

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ι. ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ

Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ
ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΑΘ. ΚΟΥΚΟΣΙΑΣ
ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ
Λειτουργός Δημόσιας Υγείας

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ
ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΛΑΡΙΣΑ 2010

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. (Επιβλέπων Καθηγητής)

2. Αναστάσιος Ε. Γερμενής Καθηγητής Ανοσολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

3. Χρήστος Σ. Χατζηχριστοδούλου Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. (Επιβλέπων Καθηγητής)
2. Αναστάσιος Ε. Γερμενής Καθηγητής Ανοσολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
3. Χρήστος Σ. Χατζηχριστοδούλου Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
4. Χρυσή Α. Χατζόγλου Επίκουρος Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
5. Ζωή Δ. Δανιήλ Επίκουρος Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
6. Ιωάννης Λ. Στεφανίδης Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Νεφρολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
7. Μιχαήλ Δ. Μελέκος Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	6
Ευχαριστίες.....	7
Βιογραφικό Σημείωμα.....	9
Συντομογραφίες.....	16
A) ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	19
Εισαγωγή.....	20
1) Ορισμός της Υγείας.....	21
1.1) Η σύγχρονη έννοια της Υγείας.....	22
1.2) Η έννοια της Δημόσιας Υγείας, Πολιτικές (Δ.Υ).....	25
1.3) Νέα Δημόσια Υγεία.....	26
1.4) Βασικές αρμοδιότητες Δημόσιας Υγείας.....	28
1.5) Η έρευνα στην Δημόσια Υγεία.....	29
1.6) Σύγχρονα προβλήματα Δ.Υ. στην Ελλάδα.....	32
2) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.): εννοιολογική προσέγγιση..	35
2.1) Σκοπός και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.....	40
2.2) Η σημερινή κατάσταση παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.....	41
2.3) Θεσμός και σκοπός των Κέντρων Υγείας στην Χώρα μας.....	46
2.4) Σχεδιασμός και στελέχωση των Κέντρων Υγείας(Κ.Υ).....	48
2.5) Η αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης των Κ.Υ.....	51
3) Η προσφορά της Π.Φ.Υ. στη Δημόσια Υγεία.....	57
4) Ανάγκες Π.Φ.Υ.: Νοσηρότητα και 10 χρόνια Νοσήματα.....	60
4.1) Υπερλιπιδαιμία.....	63
4.2) Αρτηριακή Υπέρταση.....	64

4.3) Οστεοπόρωση.....	66
4.4) Στεφανιαία Νόσος.....	68
4.5) Αρθρίτιδα.....	70
4.6) Σακχαρώδης Διαβήτης.....	72
4.7) Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια.....	74
4.8) Βροχικό Άσθμα.....	76
4.9) Κατάθλιψη.....	78
4.10) Άγχος.....	80
5) Νόμοι για την Π.Φ.Υ. από το 1983.....	82
B) ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	85
Επιπολασμός χρόνιων νοσημάτων και νοσηρότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κεντρική Ελλάδα: Επιδημιολογική μελέτη	
(I) Σκοπός της Μελέτης.....	86
(II) Υλικό και Μέθοδος.....	90
(III) Αποτελέσματα.....	96
(IV) Συζήτηση.....	128
Γ) Βιβλιογραφία.....	143
Ελληνική Περίληψη.....	161
Αγγλική Περίληψη.....	166
Δ) ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	170

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*Σα βγεις στον πηγαιμό για την Ιθάκη,
να εύχεσαι να ‘ναι μακρύς ο δρόμος,
γεμάτος περιπέτειες, γεμάτος γνώσεις.
(Ιθάκη, Καβάφης 1911)*

Κάπως έτσι ένιωσα όταν ύστερα από 8 έτη σπουδών στην Ιατρική Σχολή Λάρισας, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ένα βήμα πριν την ολοκλήρωση του διδακτορικού προγράμματος σπουδών μου δημιουργούνται ποικίλα συναισθήματα. Αυτό όμως που θεωρώ κυρίαρχο είναι ένα είδος ανακούφισης, για την ολοκλήρωση των σπουδών, δεδομένου ότι ήταν μια χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία εξαιτίας των υψηλών της απαιτήσεων. Στο σύντομο απολογισμό της «φοιτητικής-εργασιακής» μου ζωής τώρα πλέον είμαι σε θέση να δηλώσω ότι οι καταστάσεις και τα γεγονότα που βίωσα ήταν ουσιώδη, αφού θωράκισαν και ισχυροποίησαν την προσωπικότητα μου....

*Να εύχεσαι να ‘ναι μακρύς ο δρόμος.
...να μάθεις και να μάθεις απ’ τους σπουδασμένους.
(Ιθάκη, Καβάφης 1911)*

Ο ουσιαστικότερος δρόμος για μένα ήταν αυτός της «γνώσης», το πλέον δύσβατο μονοπάτι. Στο ξεκίνημα μου έχοντας ως εφόδιο τις βασικές Πανεπιστημιακές γνώσεις της Ιατρικής Βιοχημείας, εν συνεχεία του Μεταπτυχιακού Δημόσιας Υγείας, και τέλος του διδακτορικού μου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οι γνώσεις μου εμπλουτίστηκαν στον τομέα Υγείας, πολλώ δε μάλλον εξειδικεύτηκαν τη συμβολή και τη καθοδήγηση του αξιότιμου καθηγητή μου, Κου Κωνσταντίνου Ι. Γουργουλιάνη.

Καθοδηγητές στο δρόμο της γνώσης θεωρώ όλους τους καθηγητές των κύκλων σπουδών που περάτωσα, οι οποίοι υπήρξαν αρωγοί καθ’ όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και κυρίως κατά την επίλυση των επιστημονικών ερευνητικών ζητημάτων.

*Η Ιθάκη σ’ έδωσε τ’ ωραίο ταξίδι.
Χωρίς αυτήν δεν θα ‘βγαινες στον δρόμο...
(Ιθάκη, Καβάφης 1911)*

Καθοριστική ήταν η συνεχής στήριξη και προτροπή της συζύγου μου, Παναγιώτας Δικοπούλου και των παιδιών μου Ιωάννας και Αθανασίου, που με την αγάπη και την υπομονή τους στάθηκαν πλάι μου πολύτιμοι βοηθοί σ’ αυτή την πολύχρονη και δύσκολη προσπάθειά μου, καθώς επίσης και των γονέων της συζύγου μου, Γεωργίου και Ιουλίας Δικοπούλου, για την ηθική και πολύπλευρη συνεισφορά τους.

Θα ήμουν πραγματικά αγνώμων, εάν δεν αναγνώριζα την προσπάθεια και συμβολή των γεννητόρων μου, Αθανασίου Κουκόσια και Γιαννούλας Χαρόβα Κουκόσια, στη διάπλαση και διαμόρφωση του χαρακτήρα και της προσωπικότητας μου.

Σ’ αυτούς χρωστώ τούτο το ταξίδι.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης δεν θα ήταν δυνατή χωρίς τη συμβολή κάποιων προσώπων προς τα οποία δράττομαι της ευκαιρίας να εκφράσω το σεβασμό και την ευγνωμοσύνη μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον Καθηγητή Πνευμονολογίας και Πρύτανη του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κύριο Κωνσταντίνο Ι. Γουργουλιάνη, για τη εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου με την ανάθεση του θέματος. Είναι εκείνος που από τα φοιτητικά μου χρόνια μού δίδαξε τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται μία επιστημονική έρευνα, με ενέπνευσε και μού παρείχε την δυνατότητα να ασχοληθώ με την έρευνα στο χώρο της Δημόσιας Υγείας και συγκεκριμένα με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η παρούσα διατριβή αποτελεί καρπό προσπάθειας που υποστηρίχθηκε αμέριστα από εκείνον σε κάθε στιγμή. Επιπλέον αισθάνομαι βαθύτατα ευγνώμων για την καθοδήγησή του κατά την εκπόνηση της διατριβής και το συνεχές ενδιαφέρον του.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή Ανοσολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κύριο Αναστάσιο Γερμενή, για τη συμμετοχή του στην τριμελή συμβουλευτική επιτροπή, για τις εύστοχες υποδείξεις του και την συνεχή βοήθειά που μου παρείχε ποικιλοτρόπως. Η πολύτιμη αρωγή του συνετέλεσε με τρόπο θεμελιακό στην εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

Θερμά ευχαριστώ στον Αναπληρωτή Καθηγητή Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κύριο Χρήστο Χατζηχριστοδούλου, για τη συμμετοχή του στην τριμελή συμβουλευτική επιτροπή. Με τις ειδικές γνώσεις του σε θέματα επιδημιολογικών ερευνών μού παρείχε ουσιαστική καθοδήγηση στη διεκπεραίωση αυτής της μελέτης.

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω από καρδιάς τους Διευθυντές των τεσσάρων Κέντρων Υγείας της Θεσσαλίας, Βελεστίνου, Αγιάς, Μουζακίου, Φαρκαδόνας, κυρίου Χατζηκυριάκο Απόστολο, Χάμο Βασίλειο, Μάρη Κωνσταντίνο και κυρία Μαντέλη-Σακκά Γεωργία, αντίστοιχα. Δεν θα μπορούσα να αγνοήσω, τέλος, όλους τους Ιατρούς όλων των ειδικοτήτων αλλά και τους Αγροτικούς Ιατρούς των αντίστοιχων Κέντρων Υγείας, διότι, χάριν της δικής τους καλής συνεργασίας και βοήθειας από την πρώτη στιγμή, αγκαλιάστηκε η προσπάθειά μας και έγινε κατορθωτή η συλλογή των χιλιάδων περιστατικών, για να πραγματοποιηθεί η επιδημιολογική αυτή έρευνα που αποτελεί πρωτοπόρο πόνημα για τον Ελλαδικό χώρο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ως αναγνώριση της οφειλής μου απέναντί τους τούς τιμώ με αυτές τις λίγες γραμμές για την μεγάλη τους συμβολή. Τους απευθύνω ένα ειλικρινές ευχαριστώ για την κατανόηση τους και απολογούμαι, επειδή, λόγω του μεγάλου τους αριθμού, δεν μπορώ να αναφέρω τον καθένα τους χωριστά με το όνομά του.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους ανεξαιρέτως τους εργαζομένους των παραπάνω Κέντρων Υγείας για την άριστη συνεργασία και συμπεριφορά τους και τις διευκολύνσεις που μου παρείχαν κατά το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας.

Ευχαριστώ ακόμη τον ιατρό πνευμονολόγο, Κωστίκα Κωνσταντίνο, για την βοήθειά του και τις εύστοχες συμβουλές του αλλά και τον ειδικευόμενο πνευμονολογίας, Μηνά Μάρκο, για την ουσιαστική βοήθειά του στη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της εργασίας αλλά και την ερμηνεία αυτών.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλω στο Θεό και την Παναγία, που ήταν δίπλα μου κάθε στιγμή και πραγματικά πιστεύω ότι δεν θα έφτανα ως εδώ χωρίς τη βοήθειά τους.

Βιογραφικό Σημείωμα:**Δημογραφικά στοιχεία****Επώνυμο:** Κουκόσιας**Όνομα :** Νικόλαος**Όνομα Πατέρα:** Αθανάσιος**Όνομα Μητέρας:** Γιαννούλα**Ημερομηνία γέννησης:** 26 Σεπτεμβρίου 1969**Υπηκοότητα:** Ελληνική**Διεύθυνση:** Κίμωνος 2, 43100, Καρδίτσα**Τηλέφωνο:** 0030 697 6947731, 2441071937**e-mail:** nkouk@med.uth.gr**Εκπαίδευση**

- 1991 Απόφοιτος Εσπερινού Λυκείου Καρδίτσας (Βαθμός Απολυτηρίου: 18,1/7)
- 1993 Πτυχίο 2ετούς (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ) Μέσης Τεχνικής Επαγγελματικής Νοσηλευτικής Σχολής (Π.Γ.Ν.Α.) Περιφερειακού Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών (Βαθμός Πτυχίου 14,5)

- 1994: Απόφοιτος μονοετούς Σχολής (Ε.Κ.Α.Β.)Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Π.Ε.Κ.Π.Α.)Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Κατάρτισης Πληρωμάτων Ασθενοφόρων Αθηνών με αντικείμενο: Επείγουσα Πρωτοβάθμια Προνοσοκομειακή Φροντίδα - Πρώτες Βοήθειες
- 1994: 6μηνη εξειδίκευση ως Νοσηλεύτης με αντικείμενο: Αιμοδοσία στο 1^ο Περιφερειακό Κέντρο Αιμοδοσίας Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Αθηνών
- 1994: 6μηνη εξειδίκευση ως Νοσηλεύτης (αμισθί) με αντικείμενο: Μονάδα Τεχνητού Νεφρού στο Ιδιωτικό Θεραπευτικό Κέντρο Κυανούς Σταυρός Αθηνών (Βασ.Σοφίας 104)
- 2004: Πιστοποιητικό χρήσης Ηλεκτρονικών Υπολογιστών (Ε.Κ.Δ.Λ.) European Computer Driving Licence (SYLLABUS 4.0) CORE
- 2004: Πτυχίο Ιατρικής Βιοχημείας (ΠΣΕ) Προγράμματος Σπουδών Επιλογής Τμήματος Ιατρικής Σχολής Λάρισας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Βαθμός “6,62” Λίαν Καλώς)
- 2005: Μεταπτυχιακό (Ε.Σ.Δ.Υ) Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Λειτουργιών Δημόσιας Υγείας- Υγιεινολόγων (Βαθμός “75,67” Λίαν Καλώς)
- Υποψήφιος διδάκτωρ του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με την υπ. αριθμ. 2^η/25-4-2007 συνεδρίαση της Γενικής Συνέλευσης Ειδικής Σύμβασης.

Προϋπηρεσία:

- Εργαζόμενος από 5/5/1995 (β/8128/4-4-1995 απόφαση υπουργού υγείας (Φ.Ε.Κ.73/17-4-1995) έως 1/3/2006 ως (Δ.Ε.) Πλήρωμα Ασθενοφόρου-Διασώστης στο (Ε.Κ.Α.Β.) Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (για 11 περίπου χρόνια).

- Εργαζόμενος από 1/3/2006 μετά από μετάταξη σε ανώτερη κατηγορία (Π.Ε.) Βιοχημικών στο Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων με την Υ10β/Γ.Π.89791/2005/8-2-2006 απόφαση Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (αριθ. 39/13-2-2006 Φ.Ε.Κ. τ. Ν.Π.Δ.Δ.) έως και σήμερα (για 4,5 χρόνια).

