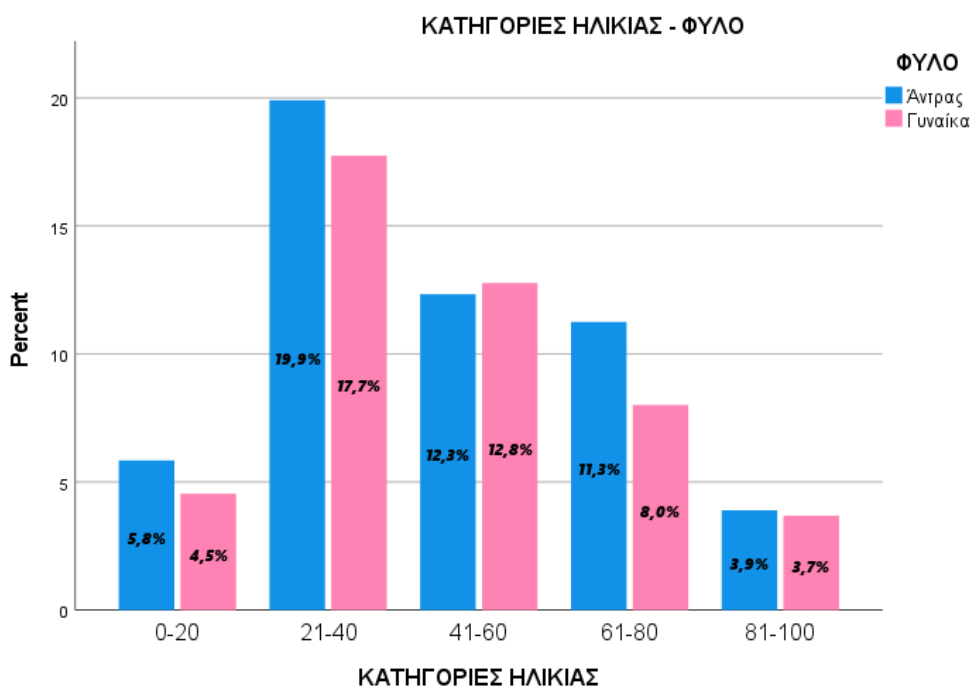
	N	%
0-20	48	10,4%
21-40	174	37,6%
41-60	116	25,1%
61-80	89	19,2%
81-100	35	7,6%
Missing System	1	0,2%



Η ίδια σειρά στις κατηγορίες ηλικίας ακολουθείται ακόμα κι αν εισάγουμε την μεταβλητή του φύλου. Στα δύο φύλα ισχύει πως το μεγαλύτερο ποσοστό είναι στην κατηγορία 21-40 και ακολουθούν οι υπόλοιπες, 41-60, 61-80, 0-20 και 81-100.

### ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ - ΦΥΛΟ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
0-20		27	11,0%	21	9,7%	48	10,4%
21-40		92	37,4%	82	38,0%	174	37,7%
41-60		57	23,2%	59	27,3%	116	25,1%
61-80		52	21,1%	37	17,1%	89	19,3%
81-100		18	7,3%	17	7,9%	35	7,6%
Total		246	100,0%	216	100,0%	462	100,0%

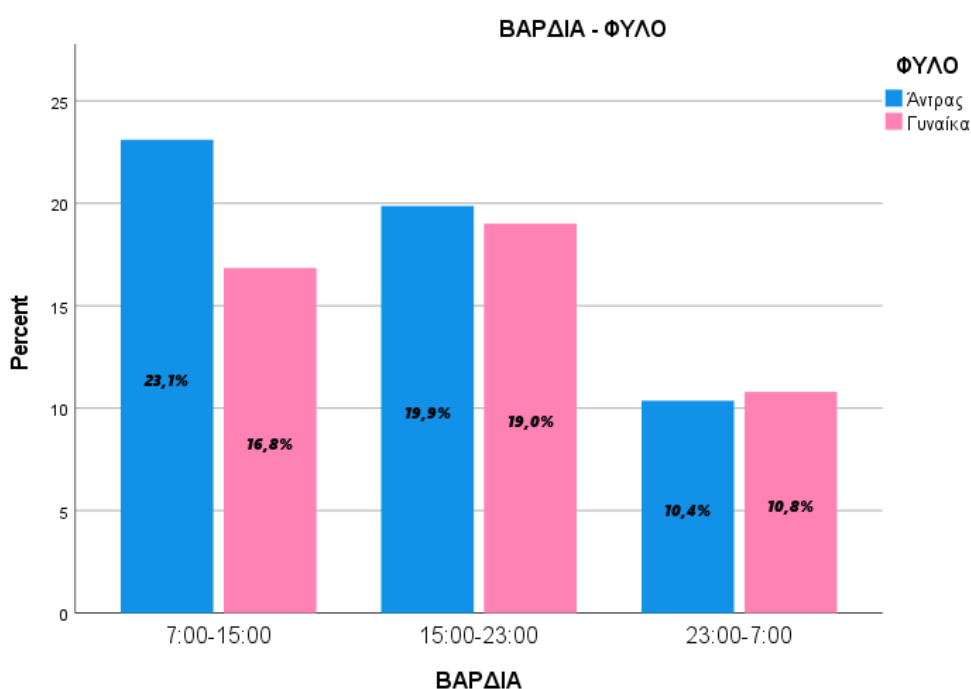


Η πιο συχνή βάρδια στην οποία προσήχθησαν οι περισσότεροι άντρες είναι η βάρδια 7:00-15:00 με ποσοστό 43,3% ενώ οι περισσότερες γυναίκες προσήχθησαν στην βάρδια 15:00-23:00 με ποσοστό 40,7%. Αυτό συνεπάγεται ότι τα περισσότερα ατυχήματα στους

άντρες συνέβησαν περίπου τις ώρες της πρώτης βάρδιας, ενώ των γυναικών στις ώρες της δεύτερης βάρδιας. Τα λιγότερα και για τα δύο φύλα γίνονται τις ώρες 23:00-7:00. Το αμέσως μικρότερο ποσοστό για τους άντρες είναι στην βάρδια 15:00-23:00 με ποσοστό 37,2% ενώ των γυναικών η βάρδια 7:00-15:00 με ποσοστό 36,1%. Τα λιγότερα περιστατικά για τους άντρες είναι στην βάρδια 23:00-7:00 με ποσοστό 19,4% και στις γυναίκες στην ίδια βάρδια με ποσοστό 23,1%.

**ΒΑΡΔΙΑ \* ΦΥΛΟ**

		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
ΒΑΡΔΙΑ		N	%	N	%	N	%
ΒΑΡΔΙΑ	7:00-15:00	107	43,3%	78	36,1%	185	40,0%
	15:00-23:00	92	37,2%	88	40,7%	180	38,9%
	23:00-7:00	48	19,4%	50	23,1%	98	21,2%
Total		247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%

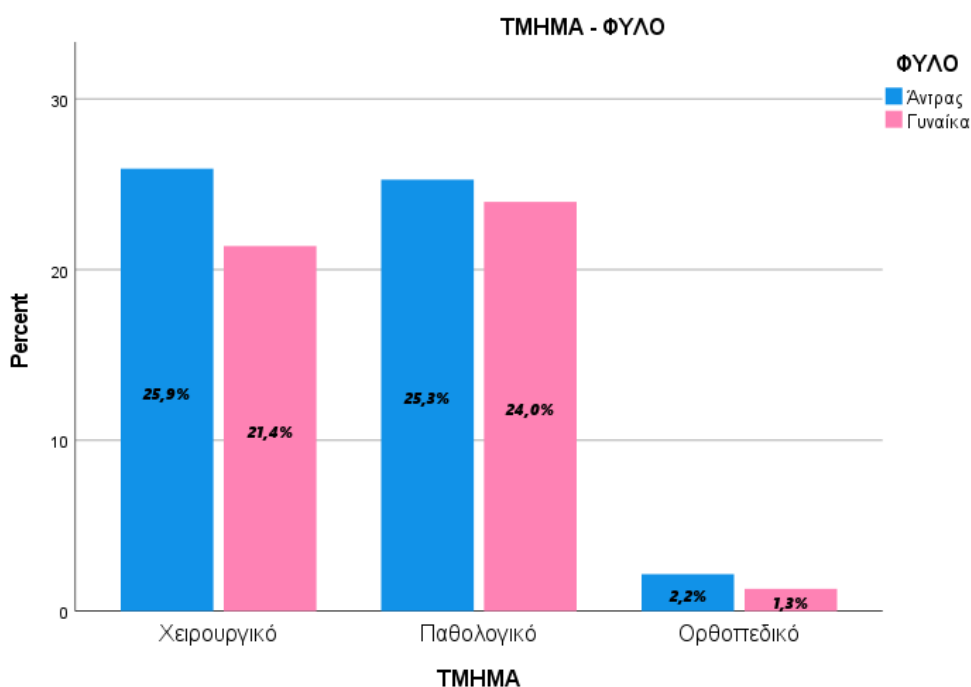


Το χειρουργικό τμήμα σύμφωνα με τον πίνακα και το ραβδόγραμμα έχει την περισσότερη επισκεψιμότητα από τους άντρες με ποσοστό 48,6%. Το τμήμα με την περισσότερη επισκεψιμότητα στις γυναίκες είναι το παθολογικό με ποσοστό 51,4%. Μεγάλο ποσοστό επισκεψιμότητας στους άντρες έχει το παθολογικό τμήμα με

ποσοστό 47,4% σε αντίθεση με τις γυναίκες το οποίο είναι το χειρουργικό με ποσοστό 45,8%. Την λιγότερη επισκεψιμότητα την έχει το ορθοπεδικό τμήμα με ποσοστό αντρών 4% και γυναικών 2,8%.

#### ΤΜΗΜΑ - ΦΥΛΟ

ΤΜΗΜΑ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
Χειρουργικό		120	48,6%	99	45,8%	219	47,3%
Παθολογικό		117	47,4%	111	51,4%	228	49,2%
Ορθοπεδικό		10	4,0%	6	2,8%	16	3,5%
Total		247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%

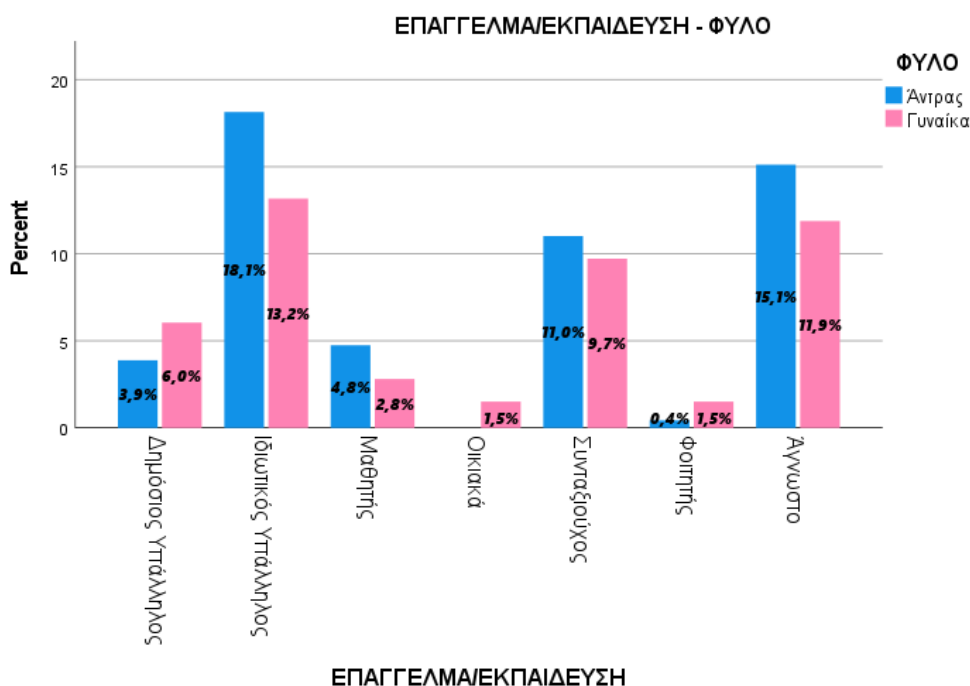


Παρατηρούμε πως οι ιδιωτικοί υπάλληλοι έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό στους άντρες με 34%. Ακολουθούν οι άντρες οι οποίοι έχουν άγνωστη ιδιότητα με ποσοστό 28,3%, συνταξιούχοι με ποσοστό 20,6%, μαθητές με ποσοστό 8,9%, δημόσιοι υπάλληλοι με ποσοστό 7,3%, φοιτητές με ποσοστό 6,4% και άντρες που ασχολούνται με οικιακά με ποσοστό 0%. Οι περισσότερες γυναίκες είναι ιδιωτικές υπάλληλοι με ποσοστό 28,2%, με άγνωστη ιδιότητα με ποσοστό 25,5%, γυναίκες με συνταξιούχες με ποσοστό 20,8%, δημόσιες υπάλληλοι με ποσοστό 13%, μαθήτριες

με ποσοστό 6%, φοιτήτριες με ποσοστό 3,2% και γυναίκες που ασχολούνται με οικιακά με ποσοστό 3,2%.

### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΦΥΛΟ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
H	Δημόσιος Υπάλληλος	18	7,3%	28	13,0%	46	9,9%
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	84	34,0%	61	28,2%	145	31,3%
	Μαθητής	22	8,9%	13	6,0%	35	7,6%
	Οικιακά	0	0,0%	7	3,2%	7	1,5%
	Συνταξιούχος	51	20,6%	45	20,8%	96	20,7%
	Φοιτητής	2	0,8%	7	3,2%	9	1,9%
	Άγνωστο	70	28,3%	55	25,5%	125	27,0%
Total		247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%

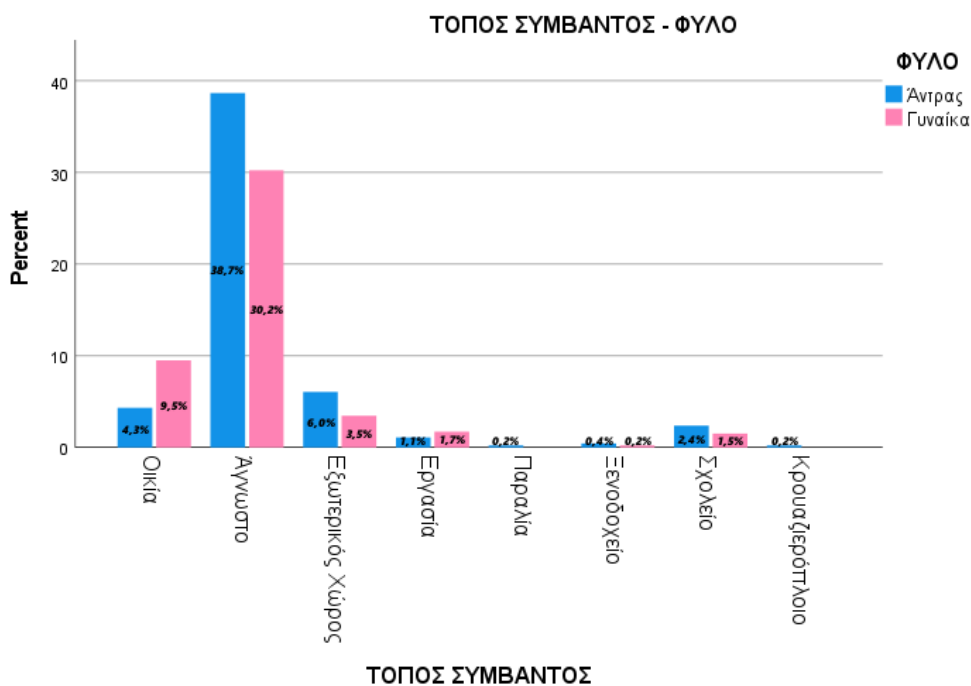


Στα περισσότερα περιστατικά δεν είναι γνωστός ο τόπος που συνέβησαν με ποσοστό στους άντρες 72,5% και 64,8% στις γυναίκες. Η αμέσως επόμενη κατηγορία στους άντρες είναι περιστατικά τα οποία συνέβησαν σε εξωτερικό χώρο με ποσοστό 11,3%. Στις γυναίκες η αμέσως επόμενη κατηγορία είναι περιστατικά που συνέβησαν στην οικία με ποσοστό 2,4%. Περιστατικά που συνέβησαν στην οικία στους άντρες

έχουν ποσοστό 8,1%. Περιστατικά στις γυναίκες που συνέβησαν σε εξωτερικό χώρο έχουν ποσοστό 7,4%. Τα ποσοστά μειώνονται ξεκινώντας από τα σχολεία, εργασία, παραλία, ξενοδοχείο και ΚΥΤ.