Δημοσιεύσεις σε διεθνή περιοδικά:

- Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece. An epidemiological study: Minas M. **Koukosias N**, Zintzaras E, Kostikas K. Gourgoulis : BMC Health Serv Res.2010,10: (1)252.
- Effect of Exercise on Oxidative Stress in Individuals with Glucose-6-phosphate Dehydrogenase Deficiency: Jamurtas A, Fatouros I, **Koukosias N**, Manthou E, Tofas T, Yfanti C, Nikolaidis M, Koutedakis Y: in vivo (International Journal of Experimental and Clinical Pathophysiology and Drug Research).Τεύχος 20: (6B) 875-880(2006).

Δημοσιεύσεις σε ελληνικά περιοδικά:

- Η επίδραση της οξείας αερόβιας άσκησης στη συγκέντρωση των ερυθρών και λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος σε άτομα με έλλειψη του ενζύμου αφυδρογονάση της 6-φωσφορικής γλυκόζης: Υφαντή Χ, Τζαμούρτας Α, Φατούρος Ι, Κουτεντάκης Γ, Μάνθου Ε, **Κουκόσιος Ν**, Τόφας Τ: Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό.(ΕΑΦΑ) Τόμος3 (3), 249-254 (2005).

Εργασίες σε επιστημονικά συνέδρια:

1. **Κουκόσιας Ν**, Βενιζέλος Μ, Γιακίμοβα Β, Γουργουλιάνης Κ: Η Έλλειψη Εθνικού Σχεδιασμού (οδηγίες) για Προγράμματα Πρόληψης των Νεοπλασιών- Αρνητικός Παράγοντας για την Ανάπτυξη τους. **21^ο** Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής 2009 Χαλκιδική.
2. **Κουκόσιας Ν**, Κουτσονάσιος Ι, Μαρίνος Γ, Γουργουλιάνης Κ. Η Άποψη των Διευθυντών των Κέντρων Υγείας της Θεσσαλίας για την διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας των μονάδων τους, και ποια τα αδύνατα σημεία που τους κάνουν να υστερούν σε ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες: **21^ο** Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής 2009 Χαλκιδική.
3. **Κουκόσιας Ν**, Κωστίκας Κ, Μηνάς Μ, Γουργουλιάνης Κ: Εξοπλισμός των Κέντρων Υγείας της Θεσσαλίας για την αντιμετώπιση των Πνευμονολογικών περιστατικών. **17^ο** Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος 2008 Αλεξανδρούπολη Προσαρτημένη Ανακοίνωση. (Poster)
4. **Κουκόσιας Ν**, Βενιζέλος Μ, Γιακίμοβα Β, Γκίκα Χ, Γουργουλιάνης Κ: Η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των διευθυντικών στελεχών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Θεσσαλίας για την εφαρμογή της διαδικασίας του κλινικού ελέγχου. **20^ο** Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής Κάστρο Κυλλήνης Ηλείας 2008.
5. **Κουκόσιας Ν**, Βενιζέλος Μ, Γιακίμοβα Β, Γκίκα Χ, Γουργουλιάνης Κ: Η Κατανόηση του Συστήματος Διαδικασιών Ελέγχου των Σημαντικών Συμβαμάτων και η Άποψη των Διευθυντικών Στελεχών για αυτά στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Θεσσαλίας **20^ο** Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής Κάστρο Κυλλήνης Ηλείας 2008.

6. **Κουκόσιας Ν**, Τσεβάς Κ, Τσερκέζογλου Α, Μπακόπουλος Δ, Γουργουλιάννης Κ: Η εξυπηρέτηση των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.) στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Μ.Π.Φ.Υ.) από τις δυνατότητες των υφιστάμενων κτιριακών υποδομών. **7^ο** Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα 2008.
7. **Κουκόσιας Ν**, Βενιζέλος Μ, Γουργουλιάννης Κ: Η άποψη των Διευθυντών στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΜΠΦΥ) της Θεσσαλίας για την Κλινική Διακυβέρνηση. **3^ο** Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας Αθήνα 2007.
8. Κουτσιάρη Φ, **Κουκόσιας Ν**, Βελονάκης Ε, Βατόπουλος Α: Διαχείριση αιχμηρών αντικειμένων και πρόσληψη αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων σε κλινικά και βιοιατρικά εργαστήρια Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. της Αθήνας και Περιφέρειας: **6^ο** Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας: Αθήνα 2006.
9. **Koukosias Ν**, Jamurtas Α, Manhou Ε, Tofas Τ, Yfanti Ch, Kalamaras Α, Balamitsa V, Theocharis V, Fatouros IG, Fotinakis P, Koutedakis Y: Submaximal aerobic exercise does not induce oxidative stress in people with Glucose 6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency. **9th** Annual congress European college sport science guly 3-6,2004 Clermont- Ferrand – France: Book of Abstracts Congress 055 white04,245.

Συμμετοχή σε Σεμινάρια - Συνέδρια:

1. **21^ο** Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής, Σιθωνία Χαλκιδικής 2009.
2. **XVI** Meeting of Balkan Clinical Laboratory Federation & **7th** Hellenic Congress of Clinical Chemistry, Athens 2008.

3. 20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής, Κυλλήνη Ηλείας 2008.
4. 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), Αθήνα 2008.
5. Επιστημονική ημερίδα με θέμα «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από την Θεωρία στην Πράξη», Λάρισα 2008.
6. Ημέρες Πνευμονολογίας 2008, Καρδίτσα 2008.
7. 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ), Αθήνα 2007.
8. 2^ο Πολυθεματικό Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Χαλκιδική 2007.
9. 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλινικής Χημείας-Βιοχημείας, Αθήνα 2006.
10. 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), Αθήνα 2006.
11. 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιατρικής Βιοχημείας, Αθήνα 2005.
12. 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), Αθήνα 2004.
13. Επιστημονική ημερίδα με θέμα «Παιδί Έφηβος και Ψυχική Υγεία», Καρδίτσα 2003.
14. Επιστημονική ημερίδα με θέμα «Επίκαιρα Παιδιατρικά Θέματα» Καρδίτσα 2003.
15. 1^ο Εθνικό Συνέδριο Κλινικής Μικροβιολογίας & 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και Υγιεινής(Ε.Σ.Δ.Υ.), Αθήνα 2003.
16. Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο με θέμα «Διαγνωστική Ανοσολογία και Ιστοσυμβατότητα», Λάρισα 2003.

17. Πανελλήνιο Σεμινάριο με θέμα «Επείγουσα Νοσηλευτική Φροντίδα», Θεσσαλονίκη 2001.
18. 16^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Ιατρικής Βιοπαθολογίας, Θεσσαλονίκη 2001.
19. Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο με θέμα «Βασικές Αρχές Τεχνικών Μοριακής Διαγνωστικής», Αθήνα 2000.
20. Επιστημονική Ημερίδα με θέμα «Μικροβιακή Αντοχή», Καλαμπάκα 2000.
21. 6^η Επιστημονική Ημερίδα Νοσηλευτών Νεφρολογίας, Αθήνα 1995.
22. 2^ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Αθήνα 1995.
23. 5^η Επιστημονική Ημερίδα Νοσηλευτών Νεφρολογίας, Αθήνα 1994.

Άλλες Δραστηριότητες:

- Από τις Νομαρχιακές και Δημοτικές εκλογές του Οκτωβρίου 1998: Ως Αιρετός με ανάθεση καθηκόντων από 01/01/1999 έως τις 31/12/2002 Δημοτικός Σύμβουλος και Πρόεδρος Τοπικού Συμβουλίου, Δημοτικού Διαμερίσματος Λουτρού του Δήμου Μενελαΐδας Καρδίτσας .
- Από 01/01/1999 έως τις 31/12/2002: Πρόεδρος 7μελούς Σχολικής Επιτροπής του 6τάξιου διθέσιου Δημοτικού Σχολείου και Νηπιαγωγείου Λουτρού Μενελαΐδας.
- Από 10/07/2002 έως 30/08/2004: Αντιπρόεδρος του Συλλόγου Φοιτητών του Τμήματος Ιατρικής Βιοχημείας (Ηράκλειτος).

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ:**Αγγλικές Συντομογραφίες**

BMD: Bone mineral density (μέτρηση της οστικής πυκνότητας)

COPC: Community Oriented Primary Health Care (Η Προσανατολισμένη προς την Κοινότητα Πρωτοβάθμια Φροντίδα)

DEXA: Dual Energy X-ray Absorptiometry (με τη μέθοδο της οστικής πυκνομετρίας διπλής δέσμης φωτονίων)

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (Διαγνωστικά κριτήρια για την μείζονα κατάθλιψη)

FEV₁: Forced Expiratory Volume in the 1st Second (Βίαια εκπνεόμενος όγκος στο 1^ο δευτερόλεπτο)

GINA: Global Initiative for Asthma

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

HDL: High Density Lipoprotein (Υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες)

IDDM: insulin-dependent diabetes mellitus (ισσουλινοεξαρτώμενος ή διαβήτης τύπου) (I)

ICPC: International Classification of Primary Care (Διεθνής Ταξινόμηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας)

ICHPPC-2: International Classification of Health Problems for Primary Care (Διεθνή Ταξινόμηση των Προβλημάτων Υγείας στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη)

LDL: Low Density Lipoprotein (χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες)

NHANES: National Health And Nutrition Examination Survey

NIDDM: non insulin-dependent diabetes mellitus (μη ισουλινοεξαρτώμενος ή διαβήτης τύπου) (II).

OGTT: Oral Glucose Tolerance Test (δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη από του στόματος)

VPG: Γλυκόζη φλεβικού πλάσματος μετά από νηστεία

WHO: World Health Organization (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας)

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Ελληνικές συντομογραφίες

ΑΕΜΥ ΑΕ: Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας

ΑΥ: Αρτηριακή Υπέρταση

Δ.Υ.ΠΕ: Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια

ΔΣ: Διοικητικό Συμβούλιο

ΔΥ: Δημόσια Υγεία

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα υγείας

ΕΚΑΒ: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Ι.Κ.Α: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΚΑΠΗ: Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΚΥ: Κέντρα Υγείας

ΚΕΣΥ: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

Ν: Νόμος

ΟΑΕΕ: Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών

Ο.Α.Σ.Α: ηλεκτρονική βάση υγείας-εργαστήριο οργάνωσης αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας

ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ- ΝΑΤ: Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο
ΟΠΑΔ: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΠΔ: Προεδρικό Διάταγμα
ΠΙ: Περιφερειακά Ιατρεία
ΠΕΣΥΠ: Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας Πρόνοιας
ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης
ΣΝ: Στεφανιαία Νόσος
ΤΑΕ: Ταμείο Εμπόρων
ΤΕΒΕ: Ταμείο Εμπόρων Βιομηχάνων Ελλάδας
ΤΣΑ: Ταμείο Συνταξιοδότησης Αυτοκινητιστών
ΥΠΕ: Υγειονομική Περιφέρεια
ΦΕΚ: Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως
ΧΑΠ: Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
ΩΡΛ: Ωτορινολαρυγγολογία

(A) ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ο τομέας της υγείας είναι μία από τις πιο ευαίσθητες περιοχές στο Σύστημα της Κοινωνικής Πρόνοιας. Οι πολίτες αισθάνονται τα αποτελέσματα των πολιτικών αποφάσεων ειδικά σ' αυτόν τον τομέα περισσότερο απ' ότι σε οποιονδήποτε άλλον (1).

Θα ήταν δυνατό μάλιστα να λεχθεί ότι η υγεία και η ασθένεια, καθώς αποτελούν τα σημαντικότερα θέματα που από καταβολής κόσμου απασχολούν τους ανθρώπους και επηρεάζουν το κοινωνικό γίνεσθαι σε μεγάλο βαθμό, έχουν λειτουργήσει ως καταλύτες και πρωταγωνιστές στο πέρασμα των αιώνων (2).

Η διαχείριση της ασθένειας αποτελούσε πάντοτε ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα κάθε κοινωνίας. Ανεξάρτητα από τη χρονική περίοδο η οργάνωση και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας αντικατοπτρίζει τη γενικότερη πολιτική και κοινωνικοοικονομική φιλοσοφία κάθε εποχής και κάθε κοινωνίας. Με την πάροδο του χρόνου το επιδημιολογικό πρότυπο, τα πρότυπα νοσηρότητας και θνησιμότητας αλλάζουν. Οι αλλαγές αυτές συνεπάγονται την ανάγκη προσανατολισμού του όλου συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, δηλαδή προς το εξωνοσοκομειακό σκέλος του συστήματος υγείας, το οποίο στη χώρα μας είναι ιδιαίτερα ανεπαρκές (συγκρινόμενο με αυτό άλλων αναπτυγμένων χωρών). Η προβληματική που αφορά στην ανεπάρκεια εστιάζεται κατά ένα μέρος στον έντονα νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος υγείας στη χώρα μας και κατά ένα άλλο μέρος στην έλλειψη ορθολογισμού στην οργάνωση του (3).

Η συμβολή της Π.Φ.Υ. στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγείας είναι γενικά αναγνωρισμένη (4).

1) ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διαχρονικά για τη λέξη "υγεία" έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί. Για πολλούς η λέξη "υγεία" σημαίνει απλά "απουσία ασθένειας". Το 1933 το Oxford English Dictionary καθορίζει την υγεία ως "ηρεμία του σώματος, μια κατάσταση, κατά την οποία οι λειτουργίες του εκφράζονται κανονικά και αποτελεσματικά". Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό η υγεία έχει ιατροκεντρικό χαρακτήρα και σημαίνει ότι: α) Δεν υπάρχει εμφανής ένδειξη ασθένειας, ενώ οι σωματικές και ψυχικές λειτουργίες του σώματος είναι ικανοποιητικές και κανονικές μέσα στα φυσιολογικά όρια που καθορίζονται από την ηλικία, το φύλο, τον κοινωνικό και γεωγραφικό χώρο και β) τα διάφορα όργανα του σώματος λειτουργούν ικανοποιητικά μόνο τους αλλά και μεταξύ τους, εξασφαλίζοντας ένα είδος ισορροπίας.

Στο καταστατικό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO, 1947) η υγεία χαρακτηρίζεται ως "η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας" και όχι αποκλειστικά η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Ο ιδεαλιστικός αυτός ορισμός εξέφραζε την αισιοδοξία του κόσμου μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου (5).

Ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην Παγκόσμια συνδιάσκεψη για την υγεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που έγινε στην Alma-Ata στις 12 Σεπτεμβρίου 1978. Στα πορίσματα της συνδιάσκεψης αυτής τονίζεται ότι "η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα ενώ η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι κοινωνικός στόχος που αφορά όλο τον κόσμο και η πραγματοποίησή του απαιτεί τη δραστηριοποίηση πολλών τομέων".