### ΤΟΠΟΣ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ - ΦΥΛΟ

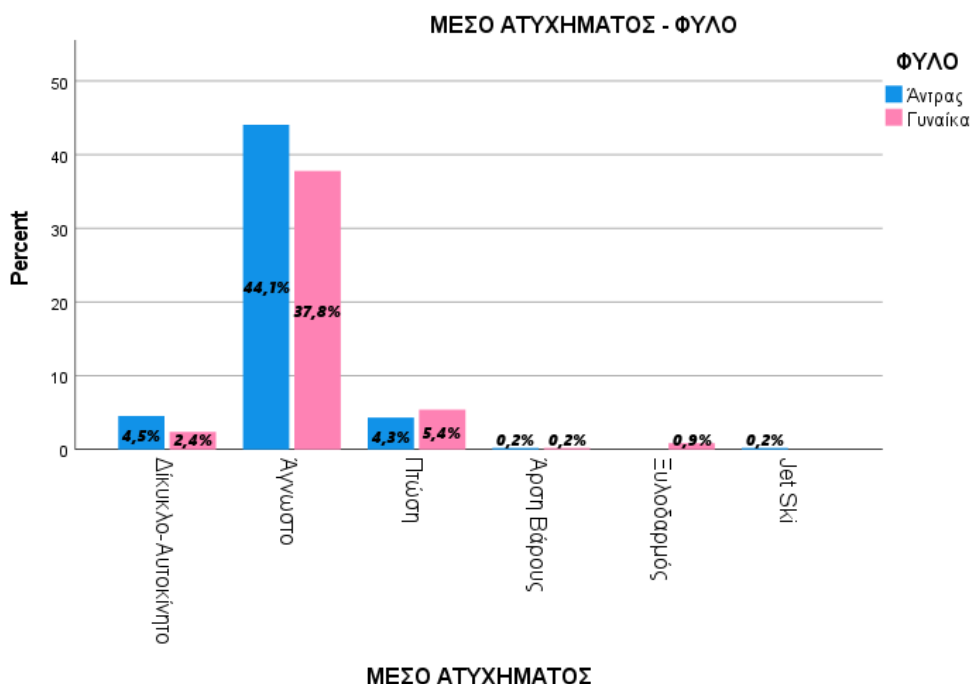
ΤΟΠΟΣ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
Οικία		20	8,1%	44	20,4%	64	13,8%
Άγνωστο		179	72,5%	140	64,8%	319	68,9%
Εξωτερικός Χώρος		28	11,3%	16	7,4%	44	9,5%
Εργασία		5	2,0%	8	3,7%	13	2,8%
Παραλία		1	0,4%	0	0,0%	1	0,2%
Ξενοδοχείο		2	0,8%	1	0,5%	3	0,6%
Σχολείο		11	4,5%	7	3,2%	18	3,9%
Κρουαζιερόπλοιο		1	0,4%	0	0,0%	1	0,2%
Total		247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%



Ο λόγος πρόκλησης ατυχημάτων είναι τις περισσότερες φορές άγνωστος με ποσοστό στους άντρες 82,6% και στις γυναίκες 81% των περιπτώσεων. Ακολουθεί η πρόκληση αυτοκινητιστικών ατυχημάτων στους άντρες με ποσοστό 8,5% και ενώ στις γυναίκες ατυχήματα από πτώση με ποσοστό 11,6%. Ακολουθεί η πρόκληση ατυχημάτων λόγω πτώσης με ποσοστό στους άντρες 8,1% και στις γυναίκες πρόκληση αυτοκινητιστικών ατυχημάτων με ποσοστό 5,1%. Οι προκλήσεις ατυχημάτων από άρσεις βάρους, ξυλοδαρμούς, ατυχήματα με jetski είναι πολύ λίγες.

### ΜΕΣΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ - ΦΥΛΟ

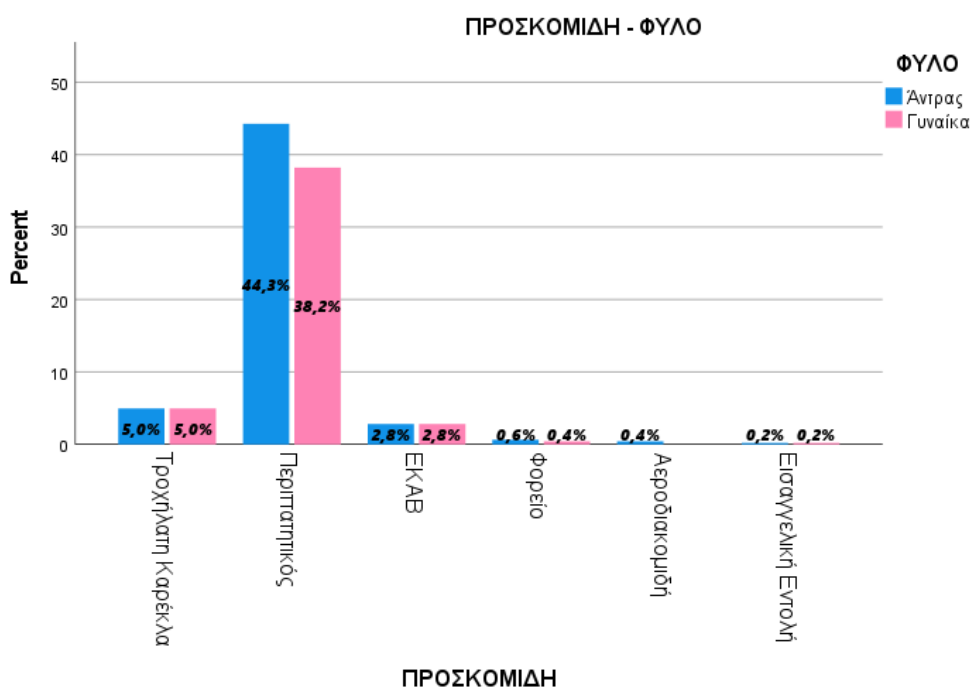
ΜΕΣΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
Δίκυκλο-Αυτοκίνητο	21	8,5%	11	5,1%	32	6,9%	
Άγνωστο	204	82,6%	175	81,0%	379	81,9%	
Πτώση	20	8,1%	25	11,6%	45	9,7%	
Άρση Βάρους	1	0,4%	1	0,5%	2	0,4%	
Ξυλοδαρμός	0	0,0%	4	1,9%	4	0,9%	
Jet Ski	1	0,4%	0	0,0%	1	0,2%	
Total	247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%	



Η προσκομιδή στο νοσοκομείο έγινε με συντριπτικό ποσοστό περιπατητικά και στα δύο φύλα, με ποσοστά στους άντρες 83% και στις γυναίκες 81,9%. Προσκομιδή στο νοσοκομείο με τροχήλατη καρέκλα στους άντρες με ποσοστό 9,3% και στις γυναίκες με 10,6%. Προσκομιδή στο νοσοκομείο με ΕΚΑΒ έγινε με ποσοστό 5,3% στους άντρες και 6% τις γυναίκες. Τα ποσοστά προσκομιδής στο νοσοκομείο με φορείο, αεροδιακομιδή και με εισαγγελική εντολή είναι πολύ μικρότερα της τάξης του 1%.

### ΠΡΟΣΚΟΜΙΔΗ - ΦΥΛΟ

ΠΡΟΣΚΟΜΙΔΗ	ΦΥΛΟ	Άντρας		Γυναίκα		Total	
		N	%	N	%	N	%
		Τροχήλατη Καρέκλα	23	9,3%	23	10,6%	46
Περιπατητικός	205	83,0%	177	81,9%	382	82,5%	
ΕΚΑΒ	13	5,3%	13	6,0%	26	5,6%	
Φορείο	3	1,2%	2	0,9%	5	1,1%	
Αεροδιακομιδή	2	0,8%	0	0,0%	2	0,4%	
Εισαγγελική Εντολή	1	0,4%	1	0,5%	2	0,4%	
Total		247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%

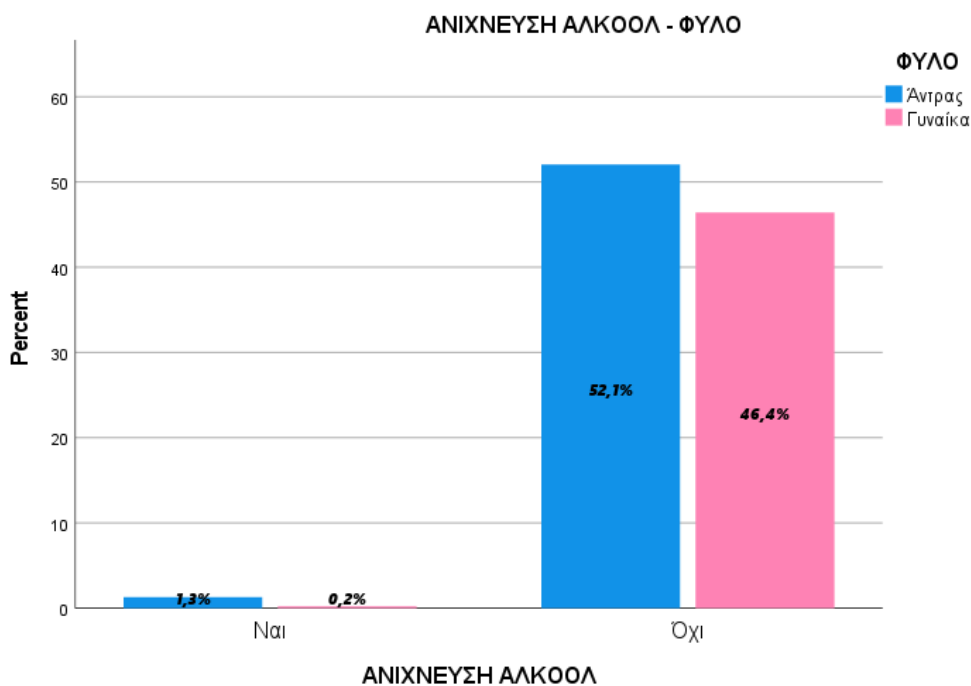




Σχεδόν σε όλα τα περιστατικά δεν ανιχνεύθηκε αλκοόλ και στα δύο φύλα με ποσοστό 97,6% στους άντρες και 99,5% στις γυναίκες.

### ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΛΚΟΟΛ - ΦΥΛΟ

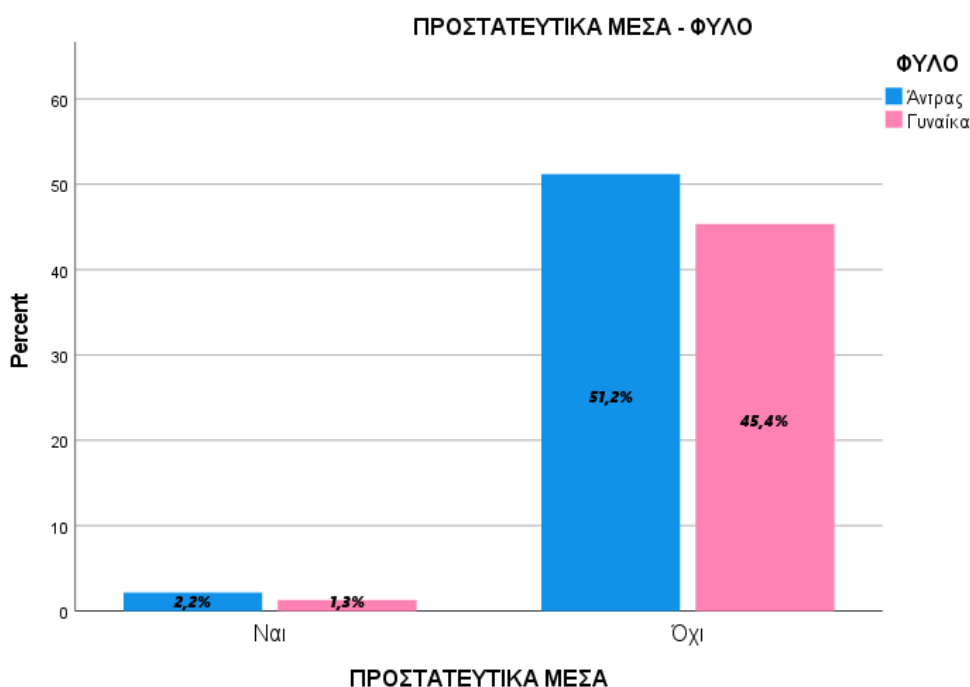
ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΛΚΟΟΛ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
Nαι	6	2,4%	1	0,5%	7	1,5%	
Όχι	241	97,6%	215	99,5%	456	98,5%	
Total	247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%	



Παρατηρούμε πως πολύ μικρό ποσοστό αντρών και γυναικών είχε προστατευτικά μέσα με ποσοστά 4% και 2,8% αντίστοιχα. Βέβαια, από τα παραπάνω, λίγα περιστατικά αφορούν αυτοκινηστικά ατυχήματα.

## ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ - ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ		N	%	N	%	N	%
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ	Ναι	10	4,0%	6	2,8%	16	3,5%
	Όχι	237	96,0%	210	97,2%	447	96,5%
Total		247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%



Προκύπτει από τα παρακάτω ότι οι πιθανές διαγνώσεις είναι αρκετά μοιρασμένες. Στους άντρες η πιο πιθανή διάγνωση είναι κατάγματα-κακώσεις άκρων με 22,5%, ότι σχετίζεται με στομάχι-έντερο με 14,6%, ορθοπεδικά με 11,7%, προκάρδιο άλγος – κόπωση με 11,7%, θλαστικά-συρραφές με 5,8%, αναπνευστικά-ΧΑΠ με 5%, παθολογικά με 4,6% και οι υπόλοιπες διαγνώσεις με πολύ μικρότερα ποσοστά. Στις γυναίκες η πιο πιθανή διάγνωση είναι κατάγματα-κακώσεις άκρων με 23,5%, ότι σχετίζεται με στομάχι-έντερο με 15,5%, προκάρδιο άλγος-κόπωση με 13,1%, ορθοπεδικά με 10,8%, παθολογικά με 7%, θλαστικά-συρραφές με 5,6% και οι υπόλοιπες διαγνώσεις με πολύ μικρότερα ποσοστά.

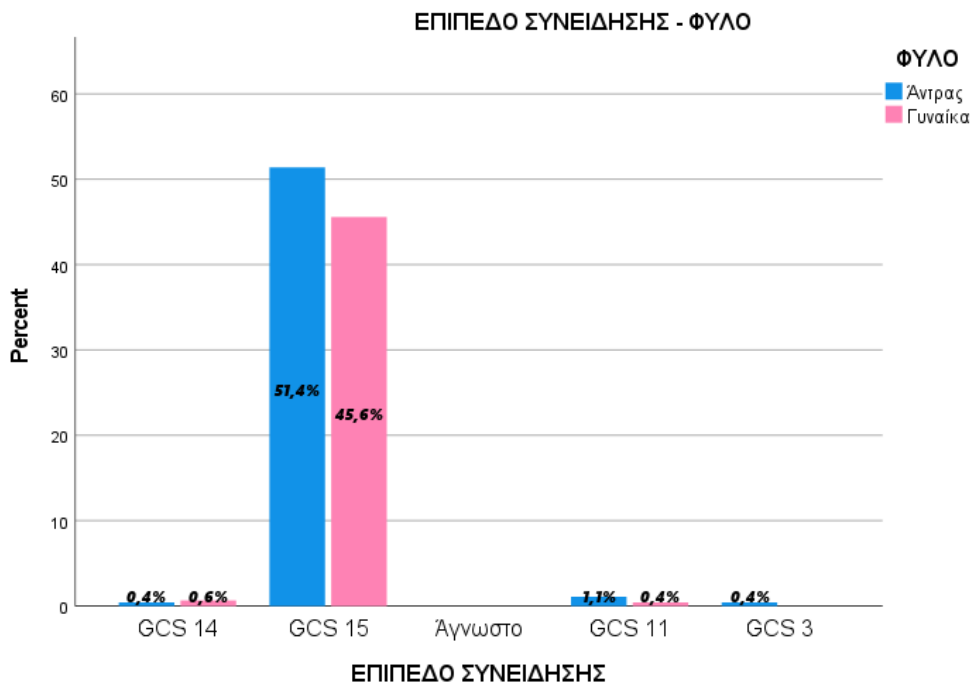
ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΦΥΛΟ

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΦΥΛΟ					
	Άντρας		Γυναίκα		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ότι σχετίζεται με στομάχι-έντερο	35	14,6%	33	15,5%	68	15,0%
Κατάγματα-Κακώσεις άκρων	54	22,5%	50	23,5%	104	23,0%
Φάρμακας-Αυτιά-Μύτη	8	3,3%	5	2,3%	13	2,9%
Αδριαθεσία-Καταρροή	1	0,4%	1	0,5%	2	0,4%
Αιματοουρία-Κολικός νεφρού	10	4,2%	5	2,3%	15	3,3%
Προκάρδιο άλγος-Κόπωση	28	11,7%	28	13,1%	56	12,4%
Αναπνευστικά-ΧΑΠ	12	5,0%	14	6,6%	26	5,7%
Δερματολογικά-Αλλεργίες-Εξανθήματα	6	2,5%	12	5,6%	18	4,0%
Θλαστικά-Συρραφές	14	5,8%	12	5,6%	26	5,7%
Οφθαλμολογικά	6	2,5%	1	0,5%	7	1,5%
Γυναικολογικά	0	0,0%	4	1,9%	4	0,9%
Ψυχολογικές κρίσεις-Υστερία	3	1,3%	2	0,9%	5	1,1%
Φλεγμονές	6	2,5%	1	0,5%	7	1,5%
Κενά	1	0,4%	1	0,5%	2	0,4%
ΩΡΛ	3	1,3%	0	0,0%	3	0,7%
Παθολογικά	11	4,6%	15	7,0%	26	5,7%
Ορθοπαιδικά	28	11,7%	23	10,8%	51	11,3%
Χειρουργικά	9	3,8%	5	2,3%	14	3,1%
Νευρολογικά	3	1,3%	1	0,5%	4	0,9%
Θάνατος	2	0,8%	0	0,0%	2	0,4%
Total	240	100,0%	213	100,0%	453	100,0%

Το επίπεδο συνείδησης στους άντρες και γυναίκες είναι GCS 15 με συντριπτικό ποσοστό 96,4% και 97,7% αντίστοιχα. Επίπεδο συνείδησης GCS 11 έχουμε στους άντρες με ποσοστό 2% και στις γυναίκες 0,9%. Επίπεδο συνείδησης GCS 14 έχουμε στους άντρες με ποσοστό 0,8% και στις γυναίκες 1,4%. Τέλος, επίπεδο συνείδησης GCS 3 έχουμε μόνο στους άντρες με ποσοστό 0,8%.

## ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ - ΦΥΛΟ

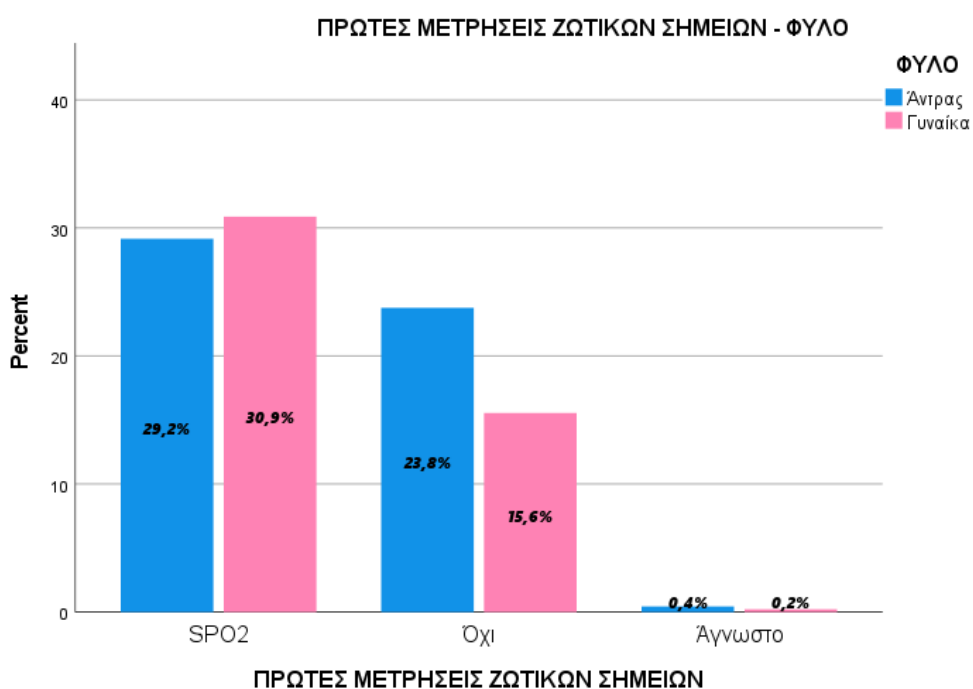
ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
GCS 14	2	0,8%	3	1,4%	5	1,1%	
GCS 15	238	96,4%	211	97,7%	449	97,0%	
GCS 11	5	2,0%	2	0,9%	7	1,5%	
GCS 3	2	0,8%	0	0,0%	2	0,4%	
Total	247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%	



Οι περισσότεροι άντρες και οι περισσότερες γυναίκες έχουν πρώτες μετρήσεις ζωτικών σημείων SPO2 με ποσοστά 54,7% και 66,2% αντίστοιχα. Άντρες και γυναίκες χωρίς μετρήσεις έχουμε με ποσοστά 44,5% και 33,3%. Μόλις το 0,8% δεν γνωρίζουμε κάτι για τις πρώτες μετρήσεις και για το 0,5% των γυναικών δεν γνωρίζουμε κάτι για τις πρώτες μετρήσεις.

### ΠΡΩΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ - ΦΥΛΟ

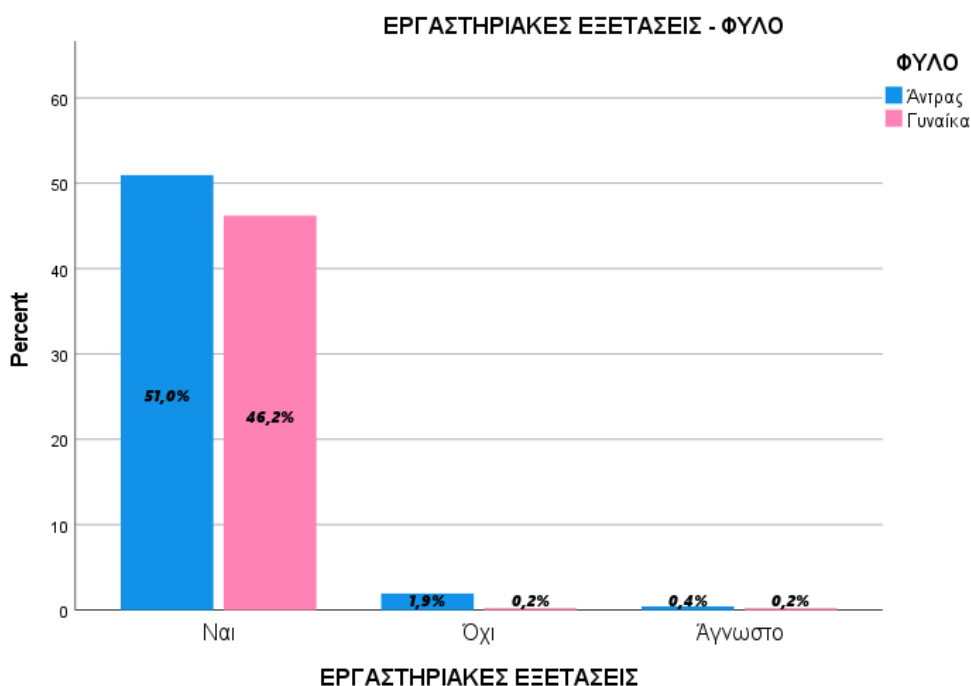
ΠΡΩΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
ΠΡΩΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ	SPO2	135	54,7%	143	66,2%	278	60,0%
	Όχι	110	44,5%	72	33,3%	182	39,3%
	Άγνωστο	2	0,8%	1	0,5%	3	0,6%
Total		247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%



Από τα παρακάτω προκύπτει πως το μεγαλύτερο ποσοστό αντρών και γυναικών έχουν κάνει εργαστηριακές εξετάσεις με ποσοστά 95,5% και 99,1% αντίστοιχα. Το 3,6% των αντρών δεν έχουν κάνει εργαστηριακές εξετάσεις όπως και το 0,5% των γυναικών. Για το 0,8% των αντρών δεν γνωρίζουμε αν έχουν κάνει εργαστηριακές εξετάσεις όπως και για το 0,5% των γυναικών.

### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα		N	%
		N	%	N	%		
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	Ναι	236	95,5%	214	99,1%	450	97,2%
	Όχι	9	3,6%	1	0,5%	10	2,2%
	Άγνωστο	2	0,8%	1	0,5%	3	0,6%
Total		247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%

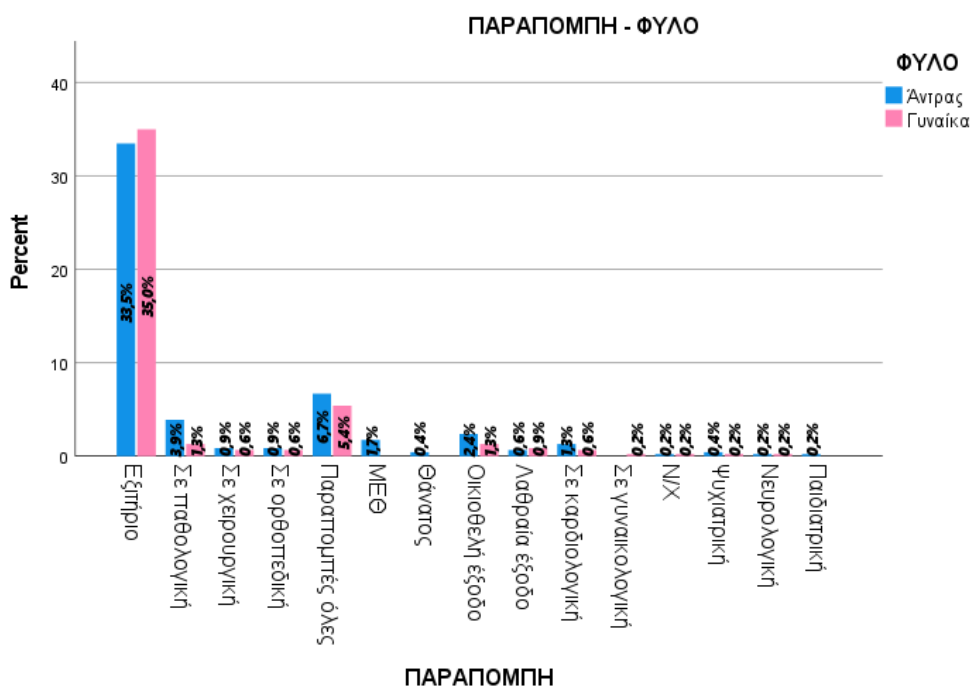


Διαπιστώνουμε πως πολύ υψηλό ποσοστό αντρών και γυναικών πήραν εξιτήριο με ποσοστά 62,8% και 75%. Παραπεμπτικά πήραν το 12,6% των αντρών και το 11,6% των γυναικών. Εισαγωγή σε παθολογική έκαναν το 7,3% των αντρών και το 2,8% των γυναικών. Εισαγωγή σε χειρουργική το 1,6% των αντρών και 1,4% των γυναικών. Εισαγωγή σε ορθοπαιδική το 1,6% των αντρών και το 1,4% των γυναικών. Σε καρδιολογική το 2,4% των αντρών και το 1,4% των γυναικών. Λαθραία έξοδο

πραγματοποίησαν το 1,2% των αντρών και το 1,9% των γυναικών, ενώ οικιοθελή έξοδο το 4,5% των αντρών και το 2,8% των γυναικών. Σε ΜΕΘ μεταφέρθηκαν το 3,2% των αντρών και καμία γυναίκα. Πολύ μικρότερα ποσοστά στις υπόλοιπες κατηγορίες και για τα δύο φύλα. Τέλος, έχουμε δύο θανάτους αντρών.

#### ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ - ΦΥΛΟ

		ΦΥΛΟ				Total	
		Άντρας		Γυναίκα			
ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ	Εξήγηριο	N	%	N	%	N	%
	Εξήγηριο	155	62,8%	162	75,0%	317	68,5%
	Σε παθολογική	18	7,3%	6	2,8%	24	5,2%
	Σε χειρουργική	4	1,6%	3	1,4%	7	1,5%
	Σε ορθοπαιδική	4	1,6%	3	1,4%	7	1,5%
	Παραπομπές όλες	31	12,6%	25	11,6%	56	12,1%
	ΜΕΘ	8	3,2%	0	0,0%	8	1,7%
	Θάνατος	2	0,8%	0	0,0%	2	0,4%
	Οικιοθελή έξοδο	11	4,5%	6	2,8%	17	3,7%
	Λαθραία έξοδο	3	1,2%	4	1,9%	7	1,5%
	Σε καρδιολογική	6	2,4%	3	1,4%	9	1,9%
	Σε γυναικολογική	0	0,0%	1	0,5%	1	0,2%
	N/A	1	0,4%	1	0,5%	2	0,4%
	Ψυχιατρική	2	0,8%	1	0,5%	3	0,6%
	Νευρολογική	1	0,4%	1	0,5%	2	0,4%
	Παιδιατρική	1	0,4%	0	0,0%	1	0,2%
Total		247	100,0%	216	100,0%	463	100,0%



## 4.2 ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΤΕΠ ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ

### 4.2.1 Στατιστική ανάλυση δεδομένων ΤΕΠ Σάμου

#### Α) Περιγραφικά μέτρα για την ποσοτική μεταβλητή της ηλικίας:

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ελάχιστη, μέγιστη και μέση τιμή της μεταβλητής της ηλικίας ως ποσοτική μεταβλητή καθώς και την τυπική απόκλιση της μέσης τιμής.

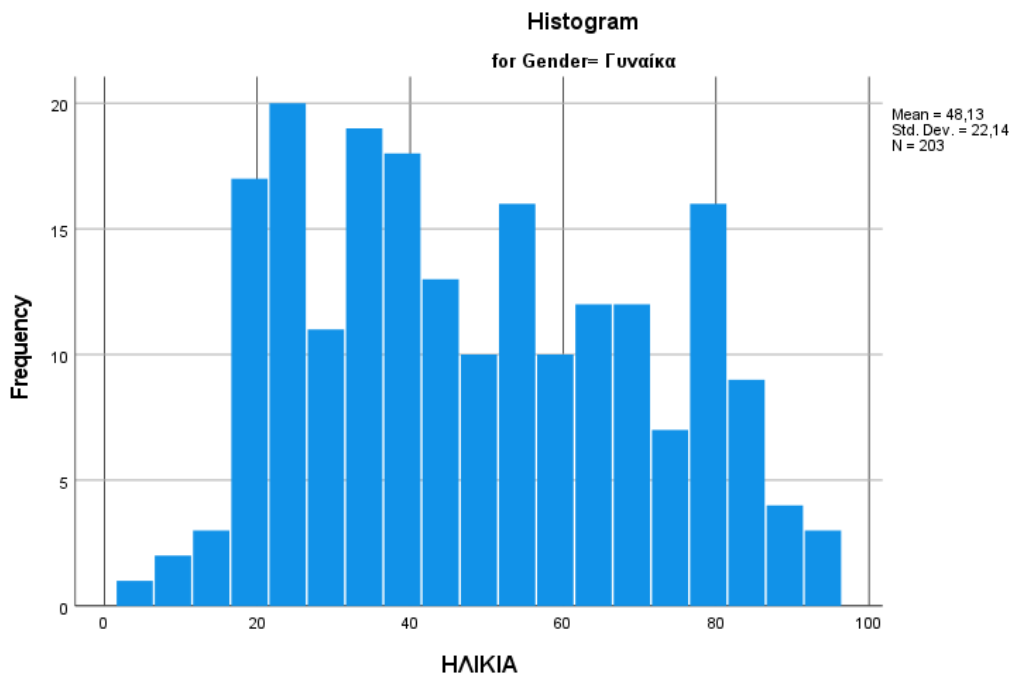
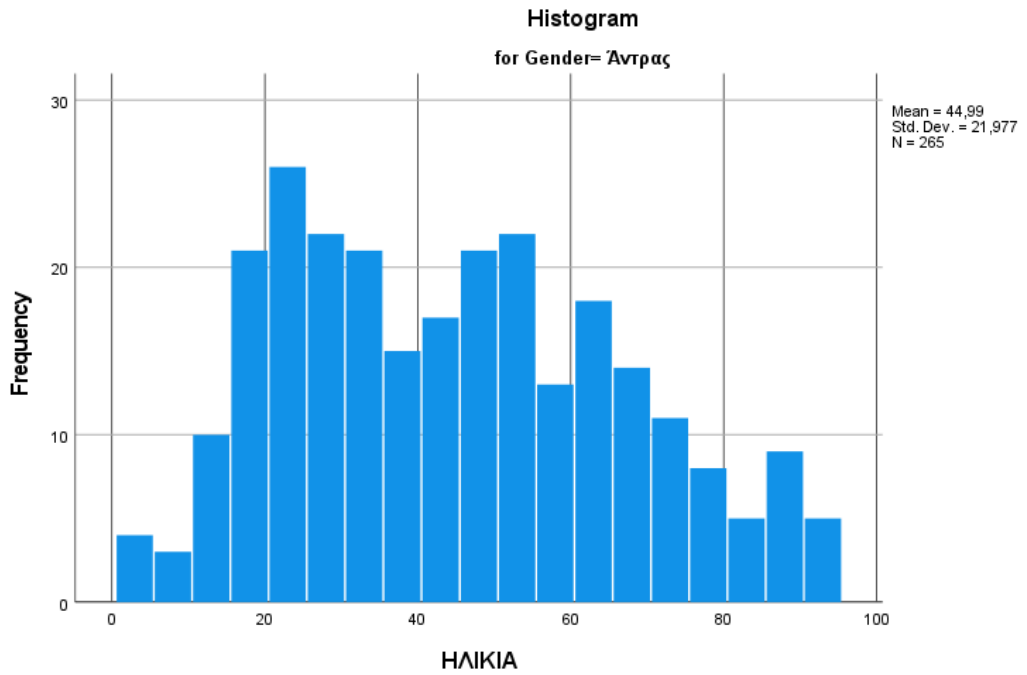
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΗΛΙΚΙΑ	468	3	94	46,35	22,080
Valid N (listwise)	468				

#### Σύγκριση ηλικιών μεταξύ των δύο φύλων:

Από τους ελέγχους για κανονικότητα και από τα ιστογράμματα για κάθε κατηγορία φύλου στην μεταβλητή της ηλικίας παρατηρούμε *πως σε κάθε κατηγορία η κανονικότητα παραβιάζεται*. Οπότε για να συγκρίνουμε τις ηλικίες των δύο φύλων για να ελέγξουμε αν υπάρχει στατιστική διαφορά, *θα χρησιμοποιήσουμε μη παραμετρικό έλεγχο Mann-WhitneyU*.