Από τον ανωτέρω ορισμό της υγείας φαίνεται καθαρά ότι για να επιτευχθεί αυτή είναι απαραίτητη η αρμονία όχι μόνο του σώματος και της

ψυχής, αλλά και όλων σχεδόν των στοιχείων του περιβάλλοντος. Η έννοια του περιβάλλοντος δεν περιλαμβάνει μόνο φυσικά, χημικά και βιολογικά στοιχεία αλλά και το γενικότερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, μέσα στο οποίο ζει ένα άτομο, καθώς επίσης και τις γενικές συμπεριφορές και απαιτήσεις της κοινωνίας, ευρύτερη δηλαδή έννοια όλο το πολιτικό και οικονομικό κλίμα (6).

1.1) Η σύγχρονη έννοια της υγείας

Τι είναι η υγεία και πως μπορούμε να πετύχουμε καλύτερη υγεία; Παρ' όλο που έχουν γραφτεί ολόκληροι τόμοι γι' αυτήν, ο ορισμός και το περιεχόμενο της έννοιας «υγεία» δεν είναι απολύτως ξεκάθαρα, καθώς η λέξη χρησιμοποιείται, για να υποδηλώσει πολλά και ποικίλα πράγματα: Για έναν γιατρό, υγεία μπορεί να σημαίνει την απουσία ασθένειας ή τραυματισμού, για έναν διοικητικό υπάλληλο του νοσοκομείου, υγεία μπορεί να δηλώσει την κατάσταση ενός ατόμου, όταν αυτό παίρνει εξιτήριο, για κάποιον που απλώς ασχολείται με την υγεία μπορεί να σημαίνει την ελευθερία επιλογής προσωπικών συνηθειών και δραστηριοτήτων (7).

Για την υγεία έχουν διατυπωθεί πολλές και διαφορετικές θεωρίες, όπως για παράδειγμα ότι η υγεία είναι μία ιδανική κατάσταση (θεωρία την οποία πλησιάζει ο κλασικός ορισμός του Π.Ο.Υ.) ή ότι υγεία είναι η ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί κανονικά στην κοινωνία που ζει (κοινωνιολογικές θεωρίες – Talcott Parsons) ή πάλι ότι η υγεία είναι ένα καταναλωτικό αγαθό, το οποίο υπόκειται στους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης. Ο ορισμός που θα επιλεγεί έχει σημαντική επίδραση στην πολιτική υγείας, γιατί καθορίζει συνακόλουθα αν η έμφαση θα δοθεί σε πολυπαραγοντική προσέγγιση για τη

βελτίωση της υγείας ή πάλι σε επιλεγμένες ασθένειες και τεχνολογικές λύσεις (7).

Ο χαρακτήρας της υγείας ως θεμέλιος λίθος της ποιοτικής ανθρώπινης ζωής δεν περιορίζεται στο ατομικό επίπεδο, αφού σήμερα η υγεία θεωρείται θεμέλιο αλλά και ταυτόχρονη προϋπόθεση κάθε μορφής οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης ενός πληθυσμού ή κράτους. Ήδη από το 1946 το Καταστατικό του Π.Ο.Υ. αναφερόμενο στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας ως ένα από τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων ή οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης αναγνωρίζει τον πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της υγείας και υπερβαίνει την ιατροκεντρική θεώρηση που επικρατούσε τον προηγούμενο αιώνα. Θεμέλιο του οράματος πάνω στο οποίο κτίζονται οι σύγχρονες στρατηγικές υγείας αποτελεί η παραδοχή ότι η υγεία είναι απαραίτητη για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη αλλά και ότι η ανάπτυξη αυτή αποτελεί προϋπόθεση για την επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου υγείας του πληθυσμού: η υγεία γίνεται ταυτόχρονα μέσο και σκοπός.

Κατά συνέπεια, οι προϋποθέσεις για την επίτευξή της είναι κυρίως κοινωνικής και οικονομικής φύσης: τροφή, ενδυμασία, στέγαση, εκπαίδευση, κοινωνικές σχέσεις, κοινωνική ασφάλιση, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα, ενδυνάμωση των γυναικών, εισόδημα. Όλα τα παραπάνω οφείλουν να πραγματοποιούνται σε συνθήκες ειρήνης και πάντα σε αρμονία και ισορροπία με την φύση. Είναι λοιπόν απολύτως λογικό ότι η μεγαλύτερη απειλή για την υγεία θεωρείται σήμερα η φτώχεια, η οποία στο πλαίσιο αυτό, αποκτά μία ευρύτερη διάσταση: δεν προσμετράται μόνον με δείκτες χαμηλού εισοδήματος

αλλά υπονομεύει ένα ολόκληρο φάσμα ανθρώπινων δυνατοτήτων, συμπεριλαμβανομένης και της υγείας, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο: τα προβλήματα υγείας πλήττουν περισσότερο τους φτωχούς, οι οποίοι περιέρχονται έτσι σε συνθήκες ακόμη μεγαλύτερης φτώχειας, εφόσον οι οποιοσδήποτε θεραπείες είναι οικονομικά ασύμφορες και χρονοβόρες «ροκανίζοντας» έτσι ένα ούτως ή άλλως χαμηλό εισόδημα (7).

Ειδικότερα από τη δεκαετία του '80 έχουν γίνει ιδιαίτερες προσπάθειες έρευνας των ανισοτήτων στο χώρο της παροχής φροντίδας υγείας. Κοινός παρονομαστής αυτής της προσέγγισης αποτελεί η ανάγκη επενδύσεων, γεγονός που σημαίνει ότι όλοι οι πόροι - οικονομικοί, ανθρώπινοι και περιβαλλοντικοί – πρέπει να λειτουργούν με στόχο όχι μόνον τη βελτίωση της υγείας αλλά παράλληλα τη μείωση των ανισοτήτων, τόσο ανάμεσα όσο και εντός των διαφόρων κρατών, την προαγωγή και προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τη δημιουργία κοινωνικού κεφαλαίου. Ειδικά οι ανισότητες, οι οποίες αποτελούν στοιχείο κοινωνικής αδικίας, εκφράζουν ανάγλυφα την ευαισθησία της υγείας στο κοινωνικό περιβάλλον και στα στοιχεία που το αποτελούν και τα οποία διεθνώς ορίζονται ως «κοινωνικοί καθοριστές της υγείας» (8).

«Ακόμα και στις πιο πλούσιες χώρες, αυτοί που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση ζουν περισσότερα χρόνια και αντιμετωπίζουν λιγότερες ασθένειες από τους φτωχούς. Αυτές οι διαφορές στην υγεία αποτελούν μία σημαντική κοινωνική αδικία και αντανakλούν μερικές από τις πιο ισχυρές επιδράσεις στην υγεία στο σύγχρονο κόσμο». Ο τρόπος ζωής των ανθρώπων και οι συνθήκες στις οποίες αυτοί ζουν και εργάζονται επηρεάζουν καθοριστικά την υγεία και τη μακροβιότητά τους.

WHO, Social Determinants of Health 1998-2003.

Η υγεία, συνεπώς, απαιτεί πλέον μία εξελισσόμενη, συνολική και παγκόσμια θεώρηση, η οποία αναπτύσσεται, σχεδιάζεται και προάγεται σε πλαίσια συνεργασίας και δράσης, κοινών οραμάτων και συγκεκριμένων στρατηγικών. Προς αυτή λοιπόν την κατεύθυνση κινούνται οι σχετικές δραστηριότητες τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο (9).

1.2) Η Έννοια της Δημόσιας Υγείας / Πολιτικές Δημόσιας Υγείας

Είναι εξαιρετικά δύσκολο να προσδιορισθεί η έννοια, ο σκοπός, ο ορισμός, οι αρμοδιότητες του Τομέα Δημόσιας Υγείας, καθώς επίσης και το είδος των «προβλημάτων» που μπορεί να ενταχθούν στη Δημόσια Υγεία. Σε γενικές γραμμές η Δημόσια Υγεία είναι «πολιτική επιλογή». Κάθε κράτος, ανάλογα με τον ορισμό που δίνει στην υγεία, σχεδιάζει και τις πολιτικές Δημόσιας Υγείας, την προώθηση οικονομικών πόρων σε ανάλογες παραμέτρους υγείας και κάνει την επιλογή του προσπαθώντας να ισορροπήσει μεταξύ της ευρείας έννοιας της Δημόσιας Υγείας και της στενής έννοιας, δηλαδή της αντιμετώπισης μεμονωμένων ασθενειών.

Η Δημόσια Υγεία ανέκαθεν υπήρξε «μοιρασμένη» ανάμεσα σε δύο διαφορετικές κατευθύνσεις: α) σε μια ευρεία αντίληψη, με επικέντρωση στις υποκείμενες κοινωνικές και οικονομικές αιτίες της υγείας και της ασθένειας, και β) σε μια στενότερη αντίληψη, με επικέντρωση στην ιατρική πρακτική, τους παράγοντες κινδύνου και τις μεμονωμένες ασθένειες (10).

Ένα παράδειγμα της δυσκολίας της Δημόσιας Υγείας να λειτουργήσει ανεξάρτητα και αυτόνομα είναι το κάπνισμα: Οι στρατηγικές και τα προγράμματα για τον περιορισμό του καπνίσματος, μολονότι είναι γνωστή η

σχέση του με συγκεκριμένες ασθένειες, δεν είναι ακόμα επιτυχημένα. Και αυτό, γιατί η σημασία του καπνίσματος για τη δημόσια υγεία είναι στενά συνδεδεμένη με την παγκόσμια και εθνική οικονομία αλλά και με πολλά άλλα κοινωνικά και πολιτικά θέματα. Η συνέχιση του καπνίσματος από ομάδες ουσιαστικά ή θεωρητικά «μειονεκτικών ατόμων» συμπεριλαμβανομένων και των γυναικών, φωτίζουν τη δυνατή σχέση μεταξύ κοινωνικών δυνάμεων και συμπεριφορών υψηλού κινδύνου (11).

Πολλά προγράμματα Δημόσιας Υγείας διοχετεύονται και υλοποιούνται μέσω του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και του συστήματος ιατρικής φροντίδας (12).

Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, η έννοια που επιλέγεται κάθε φορά να δοθεί στην υγεία είναι καθοριστική για τις δράσεις της Δημόσιας Υγείας. Αν υγεία σημαίνει «απουσία ασθένειας» στην επιδημιολογία και την πρόληψη των νόσων θα δοθεί περισσότερη έμφαση. Αν η λέξη «υγεία» ερμηνεύεται με την ευρεία έννοια, τότε το βάρος θα πέσει στην προαγωγή της υγείας (13).

1.3) Νέα Δημόσια Υγεία

Ο όρος Νέα Δημόσια Υγεία χρησιμοποιήθηκε αρχικά το 1916 και ήταν βασισμένος στον έλεγχο των λοιμωδών νόσων που προέκυψε από την ανάπτυξη της βακτηριολογίας (14).

Ο πιο πρόσφατος όρος Νέα Δημόσια Υγεία προέκυψε από την αναγνώριση ότι τα μείζονα προβλήματα υγείας δεν λύνονται μόνο με την ιατρική φροντίδα (medical care) (15). Αυτό εκφράσθηκε με ευκρίνεια στο Lalonde Report της Καναδικής Κυβέρνησης (Υπουργείου Υγείας – Πρόνοιας) το 1974 (16). Η έκθεση αυτή οδήγησε στο πρώτο «κύμα» της νέας έννοιας

που αφορούσε στην προαγωγή της υγείας. Η έκθεση πρότεινε το “Health field concept” που περιελάμβανε 4 θέματα : ανθρώπινη βιολογία, περιβάλλον, τρόπο ζωής και οργάνωση της φροντίδας υγείας. Η νέα αυτή αντίληψη είχε στόχο να οδηγήσει περισσότερους πόρους σε μία θετική προσέγγιση της υγείας με κύρια έμφαση στην προαγωγή της υγείας. Δυστυχώς για πολλούς λόγους αλλά και εξαιτίας της οικονομικής κρίσης στο τέλος της δεκαετίας του '70 τα περισσότερα χρήματα δόθηκαν στον τομέα της συμπεριφοράς (life styles) και με προτιμητέα στρατηγική την αγωγή υγείας. Επίσης το 1979 το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ (US Dept of Health and Human Services) παρουσίασε φιλόδοξη έκθεση με ποσοτικούς στόχους υγείας. Οι περισσότεροι όμως στόχοι εστιάζονταν στην πρόληψη των ασθενειών και έδιναν έμφαση σε στρατηγικές για την ατομική συμπεριφορά των ανθρώπων (17). Πολλά άλλα κράτη υιοθέτησαν παρόμοιους στόχους υγείας με κύρια στρατηγική την αγωγή υγείας και υποκείμενο κίνητρο τον περιορισμό των δαπανών. Αντίθετα η Σουηδία το 1997 ανέπτυξε την πιο φιλόδοξη πολιτική υγείας με έμφαση στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και στην εξάλειψη των ανισοτήτων(18).

Σε παγκόσμιο επίπεδο η απάντηση του WHO ήταν η πολιτική του «Υγεία για όλους το 2000», που αναγνώριζε ότι οι κύριοι καθοριστές της υγείας εντοπίζονται κυρίως εκτός του τομέα της ιατρικής φροντίδας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) θεωρήθηκε «κλειδί» στην επίτευξη των στόχων αυτών (Alma – Ata 1978) (19). Η Π.Φ.Υ., ως αρχικά διαμορφώθηκε, έδινε έμφαση στην ισότητα πρόσβασης σε κοινοτικές υπηρεσίες υγείας και ενθάρρυνε μια ολιστική προσέγγιση για τη βελτίωση της υγείας. Πολύ γρήγορα όμως η προσέγγιση αυτή αντικαταστάθηκε από επιλεγμένες

στρατηγικές με κάθετα προγράμματα για έλεγχο των ασθενειών, όπως π.χ. εμβολιασμός των παιδιών κ.α. (20).

Τα κάθετα προγράμματα μπορεί να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού αλλά είναι δύσκολο να διατηρηθούν, αν δεν υφίσταται μια πολύ καλά οργανωμένη δομή Δημόσιας Υγείας, και απέχουν από την αρχική έννοια της Υγείας για όλους (21).

1.4) Βασικές Αρμοδιότητες Δημόσιας Υγείας

Με τα σημερινά δεδομένα για την Υγεία είναι σαφές ότι η υγεία του πληθυσμού είναι θέμα Δημόσιας υγείας και έχει σαφή πολιτική προτεραιότητα. Το κοινοβούλιο, το υψηλότερο πολιτικό σώμα λήψης αποφάσεων της χώρας, πρέπει να έχει μια ξεκάθαρη θέση για την υγεία της χώρας και να κατανοεί τις ευρύτερες συνέπειες που η υγεία έχει στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη του κράτους. Τα εθνικά κοινοβούλια θα πρέπει να υιοθετήσουν «Πολιτική Δημόσιας Υγείας» και να χαράζουν τους στόχους για την προαγωγή της υγείας (22). Πρόσφατα στο Σουηδικό κοινοβούλιο ψηφίσθηκε η «πολιτική Δημόσιας Υγείας», η οποία έθετε στόχους για την προαγωγή της υγείας (18). Σε άλλα κοινοβούλια παρουσιάζεται ετήσια έκθεση (report) για θέματα υγείας του πληθυσμού της χώρας τους, διασφαλίζοντας έτσι την παραμονή του θέματος της Δημόσιας Υγείας στην πρώτη θέση προτεραιοτήτων της πολιτικής ηγεσίας της χώρας. Έτσι, συνεπάγεται ότι αρμοδιότητες της Δημόσιας Υγείας καθορίζονται από το ρόλο που κάθε φορά της δίδεται.

Σε γενικές γραμμές η Δημόσια Υγεία έχει να παρουσιάσει δέκα στόχους - τομείς αρμοδιοτήτων: (23).

1. Παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού
2. Προστασία περιβάλλοντος – χώρων εργασίας, τροφής, ύδατος
3. Προαγωγή υγιούς συμπεριφοράς
4. Πρόληψη επιδημιών
5. Ανταπόκριση σε καταστροφές
6. Αναζήτηση λύσεων βασισμένων σε αποδεικτικά στοιχεία
7. Κινητοποίηση της κοινωνίας
8. Παροχή ποιοτικών, αποτελεσματικών προσβάσιμων υπηρεσιών υγείας
9. Υπηρεσίες Υγείας και Διοίκηση υπηρεσιών Υγείας
10. Σχεδιασμός και πολιτική υγείας

1.5) Η Έρευνα στη Δημόσια Υγεία

Η έρευνα στη Δημόσια Υγεία σε συνδυασμό με την εκπαίδευση έχει συνεισφέρει σημαντικά στην αύξηση της αναμενόμενης κατά γέννηση ζωής τον τελευταίο αιώνα. Ο συνδυασμός της έρευνας με την εκπαίδευση δεν γίνεται μόνο για να διασφαλισθεί το γεγονός ότι η εκπαίδευση και η επιμόρφωση που παρέχονται είναι στο σύνολό τους κατάλληλες και επίκαιρες αλλά, γιατί η έρευνα είναι σημαντική για νέα προσέγγιση της άσκησης της Δημόσιας Υγείας ανάλογα με τα εκάστοτε προβλήματα (24). Αναπόφευκτα η κατεύθυνση της έρευνας στη Δημόσια Υγεία επηρεάζεται από την οπτική και την πολιτική της κάθε χώρας για τη Δημόσια Υγεία.

Η έρευνα στη Δημόσια Υγεία είναι μια διεπιστημονική δραστηριότητα: Περιλαμβάνει την εφαρμογή των γνωστικών πεδίων των βιολογικών, και

κοινωνικών επιστημών αλλά και των επιστημών συμπεριφοράς στα προβλήματα υγείας του πληθυσμού. Εντούτοις, μολονότι η πραγματική σύγχρονη ερευνητική πρόκληση είναι η εξερεύνηση της αλληλεπίδρασης των κοινωνικών – οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων με την υγεία και τις ασθένειες, η έρευνα μέχρι σήμερα περιορίζεται κυρίως σε επιδημιολογικά δεδομένα, σε μελέτη συγκεκριμένων ασθενειών και σε μελέτες συστημάτων υγείας. Μεγάλο μέρος της έρευνας στη Δημόσια Υγεία είναι επαναλαμβανόμενο και έχει αποκοπεί από την πρακτική εφαρμογή και την επίλυση των προβλημάτων υγείας (25).

Είναι προφανές ότι καινοτόμες μέθοδοι απαιτούνται άμεσα έτσι, ώστε να δημιουργηθούν αποτελεσματικές διεπιστημονικές ερευνητικές ομάδες για την έρευνα στη Δημόσια Υγεία. Η πιο στενή συνεργασία των Οργανισμών Δημόσιας Υγείας, των Ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και άλλων επιστημών της Δημόσιας Υγείας θα βελτιώσει την ποιότητα και την ακρίβεια της έρευνας στη Δημόσια Υγεία (26).

Ο χώρος της Δημόσιας Υγείας έχει ανάγκη από συστηματική και συντονισμένη έρευνα προκειμένου να αποκτήσει «αποδεικτικά στοιχεία» (evidence based) που είναι απαραίτητα τόσο στην πρακτική εφαρμογή αλλά και κυρίως στη χάραξη πολιτικής υγείας (27). Ο άμεσος στόχος της έρευνας στη Δημόσια Υγεία είναι η μετάφραση – μεταβίβαση της επιστημονικής γνώσης σε πράξη, εκπαίδευση και πολιτικό σχεδιασμό. Οι ερευνητές Δημόσιας Υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψιν τους το πολιτικό περιβάλλον και τη διαδικασία πολιτικού σχεδιασμού, ώστε να υπάρχει εύστοχος ερευνητικός σχεδιασμός (28). Είναι χαρακτηριστικό το «moto» του

Δικτύου των «New England Research Institutes» που επισημαίνει «καμία έρευνα χωρίς θεραπευτικό ή πολιτικό όφελος» (29).

Ένα μεγάλο πρόβλημα στην έρευνα για τη Δημόσια Υγεία είναι η μειωμένη χρηματοδότηση. Πολλά κονδύλια αναλώνονται στην ανάπτυξη υψηλής βιοτεχνολογίας ή σε μελέτες – έρευνες για μεμονωμένες ασθένειες (π.χ. Aids, καρκίνος κ.α.) και τελευταία στην ανάπτυξη της γενετικής, αγνοώντας τα ουσιαστικά προβλήματα υγείας των πληθυσμών. Υπολογίζεται ότι παγκοσμίως ξοδεύονται για την γενικότερη έρευνα στη υγεία περίπου 70 δισ. δολάρια. Απ' αυτά υπολογίζεται ότι μόλις το 10% διοχετεύεται στην έρευνα για την επίλυση του μεγαλύτερου μέρους (90%) των παγκοσμίων προβλημάτων υγείας των πληθυσμών, με συνέπεια να αγνοούνται τα προβλήματα υγείας κυρίως των φτωχών κρατών (30).

Η Παγκόσμια Τράπεζα και ο WHO, βασιζόμενοι στην έκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας «Επενδύοντας στην υγεία» (1993) (31) προσδιόρισαν διάφορα ερευνητικά θέματα με στόχο να συμβάλλουν γρήγορα στη βελτίωση της υγείας των πληθυσμών. Οι σημαντικότερες ερευνητικές προκλήσεις δημόσιας υγείας που προσδιορίστηκαν περιελάμβαναν :

- Τις συνεχόμενες επιδημίες λοιμωδών νόσων της παιδικής ηλικίας (που μπορούν να προληφθούν), οι οποίες επιδεινώνονται από την ένδεια και τον υποσιτισμό.
- Τις οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές αλλαγές, οι οποίες οδηγούν στην ανάδυση και επανεμφάνιση λοιμωδών νόσων.
- Τις αυξανόμενες επιδημίες των μη – μεταδομένων ασθενειών και ατυχημάτων.

- Την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των προγραμμάτων δημόσιας υγείας.

Δυστυχώς και στην περίπτωση αυτή η έμφαση δόθηκε στην έρευνα για παρεμβάσεις σε ειδικές ασθένειες, αποσπώντας το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων εις βάρος της ευρείας κοινωνικής έρευνας για τις υποκείμενες αιτίες των ασθενειών και πρόωρων θανάτων (32).

Τέλος, η Ευρωπαϊκή Ένωση στο πρόγραμμα «Δημόσια Υγεία 2003-2008» χρηματοδότησε μελέτες, όχι συγκεκριμένων ασθενειών αλλά διατομεακών δράσεων, σε τρεις κυρίως άξονες: «πληροφόρηση – κίνδυνοι υγείας – κοινωνικοί καθοριστές υγείας».

1.6) Σύγχρονα Προβλήματα Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα

Όπως και στα άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έτσι και στην Ελλάδα υπάρχουν ποικίλα προβλήματα υγείας (33).

Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται κυρίως :

1) Με τη γήρανση του πληθυσμού: Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας και μέχρι το 2001 η σύνθεση των ηλικιών με βάση το σύνολο του υπολογιζόμενου πληθυσμού έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές που εντοπίζονται σε 2 ομάδες ηλικιών. Η αναλογία των παιδιών ηλικίας 0-14 ετών από 21,6% που ήταν το 1983 έπεσε στο 15,2% το 2001, ενώ η ομάδα των ατόμων σε ηλικία συνταξιοδότησης 65 ετών και άνω αυξήθηκε σε 17,08% το 2001, από 13,3% που ήταν το 1983.

Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εικοσαετίας και μέχρι σήμερα ο δείκτης γεννητικότητας εμφανίζει σταθερή μείωση. Από 2,02 τέκνα ανά γυναίκα σε αναπαραγωγική ηλικία 15-65 χρονών το 1981 - αγγίζοντας μόλις

το όριο αντικαταστάσεως των γενεών (2,1) - μειώθηκε στο 1,62 το 1986 και ακολουθώντας πτωτική πορεία έφθασε το 1,36 το 1994, και το 1,32 το 2000, παραμένοντας έτσι κάτω από το όριο αντικατάστασης. Αυτό σημαίνει ότι σταδιακά θα υπάρχουν περισσότερα άτομα που θα χρησιμοποιούν δυσανάλογα τις υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών θα επιβαρύνει σχετικά μικρότερο ενεργό πληθυσμό.

2) Με την αυξανόμενη κινητικότητα των πληθυσμών: (τουρισμός, ενιαία αγορά, οικονομικοί μετανάστες) που είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη ανάμειξη των πληθυσμών, και τάση ταχύτερης εξάπλωσης λοιμωδών - μεταδοτικών νόσων, αύξηση της τοξικομανίας και δυσκολίες στην ικανοποίηση των ειδικών αναγκών των διακινουμένων πληθυσμών. Οι αλλοδαποί μετανάστες στην Ελλάδα παρουσιάζουν συνεχή αύξηση. Το 1983 ήταν επισήμως καταγεγραμμένα 103.462 άτομα, ενώ το 1992 ο αριθμός ανέβηκε σε 155.793. Το 1994 το ποσοστό αυξήθηκε κατά 5,79%. Όμως οι πραγματικοί αριθμοί είναι πολύ μεγαλύτεροι. Σήμερα υπολογίζονται σε >1.000.000 άτομα. Αυτό έχει ως συνέπεια και την σταδιακή πολιτισμική μεταβολή του Ελληνικού πληθυσμού.

3) Με την αύξηση ασθενειών που προκαλούνται από περιβαλλοντικές μεταβολές και από το περιβάλλον του χώρου εργασίας: αυτές οφείλονται συνήθως σε οικονομικές και τεχνολογικές εξελίξεις αναπνευστικές παθήσεις, ορισμένες μορφές καρκίνου, παθήσεις συνδεδεμένες με το στρες, μυοσκελετικά προβλήματα κ.α.

4) Με την αύξηση των ασθενειών που οφείλονται στη συμπεριφορά: (διάφοροι τύποι καρκίνου, καρδιαγγειακά, ατυχήματα, Aids κ.τ.λ.)

5) Με τις αυξανόμενες προσδοκίες: όσον αφορά την υγεία, οι οποίες οδηγούν σε αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Η συνεχής ανάπτυξη νέων τεχνολογιών στη διάγνωση και θεραπεία εντείνει αυτή την προσδοκία και οδηγεί στην απαίτηση όλων των πολιτών να έχουν πρόσβαση σ' αυτές. Η ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών σταδιακά αφαιρεί από τους επαγγελματίες υγείας τη δυνατότητα χρήσης παραδοσιακών μεθόδων με χαμηλότερο κόστος και σωστής κλινικής αξιολόγησης των ασθενών.

6) Κοινωνικοοικονομικά προβλήματα και ιδιαίτερα με τον κοινωνικό αποκλεισμό: Η αργή οικονομική ανάπτυξη οδηγεί σε περιορισμό των δαπανών. Επιπλέον η ανεργία, οι ανισότητες, οι διακρίσεις, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός οδηγούν από μόνα τους σε προβλήματα υγείας.

2) ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η διακήρυξη της Alma Ata (1978) και ο χάρτης της Ottawa (1986) σηματοδότησαν μια θεαματική στροφή στη φιλοσοφία για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, ενσωματώνοντας και τις αντιλήψεις της διεθνούς κοινότητας για τις συνιστώσες της υγείας και δίνοντας έμφαση στην προαγωγή της υγείας, ενώ παράλληλα έκαναν λόγο για τη «νέα δημόσια υγεία». Ο προσδιορισμός «νέα» υποδηλώνει την επανεμφάνιση της δημόσιας υγείας, την διαμόρφωση νέων στρατηγικών στην πολιτική αυτής αλλά και την επικέντρωση σε νέες προσεγγίσεις, με σκοπό την παροχή λύσεων στα σημερινά προβλήματα του τομέα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η νέα προσέγγιση προσδίδει μια αναπτυξιακή και διατομεακή διάσταση στην έννοια της υγείας, όπου η υγεία θεωρείται ως ο στόχος και το αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων όλων των δημοσίων πολιτικών, και ειδικότερα, του τομέα στέγασης, τοπικής αυτοδιοίκησης, παιδείας, βιομηχανίας, αγροτικής πολιτικής, μεταφορών, κλπ. Ο διατομεακός και διεπιστημονικός χαρακτήρας, η οικολογική κατεύθυνση και η πολιτική δέσμευση για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού συνιστούν τα κύρια χαρακτηριστικά της νέας αντίληψης για την δημόσια υγεία (34).

Βασική συνιστώσα της «νέας δημόσιας υγείας» αποτελεί η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, (Π.Φ.Υ.) η οποία εστιάζεται στην προαγωγή της υγείας μέσω της συνεργασίας όλων των επαγγελματιών υγείας και των τοπικών κοινοτήτων. Ωστόσο, διεθνώς παρατηρείται το φαινόμενο της εννοιολογικής σύγχυσης σχετικά με το ουσιαστικό περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μερικοί συγχέουν την πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία με την πρωτοβάθμια κλινική ιατρική, άλλοι θεωρούν ότι είναι παροχή υπηρεσιών η οποία απευθύνεται κυρίως σε φτωχές αγροτικές περιοχές

ή αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ κάποιο άλλοι τη θεωρούν ως μία φθηνή εναλλακτική λύση (35).