	ΦΥΛΟ	Valid		Cases Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
ΗΛΙΚΙΑ	Άντρας	265	100,0%	0	0,0%	265	100,0%
	Γυναίκα	203	100,0%	0	0,0%	203	100,0%





### Tests of Normality

ΦΥΛΟ	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΗΛΙΚΙΑ Άντρας	,080	265	<,001	,971	265	<,001
ΗΛΙΚΙΑ Γυναίκα	,082	203	,002	,962	203	<,001

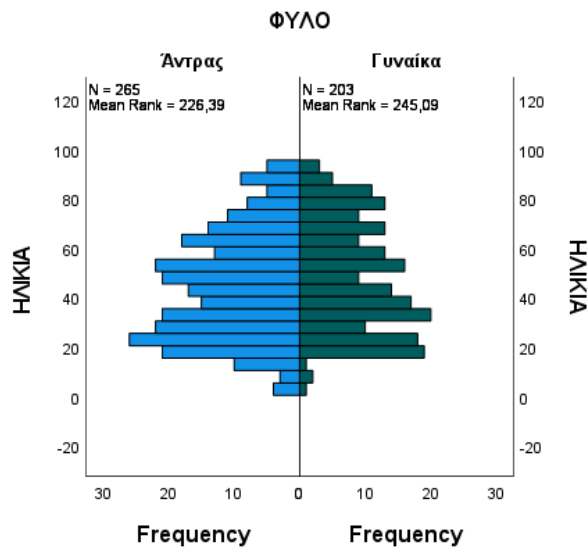
a. Lilliefors Significance Correction

Τα p-value για κάθε κατηγορία φύλου είναι μικρότερα του 0.001 οπότε παραβιάζεται η μηδενική υπόθεση για κανονικότητα. Κατά συνέπεια εφαρμόζουμε τον μη παραμετρικό έλεγχο:

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary**

Total N	468
Mann-Whitney U	29046,500
Wilcoxon W	49752,500
Test Statistic	29046,500
Standard Error	1449,801
Standardized Test Statistic	1,482
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,138

**Independent-Samples Mann-Whitney U Test**



**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig. <sup>a,b</sup>	Decision
1	The distribution of ΗΛΙΚΙΑ is the same across categories of ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,138	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

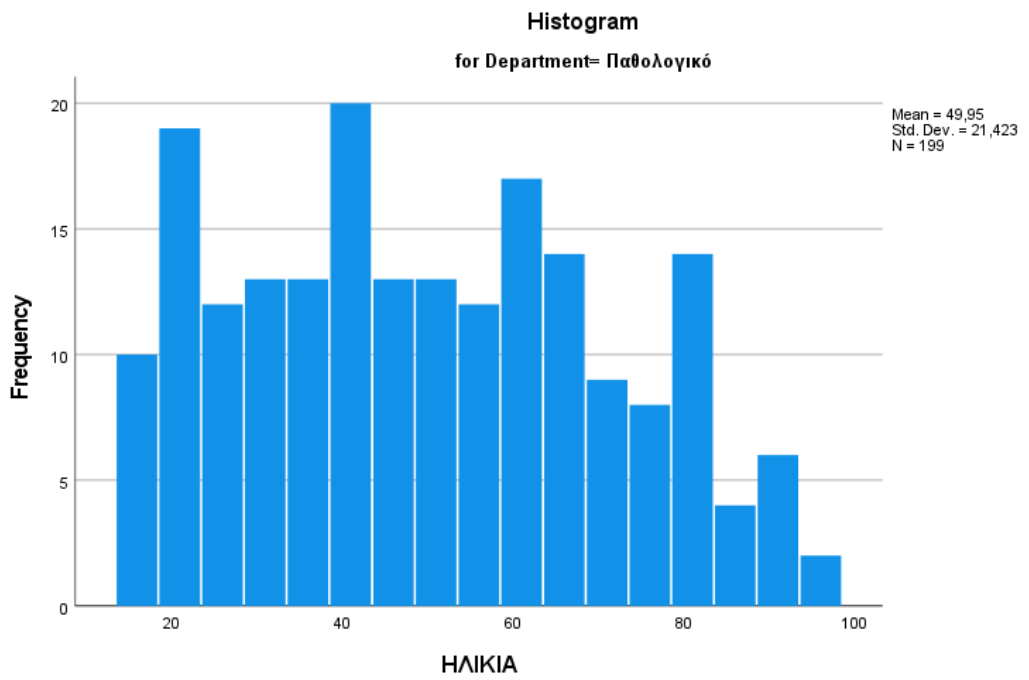
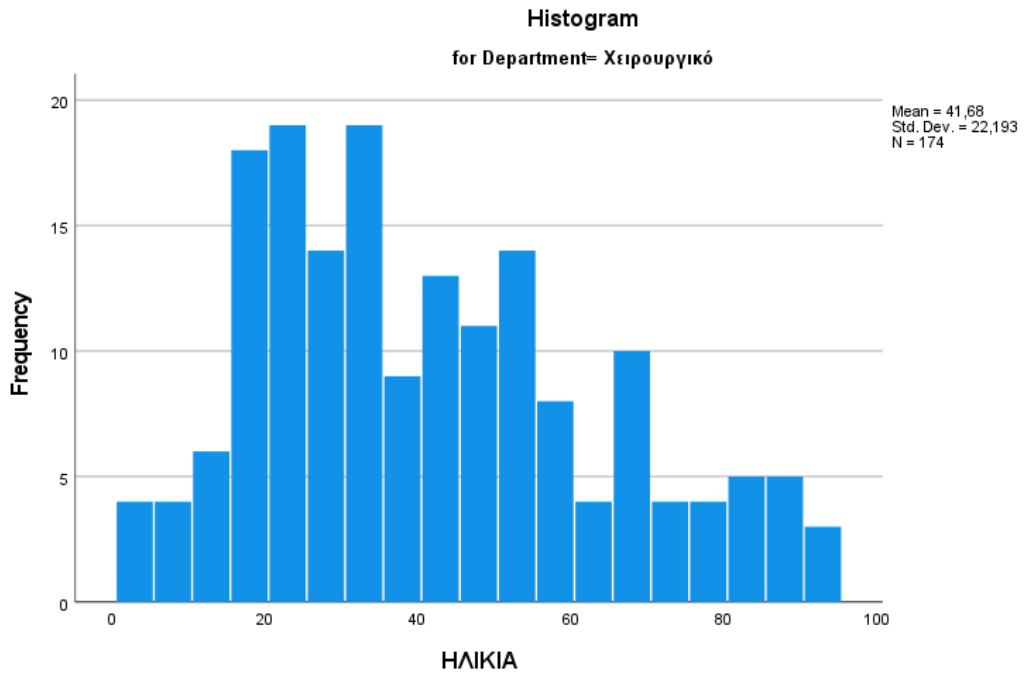
Προκύπτει από τον έλεγχο πως **δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στην ηλικία** διότι το  $p\text{-value}=0.138$ , οπότε δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση για ισότητα μέσων τιμών των ηλικιών για τις κατηγορίες του φύλου.

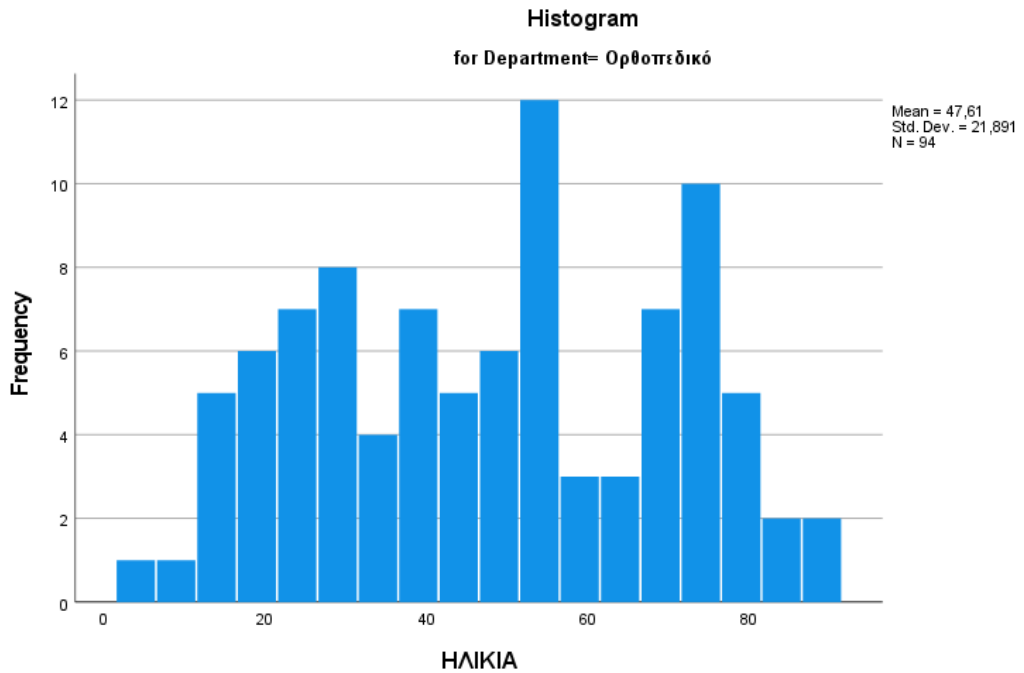
**Σύγκριση επισκέψεων τμημάτων ανάλογα με την ηλικία:**

Παρατηρούμε ότι δεν έχουμε καμία ελλείπουσα τιμή ηλικίας σε κάποιο τμήμα. Από τους ελέγχους για κανονικότητα και από τα ιστογράμματα για κάθε τμήμα στην μεταβλητή της ηλικίας παρατηρούμε πως σε κάθε κατηγορία η κανονικότητα παραβιάζεται. Οπότε για να συγκρίνουμε τις ηλικίες στα διάφορα τμήματα για να ελέγξουμε αν υπάρχει στατιστική διαφορά, **θα χρησιμοποιήσουμε μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis.**

**Case Processing Summary**

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	ΤΜΗΜΑ	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ΗΛΙΚΙΑ	Χειρουργικό	174	100,0%	0	0,0%	174	100,0%
	Παθολογικό	199	100,0%	0	0,0%	199	100,0%
	Ορθοπαιδικό	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%



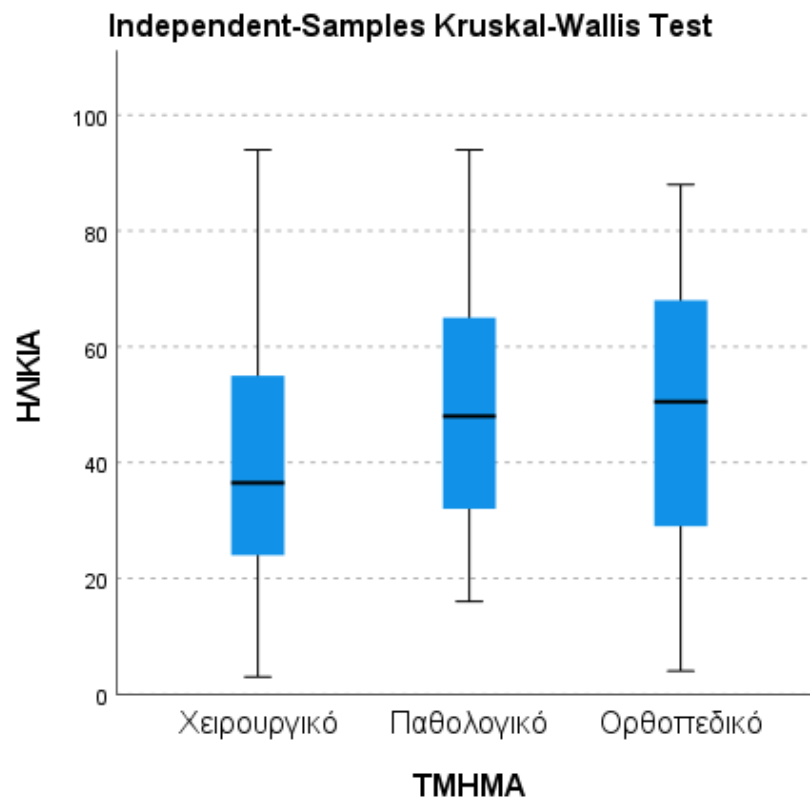


**Tests of Normality**

ΤΜΗΜΑ	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΗΛΙΚΙΑ Χειρουργικό	,101	174	<,001	,958	174	<,001
Παθολογικό	,066	199	,035	,961	199	<,001
Ορθοπαιδικό	,090	94	,057	,962	94	,008

a. Lilliefors Significance Correction

Τα p-value για κάθε κατηγορία τμήματος είναι: στο χειρουργικό μικρότερο του 0.001, στο παθολογικό μικρότερο του 0.001 και στο ορθοπαιδικό 0.008. Οπότε **παραβιάζεται η μηδενική υπόθεση για κανονικότητα**. Κατά συνέπεια εφαρμόζουμε τον μη παραμετρικό έλεγχο:



#### Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	467
Test Statistic	13,476 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,001

a. The test statistic is adjusted for ties.

### Pairwise Comparisons of ΤΜΗΜΑ

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Χειρουργικό-Ορθοπεδικό	-38,172	17,273	-2,210	,027	,081
Χειρουργικό-Παθολογικό	-50,402	14,005	-3,599	<,001	,001
Ορθοπεδικό-Παθολογικό	12,231	16,888	,724	,469	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Έπεται από τον παραπάνω έλεγχο πως *υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τμημάτων για τις διάφορες ηλικίες* διότι το  $p\text{-value}=0.001$ . Ειδικότερα υπάρχει διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών *μεταξύ του χειρουργικού και του παθολογικού τμήματος* με  $p\text{-value}$  μικρότερο του 0.001 και στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών του *χειρουργικού με του ορθοπεδικού* με  $p\text{-value}=0.027$ . *Δεν υπάρχει διαφορά* των μέσων τιμών των ηλικιών του ορθοπεδικού τμήματος με του παθολογικού.

#### 4.2.1 Στατιστική ανάλυση δεδομένων ΤΕΠ Ρόδου

#### Α) Περιγραφικά μέτρα για την ποσοτική μεταβλητή της ηλικίας:

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ελάχιστη, μέγιστη και μέση τιμή της μεταβλητής της ηλικίας καθώς και την τυπική απόκλιση της μέσης τιμής.