Στην πραγματικότητα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο παροχής κλινικής και φαρμακευτικής θεραπείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με την δημόσια υγεία, το περιβάλλον και την διατροφή, και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής υποστήριξης (36). Από οργανωτική και λειτουργική άποψη, η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας, με την έννοια ενός ολοκληρωμένου, συνεχούς και διακεκριμένου μέρους των υγειονομικών υπηρεσιών υγείας, και όχι ενός πρόσθετου τμήματος, (37) στο οποίο ο γενικός γιατρός παίζει έναν διευρυμένο ρόλο στα πλαίσια διατομεακής δράσης και διεπιστημονικής συνεργασίας (38).

Βασική προϋπόθεση, επίσης, για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία αποτελεί η ύπαρξη μηχανισμών εκτίμησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, καθώς και πληροφοριακής υποστήριξης σχετικά με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας. Στο πλαίσιο αυτό, οι σχετικές πολιτικές είναι αναγκαίο να βασίζονται στα αποτελέσματα της κοινωνικής και βιοϊατρικής έρευνας και της έρευνας των υπηρεσιών υγείας, στην εμπειρία και τις τεχνικές της δημόσιας υγείας και στην υποστήριξη της τεχνολογίας υπό την προϋπόθεση της δυνατότητας των πρακτικών εφαρμογών, της επιστημονικής αξίας και της κοινωνικής αποδοχής τους. Η επιστημολογική βάση της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία μπορεί επιπροσθέτως να επιδράσει ριζικά στην επιστημονική μεθοδολογία και την κλινική άσκηση της ιατρικής πρακτικής, με τρόπο, ώστε το θεραπευτικό και

ατομικιστικό υπόδειγμα να εκτοπισθεί βαθμιαία από το εναλλακτικό υπόδειγμα της πρόληψης και προαγωγής της υγείας στην κοινότητα (39).

Η φιλοσοφία της ΠΦΥ στηρίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και τις ισότητας, ενώ η στρατηγική στοχεύει στην ικανοποίηση των ατομικών αναγκών και των αναγκών της κοινότητας εξασφαλίζοντας προσπελασιμότητα αποδοτικότητα και συμμετοχή του πληθυσμού (40).

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο μιας δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και το οποίο υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του. (Ν. 3235/2004).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ορίσθηκε ως η ουσιαστική φροντίδα που βασίζεται σε μεθόδους πρακτικά, επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες, είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας που συμμετέχουν ενεργά στον σχεδιασμό και τις δραστηριότητές της. Αποτελεί δε αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγείας κάθε χώρας. (WHO,1978) (36).

Σχετικά με το ρόλο της στο σύνολο των υπηρεσιών υγείας, ο στόχος 26 της στρατηγικής "Υγεία για όλους" του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τονίζει: «Όλα τα κράτη-μέλη, μέσω της αποτελεσματικής αντιπροσώπευσης και συμμετοχής της κοινότητας πρέπει να αναπτύξουν συστήματα υγείας που να βασίζονται στην Π.Φ.Υ. και να υποστηρίζονται από δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη (WHO,1981)» (41).

Η Π.Φ.Υ. παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλο τον πληθυσμό με βάση τις πραγματικές ανάγκες του και σε συνεργασία με την τοπική κοινωνία ενώ

παράλληλα συμβάλει στην ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης. Παρέχει υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, θεραπείας – φροντίδας από το σπίτι και αποκατάστασης – επανένταξης. Μεταθέτει δε το ενδιαφέρον των υπηρεσιών στην προάσπιση της υγείας και στην πρόληψη της αρρώστιας, επικεντρώνεται ολιστικά στον άνθρωπο και αναπτύσσει τη συνεχή σχέση με τον ασθενή στο περιβάλλον του (42).

Βασικό χαρακτηριστικό της Π.Φ.Υ. είναι η λειτουργία της ομάδας υγείας (Ιατροί, Νοσηλευτές, Μαίες, Επισκέπτριες Υγείας, Κοινωνικοί Λειτουργοί) σε ένα σαφώς προσδιορισμένο πληθυσμό ευθύνης. Για την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων της η ομάδα υγείας εργάζεται στην κατεύθυνση της ευαισθητοποίησης τόσο της ίδιας, όσο και της κοινότητας, στην φιλοσοφία και τις αρχές της Π.Φ.Υ., αποτυπώνει τα χαρακτηριστικά και εκτιμά τις ανάγκες της κοινότητας, ώστε να μπορέσει να σχεδιάσει τις δραστηριότητές της και να παρέχει τις υπηρεσίες της με βάση τις πραγματικές ανάγκες, αλλά και με στόχο να τεκμηριωθεί και να αξιολογηθεί διαχρονικά η λειτουργία της (43).

Η Π.Φ.Υ. είναι η μόνη βαθμίδα υπηρεσιών υγείας που μπορεί, και εξ ορισμού οφείλει, να αναπτύξει προγράμματα προληπτικής παρέμβασης. Η Π.Φ.Υ. αναγνωρίζεται γενικά ως ένα κρίσιμο πεδίο για την αποτελεσματική πρόληψη της ασθένειας. Έτσι, π.χ. στο Ηνωμένο βασίλειο, οι γενικοί γιατροί και οι ομάδες Π.Φ.Υ. θεωρούνται κύριοι λειτουργοί της προαγωγής καλύτερης υγείας (44).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της πληθυσμιακής προσέγγισης είναι η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών για σοβαρά λοιμώδη νοσήματα. Η πρόληψη περιλαμβάνει επίσης ενημερωτικές εκστρατείες πάνω σε θέματα

υγείας όπως η υγιεινή διατροφή, η άθληση, η τήρηση κανόνων υγιεινής σε θέματα ύδρευσης, αποχέτευσης, συγχρωτισμού (45).

Η προσέγγιση από την ομάδα υγείας της πρόληψης της αρρώστιας και προαγωγής της υγείας με βάση και στόχο τον πληθυσμό, διακρίνει την ΠΦΥ από τις άλλες βαθμίδες υπηρεσιών υγείας αλλά και την Γενική Ιατρική και Κοινωνική Ιατρική από τις άλλες Ιατρικές ειδικότητες. Υπό την αιγίδα της προαγωγής της υγείας, πλευρές της ζωής των ανθρώπων υφίστανται πιο ενδελεχή εξέταση, ενώ οι άνθρωποι ενθαρρύνονται να εξετάζουν τις συμπεριφορές τους αναφορικά με την υγεία τους. Ο έλεγχος της υγείας πρέπει να γίνεται από το άτομο εσωτερικά (44).

Η Π.Φ.Υ. παρέχει και άμεση συνεχή φροντίδα και περίθαλψη. Απαντά δηλαδή άμεσα στις ανάγκες του πληθυσμού, με στόχο να επηρεάζει θετικά το επίπεδο ικανοποίησης του. Οι παράμετροι που επηρεάζουν την ικανοποίηση είναι η επαφή με τους επαγγελματίες υγείας και η προσπελασιμότητα, και σχετίζονται με τις συνθήκες πρόσβασης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας (46).

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό χαρακτηριστικό της Π.Φ.Υ, αρκετά υποβαθμισμένο στην χώρα μας, είναι η συμμετοχή της κοινότητας, η οποία εμπεριέχει στοιχεία προαγωγής της υγείας, ενώ συγχρόνως με την ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης κινητοποιεί όλες τις πιθανές δυνάμεις και πόρους για την ανάπτυξη της ίδιας της Π.Φ.Υ.

Η Π.Φ.Υ. ενισχύεται από ολοκληρωμένα λειτουργικά συστήματα παραπομπής που οδηγούν προοδευτικά στην καθολική βελτίωση της συνολικής περίθαλψης για όλους δίνοντας προτεραιότητα σε αυτούς που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Βασίζεται στο τοπικό επίπεδο και στο σύστημα

παραπομπής στα διάφορα επαγγέλματα υγείας, ώστε να μπορούν να εργαστούν στα πλαίσια της ομάδας υγείας και να ανταποκριθούν στις εκφρασμένες ανάγκες της κοινότητας (47).

2.1) Σκοπός και περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει: (Ν. 3235/2004)

- Τις υπηρεσίες που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και τον σχεδιασμό, όπως και την υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας.
- Τον οικογενειακό προγραμματισμό.
- Τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και την διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού.
- Την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική.
- Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας - υπηρεσίες αποκατάστασης.
- Την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο.
- Τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Το κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και την διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Το σύστημα παροχής Π.Φ.Υ. αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών:

- Της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας.

- Της ισότητας στην φροντίδα που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου.
- Της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου.
- Του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και την οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων.
- Της διαχείρισης ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που να εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας αλλά και την εμπιστευτικότητά τους.
- Της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

2.2) Η σημερινή κατάσταση παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

Η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στη χώρα μας πραγματοποιείται μέσω μιας πλειάδας οργανωτικών σχηματισμών και φορέων, καθένας από τους οποίους συνιστά ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας, με διαφορετικές συνθήκες εργασίας, ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα (π.χ υπουργεία) και διαφορετικές χρηματοδοτικές πηγές. Είναι, επομένως, προφανές ότι ο «πλουραλισμός» αυτός εγείρει δυσκολίες στην οργάνωση και την διοίκηση του συστήματος, καθώς επίσης και στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενιαίας εθνικής πολιτικής στην Π.Φ.Υ.

Αυτοί οι οργανωτικοί φορείς και σχηματισμοί είναι οι κάτωθι:

α) Το Ε.Σ.Υ. μέσω των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών τους Ιατρείων, των εξωτερικών Ιατρείων των Νοσοκομείων και το Ε.Κ.Α.Β. Οι υπηρεσίες αυτές χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση και πρόσβαση έχουν όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες, αλλά ακόμη και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών.

β) Το Ι.Κ.Α. και τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία. Οι υπηρεσίες προσφέρονται είτε μέσω των μονάδων υγείας του Ι.Κ.Α. (πολυϊατρεία, εργαστήρια κ.λπ.), είτε μέσω συμβεβλημένων με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα. Στην πρώτη περίπτωση οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από τον προϋπολογισμό του ταμείου και σε αυτές έχουν πρόσβαση κυρίως οι ασφαλισμένοι του, ενώ στη δεύτερη οι ιδιώτες προμηθευτές αποζημιώνονται από τους προϋπολογισμούς της κοινωνικής ασφάλισης με τη μέθοδο της κατά πράξη πληρωμής και εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους των ταμείων με τα οποία έχουν συμβληθεί.

γ) Ο ιδιωτικός τομέας (ιδιώτες γιατροί, διαγνωστικά κέντρα, και εργαστήρια), ο οποίος ανταγωνίζεται έντονα το δημόσιο σύστημα και χρηματοδοτείται κύρια από τις άμεσες πληρωμές των χρηστών και δευτερευόντως από την ιδιωτική ασφάλιση.

δ) Η τοπική αυτοδιοίκηση μέσω των δημοτικών ιατρείων και των υπηρεσιών πρόνοιας.

ε) Οι μη κυβερνητικές - μη κερδοσκοπικές οργανώσεις(π.χ. «γιατροί χωρίς σύνορα» και «γιατροί του κόσμου») οι οποίες χρηματοδοτούνται κύρια από δωρεές (48).

Αναλυτικότερα:

α) Στα 132 Νοσοκομεία του ΕΣΥ λειτουργούν πρωινά τακτικά ιατρεία, τα οποία καλύπτουν το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων ενώ από το 2002 λειτουργούν και απογευματινά ιατρεία στα γενικά και πανεπιστημιακά Νοσοκομεία. Εκτός από το δίκτυο του ΕΣΥ, εξωτερικά ιατρεία λειτουργούν και σε Νοσοκομεία του ευρύτερου δημόσιου φορέα, στα 14 Στρατιωτικά Νοσοκομεία και στα έξι Νοσοκομεία του ΙΚΑ.

Ακόμη, στις μη αστικές περιοχές λειτουργούν 1.478 Περιφερειακά Ιατρεία και 201 Κέντρα Υγείας, σε αρκετά εκ των οποίων – πέρα από ιατρικές εξετάσεις- αναπτύσσονται και προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας με απήχηση στην κοινότητα. Όσον αφορά στα Περιφερειακά Ιατρεία αξίζει να σημειωθεί ότι στις γεωγραφικά δυσπρόσιτες περιοχές τα περισσότερα λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση (49).

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) συστάθηκε και λειτουργεί από το 1989, Ν. 1579/85,ΦΕΚ217/Α/85 και ΠΔ376/88,ΦΕΚ169/Α/88, παρέχει δωρεάν άμεση βοήθεια και επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική φροντίδα στους πολίτες, καθώς και μεταφορά τους σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας με ιδιόκτητα μέσα, όπως ασθενοφόρα, κινητές μονάδες, αεροπορικά μέσα. Ετησίως εξυπηρετεί 500.000 περίπου ασθενείς, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά στην αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας (50).

β) Το ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) στελεχωμένο από 7.500 γιατρούς είναι το μόνο ταμείο που διαθέτει τις δικές του δομές Π.Φ.Υ. μέσω ενός δικτύου πολυϊατρείων και διαγνωστικών εργαστηρίων πανελλαδικής εμβέλειας. Συμπληρωματικά, υπάρχει και ένα δίκτυο περισσότερων από

5.000 συμβεβλημένων ιατρών, καθώς επίσης και σημαντικός αριθμός διαγνωστικών κέντρων. Πέραν των προαναφερθέντων, το ΙΚΑ έχει αναπτύξει ένα ευρύ φάσμα καινοτόμων δομών παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που περιλαμβάνει Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, Σταθμούς προστασίας μάνας και παιδιού, Διαγνωστικό κέντρο ιατρικής της εργασίας, Κέντρα παιδοψυχικής υγιεινής, Κέντρο προληπτικής ιατρικής, Ορθοδοντικά και Παιδοοδοντιατρικά ιατρεία, Οδοντοπροσθετικά εργαστήρια και Φυσικοθεραπευτήρια (51).

Τα υπόλοιπα ταμεία, ΟΑΕΕ(ΤΕΒΕ-ΤΣΑ-ΤΑΕ), ΟΠΑΔ, ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ), καλύπτουν τις ανάγκες των ασφαλισμένων τους συνάπτοντας συμβόλαια με διαγνωστικά εργαστήρια και ιδιώτες γιατρούς, καθένας εκ των οποίων αμείβεται κατά πράξη και περίπτωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές. Τέλος, οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ εξυπηρετούνται σε επίπεδο εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από τα 201 Κέντρα Υγείας, που βρίσκονται εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων, από 1.311 Αγροτικούς γιατρούς, και 8.000 συμβεβλημένους αλλά μη αμειβόμενους γιατρούς, οι οποίοι έχουν τη δικαιοδοσία της συνταγογράφησης.