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΗΛΙΚΙΑ	462	2	95	46,12	21,221
Valid N (listwise)	462				

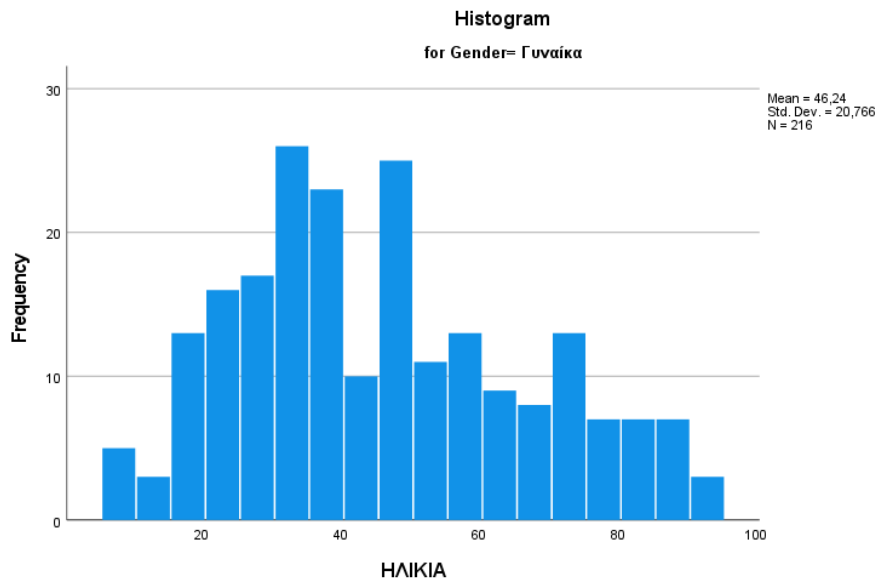
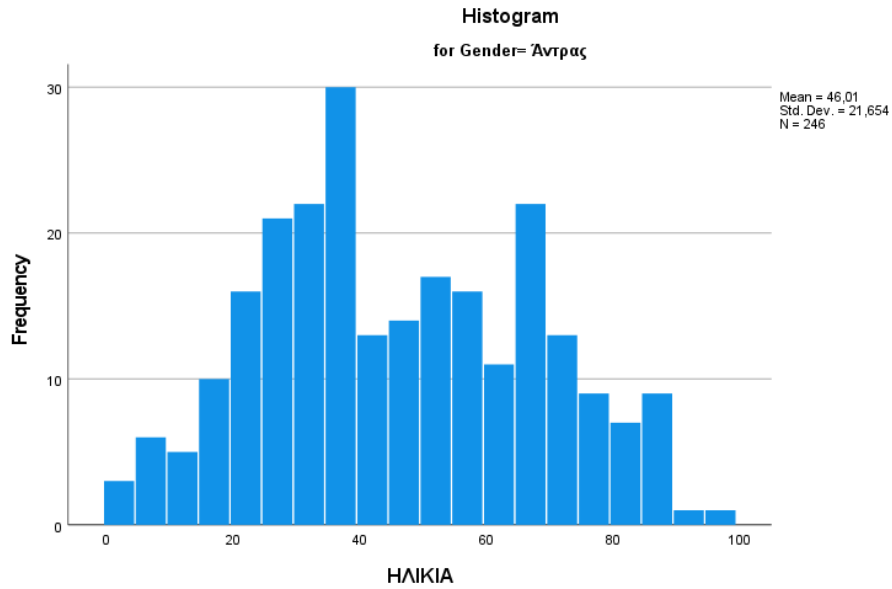
**Σύγκριση ηλικιών μεταξύ των δύο φύλων:**

Παρατηρούμε ότι έχουμε μία ελλείπουσα τιμή ηλικίας στους άντρες. Από τους ελέγχους για κανονικότητα και από τα ιστογράμματα για κάθε κατηγορία φύλου στην μεταβλητή της ηλικίας παρατηρούμε πως *σε κάθε κατηγορία η κανονικότητα παραβιάζεται*. Οπότε για να συγκρίνουμε τις ηλικίες των δύο φύλων για να ελέγξουμε αν υπάρχει στατιστική διαφορά, *θα χρησιμοποιήσουμε μη παραμετρικό έλεγχο Mann-WhitneyU*.

**Case Processing Summary**

	ΦΥΛΟ	Valid		Cases Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
ΗΛΙΚΙΑ	Άντρας	246	99,6%	1	0,4%	247	100,0%
	Γυναίκα	216	100,0%	0	0,0%	216	100,0%





### Tests of Normality

ΦΥΛΟ	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΗΛΙΚΙΑ Άντρας	,093	246	<,001	,977	246	<,001
Γυναίκα	,095	216	<,001	,967	216	<,001

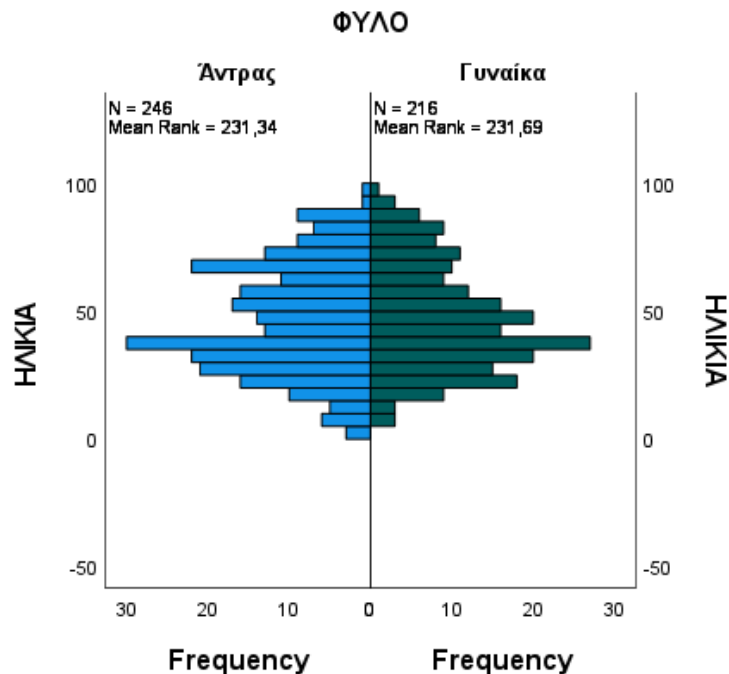
a. Lilliefors Significance Correction

Τα p-value για κάθε κατηγορία φύλου είναι μικρότερα του 0.001 οπότε **παραβιάζεται η μηδενική υπόθεση για κανονικότητα**. Κατά συνέπεια εφαρμόζουμε τον μη παραμετρικό έλεγχο:

### Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary

Total N	462
Mann-Whitney U	26608,000
Wilcoxon W	50044,000
Test Statistic	26608,000
Standard Error	1431,585
Standardized Test Statistic	,028
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,978

### Independent-Samples Mann-Whitney U Test



### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. <sup>a,b</sup>	Decision
1	The distribution of ΗΛΙΚΙΑ is the same across categories of ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,978	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

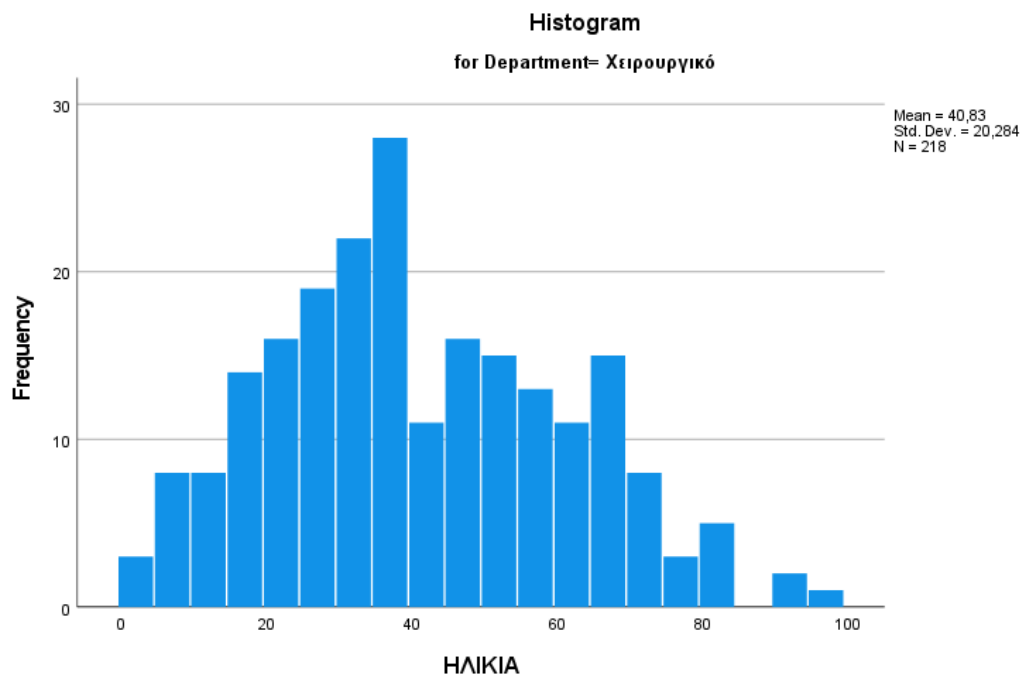
Προκύπτει από τον έλεγχο πως *δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στην ηλικία* διότι το  $p\text{-value}=0.978$ , οπότε δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση για ισότητα μέσω των τιμών των ηλικιών για τις κατηγορίες του φύλου.

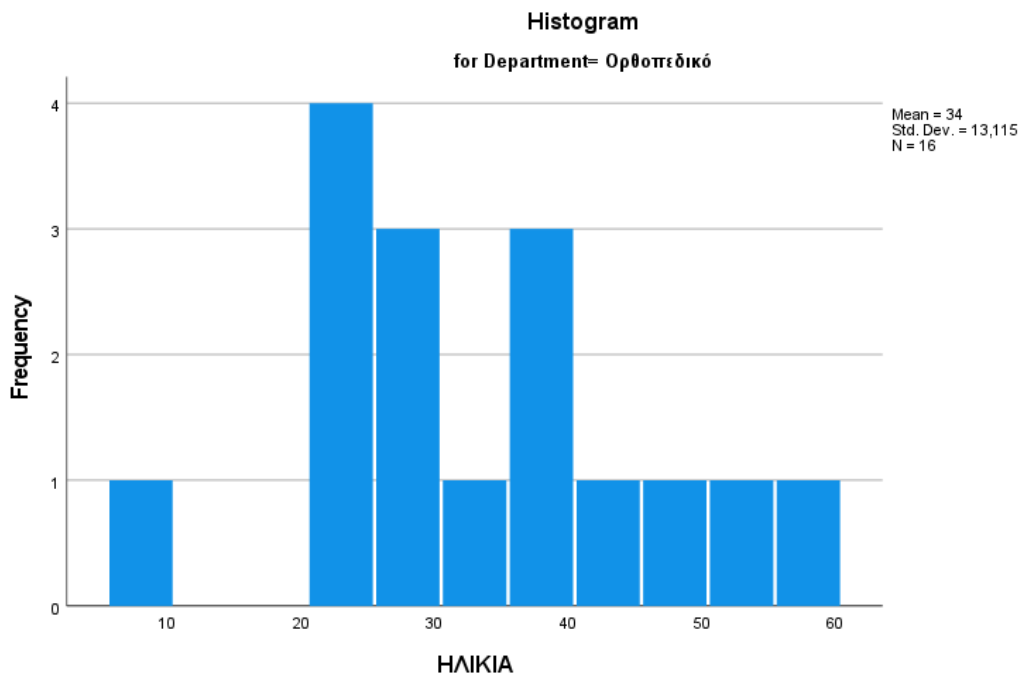
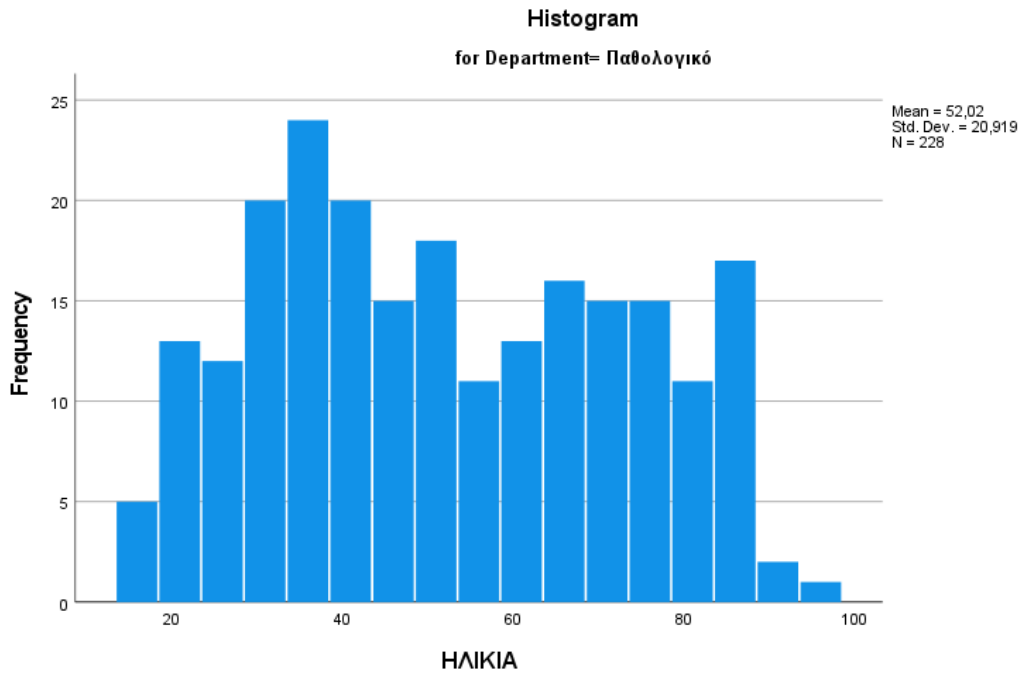
### Σύγκριση επισκέψεων τμημάτων ανάλογα με την ηλικία:

Παρατηρούμε ότι έχουμε μία ελλείπουσα τιμή ηλικίας στο χειρουργικό τμήμα. Από τους ελέγχους για κανονικότητα και από τα ιστογράμματα για κάθε τμήμα στην μεταβλητή της ηλικίας παρατηρούμε πως *σε κάθε κατηγορία η κανονικότητα παραβιάζεται*. Οπότε για να συγκρίνουμε τις ηλικίες στα διάφορα τμήματα για να ελέγξουμε αν υπάρχει στατιστική διαφορά, *θα χρησιμοποιήσουμε μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis*.

### Case Processing Summary

	ΤΜΗΜΑ	Valid		Cases Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
ΗΛΙΚΙΑ	Χειρουργικό	218	99,5%	1	0,5%	219	100,0%
	Παθολογικό	228	100,0%	0	0,0%	228	100,0%
	Ορθοπεδικό	16	100,0%	0	0,0%	16	100,0%





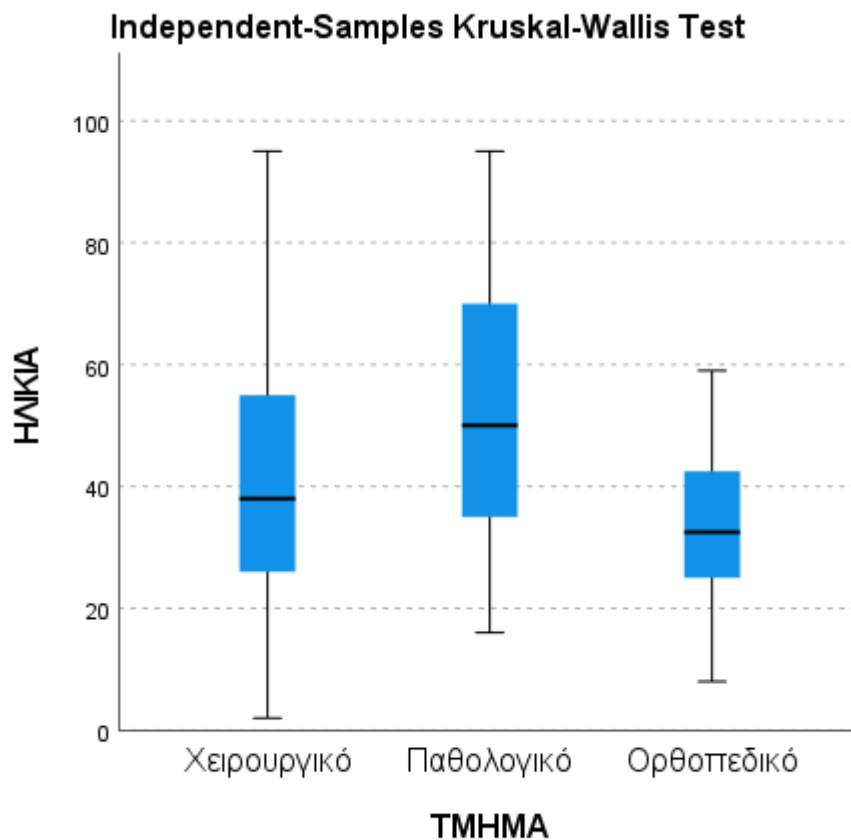
### Tests of Normality

TMHMA	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
ΗΛΙΚΙΑ	Χειρουργικό	,077	218	,003	,981	218	,005
	Παθολογικό	,113	228	<,001	,956	228	<,001
	Ορθοπεδικό	,120	16	,200 <sup>*</sup>	,978	16	,950

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Τα p-value για κάθε κατηγορία τμήματος είναι: στο παθολογικό μικρότερο του 0.001, στο χειρουργικό μικρότερο του 0.005 και στο ορθοπεδικό 0.950. Οπότε παραβιάζεται η μηδενική υπόθεση για κανονικότητα διότι μόνο στην κατηγορία του ορθοπεδικού τμήματος έχουμε κανονικότητα ενώ θέλουμε σε κάθε κατηγορία. Κατά συνέπεια εφαρμόζουμε τον μη παραμετρικό έλεγχο:



### Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	462
Test Statistic	33,737 <sup>a</sup>
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided test)	<,001

a. The test statistic is adjusted for ties.

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. <sup>a,b</sup>	Decision
1	The distribution of ΗΝΚΙΑ is the same across categories of ΤΜΗΜΑ.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	<,001	Reject the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

### Pairwise Comparisons of ΤΜΗΜΑ

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Ορθοπεδικό-Χειρουργικό	45,597	34,575	1,319	,187	,562
Ορθοπεδικό-Παθολογικό	112,746	34,523	3,266	,001	,003
Χειρουργικό-Παθολογικό	-67,150	12,645	-5,310	<,001	,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Έπεται από τον παραπάνω έλεγχο πως **υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τμημάτων για τις διάφορες ηλικίες** διότι το p-value είναι μικρότερο του 0.001. Ειδικότερα υπάρχει διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών μεταξύ του **χειρουργικού και του παθολογικού τμήματος** με p-value μικρότερο του 0.001 και στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών **του παθολογικού και του ορθοπεδικού** με p-value=0.001. Δεν υπάρχει διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών του ορθοπεδικού τμήματος με του χειρουργικού.

## 4.3 ΜΙΚΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

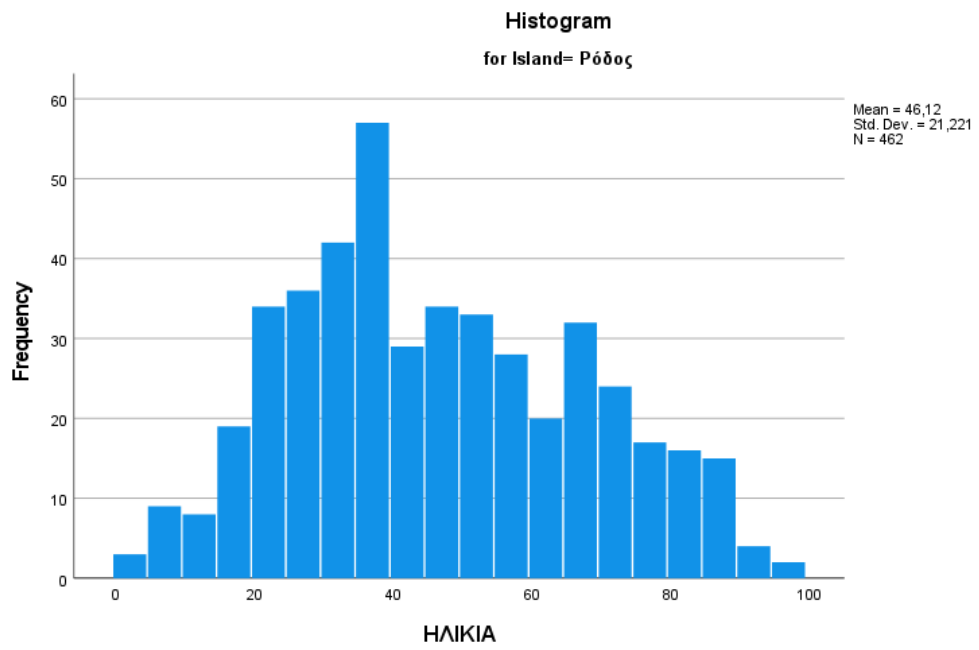
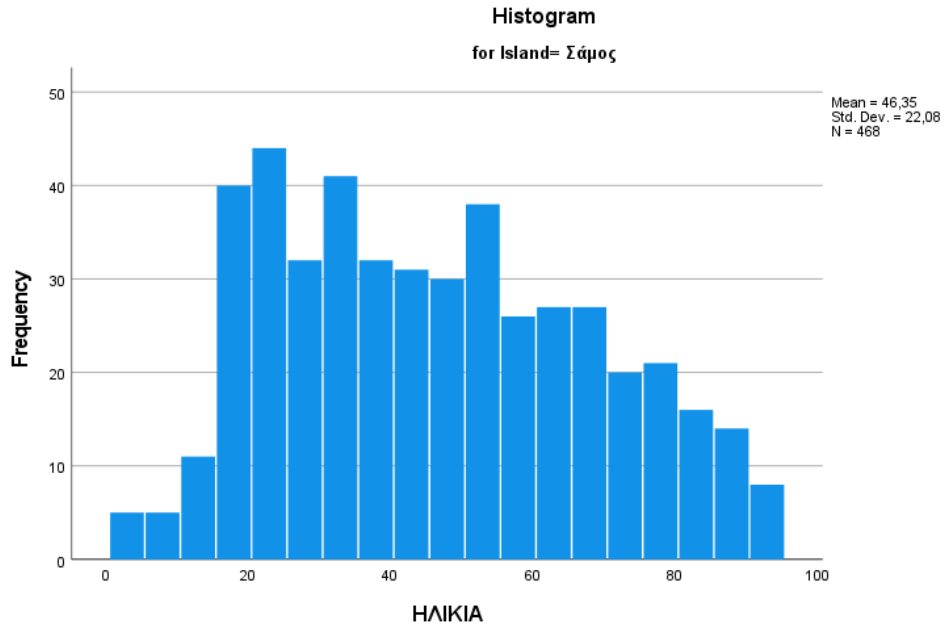
### 4.3.1 Σύγκριση ηλικιών μεταξύ των δύο νησιών:

Παρατηρούμε ότι έχουμε μία ελλείπουσα τιμή ηλικίας στους ασθενείς στην Ρόδο. Από τους ελέγχους για κανονικότητα και από τα ιστογράμματα για κάθε κατηγορία φύλου στην μεταβλητή της ηλικίας παρατηρούμε πως *σε κάθε κατηγορία η κανονικότητα παραβιάζεται*. Οπότε για να συγκρίνουμε τις ηλικίες των δύο νησιών για να ελέγξουμε αν υπάρχει στατιστική διαφορά, *θα χρησιμοποιήσουμε μη παραμετρικό έλεγχο Mann-WhitneyU*.

**Case Processing Summary**

	ΝΗΣΙ	Valid		Cases Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
ΗΛΙΚΙΑ	Σάμος	468	100,0%	0	0,0%	468	100,0%
	Ρόδος	462	99,8%	1	0,2%	463	100,0%





### Tests of Normality

	ΝΗΣΙ	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΗΛΙΚΙΑ	Σάμος	,077	468	<,001	,969	468	<,001
	Ρόδος	,094	462	<,001	,975	462	<,001

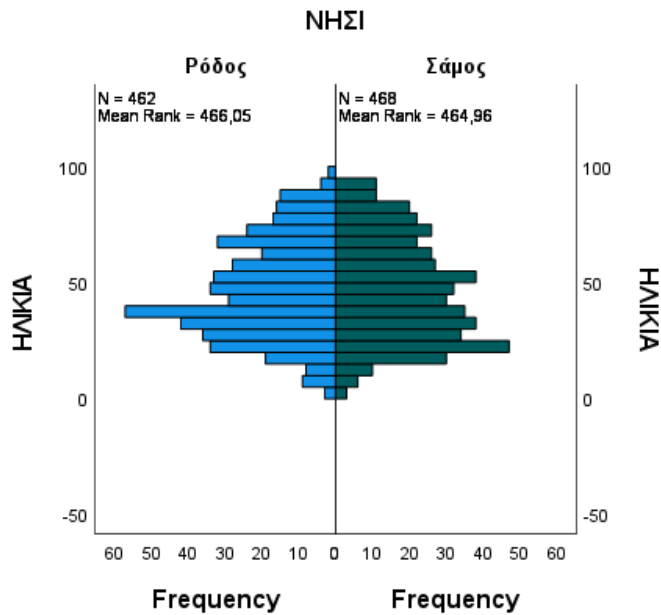
a. Lilliefors Significance Correction

Τα p-value για κάθε κατηγορία νησιού είναι μικρότερα του 0.001 **οπότε παραβιάζεται η μηδενική υπόθεση για κανονικότητα**. Κατά συνέπεια εφαρμόζουμε τον μη παραμετρικό έλεγχο:

### Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary

Total N	930
Mann-Whitney U	108362,500
Wilcoxon W	215315,500
Test Statistic	108362,500
Standard Error	4095,217
Standardized Test Statistic	,062
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,950

### Independent-Samples Mann-Whitney U Test



#### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. <sup>a,b</sup>	Decision
1	The distribution of ΗΛΙΚΙΑ is the same across categories of ΝΗΣΙ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,950	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Προκύπτει από τον έλεγχο πως *δεν υπάρχει στατιστική διαφορά στην ηλικία μεταξύ των δύο νησιών* διότι το  $p\text{-value}=0.950$ , οπότε δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση για ισότητα μέσω των τιμών των ηλικιών για τα νησιά.

#### 4.3.2 Σύγκριση επισκέψεων τμημάτων ανάλογα με την ηλικία για κάθε νησί

Για να συγκρίνουμε τις επισκέψεις των διαφόρων τμημάτων ανάλογα με την ηλικία για κάθε νησί, θα εφαρμόσουμε *ανάλυση παλινδρόμησης με αλληλεπιδράσεις* για να εξετάσουμε εάν υπάρχουν διαφορές στους συνδυασμούς κατηγοριών.

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	22500,175	4	5625,044	12,607	<,001 <sup>b</sup>
	Residual	412276,306	924	446,186		
	Total	434776,480	928			

a. Dependent Variable: ΗΛΙΚΙΑ

b. Predictors: (Constant), ΝΗΣΙ\*Ορθοπεδικό, Χειρουργικό-Παθολογικό, ΝΗΣΙ, Ορθοπεδικό

Διαπιστώνουμε πως η παλινδρόμηση **είναι στατιστικά σημαντική** με p-value μικρότερο του 0.001 , οπότε υπάρχει τουλάχιστον μία διαφορά στις κατηγορίες του μοντέλου.

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,227 <sup>a</sup>	,052	,048	21,123

a. Predictors: (Constant), ΝΗΣΙ\*Ορθοπεδικό, Χειρουργικό-Παθολογικό, ΝΗΣΙ, Ορθοπεδικό

b. Dependent Variable: ΗΛΙΚΙΑ

Το μοντέλο εξηγεί το **52% της συνολικής μεταβλητότητας** της μεταβλητής της ηλικίας. Δεν επιτυγχάνεται μεγάλο ποσοστό αλλά είναι επαρκές.

### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	40,834	1,348		30,285	<,001
	NHΣΙ	,675	1,482	,016	,455	,649
	Χειρουργικό-Παθολογικό	9,864	1,478	,227	6,674	<,001
	Ορθοπεδικό	6,773	2,562	,101	2,643	,008
	NHΣΙ*Ορθοπεδικό	-14,281	5,902	-,086	-2,420	,016

a. Dependent Variable: ΗΛΙΚΙΑ

Από το μοντέλο μας μόνο η κατηγορική μεταβλητή η οποία διακρίνει το νησί δεν είναι στατιστικά σημαντική με  $p\text{-value}=0.649$  αλλά δεν αφαιρείται από το μοντέλο διότι υπάρχει αλληλεπίδραση στατιστικά σημαντική με  $p\text{-value}=0.016$ . Προχωράμε στην ερμηνεία των συντελεστών του μοντέλου. **Η σταθερά είναι στατιστικά σημαντική με  $p\text{-value}$  μικρότερο του 0.001 και σημαίνει πως η μέση τιμή της ηλικίας δεδομένου ότι βρισκόμαστε στο νησί της Σάμου στο χειρουργικό τμήμα είναι 40.834. Η μεταβλητή Χειρουργικό-Παθολογικό που είναι στατιστικά σημαντική με  $p\text{-value}$  μικρότερο του 0.001, σημαίνει πως η διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών του παθολογικού τμήματος με του χειρουργικού ανεξαρτήτως νησιού είναι 9.864. Η μεταβλητή Ορθοπεδικό που είναι στατιστικά σημαντική με  $p\text{-value}=0.008$ , σημαίνει πως η διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών του ορθοπεδικού τμήματος με του χειρουργικού ανεξαρτήτως νησιού είναι 6.773. Η μεταβλητή αλληλεπίδρασης NHΣΙ\*Ορθοπεδικό η οποία είναι στατιστικά σημαντική με  $p\text{-value}=0.016$ , σημαίνει πως η διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών του ορθοπεδικού τμήματος του ΤΕΠ Σάμου με του ορθοπεδικού τμήματος του ΤΕΠ Ρόδου είναι 14.281. Άρα, οι ηλικίες είναι διαφορετικές για κάθε νησί μόνο για το ορθοπεδικό τμήμα.**

## **ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Για τους ερευνητικούς σκοπούς της παρούσας μελέτης συγκεντρώθηκαν δεδομένα μιας χρονικής περιόδου 16 ημερών (29/07/2019 – 13/08/2019) των ΤΕΠ Σάμου και 15 ημερών (25/09/2019 – 09/10/2019) των ΤΕΠ Ρόδου. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν περιείχαν πολύτιμες και ομοιογενείς πληροφορίες για το φύλο, την ηλικία και το επάγγελμα των προσερχόμενων, το μέσο (περιπατητικά, αναπηρικό αμαξίδιο, ΕΚΑΒ) και την ώρα προσέλευσης, το τμήμα επίσκεψης (παθολογικό χειρουργικό, ορθοπεδικό), τον τόπο του συμβάντος και το μέσο του ατυχήματος (δίκυκλο, πτώση κτλ), την προηγούμενη του συμβάντος κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης, την χρήση ή μη προστατευτικού μέσου (π.χ ζώνη ασφαλείας), το επίπεδο συνείδησης, την πιθανή διάγνωση, τον τύπο μετρήσεων των ζωτικών σημείων του προσαχθέντος, την διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων και την διαχείριση του περιστατικού (εξιτήριο, παραπομπή, οικειοθελής/λαθραία έξοδος).

Μεταξύ των κυριότερων ευρημάτων συγκαταλέγεται η ελαφρώς μεγαλύτερη συχνότητα επίσκεψης των ΤΕΠ (τόσο της Σάμου όσο και της Ρόδου) των ανδρών έναντι των γυναικών, με την συχνότερη κατηγορία ηλικίας που επισκέφθηκε και τα δύο ΤΕΠ εκείνη των 21-40. Αξιοσημείωτα, η βάρδια με την μεγαλύτερη επισκεψιμότητα για τα ΤΕΠ Σάμου ήταν τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες η βάρδια 7:00-15:00, υποδηλώνοντας ότι τα περισσότερα ατυχήματα συνέβησαν τις πρωινές ώρες. Μια μικρή διαφορά αποκαλύφθηκε μεταξύ των παραπάνω ΤΕΠ (Σάμου) έναντι εκείνων της Ρόδου ως προς την επισκεψιμότητά τους από το γυναικείο φύλο, που βρέθηκε αυξημένη στην βάρδια 15:00-23:00, υποδηλώνοντας ότι οι γυναίκες της Ρόδου τείνουν να αναζητούν επείγουσα ιατρική φροντίδα στις ώρες της δεύτερης βάρδιας. Τα λιγότερα προσαχθέντα περιστατικά και για τα δύο φύλα και στα δύο ΤΕΠ των νήσων γίνονται τις ώρες 23:00-7:00. Από τα παραπάνω, διαφαίνεται ότι τα περισσότερα περιστατικά που αναζητούν επείγουσα ιατρική περίθαλψη σε δύο από τα περισσότερα απομακρυσμένα νησιά της Ελλάδας, προκαλούνται της ώρες της πλέον παραγωγικής δραστηριότητας κι όχι τις ώρες της νυχτερινής ανάπαυλας ή διασκέδασης.

Στη νήσο της Σάμου, το παθολογικό τμήμα των ΤΕΠ σημειώνει την μεγαλύτερη επισκεψιμότητα και για τα δύο φύλα, έναντι του χειρουργικού και του ορθοπαιδικού, ενώ στη νήσο Ρόδο, η επισκεψιμότητα διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ειδικότερα, περισσότεροι άνδρες επισκέπτονται το χειρουργικό τμήμα ενώ περισσότερες γυναίκες επισκέπτονται το παθολογικό τμήμα. Αυτό ενδεχομένως να συσχετίζεται με την παραγωγική δραστηριότητα των μόνιμων κατοίκων, με τις γυναίκες να απέχουν από τα εργατικά ατυχήματα καθώς περισσότερες απασχολούνται σε οικιακές εργασίες, ενώ οι άνδρες εξακολουθούν να αποτελούν τον παραγωγικό πυρήνα απασχολούμενοι με χειρωνακτικές εργασίες κατά την διάρκεια των οποίων μπορούν να προκύψουν δυσάρεστα συμβάντα που χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης.