Τα πέντε ασφαλιστικά ταμεία, ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ, καλύπτουν το 95% του πληθυσμού της χώρας (51).

γ) Στον ιδιωτικό τομέα δραστηριοποιούνται και παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. 25.000 ιδιώτες ιατροί, 12.000 οδοντίατροι και 400 διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, η πλειοψηφία των οποίων είναι εξοπλισμένα με τεχνολογία αιχμής. Αξιοσημείωτο είναι ότι κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών τα διαγνωστικά κέντρα αναπτύχθηκαν με ιδιαίτερα ταχείς ρυθμούς, πράγμα που αποτελεί απόρροια δύο βασικών αιτιών: α) της ολοένα

αυξανόμενης ζήτησης για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας λόγω της μεγάλης σε αρκετές περιπτώσεις αναμονής που απαιτείται για την πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του δημοσίου φορέα και β) του αυξανόμενου ενδιαφέροντος ιδιωτικών κεφαλαίων για επενδύσεις σε υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας λόγω των περιορισμών που έθετε ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ(1397/1983) στην ίδρυση ιδιωτικών Νοσοκομειακών μονάδων κατά την περίοδο 1983-1991 (52).

δ) Τα τελευταία χρόνια η τοπική αυτοδιοίκηση λαμβάνει ολοένα και ενεργότερο ρόλο στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υιοθετώντας την σύγχρονη αντίληψη που διέπει την Π.Φ.Υ. περί συμμετοχής της κοινότητας.

Στην χώρα μας λειτουργούν 663 Κέντρα Ανοιχτής Περιθαλψής Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), που προσφέρουν στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας συναισθηματική κάλυψη, ψυχαγωγία, και πρωτοβάθμια πρόληψη (σε επίπεδο απλών εξετάσεων μέτρησης σακχάρου, αρτηριακής πίεσης), προαγωγή υγείας (με σωστή διατροφή, πρόληψη ατυχημάτων, εμβολιασμούς, φυσικοθεραπείες, εργοθεραπείες, κ.λπ.).

Με ευθύνη των δήμων ξεκίνησαν πιλοτικά από το 1998 100 προγράμματα και σήμερα λειτουργούν σε όλη την χώρα 791 προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι, πλαισιωμένα από γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και οικιακές βοηθούς, τα οποία απευθύνονται σε άτομα που χρειάζονται κατ' οίκον νοσηλεία και βοήθεια στην οργάνωση του νοικοκυριού τους (53).

Επίσης αρκετοί μεγάλοι δήμοι έχουν αναπτύξει τοπικές μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Συνήθως πρόκειται για ιατρεία, η λειτουργία των οποίων ξεκινά σε εθελοντική βάση, με κάποιες βασικές ειδικότητες, όπως παθολόγο,

καρδιολόγο, παιδίατρο, γυναικολόγο, οφθαλμίατρο, και στην πορεία μέσω των δημοτικών επιχρίσεων προσλαμβάνεται υγειονομικό προσωπικό και αγοράζεται ο αναγκαίος εξοπλισμός. Λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες της εβδομάδας και παρέχουν δωρεάν στους δημότες υπηρεσίες πρόληψης, συνταγογράφησης κλπ. Κυρίως καλύπτουν ανάγκες των φτωχών, των μεταναστών και των ανασφάλιστων, δηλαδή εκείνων των πληθυσμιακών ομάδων που δεν έχουν την δυνατότητα να απευθυνθούν στις άλλες δομές υγείας.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το τμήμα προληπτικής ιατρικής της Διεύθυνσης Κοινωνικής Μέριμνας και Υγείας του Δήμου Αθηναίων λειτουργεί επτά ιατρεία, όπου προσφέρονται υπηρεσίες παθολόγου, κυτταρολόγου, γυναικολόγου, μικροβιολόγου, ορθοπαιδικού, χειρουργού, καρδιολόγου, οφθαλμιάτρου, παιδίατρου, δερματολόγου, ΩΡΛ, μαστολόγου, και οδοντίατρου (54).

ε) Σημαντικός κρίνεται και ο ρόλος των μη κυβερνητικών μη κερδοσκοπικών οργανώσεων (π.χ. «γιατροί χωρίς σύνορα» και «γιατροί του κόσμου»), οι οποίες μέσω των πολυϊατρείων τους εξυπηρετούν κυρίως πρόσφυγες και μετανάστες (48).

2.3) Θεσμός και Σκοπός των Κέντρων Υγείας στην Χώρα μας

Στην Ελλάδα ο θεσμός των Κέντρων Υγείας δεν υπήρχε μέχρι την έναρξη του Ε.Σ.Υ. Υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρείχαν τα ιατρεία των ασφαλιστικών φορέων (π.χ. πολυϊατρεία του ΙΚΑ) στις αστικές περιοχές, ενώ στις αγροτικές τα αγροτικά ιατρεία των Νομαρχιών.

Η νομοθετική βάση του υφιστάμενου συστήματος της Π.Φ.Υ. στις αγροτικές περιοχές της χώρας μας είναι ο νόμος 1397/83 για το Εθνικό

Σύστημα Υγείας. Ο νόμος αυτός αποδίδει ιδιαίτερη σημασία στον τομέα της Π.Φ.Υ. με τον οποίο επιχειρεί να εναρμονίσει την ελληνική πραγματικότητα με την σύγχρονη φιλοσοφία της Π.Φ.Υ, όπως αυτή προσδιορίστηκε από τον Π.Ο.Υ. στο συνέδριο της ALMA ATA το 1978.

Όπως ορίζεται από το άρθρο 15 του Ν. 1397/83, ο σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι:

- 1) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή.
- 2) Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο.
- 3) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, έως τη διακομιδή των αρρώστων στο Νοσοκομείο.
- 4) Η διακομιδή ασθενών με ασθενοφόρο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο στο Κέντρο Υγείας ή το Νοσοκομείο.
- 5) Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- 6) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- 7) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- 8) Η ιατρική της εργασίας.
- 9) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- 10) Η ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- 11) Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
- 12) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

13) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή.

Ορίζεται τέλος με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και μετά από σύσταση του ΚΕΣΥ ότι υπάρχει η δυνατότητα να ανατίθενται στα Κέντρα Υγείας και άλλες αρμοδιότητες.

Με βάση την παραπάνω περιγραφή, η λειτουργική αποστολή των Κ.Υ. μπορεί να συνοψισθεί σχηματικά στα εξής:

- α) Παροχή ιατρικής περίθαλψης (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση) με την αναγκαία εργαστηριακή υποστήριξη και την παρουσία ειδικών γιατρών.
- β) Προληπτική Ιατρική (εμβολιασμοί, αγωγή υγείας, προσυμπτωματικός έλεγχος, ιατρική εργασίας, σχολική υγιεινή, υγιεινή ύδρευσης και διατροφής, οικογενειακός προγραμματισμός κλπ.)
- γ) Κοινωνική φροντίδα (προστασία υπερηλίκων μειονεκτούντων ατόμων κ.λπ.) από ειδικά υγειονομικά στελέχη και κοινωνικούς λειτουργούς (55).

2.4) Σχεδιασμός και στελέχωση των Κέντρων Υγείας

Η χωροθέτηση και στελέχωση των Κ.Υ. έγινε με κριτήρια α) πληθυσμιακά, β) γεωγραφικά, γ) κοινωνικό-οικονομικά δ) τη δυνατότητα πρόσβασης προς το Κ.Υ. όλου του πληθυσμού σε λιγότερο από μισή ώρα.

Στο πλαίσιο του σχεδιασμού που υπήρξε καθορίστηκαν με σαφήνεια οι περιοχές ευθύνης των Κ.Υ., ώστε καθένα από αυτά να καλύπτει ένα πληθυσμό που ανάλογα με τις ιδιομορφίες της περιοχής κυμαίνεται από 2.500 ως 35.000 κατοίκους. Το δίκτυο αυτό καλύπτει 2,8 εκατομμύρια αγροτικού και ημιαστικού πληθυσμού (56).

Σε ότι αφορά στο λειτουργικό πλαίσιο, όλα τα Κ.Υ. λειτουργούν σε τακτικό ωράριο 8 ωρών, επί πέντε ημέρες την εβδομάδα, και εφημερεύουν όλες τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες. Τα περιφερειακά ιατρεία διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: α) τα περιφερειακά ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας, που εφημερεύουν όλες τις ημέρες και ώρες, εξυπηρετώντας όχι μόνο τον πληθυσμό της έδρας τους, αλλά και της γύρω περιοχής, και β) ιατρεία που λειτουργούν με τακτικό ωράριο, ορισμένες μόνο ημέρες και ώρες (57).

Το πλαίσιο της στελέχωσης των Κ.Υ. διέπεται από μια βασική αντίληψη για το ρόλο του Κ.Υ: την ιδέα ότι το Κ.Υ. θα πρέπει να έχει ένα σαφώς πολυδύναμο χαρακτήρα και να διαθέτει όλο το αναγκαίο προσωπικό, ώστε να λειτουργεί σαν αυτοδύναμη μονάδα, που θα μπορεί να καλύψει πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Η αρχή αυτή αντικατοπτρίζεται άμεσα στο πλαίσιο στελέχωσης των Κ.Υ., τόσο με τον σημαντικό αριθμό του προβλεπόμενου προσωπικού, όσο και με την εμφανή προσπάθεια να περιληφθούν κατά το δυνατόν περισσότερα επαγγέλματα και ειδικότητες υγείας.

Η διοικητική διάρθρωση του προσωπικού είναι αντίστοιχη με εκείνη των νοσοκομείων και περιλαμβάνει: α) ιατρική υπηρεσία, β) νοσηλευτική υπηρεσία, γ) διοικητική υπηρεσία και δ) τα τμήματα των "συναφών επαγγελματιών υγείας" όπως, κοινωνικής προστασίας, φυσιοθεραπευτών, ιατρικών εργαστηρίων κ.α., τα οποία εντάσσονται είτε στην νοσηλευτική είτε στη διοικητική υπηρεσία.

Με βάση τα παραπάνω η προβλεπόμενη κατά κατηγορίες στελέχωση των Κ.Υ. είναι η εξής: (58).

α) Ιατρική υπηρεσία

- 1) Γενικοί γιατροί ή Παθολόγοι: με αναλογία 1 ανά 1800 ενήλικες.
- 2) Παιδίατροι: 1 ανά 1200-1800 παιδιά.
- 3) Μικροβιολόγοι: 1 σε κάθε Κ.Υ. με πληθυσμό άνω των 7.500 κατοίκων.
- 4) Ακτινολόγοι: 1 σε κάθε Κ.Υ. με πληθυσμό άνω των 20.000 κατοίκων.
- 5) Οδοντίατροι: 1 ανά 6.000-6.500 κατοίκους.
- 6) Γιατροί άλλων ειδικοτήτων, με περιοδικές επισκέψεις.

β) Νοσηλευτική υπηρεσία

- 1) Νοσηλευτές: 1 ανά 2.500- 3.000 κατοίκους και επιπλέον 1-2 για κάθε Περιφερειακό Ιατρείο.
- 2) Επισκέπτριες Υγείας: 1 ανά 2.000-3.000 και επιπλέον 1-2 για κάθε Περιφερειακό Ιατρείο.
- 3) Μαίες: 1 για κάθε 5.000 γυναίκες και 1 για κάθε Περιφερειακό Ιατρείο.
- 4) Τραυματιοφορείς: 3-5 για κάθε Κ.Υ.

γ) Διοικητική υπηρεσία

- 1) Διοικητικό τμήμα: 3-7 άτομα για κάθε Κ.Υ.
- 2) Τεχνικό τμήμα: 1-3 άτομα για κάθε Κ.Υ.
- 3) Τμήμα επιστάσις (θυρωροί, καθαρίστριες, οδηγοί, μάγειροι, αποθηκάριοι κλπ): 9-14 άτομα για κάθε Κ.Υ.

δ) Άλλα τμήματα

- 1) Κοινωνικής προστασίας: 1 κοινωνικός λειτουργός ανά 7-10 χιλιάδες κατοίκους.
- 2) Τμήμα συναφών επαγγελματιών υγείας (χειριστές ακτινολογικών εργαστηρίων, παρασκευαστές, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, επόπτες δημόσιας υγείας): 1 άτομο από κάθε επάγγελμα ανά 10.000 κατοίκους.

Προβλεπόμενη Υποδομή –Εξοπλισμός

Προκειμένου τα Κ.Υ. να ανταποκριθούν στους σκοπούς της ίδρυσής τους ο σχεδιασμός τους, στο επίπεδο της απαιτούμενης υποδομής και του εξοπλισμού, περιέλαβε τα ακόλουθα:

- εξεταστικούς χώρους
- βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό
- ακτινολογικό εργαστήριο
- μικροβιολογικό εργαστήριο
- σηπτικό χειρουργείο
- μονάδα βραχείας νοσηλείας
- οδοντιατρείο και
- ασθενοφόρο για τη διακομιδή των ασθενών.

Σε κτιριακό επίπεδο, η πλήρης απουσία υγειονομικών υποδομών στις μη αστικές περιοχές της χώρας επέβαλε την εκ θεμελίων κατασκευή όλων ουσιαστικά των Κ.Υ. Πράγματι, μέσα στα αμέσως μετά τη νομοθετική καθιέρωση των Κ.Υ. χρόνια, υλοποιήθηκε ένα από τα μεγαλύτερα κτιριολογικά προγράμματα που υπήρξαν στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα, προϊόν του οποίου υπήρξε η κατασκευή σύγχρονων κτιρίων για περισσότερα από 180 Κ.Υ. σε όλη τη χώρα.

2.5) Η αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης των Κέντρων Υγείας

Ένας από τους βασικούς άξονες των τελευταίων μεταρρυθμιστικών προσπαθειών ήταν η πρόθεση για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό των υπάρχουσών δομών της Π.Φ.Υ. Στον νόμο 2889/2001, πέρα από την προτεινόμενη ίδρυση των νέων Κ.Υ. στα Αστικά κέντρα (κάτι που έως σήμερα

δεν βρήκε εφαρμογή), φάνηκε να γίνεται αντιληπτή και η αναγκαιότητα για την περαιτέρω στελέχωση των υπαρχόντων Κ.Υ. αγροτικού τύπου, χωρίς ωστόσο να τελεσφορήσει έως σήμερα προσπάθεια αυτή.

Είναι γεγονός ότι η λειτουργία των Κ.Υ. φαίνεται να συνοδεύεται από αρκετά προβλήματα, ένα δε εκ των πιο σημαντικών θεωρείται η ελλιπής στελέχωσή τους τόσο σε ιατρικό όσο και σε νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό.