Παρότι, τα δεδομένα σχετικά με τις ιδιαίτερες συνθήκες υπό τις οποίες προκύπτουν τα περιστατικά που προσέρχονται στα ΤΕΠ Σάμου και Ρόδου δεν ήταν ιδιαίτερος ενημερωμένα (πολλές παρατηρήσεις περιείχαν την ένδειξη: άγνωστο), όπως διαφαίνεται στη νήσο Σάμο οι περισσότερες καταστάσεις που οδηγούν στην αναζήτηση επείγουσας ιατρικής προκύπτουν εντός της οικείας (και για τα δύο φύλα),

ενώ στη νήσο Ρόδο οι καταστάσεις αυτές προκύπτουν σε εξωτερικό χώρο για τους άνδρες και εντός της οικείας για τις γυναίκες. Και πάλι, αυτή η παρατήρηση ενδεχομένως να συνδέεται με την παραγωγική δραστηριότητα των μόνιμων κατοίκων των εν λόγω νήσων.

Εξίσου μη ενημερωμένα βρέθηκαν και τα στοιχεία για τον τρόπο πρόκλησης του συμβάντος που πρόκειται να αντιμετωπιστεί με επείγουσα ιατρική. Ωστόσο, φαίνεται καθαρά ότι στην νήσο Ρόδο, η κυριότερη αιτία πρόκλησης ατυχημάτων για τους άνδρες είναι η οδήγηση και για τις γυναίκες η πτώση από διάφορα ύψη, ενώ στη νήσο Σάμο, οι αιτίες διαφέρουν με τα δύο φύλα να κινδυνεύουν περισσότερο από ατυχήματα λόγω πτώσης από διάφορα ύψη. Μάλιστα, οι προκλήσεις ατυχημάτων από δίκυκλα/αυτοκίνητα και άρσεις βάρους στην νήσο Σάμο είναι πολύ λίγες. Αξίζει να προστεθεί ότι και στα δύο νησιά και για τα δύο φύλα, η κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης λίγο πριν το συμβάν ή την προσκομιδή είναι απειροελάχιστη έως ανύπαρκτη.

Αξιοσημείωτα και για τα δύο νησιά και για τα δύο φύλα, το μεγαλύτερο μέρος της προσκομιδής στα ΤΕΠ λαμβάνει χώρα με τρόπο περιπατητικό. Στην νήσο Σάμο δεν καταγράφηκαν καθόλου περιστατικά που διακομίσθηκαν με αναπηρικό αμαξίδιο, έναντι ενός μικρού ποσοστού προσαχθέντων της νήσου Σάμου. Το ΕΚΑΒ από την άλλη αναλαμβάνει εξαιρετικά χαμηλό αριθμό διακομιδής και στα δύο νησιά. Όλα τα παραπάνω μπορεί να οφείλονται σε μια σειρά παραγόντων, μεταξύ των οποίων η ελαφρότητα των περιστατικών, αλλά και η έλλειψη συντονιστικού κέντρου του ΕΚΑΒ στα συγκεκριμένα νησιά της παραμεθωρίου.

Ένα πολύ σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι η σύνοψη των πιθανών διαγνώσεων που προκύπτει από τα δύο ΤΕΠ Σάμου και Ρόδου, οι οποίες είναι αρκετά διαμοιρασμένες τόσο ανά κατηγορία όσο και ανά φύλο. Ειδικότερα, στη νήσο Σάμο η περισσότερο συχνή πιθανή διάγνωση των ανδρών είναι τα κατάγματα και οι κακώσεις άκρων ενώ η περισσότερο συχνή πιθανή διάγνωση των γυναικών είναι τα ορθοπεδικά και στη νήσο Ρόδο η περισσότερο συχνή πιθανή διάγνωση και για τα δύο φύλα είναι τα κατάγματα και οι κακώσεις άκρων. Σε κάθε περίπτωση, το επίπεδο συνείδησης κατά την ώρα της προσκομιδής δεν παρουσιάζει καθόλου διαταραχές, ενώ στα ΤΕΠ Σάμου δεν λαμβάνονται μετρήσεις ζωτικών σημείων στο μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών αλλά και των γυναικών αντίθετα από τα ΤΕΠ



Ρόδου που όπως φαίνεται λαμβάνονται, αξιολογούνται και καταγράφονται αρκετά συχνά οι μετρήσεις ζωτικών σημείων. Μια άλλη μεγάλη διαφορά που αναδεικνύεται στην διαχείριση των περιστατικών που προσέρχονται στα ΤΕΠ Σάμου και Ρόδου είναι εκείνη της διενέργειας εργαστηριακών εξετάσεων. Πιο συγκεκριμένα, στα ΤΕΠ Σάμου προκύπτει πως στο μεγαλύτερο ποσοστό αντρών και γυναικών δεν διενεργούνται εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ στα ΤΕΠ Ρόδου στο μεγαλύτερο ποσοστό τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών (σε ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 95 και 99%) διενεργούνται εργαστηριακές εξετάσεις.

Τέλος, όπως διαπιστώνεται μέσα από τη παρούσα μελέτη και στα δύο ΤΕΠ των νήσων Σάμου και Ρόδου η μερίδα του λέοντος των ασθενών (τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών) καταλήγει να λαμβάνει εξιτήριο, ενώ πολύ μικρά ποσοστά των προσερχόμενων στα ΤΕΠ παραπέμπονται σε άλλες κλινικές, με μεγαλύτερη συχνότητα εκείνη της παθολογικής.

Όλα τα παραπάνω ευρήματα δεν θα μπορούσαν να καταστούν επιδεκτικά εξαγωγής γενικευμένων συμπερασμάτων σε επίπεδο πληθυσμού, χώρας κτλ εάν δεν εφαρμόζονταν κι ορισμένες στατιστικές αναλύσεις για την ανάδειξη στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων. Έτσι, μεταξύ των ευρημάτων συγκαταλέγεται η ανάδειξη στατιστικής σημαντικότητας των μέσων τιμών των ηλικιών των προσερχόμενων στο χειρουργικό και το παθολογικό τμήμα και το χειρουργικό και το ορθοπεδικό τμήμα των ΤΕΠ της Σάμου. Αντίστοιχα, για τα ΤΕΠ Ρόδου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών των προσερχόμενων στο χειρουργικό και το παθολογικό τμήμα και στο παθολογικό και το ορθοπεδικό τμήμα.

Τέλος, όπως παρατηρήθηκε επί της στατιστικής σύγκρισης μεταξύ των ΤΕΠ Σάμου και των ΤΕΠ Ρόδου, η μέση τιμή της ηλικίας των προσερχόμενων στα ΤΕΠ Σάμου στο χειρουργικό τμήμα είναι 40.834. Η διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών που προσέρχονται στο παθολογικό και το χειρουργικό τμήμα(ανεξαρτήτως νησιού) είναι 9.864. Η διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών που προσέρχονται στο ορθοπεδικό τμήμα και το χειρουργικό(ανεξαρτήτως νησιού) είναι 6.773. Η διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών που προσέρχονται στο ορθοπεδικό τμήμα των ΤΕΠ Σάμου με του ορθοπεδικού τμήματος του ΤΕΠ Ρόδου είναι 14.281. Άρα, όπως συμπεραίνεται οι ηλικίες είναι διαφορετικές για κάθε νησί μόνο για το ορθοπεδικό τμήμα.



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όσα αναδείχθηκαν μέσα από την εργασία είναι πολύ ενδιαφέροντα στοιχεία για την άσκηση της επείγουσας ιατρικής στην Ελλάδα και πολύ περισσότερο σε παραμεθώρια νησιά που παρά το μικρό δυναμικό τους στην πρωτοβάθμια παροχή ιατρικής περίθαλψης, τείνουν να υποδέχονται έναν μεγάλο αριθμό περιστατικών που προσδοκούν την καλύτερη δυνατή διαχείριση.

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει παρόμοια μεθοδολογία με πολλές άλλες μελέτες που διενεργήθηκαν στο εγγύς αλλά και το άπω χρονικό διάστημα και διερευνούσαν πτυχές της άσκησης της επείγουσας ιατρικής στην Ελληνική επικράτεια αλλά και στην νησιωτική παραμεθώριο.

Μια πολύ συναφής ερευνητικά και μεθοδολογικά μελέτη με την παρούσα είναι εκείνη των Aslanidiset al. (2016) η οποία βασίστηκε σε δεδομένα που εξήχθησαν αναδρομικά από το Εθνικό Κέντρο Έκτακτης Φροντίδας (EKAB) και το Αρχείο Πρακτικών του Τμήματος Θεσσαλονίκης, από τον Ιανουάριο του 2006 έως τον Δεκέμβριο του 2015. Λόγω του αναδρομικού χαρακτήρα της μελέτης, εξετάστηκαν επιλεγμένες παράμετροι μεταξύ των οποίων ο αριθμός κλήσεων ανά βάρδια / ημέρα / μήνα / έτος, ο τύπος των περιστατικών (καρδιακές ανακοπές, τραύμα, μαιευτική κ.λπ.) και η λειτουργία της ιατρικής εντατικής μονάδας θεραπείας (medical intensive care unit MICU) ως προς διάφορες πτυχές μεταξύ των οποίων κι η συχνότητα ελαττωματικών ή ακυρωμένων κλήσεων βοήθειας και διακομιδής. Σε μεγάλη συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης στην μελέτη των Aslanidiset al. (2016) δεν αναδείχθηκαν σημαντικές τάσεις υπερφόρτωσης των μονάδων έκτακτης ανάγκης. Αντίθετα, η επιστράτευση των MICU (δηλ. Η το ποσοστό παρέμβασης των προ-νοσοκομειακών ιατρών) παρουσίασε μια σταθερή ετήσια μείωση έως το 2012 και στη συνέχεια, μια πιο τυχαία τάση μείωσης αποκαλύφθηκε για τα έτη 2013-2015. Έτσι και στην παρούσα μελέτη αναδεικνύεται μια ελεγχόμενη κατάσταση κατανομής των περιστατικών που προσήχθησαν στα ΤΕΠ των υπό εξέταση νήσων. Βέβαια, λόγω της μεγαλύτερης περιόδου μελέτης της αναδρομικής μελέτης των Aslanidiset al. (2016) -σε αντίθεση με την παρούσα

μελέτη- προέκυψαν πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα σχετικά με την κατανομή των περιστατικών κατά τη διάρκεια του έτους η οποία ήταν άνιση: πιο συγκεκριμένα, τα περιστατικά έκτακτης ανάγκης φαίνεται να ήταν περισσότερα μεταξύ Δεκεμβρίου και Μαΐου, ενώ τα περιστατικά MICU φαίνεται να ακολουθούν ένα πιο σταθερό πρότυπο καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτής της πολύ σχετικής και ενδιαφέρουσας μελέτης έρχονται σε συμφωνία με τα δικά μας αποτελέσματα στις παραμέτρους του τρόπου προσκομιδής των προσαχθέντων. Αναλυτικότερα, η ερευνητική ομάδα των Aslanidis et al. (2016) αναφέρει ότι ο αριθμός των ασθενών που καταφθάνουν στα ΤΕΠ με δικά τους μέσα είναι σταθερός και αυξημένος σε σύγκριση με την διακομιδή από το ΕΚΑΒ, επισημαίνοντας ότι οι ακυρωμένες περιπτώσεις προσεγγίζουν το 4,25% του συνόλου των περιστατικών, ενώ η ακύρωση του αιτήματος για διακομιδή μέσω ΕΚΑΒ αφορά στο 7,6% όλων των περιστατικών. Αντίθετα με τα δικά μας ευρήματα, στη μελέτη των παραπάνω ερευνητών διαπιστώνεται πως η κατανάλωση τοξικών ουσιών μεταξύ των οποίων η αιθυλική αλκοόλη στο αίμα των προσαχθέντων δείχνουν μια τάση αύξησης.

Σκοπός μιας ακόμη εξαιρετικά συναφούς με την παρούσα μελέτη έρευνας ήταν ο προσδιορισμός της επίπτωσης, των χαρακτηριστικών των ασθενών, των λόγων και των αποτελεσμάτων των εισαγωγών στην ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου «Βενιζέλιο - Πανάκειο» Ιανουάριο του 2009 έως τον Ιούνιο του 2009 που εκπονήθηκε από την Μανίου (2012). Για την πρακτική προσέγγιση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση 90 εισαγωγών ασθενών στη ΜΕΘ. Η ανάλυση περιελάμβανε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη γενική εντατική εντατική ενδοκοιλιακή νοσοκομείο του Ηρακλείου. Παρόλο που η εν λόγω μελέτη είχε αρκετά μικρότερο δείγμα από αυτό την παρούσας μελέτης, προέκυψαν πολλά συγκλίνοντα και ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Μεταξύ των 90 προσερχόμενων ασθενών κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης, οι 66 ήταν άνδρες και 24 ήταν γυναίκες (συμφωνία ως προς την κατανομή συχνότητα του φύλου). Περίπου το 90% παραπέμφθηκε από το Τμήμα Έκτακτης Ανάγκης. Αξιοσημείωτα, η κατανομή των ασθενών ανά εθνικότητα ήταν 80, 7, 2, 1 για την Ελληνική, Αλβανική, Αγγλική και Γερμανική αντιστοίχως. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν εισδοχή στη ΜΕΘ λόγω αναπνευστικών διαταραχών με μέση ηλικία 59,8 και παραμονή στην μονάδα για 4,5 μέρες κατά μέσο όρο. Μεταξύ των προσαχθέντων, οι 22 απαιτούσαν είσοδο στην μονάδα εντατικής φροντίδας λόγω καρδιαγγειακών διαταραχών με μέση ηλικία 60,2 και με μέση

παραμονή τις 5,3 ημέρες. Η μέση ηλικία των ασθενών για όλους τους λόγους των εισαγωγών ήταν 59,6 για τους άνδρες και 56,6 για τις γυναίκες. 61 ασθενείς πήραν εξιτήριο, 27 πέθαναν (πολύ μεγάλη απόκλιση από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης) και 2 ασθενείς παραπέμφθηκαν σε άλλο νοσοκομείο. Από τους ασθενείς που πέθαναν 18 ήταν άνδρες και 9 ήταν γυναίκες. Ο περισσότερος ασθενής πέθανε λόγω προβλημάτων του αναπνευστικού συστήματος με μέση ηλικία 59,9. Όμως συμπέρανε η ερευνήτρια, ότι αναπνευστικά προβλήματα είναι ο κύριος λόγος για την εισαγωγή στην μονάδα εντατικής φροντίδας. Οι ασθενείς που είναι άνδρες και στην ηλικία των 51-87 ετών βρέθηκαν να διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο εισαγωγής στη ΜΕΘ. Το πρώτο εξάμηνο του 2009 πραγματοποιήθηκε υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και ο λόγος ήταν τα προβλήματα του αναπνευστικού συστήματος.

Άλλες ερευνητικές ομάδες εστίασαν στην λειτουργία και διαχείριση των ασθενών που απευθύνονται στα ΤΕΠ των παραμεθώριων νήσων όπως τα υπό εξέταση. Ειδικότερα, οι Petridou et al. (1999) αρκετά χρόνια πριν επιχειρήσαν να αναλύσουν συλλεχθέντα δεδομένα από το Περιφερειακό Νοσοκομείο στο τουριστικό νησί Κέρκυρα (Κέρκυρα) έτσι ώστε να προσδιορίσουν τον βαθμό επικινδυνότητας λόγω τραυματισμών μεταξύ των τουριστών. Όπως βρέθηκε, περίπου το 15% όλων των ατυχημάτων που προσκομίσθηκαν στα ΤΕΠ του νοσοκομείου σχετιζόνταν με την κυκλοφορία είτε μόνιμων κατοίκων είτε Ελλήνων τουριστών. Όπως αναδείχθηκε, οι τραυματισμοί στην κυκλοφορία ήταν αρκετά συχνοί και ελαφρώς πιο σοβαροί για τους τουρίστες που προέρχονταν από άλλες χώρες. Η συγκεκριμένη μελέτη, χρησιμοποιώντας παρόμοια μεθοδολογία με την παρούσα, ανέδειξε πολύ σοβαρά ζητήματα για τους τραυματισμούς λόγω οδήγησης στο νησί της Κέρκυρας που δεν αναδείχθηκαν σε μεγάλο βαθμό στην δική μας μελέτη, δεδομένου ότι ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης δεν διαχωρίστηκε σε μόνιμους κατοίκους έναντι παραθεριστών-επισκεπτών και η περίοδος μελέτης δεν διαχωρίστηκε περεταίρω σε τουριστική ή μη.

Λίγο πιο πρόσφατα, οι Theodorou et al. (2009) με αρκετά διαφορετική μεθοδολογική προσέγγιση (διαδικασία ημιδομημένων συνεντεύξεων και ανάλυση επιδημιολογικών δεδομένων από την Ελληνική Εταιρεία Τραύματος) επιχειρήσαν να αξιολογήσουν την ποιότητα της διαχείρισης που παρέχεται για ασθενείς με τραύμα στα ΤΕΠ των Ελληνικών νοσοκομείων ολόκληρης της χώρας. Τα δεδομένα που

αναλύθηκαν αφορούσαν ασθενείς με τραύμα που απαιτούν εισαγωγή, μεταφορά σε κέντρο υψηλότερου επιπέδου ή έφτασαν νεκροί ή πέθαναν στο τμήμα έκτακτης ανάγκης του αναφέροντος νοσοκομείου. Ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν προοπτικός και παρατηρητικός. Όπως αναδείχθηκε μέσω της μελέτης, μεταξύ των 8862 ασθενών[ου μελετήθηκαν σε χρονικό διάστημα 12 μηνών, ομοίως με το δείγμα της παρούσας μελέτης οι περισσότεροι προσαχθέντες στα ΤΕΠ ήταν άνδρες (περισσότεροι από τις γυναίκες που προσήχθησαν στα ΤΕΠ) και μέσης ηλικίας αυτής των  $41,8 \pm 20,6$ . Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τις συχνότητες που αναδείχθησαν στην παρούσα μελέτη. Από την άλλη μεριά, στην μελέτη των Theodorou et al. (2009) προέκυψε και μια ιδιαίτερος σημαντική καταγραφή που αφορούσε στη μέση διάρκεια της θεραπείας στα ΤΕΠ η οποία κατά μέσο όρο υπολογίστηκε σε 1 ώρα και 28 λεπτά. Μια άλλη πολύ ενδιαφέρουσα παρατήρηση ήταν αυτή της διαχείρισης των ασθενών από έναν ειδικευμένο ιατρό ή από έναν ειδικευόμενο. Πιο συγκεκριμένα, από το συνολικό αριθμό των ασθενών, το 26,1% αξιολογήθηκαν και διαχειρίστηκαν από έναν ειδικευμένο ιατρό ενώ η πλειοψηφία των ασθενών (70,5%) αξιολογήθηκαν και διαχειρίστηκαν από έναν ειδικευόμενο ιατρό. Έτσι, οι ερευνητές διαπίστωσαν την ύπαρξη ενός σημαντικού περιθωρίου βελτίωσης της φροντίδας των ασθενών στο ΤΕΠ, προτείνοντας τη διενέργεια περαιτέρω μελλοντικών αξιολογήσεων για τον προσδιορισμό συγκεκριμένων και εύκολα τροποποιήσιμων προτύπων διαχείρισης των ασθενών στα ΤΕΠ.

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Μερικοί από τους πιο σημαντικούς περιορισμούς της παρούσας έρευνας ήταν κατά κοινή ομολογία η σχετικά μικρή περίοδος μελέτης των περιστατικών που προσήχθησαν τόσο στο ΤΕΠ Σάμου όσο και στο ΤΕΠ Ρόδου. Επιπλέον, θα μπορούσε να προστεθεί στους περιορισμούς η ύπαρξη λιγότερο ενημερωμένων στοιχείων των νοσηλευόμενων (π.χ λόγος πρόκλησης ατυχήματος, τόπος ατυχήματος, επάγγελμα, μέσο ατυχήματος κλπ) που κατά τη διάρκεια της στατιστικής ανάλυσης μεταφορτώθηκαν ως ελλείπουσες τιμές.

Ωστόσο, ο μεγαλύτερος περιορισμός της παρούσας μελέτης από την άποψη της συνεισφοράς της στην ήδη θεμελιωμένη γνώση σχετικά με την λειτουργία και την εξυγίανση των μονάδων άσκησης επείγουσας ιατρικής είναι ή έλλειψη άλλων πρωτογενών στοιχείων από προηγούμενες μελέτες τα οποία μπορεί να συμπεριλάμβαναν την ανάλυση δεδομένων από τα ίδια ΤΕΠ των ίδιων νήσων σε άλλη χρονική περίοδο, ή από άλλες νήσους της Ελληνικής Παραμεθορίου ή εν τέλει από ένα διαφορετικό οργανωτικό πλαίσιο διάφορων δομών παροχής υγείας όπως το ΕΚΑΒ. Η ύπαρξη όλων των παραπάνω θα επέτρεπε την συγκριτική παράθεση των νέων ευρημάτων με σκοπό την συμβολή στην κατανόηση της σύγχρονης εικόνας και αποτελεσματικότητας των μονάδων παροχής επείγουσας ιατρικής φροντίδας με στόχο τον καλύτερο σχεδιασμό της εξυγίανσής τους.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η πλήρης κι ακριβής διατήρηση των πρακτικών εισαγωγής των ασθενών σε μια μονάδα παροχής επείγουσας ιατρικής μαζί με την αποτελεσματική ομαδοποίησή τους και την υποβολή τους σε στατιστικές αναλύσεις ενδεχομένως να είναι ο μόνος τρόπος άσκησης εσωτερικού ελέγχου με στόχο την προς το βέλτιστο τροποποίηση του υπάρχοντος συστήματος διαχείρισης.

Αυτό είναι απαραίτητο να γίνεται από το διοικητικό προσωπικό των μονάδων υγείας, δεδομένου ότι οι αριθμητικά αδύναμοι υπεύθυνοι βάρδιας οφείλουν να στοχοπροσηλώνονται στην απόλυτα σωστή κι έγκυρη αντιμετώπιση των περιστατικών. Βάση των παραπάνω, θα μπορούσαμε να προτείνουμε την συνεχή καταγραφή του συνόλου των δεδομένων και την δημοσίευσή τους ή την παροχή των δικαιωμάτων σε ερευνητές που ενδιαφέρονται να τα χρησιμοποιήσουν, αναλύοντάς τα στατιστικά και περιγραφικό με μοναδικό κίνητρο την παροχή σημαντικών και δυνητικά ωφέλιμων συμπερασμάτων.

Μελλοντικές έρευνες συναφείς με τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας θα μπορούσαν να συγκρίνουν δεδομένα από περιστατικά ασθενών που αναζητούν επείγουσα ιατρική σε νησιά όπως η Σάμος κι η Ρόδος τόσο σε τουριστικές όσο και σε μη τουριστικές περιόδους, αλλά και δεδομένα μέσης διάρκειας νοσηλείας και παραμονής στην μονάδα επείγουσας ιατρικής. Τα θέματα που χρήζουν διερεύνησης στην πρακτική της άσκησης της επείγουσας ιατρικής στην Ελληνική περιφέρεια είναι άπειρα και δεν θα μπορούσαν να παρατεθούν σε αυτές τις λίγες γραμμές. Ωστόσο, η πρόθεση διερεύνησης και συμβολής στην επιστημονικά και στατιστικά τεκμηριωμένη γνώση είναι χρέος όλων των λειτουργών υγείας και θα πρέπει να αποτελεί καθημερινή μακροπρόθεσμη και μεσοπρόθεσμη επιδίωξη κάθε επαγγελματία υγείας.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

✓ Η ορθολογική καταγραφή, συντήρηση και διάθεση δεδομένων συνιστά έναν από τους περισσότερο πολύτιμους πόρους της υγειονομικής περίθαλψης

✓ Περισσότερα δεδομένα συνεπάγονται μια πιο ακριβή εξέταση των πληθυσμών των ασθενών που επιτρέπει στους οργανισμούς να μειώσουν το κόστος φροντίδας και να βελτιώσουν τις υπηρεσίες υγείας μέσω πιο εξατομικευμένης και στοχοκατευθυνόμενης φροντίδας

✓ Η εκτίμηση στοιχείων σχετικά με τις ηλικιακές ομάδες ασθενών που προσήλθαν στα επείγοντα των νήσων Σάμου και Ρόδου με σκοπό να εξεταστούν έδειξε ότι η ηλικιακή ομάδα 21-40 έχει το μεγαλύτερο ποσοστό για τα ΤΕΠ Σάμου (31,8%) αλλά και για τα ΤΕΠ Ρόδου (37,6%). Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 41-60 με ποσοστό 27,6% και 25,1% για τα ΤΕΠ Σάμου και Ρόδου αντιστοίχως

✓ Στη νήσο Σάμο οι περισσότερες καταστάσεις που οδηγούν στην αναζήτηση επείγουσας ιατρικής προκύπτουν εντός της οικείας (και για τα δύο φύλα), ενώ στη νήσο Ρόδο οι καταστάσεις αυτές προκύπτουν σε εξωτερικό χώρο για τους άνδρες και εντός της οικείας για τις γυναίκες.

✓ Στην νήσο Ρόδο, η κυριότερη αιτία πρόκλησης ατυχημάτων για τους άνδρες είναι η οδήγηση και για τις γυναίκες η πτώση από διάφορα ύψη, ενώ στη νήσο Σάμο, οι αιτίες διαφέρουν με τα δύο φύλα να κινδυνεύουν περισσότερο από ατυχήματα λόγω πτώσης από διάφορα ύψη. Μάλιστα, οι προκλήσεις ατυχημάτων από δίκυκλα/αυτοκίνητα και άρσεις βάρους στην νήσο Σάμο είναι πολύ λίγες. Αξίζει να προστεθεί ότι και στα δύο νησιά και για τα δύο φύλα, η κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης λίγο πριν το συμβάν ή την προσκομιδή είναι απειροελάχιστη έως ανύπαρκτη.

✓ Αξιοσημείωτα και για τα δύο νησιά και για τα δύο φύλα, το μεγαλύτερο μέρος της προσκομιδής στα ΤΕΠ λαμβάνει χώρα με τρόπο περιπατητικό. Στην νήσο Σάμο δεν καταγράφηκαν καθόλου περιστατικά που διακομίσθηκαν με αναπηρικό αμαξίδιο, έναντι ενός μικρού ποσοστού προσαχθέντων της νήσου Σάμου. Το ΕΚΑΒ από την άλλη αναλαμβάνει εξαιρετικά χαμηλό αριθμό διακομιδής και στα δύο νησιά.

✓ Στη νήσο Σάμο η περισσότερο συχνή πιθανή διάγνωση των ανδρών είναι τα κατάγματα και οι κακώσεις άκρων ενώ η περισσότερο συχνή πιθανή διάγνωση των γυναικών είναι τα ορθοπεδικά και στη νήσο Ρόδο η περισσότερο συχνή πιθανή διάγνωση και για τα δύο φύλα είναι τα κατάγματα και οι κακώσεις άκρων.

✓ Στα ΤΕΠ Σάμου δεν λαμβάνονται μετρήσεις ζωτικών σημείων στο μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών αλλά και των γυναικών αντίθετα από τα ΤΕΠ Ρόδου που όπως φαίνεται λαμβάνονται, αξιολογούνται και καταγράφονται αρκετά συχνά οι μετρήσεις ζωτικών σημείων.

✓ Στα ΤΕΠ Σάμου, το μεγαλύτερο ποσοστό αντρών και γυναικών δεν διενεργούνται εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ στα ΤΕΠ Ρόδου στη συντριπτική πλειοψηφία τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών διενεργούνται εργαστηριακές εξετάσεις.

✓ Στα ΤΕΠ των νήσων Σάμου και Ρόδου η μερίδα του λέοντος των ασθενών λαμβάνει εξιτήριο, ενώ πολύ μικρά ποσοστά των προσερχόμενων στα ΤΕΠ παραπέμπονται σε άλλες κλινικές, με μεγαλύτερη συχνότητα εκείνη της παθολογικής.

✓ Παρατηρήθηκε στατιστική σημαντικότητα των μέσων τιμών των ηλικιών των προσερχόμενων στο χειρουργικό και το παθολογικό τμήμα και το χειρουργικό και το ορθοπεδικό τμήμα των ΤΕΠ της Σάμου. Αντίστοιχα, για τα ΤΕΠ Ρόδου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων τιμών των ηλικιών των προσερχομένων στο χειρουργικό και το παθολογικό τμήμα και στο παθολογικό και το ορθοπεδικό τμήμα.

✓ Επί της στατιστικής σύγκρισης μεταξύ των ΤΕΠ Σάμου και των ΤΕΠ Ρόδου, παρατηρήθηκε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων ηλικιών προσκομιδής μόνο στο ορθοπεδικό τμήμα.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελένη Ασκητοπούλου (επιμ.), Νίκος Σμπυράκης (μτφ). Ευρωπαϊκός οδηγός Σπουδών για την επείγουσα ιατρική. Αθήνα : 2008.

2. Π. Αγγουριδάκης, Ν. Σμπυράκης. Ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ελλάδα «Εισήγηση της Ε.Ε.Ε.Ι για την αρμόδια Επιτροπή του Υ.Υ.Κ.Α». ΠαΓΝΗ : 2010.

3. Π. Αγγουριδάκης, Ν. Σμπυράκης. Ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ελλάδα «Εισήγηση της Ε.Ε.Ε.Ι για την αρμόδια Επιτροπή του Υ.Υ.Κ.Α». ΠαΓΝΗ : 2010.

4. Ελληνική Δημοκρατία ΦΕΚ 874/Β/12. Οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Υπουργείο Υγείας: Αθήνα: 6/3/2012. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:[https://snignrodou.blogspot.com/2014/07/blog-post\\_15.html](https://snignrodou.blogspot.com/2014/07/blog-post_15.html) (01/06/2019) .

5. Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο:<http://www.moh.gov.gr/articles/gdpr> (9/3/2019).

6. The European union, Edict Of Coverment, 1998.<https://www.phd.eng.br/wp-content/uploads/2014/11/en.1998.5.2004.pdf>

7. Arnold, J. L. International Emergency Medicine and the Recent Development of Emergency Medicine Worldwide, *Annals of Emergency Medicine*, 1999,33(1),97-103. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(99\)70424-5](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(99)70424-5).

8. Moore L. Measuring quality and effectiveness of prehospital EMS. *Prehosp Emerg Care* 1999. Oct-Dec;3(4):325-331. 10.1080/10903129908958963

9. Razzak JA, Kellermann AL. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bull World Health Organ* 2002;80(11):900-905

10. Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Med J*. 2010;25(4):320-323. doi:10.5001/omj.2010.92

11. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med*. 2003;18(1):29-37. doi:10.1017/s1049023x00000650

12. European Society for Emergency Medicine (EU-SEM). 2013 Policy Statement on Emergency Medicine in Europe. Available at: <http://www.eusem.org/policy-statement/>. Accessed Feb 20, 2021

13. Totten V, Bellou A. Development of emergency medicine in Europe. *Acad Emerg Med.* 2013;20(5):514-521. doi:10.1111/acem.12126
14. Al-Shaqsi, S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Med. J.* 2010, 25, 320–323
15. Papaspyrou, E., Setzis, D., Grosomanidis, V., Manikis, D., Boutlis, D., Ressos, C. International EMS systems: Greece. *Resuscitation* 2004, 63, 255–259.
16. Hansen K, Boyle A, Holroyd B on behalf of the IFEM Quality and Safety Special Interest Group, et al Updated framework on quality and safety in emergency medicine *Emergency Medicine Journal* 2020;37:437-442.
17. Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2017; 19(5):1–192.
18. Hansen, K., Schultz, T., Crock, C., Deakin, A., Runciman, W., Gosbell, A. (2016). The Emergency Medicine Events Register: An analysis of the first 150 incidents entered into a novel, online incident reporting registry. *Emergency medicine Australasia : EMA.* 28. 10.1111/1742-6723.12620.
19. Petridou, E., Dessypris, N., Skalkidou, A., Trichopoulos, D. (1999). Are traffic injuries disproportionately more common among tourists in Greece? Struggling with incomplete data. *Accident Analysis & Prevention*,31(6),611-615. [https://doi.org/10.1016/S0001-4575\(99\)00017-2](https://doi.org/10.1016/S0001-4575(99)00017-2).
20. Theodorou, D., Toutouzas, K., Drimousis, P., Larentzakis, E., Kleidi, E., Georgiou, G., Gymnopoulos, D., Kandyllakis, S., Theodoraki, M.E., Katsaragakis, S. (2009) Emergency room management of trauma patients in Greece: Preliminary report of a national study, *Resuscitation*,80(3),350-353. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2008.10.015>.

21. Aslanidis Th., Charitidou S., Symou E., Nikolaidou O., Tsioupa A., Karabelidou Ch., Iliadis K., , Matsikoudi Ch. (2016). Pre-hospital medical emergencies services activity over 10 years in an urban setting, in Greece. *The Greek E-Journal of Perioperative Medicine*; 15(c): 87-100.

22. Maniou, M. (2012). Measurement of patients' admissions to an intensive care unit of Crete. *HEALTH SCIENCE JOURNAL*, 6(3), 469-480.