Από έρευνες που έγιναν, η κάλυψη των προβλεπόμενων συστημένων θέσεων του ιατρικού προσωπικού το 2005 δεν ξεπερνούσε κατά μέσο όρο το 47% στο σύνολο της χώρας. Όσον αφορά στο υπόλοιπο προσωπικό η κατάσταση φαίνεται να είναι σε παρόμοια επίπεδα, αφού κατά μέσο όρο η κάλυψη των συστημένων θέσεων για Νοσηλευτικό Διοικητικό και λοιπό προσωπικό ανέρχεται στο 54% (53).

Όσον αφορά το ιατρικό δυναμικό, η χώρα μας αντιμετωπίζει το παράδοξο της πληθώρας των ιατρών αλλά και της ταυτόχρονης έλλειψης αυτών σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές και ειδικότητες. Έτσι, ενώ η αναλογία 4,5 γιατροί/1000 κατοίκους είναι αισθητά μεγαλύτερη από τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που είναι 3,1/1000 κατοίκους, εντούτοις κάποιες περιοχές αντιμετωπίζουν σοβαρές ελλείψεις τόσο στην ποσοτική επάρκεια (όπου η αναλογία είναι ένας γιατρός/1000 κατοίκους, π.χ. Θράκη, Πελοπόννησο, Κρήτη κ.λ.π.) όσο και στην ποιοτική σύνθεση του ιατρικού δυναμικού. Αξίζει να αναφερθεί ότι το 70% των Ελλήνων ιατρών εξυπηρετεί τις ανάγκες του 45% του Ελληνικού πληθυσμού που κατοικεί στις μεγάλες αστικές περιοχές της χώρας (59).

Στον αντίποδα του ιατρικού επαγγέλματος βρίσκεται το νοσηλευτικό, το οποίο παρουσιάζει γενικευμένες ελλείψεις κυρίως λόγω της απροθυμίας των νέων να ασκήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα (απόρροια των αντίξοων συνθηκών εργασίας, των σχετικά χαμηλών απολαβών και τις μικρής εν γένει εκτίμησης που χαίρει στην ελληνική κοινωνία, σε σύγκριση με το ιατρικό επάγγελμα) (60). Σύμφωνα με στοιχεία από την ηλεκτρονική βάση υγείας του Ο.Α.Σ.Α., η αναλογία των νοσηλευτών στο δημόσιο τομέα ανέρχεται μόλις σε 4 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους έναντι 8,2 νοσηλευτών/1000 κατοίκους που είναι ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αναφορικά με τη γεωγραφική κατανομή των νοσηλευτών, ο μέσος όρος τους στη περιφέρεια είναι μικρότερος από 3/1000 κατοίκους (σε μικρές περιπτώσεις φτάνει μόλις τους 2,15/1000), ενώ αντίθετα ο μέσος όρος στην περιοχή της Αττικής ανέρχεται σε 6 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους (61).

Η σχετικά περιορισμένη μέχρι σήμερα προθυμία των ιατρών να ασχοληθούν με τον τομέα της Π.Φ.Υ. και δη σε αγροτικές περιοχές, σε συνδυασμό με τη μεγάλη επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού με δαπάνες εκπαίδευσης και μισθοδοσίας του ιατρικού δυναμικού, μπορούν εν μέρει να αντιμετωπιστούν με την υποκατάσταση γιατρών από νοσηλευτές υψηλής εκπαιδευτικής στάθμης, στους οποίους θα ανατεθούν αυξημένες αρμοδιότητες. Ήδη σε αρκετές χώρες (Αυστραλία, Κορέα, Ν. Ζηλανδία, Ισπανία, ΗΠΑ) κατάλληλα εκπαιδευμένοι νοσηλευτές έχουν εξουσιοδοτηθεί να συνταγογραφούν, σε προκαθορισμένο εύρος, φάρμακα και να κάνουν παραπομπές προς ειδικούς γιατρούς κατόπιν δικής τους νοσηλευτικής εκτίμησης (62).

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου 1397/83, η Π.Φ.Υ. θα πρέπει να παρέχεται από τα Κ.Υ. και τα Περιφερειακά Ιατρεία με στόχο την κάλυψη των αναγκών υγείας όλων των πολιτών, τόσο στις αστικές όσο και στις μη αστικές περιοχές.

Σε αρκετά σύντομο διάστημα πραγματοποιήθηκε η δημιουργία Κ.Υ. μη αστικού τύπου, χωρίς όμως να ακολουθηθεί η ίδια πορεία και για τα Κ.Υ. αστικού τύπου, αφού οι προβλέψεις του νόμου δεν υλοποιήθηκαν ποτέ.

Από την άλλη πλευρά είναι γεγονός ότι και τα Κ.Υ. μη αστικού τύπου από τη εποχή της ίδρυσής τους παραμένουν χωρίς καμία ουσιαστική υποστήριξη, τόσο διοικητική, όσο και οικονομική, ενώ η εκπαίδευση και επιμόρφωση των στελεχών τους αποτελεί αδύνατο σημείο. Απουσία επίσης είναι οποιαδήποτε προγραμματισμένη και κεντρικά ελεγχόμενη προσπάθεια για το συνολικό σχεδιασμό και το συντονισμό της ανάπτυξης και της λειτουργίας τους.

Παρόλ' αυτά θα πρέπει να αναφερθεί ότι η συμβολή τους για τις απομακρυσμένες ειδικά περιοχές είναι σημαντική παρά τις όποιες ελλείψεις και προβλήματα.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η Π.Φ.Υ. χαρακτηρίζεται από την ανυπαρξία ενός οργανωμένου και αποτελεσματικού συστήματος λειτουργίας. Η απουσία οικογενειακών ιατρών, η έλλειψη οργανωτικού σχεδιασμού, η έλλειψη διατομεακής συνεργασίας και η έλλειψη συμμετοχής της κοινότητας συμβάλουν στη δημιουργία ενός αποσπασματικού και δυσλειτουργικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Ο ασθενής συχνά αυτοπαραπέμπεται έχοντας την ευθύνη της επιλογής συγκεκριμένων υπηρεσιών, με επίπτωση τόσο στην συνεχώς αυξανόμενη και πολλές φορές πλασματική ζήτηση, όσο και στην ανάπτυξη φαινομένων παραοικονομίας.

Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη συντονισμού των διαγνωστικών ή θεραπευτικών παρεμβάσεων και η απαραίτητη λειτουργική σύνδεση με τα άλλα επίπεδα υπηρεσιών διασπά τη συνέχεια της φροντίδας, ειδικά σε θέματα μετανοδομειακής παρακολούθησης.

Συνοψίζοντας, είναι δυνατό να επισημανθούν εν συντομία τα παρακάτω προβλήματα ως προς:

- 1) Περιορισμένη αξιοπιστία: Οι ασθενείς καταφεύγουν είτε σε άλλους ιατρούς εντός του συστήματος είτε σε ιδιώτες, με αποτέλεσμα την δημιουργία αφενός μεν πρόσθετων δαπανών και την υπερφόρτωση του συστήματος αφετέρου δε την άρση της δωρεάν περίθαλψης.
- 2) Η χαμηλές αποδοχές και η έλλειψη κινήτρων για το υγειονομικό προσωπικό έχει ως αποτέλεσμα την ελλιπή στελέχωση ειδικά των Κ.Υ. της περιφέρειας, τη χαμηλή παραγωγικότητα και την συρρίκνωση του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών σε βασικές ιατρικές υπηρεσίες περίθαλψης (π.χ. συνταγογράφηση).
- 3) Το σύνολο της πρωτοβάθμιας φροντίδας χαρακτηρίζεται από πολυκερματισμό με πληθώρα φορέων χωρίς οργανωτική και λειτουργική σύνδεση μεταξύ τους.
- 4) Σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή, που περιορίζουν το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- 5) Ελλιπής διαθεσιμότητα υπηρεσιών τις βραδινές ώρες και τις αργίες, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να καταφεύγουν στα εξωτερικά ιατρεία των εφημερευόντων νοσοκομείων ή σε ιδιώτες ιατρούς.
- 6) Ανυπαρξία ενός συστήματος αποτελεσματικού ελέγχου της συνταγογραφίας και των παραπομπών σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για

εξετάσεις υψηλού κόστους, που έχουν σαν αποτέλεσμα την επιβάρυνση των ταμείων με ιδιαίτερος υψηλά ποσά για εξετάσεις και φάρμακα, των οποίων η σκοπιμότητα και αποτελεσματικότητα αμφισβητείται.

7) Η απουσία του οικογενειακού ιατρού και του μηχανισμού των παραπομπών έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να μην έχει σταθερό σημείο αναφοράς, ειδικά στα αστικά κέντρα να «πλανάται» εντός του συστήματος και να αυξάνει τον αριθμό των άσκοπων επισκέψεων οδηγώντας το σύστημα σε αναποτελεσματικότητα.

Η οργάνωση της Π.Φ.Υ. και ο οικογενειακός γιατρός παραμένουν τα τελευταία τριάντα χρόνια βασικά ζητούμενα της πολιτικής υγείας και της εκάστοτε πολιτικής εξουσίας. Σήμερα ως θέμα και πρόβλημα παραμένει στην επικαιρότητα, γιατί έχει ακόμη ουσία και θεωρείται αναγκαιότητα και είναι πιθανό ότι θα συνεχίσει να μας απασχολεί για αρκετά χρόνια ακόμη.

Παρά την μακρόχρονη προσπάθεια, σε επίπεδο προτάσεων, νομοσχεδίων και νόμων, στην πράξη δεν έγιναν πολλά πράγματα και όλα αυτά παρέμειναν απλώς ασκήσεις επί χάρτου. Σήμερα το σύστημα της Π.Φ.Υ. παραμένει κατακερματισμένο και αναποτελεσματικό, με πολλές ελλείψεις, με υγειονομικές ανισότητες, με σπατάλες, με επικαλύψεις και κυρίως με αδυναμία να εκπληρώσει πλήρως το ρόλο του (53).

3) Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Η "ιδιομορφία" της Π.Φ.Υ. παρέχει, πέρα από το πεδίο της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, αυξημένες δυνατότητες συνολικής διαχείρισης των προβλημάτων του ασθενούς, κοινωνικής-ψυχολογικής υποστήριξης, αποκατάστασης, καταλυτικής φροντίδας, προληπτικής παρέμβασης, προαγωγής υγείας και του συνόλου των λειτουργιών της προσανατολισμένης προς την κοινότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας (63).

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας παρέχονται τόσο στην πρωτογενή (αντιμετώπιση των παραγόντων ασθένειας) όσο και στη δευτερογενή (έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας με προσυμπτωματικό έλεγχο) πρόληψη μέσω της Π.Φ.Υ. και περιλαμβάνουν:

- α) αγωγή υγείας και διαφώτιση του πληθυσμού ως προς τη συμπεριφορά του σε σχέση με την διατροφή, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ κ.λπ.
- β) διενέργεια εμβολιασμών τόσο του παιδικού όσο και του ενήλικου πληθυσμού
- γ) προσυμπτωματικό έλεγχο, ο οποίος μπορεί να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό της κοινότητας ή σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, όπως οι γυναίκες, για έλεγχο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή του μαστού
- δ) παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής πρόληψης
- ε) έλεγχο καταλληλότητας της διατροφής, του νερού, των εγκαταστάσεων υγιεινής, κ.λπ.
- στ) έλεγχο της δημόσιας και περιβαλλοντικής υγιεινής
- ζ) προσχολική και σχολική υγιεινή με τον έλεγχο της σωματικής ανάπτυξης, της όρασης, σκολίωσης κλπ

- η) παροχή συμβουλευτικής σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και πρόληψης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
- θ) περιγεννητική φροντίδα και ευγονική συμβουλευτική, με σκοπό την πρόληψη συγγενών νοσημάτων, μεσογειακής αναιμίας, συνδρόμου Down κ.α.
- ι) παρακολούθηση των εγκύων και εκπαίδευση σε θέματα τοκετού
- ια) πρόληψη και αντιμετώπιση χρόνιων και ενδημικών νοσημάτων
- ιβ) υγιεινή στους χώρους εργασίας
- ιγ) διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών (64).

Η χρήση υπηρεσιών Π.Φ.Υ. αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της χρήσης στη συνέχεια των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης: Ανεπαρκείς υπηρεσίες στο πρωτοβάθμιο επίπεδο οδηγούν μεταξύ άλλων σε άσκοπες νοσοκομειακές εισαγωγές, παράταση των ημερών νοσηλείας και κατάχρηση εξειδικευμένων και δαπανηρών τριτοβάθμιων υπηρεσιών (65).

Είναι εμφανές ότι οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας έχουν ένα αντικείμενο ευρύτερο, από άποψη πληθυσμού-στόχου και πεδίου, από την Π.Φ.Υ. Όμως, άλλοτε οι ίδιες επεκτείνουν τη δραστηριότητά τους στο πεδίο της ατομικής προληπτικής ιατρικής, υποσκελίζοντας το έργο της Π.Φ.Υ. και άλλοτε η Π.Φ.Υ. δεν κάνει καμία προσπάθεια να αναλάβει πρωτοβουλίες σε αυτό το πεδίο. Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις όπου η Π.Φ.Υ. έχει αναλάβει την ευθύνη εκτέλεσης προγραμμάτων καταγραφής της νοσηρότητας στον πληθυσμό της ζώνης ευθύνης του Κ.Υ. και προγραμμάτων παρέμβασης για την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Ο όρος που έχει επικρατήσει για την περιγραφή αυτών των λειτουργιών είναι το Community Oriented Primary Health Care (COPC): Η Προσανατολισμένη προς την Κοινότητα Πρωτοβάθμια Φροντίδα (66).

Ουσιαστικά η Π.Φ.Υ. υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περικλείει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής υποστήριξης (67). Στηρίζεται στην αντίληψη ότι η διατήρηση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την πρόληψη και αγωγή υγείας, με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας αλλά και του ίδιου του πολίτη, επιδιώκοντας τη συντονισμένη δράση πολλών τομέων της κοινωνικής οργάνωσης (68).

Συμπερασματικά η ανάπτυξη και χρήση του συστήματος Π.Φ.Υ. είναι προς όφελος και του πολίτη αλλά και του συστήματος υγείας, γιατί με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η σύνδεση με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, ενώ μειώνεται η πολλαπλή χρησιμοποίηση υπηρεσιών, με επακόλουθο τη μείωση των δαπανών υγείας γενικότερα και των νοσοκομειακών δαπανών ειδικότερα.

4) ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ 10 ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Για να εντοπισθεί η Νοσηρότητα στα Κέντρα Υγείας χρησιμοποιήθηκε η ταξινόμηση όρων 17 συστημάτων (όχι αναλυτικά τα Νοσήματα με τους κωδικούς) της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας το "ICPC" (International Classification of Primary Care), το οποίο κατασκεύασε η W.O.N.C.A. (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians). Η W.O.N.C.A. αποτελεί ίσως τη μεγαλύτερη και σπουδαιότερη παγκόσμια επιστημονική ένωση γιατρών, η οποία ίδρυσε την ειδική ερευνητική ομάδα με αντικείμενο αυτό, που η ίδια συνέταξε και ονόμασε "ICPC" και το οποίο είναι η καθιέρωση ενός παγκόσμιου συστήματος ταξινόμησης των όρων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Πρόσφατα όμως, η Ευρωπαϊκή Κοινότητα ενεπλάκη στην προσπάθεια, διότι, υπό το πρίσμα του οράματος της Ενωμένης Ευρώπης, θεωρεί τη διεθνή ταξινόμηση όρων ουσιώδη μοχλό για τη διεθνοποίηση της έρευνας αλλά και απαραίτητο στοιχείο όσον αφορά στην ενοποίηση της παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη. Έτσι, ίδρυσε το I.C.P.C. GROUP με συντονιστή τον Καθηγητή κ. Henk Lamberts και μέλη έναν εθνικό εκπρόσωπο από κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο στόχος αυτής της νέας επιστημονικής ομάδας είναι να μεταφράσει το I.C.P.C. σε όλες τις γλώσσες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας έτσι, ώστε χρησιμοποιώντας τους ίδιους κωδικούς για τους διάφορους ιατρικούς όρους στις διάφορες γλώσσες και εγγράφοντας τους σε δισκέτα Η/Υ, να συμβάλλει ουσιαστικά, αφ' ενός στη διεθνή έρευνα και αφ' ετέρου στην ομογενοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες.

Συγκεκριμένα χρησιμοποιήσαμε την Ελληνική έκδοση (69). **(Παράρτημα)**

Το I.C.P.C. περιέχει ουσιαστικά 17 ενότητες όρων, τις ακόλουθες:

1. Γενικά και μη καθορισμένα
2. Αίμα, αιμοποιητικά όργανα, λεμφικό σύστημα, σπλήνας
3. Πεπτικό σύστημα
4. Οφθαλμός
5. Ους
6. Κυκλοφορικό σύστημα
7. Μυοσκελετικό σύστημα
8. Νευρολογικό σύστημα
9. Ψυχολογικό σύστημα
10. Αναπνευστικό σύστημα
11. Δέρμα
12. Ενδοκρινείς αδένες, μεταβολισμός, θρέψη
13. Ουροποιητικό σύστημα
14. Εγκυμοσύνη
15. Γεννητικό σύστημα της γυναίκας (περιλαμβάνεται ο μαστός)
16. Γεννητικό σύστημα του άνδρα
17. Κοινωνικά προβλήματα

Την νοσηρότητα, η οποία μεταφράζεται βάσει των συστημάτων του I.C.P.C. σε αντίστοιχες ιατρικές ειδικότητες, θα την συσχετίσουμε με τις αντίστοιχες ιατρικές ειδικότητες που έχουν τα Κ.Υ. της έρευνάς μας και με το αν αυτές καλύπτουν τις ανάγκες που προκύπτουν από την νοσηρότητα που απορρέει από την έρευνά μας.

Η Νοσηρότητα είναι δείκτης που μετρά τη συχνότητα μιας νόσου σε μια ορισμένη χρονική στιγμή μέσω των δεικτών επιπολασμού, (συνολικός

αριθμός των κρουσμάτων μιας νόσου (νέα και παλαιά), σε συγκεκριμένο πληθυσμό, σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο ή χρονική στιγμή) είτε την συχνότητα επέλευσης ενός γεγονότος σε μια χρονική περίοδο ορισμένης διάρκειας μέσω των δεικτών επίπτωσης, (αριθμός των νέων περιπτώσεων που παρατηρούνται στον υπό εξέταση πληθυσμό στην μονάδα του χρόνου που μας ενδιαφέρει). Για να γίνει περισσότερο κατανοητή η διάκριση μεταξύ επιπολασμού και επίπτωσης θα πρέπει να θυμόμαστε ότι ο επιπολασμός μπορεί να θεωρηθεί ως μια φωτογραφία που δεν έχει χρονική διάσταση, γιατί συνήθως αναφέρεται σε μια χρονική στιγμή. Αντίθετα η επίπτωση έχει χρονική διάσταση και η τιμή της εξαρτάται τόσο από το μέγεθος της χρονικής περιόδου όσο και την χρονική μονάδα που χρησιμοποιείται (εβδομάδα, μήνας, έτος) (70).

Επιπλέον, στην έρευνά μας καταγράψαμε βάσει της βιβλιογραφίας τα 10 πιο συχνά εμφανιζόμενα χρόνια νοσήματα στον γενικό πληθυσμό των Η.Π.Α. στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα και συγκρίνουμε, την καταγραφή με αυτή των δικών μας Κ.Υ. της Θεσσαλίας (71).

- 1) Υπερλιπιδαιμία
- 2) Αρτηριακή Υπέρταση (Α.Υ)
- 3) Κατάθλιψη
- 4) Άσθμα
- 5) Σακχαρώδης Διαβήτης (Σ.Δ)
- 6) Αρθρίτιδα
- 7) Άγχος
- 8) Οστεοπόρωση
- 9) Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π)
- 10) Στεφανιαία Νόσος (Σ.Ν.)

Τα παραπάνω χρόνια νοσήματα είναι αυτά που απασχολούν τους Γιατρούς της Π.Φ.Υ., οι οποίοι αφιερώνουν μεγάλο μέρος του χρόνου τους σε καθημερινή βάση στην αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών(71): Αυτονόητα λοιπόν γίνεται αντιληπτή η σπουδαιότητα-σημασία τους και κρίνεται απαραίτητη μια σύντομη βιβλιογραφική αναφορά για το κάθε νόσημα χωριστά.

4.1) Υπερλιπιδαιμία

Η Σκανδιναβική μελέτη επιβίωσης με σιμβαστατίνη (4s) που δημοσιεύθηκε το 1994, μπορεί να θεωρηθεί αυτή η οποία έθεσε τέλος στις λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την υπολιπιδαιμική αγωγή (72).

Δυσλιπιδαιμία είναι η παρουσία παθολογικού λιποπρωτεϊνικού προφίλ στον ορό και διακρίνεται σε:

- α) Προεξάρχουσα υπερτριγλυκεριδαιμία
- β) Προεξάρχουσα υπερχοληστερολαιμία
- γ) Μικτή υπερλιπιδαιμία με αύξηση τόσο των τριγλυκεριδίων όσο και της χοληστερόλης (73).

Τα νέα επιδημιολογικά δεδομένα έχουν τεκμηριώσει το γεγονός ότι οι αυξημένες τιμές χοληστερόλης προκαλούν βλάβη στο αγγειακό τοίχωμα και οδηγούν σε στεφανιαία νόσο και ότι η υπολιπιδαιμική αγωγή μειώνει τα στεφανιαία και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και βελτιώνει την επιβίωση.

Διάφορες μελέτες όπως οι 4S (74), PLAC I (75), PLAC II (76), ACAPS(77), KAPS (78), REGRESS (79) και WOSCOPS (80), υποστηρίζουν το όφελος από τη μείωση των λιπιδίων στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση απέδειξε ότι οι στατίνες και τα n-3 λιπαρά οξέα αποτελούν τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη μείωση των λιπιδίων και επιπρόσθετα μειώνουν τον κίνδυνο για την συνολική

θνητότητα και τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα. Συγκεκριμένα 10% μείωση των επιπέδων ολικής χοληστερόλης οδηγεί σε μείωση 20% της στεφανιαίας νόσου μετά από 3 χρόνια (81).

Οι εξετάσεις που πρέπει να γίνονται σε όλους τους ενήλικους άνω των 18 ετών είναι οι παρακάτω:

- Τριγλυκερίδια ορού
- Ολική χοληστερόλη και αν αυτή είναι $>5,5\text{mmol/L}$ μέτρηση LDL και HDL
- Έλεγχος θυρεοειδικής λειτουργίας σε υπέρβαρες ηλικιωμένες γυναίκες

Κάθε παθολογική τιμή θα πρέπει να επιβεβαιώνεται σε 6-8 εβδομάδες.

Επανελέγχος των λιπιδίων πρέπει να γίνεται τουλάχιστον ανά 5 έτη (73).

- Ολική χοληστερόλη $<4,0\text{mmol/L}$ • LDL $<2,5\text{mmol/L}^*$
- HDL $>1,0\text{mmol/L}$ • τριγλυκερίδια $<1,5\text{mmol/L}$

Στον ελληνικό πληθυσμό, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της μελέτης «ΑΤΤΙCA», η υπερχοληστερολαιμία είναι πολύ συχνά εμφανιζόμενη, νόσος αφού υπολογίσθηκε ότι 3 εκατομύρια Έλληνες έχουν αυξημένες τιμές χοληστερόλης (82).

4.2) Αρτηριακή Υπέρταση

Η υπέρταση είναι μία σοβαρή διαταραχή που αφορά το γενικό πληθυσμό και αποτελεί τη συχνότερη νόσο που απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία στην Αυστραλία. Είναι γνωστή ως “σιωπηρός φονιάς”, διότι οι περισσότεροι υπερτασικοί είναι ασυμπτωματικοί και αγνοούν το πρόβλημά τους. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει τη σχέση μεταξύ υπέρτασης και αγγειακού εγκεφαλικού, στεφανιαίας νόσου, νεφροπάθειας, καρδιακής ανεπάρκειας και κολπικής μαρμαρυγής. Η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει για

όλη τη διάρκεια της ζωής, και για αυτό υπάρχει η ανάγκη για προσεκτική παρακολούθηση.

Όργανα στόχοι (συμπεριλαμβανομένων κάποιων συγκεκριμένων παραδειγμάτων) που μπορεί να υποστούν βλάβη από την υπέρταση είναι η καρδιά (ανεπάρκεια, υπερτροφία, ισχαιμική νόσος), ο νεφρός (νεφρική ανεπάρκεια), ο αμφιβληστροειδής (αμφιβληστροειδοπάθεια), τα αιμοφόρα αγγεία (περιφερική αγγειακή νόσος, ρήξη αορτής), ο εγκέφαλος (αγγειοεγκεφαλική νόσος) (73).

Οι θάνατοι στους ασθενείς με υπέρταση οφείλονται σε εγκεφαλικό στο 45%, καρδιακή ανεπάρκεια στο 35%, σε νεφρική ανεπάρκεια στο 3% και άλλα αίτια στο 17%. Παράγοντες που θεωρείται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου σε ασθενείς με υπέρταση είναι το άρρεν φύλο, η νεαρή ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης καθώς και η αυξημένη διαστολική πίεση (83).

Οι διάφορες κατηγορίες ως προς την αρτηριακή πίεση διακρίνονται με βάση την τιμή τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής πίεσεως (84,85).

- Μεμονωμένη συστολική υπέρταση έχουμε. όταν η συστολική αρτηριακή πίεση είναι πάνω από 140mmHg και η διαστολική κάτω από 90mmHg.

Η υπέρταση διακρίνεται σε ιδιοπαθή και δευτεροπαθή.

- Ως ιδιοπαθής υπέρταση ορίζεται η εμφάνιση υπέρτασης απουσία κάποιου αιτίου που μπορεί να προκαλέσει αυξημένη αρτηριακή πίεση, όπως τα νεφρικά, επινεφριδιακά νοσήματα ή άλλα αίτια.

- Η υπέρταση ονομάζεται κακοήθης, όταν η διαστολική πίεση υπερβαίνει τα 120mmHg και αναπτύσσεται αγγειοπάθεια με εξιδρώματα των νεφρικών και αμφιβληστροειδικών αγγείων.

- Ανθεκτική υπέρταση εντοπίζεται, όταν η πίεση επιμένει σε τιμές > 140/90 παρά τη χορήγηση μέγιστης δόσης δύο τουλάχιστον αντιυπερτασικών φαρμάκων για 3-4 μήνες.

Για ενήλικες άνω των 18 ετών υπέρταση είναι:

Διαστολική πίεση >90 mmHg

Συστολική πίεση > 140 mmHg

Διαστρωμάτωση και υπολογισμός του καρδιαγγειακού κινδύνου (84-86).

Ο υπολογισμός του κινδύνου μπορεί να γίνει με διάφορους πίνακες που υπάρχουν στο διαδίκτυο. Ένα κοινό εργαλείο που χρησιμοποιείται στην Αυστραλία είναι το New Zealand Cardiovascular risk Calculator (87).

4.3) Οστεοπόρωση

Είναι η νόσος που χαρακτηρίζεται από χαμηλή οστική μάζα και διαταραχή της μικροαρχιτεκτονικής του οστίτη ιστού, με αποτέλεσμα αυξημένη ευθραυστότητα των οστών και αυξημένο κίνδυνο κατάγματος (88).

Η οστεοπόρωση είναι μια πολύ συχνή πάθηση. Εκτιμάται ότι πάνω από 1,3 οστεοπορωτικά κατάγματα συμβαίνουν κάθε χρόνο στις ΗΠΑ. Περίπου τα μισά από αυτά είναι σπονδυλικά, το ένα τέταρτο είναι κατάγματα ισχίου και το άλλο τέταρτο κατάγματα Colles'. Ο κίνδυνος θανάτου αυξάνεται για ασθενείς με οστεοπορωτικά κατάγματα (89).

Αν και ο κίνδυνος όλων των καταγμάτων αυξάνει δραματικά με την ηλικία, τα οστεοπορωτικά κατάγματα δεν περιορίζονται μόνο στους ηλικιωμένους, Ο εκτιμώμενος ισόβιος κίνδυνος κατάγματος του ισχίου για μια λευκή γυναίκα ηλικίας 50 ετών είναι περίπου 16%(έναντι 5%των ανδρών), ενώ ο συνολικός

ισόβιος κίνδυνος για οστεοπορωτικό κάταγμα σε οποιαδήποτε θέση φτάνει το 40-50% για τις γυναίκες. Ο αντίστοιχος κίνδυνος στους άνδρες είναι 21-22%.

Περίπου το 30% των γυναικών άνω των 50 ετών έχουν χαμηλή οστική μάζα και ο αριθμός αυτός αυξάνεται με την ηλικία. Χαμηλή οστική πυκνότητα στη σπονδυλική στήλη παρατηρείται περίπου στο 15% των γυναικών στην 6^η δεκαετία της ζωής τους και σχεδόν στο 50% των γυναικών στην 8^η και 9^η δεκαετία (89,90).

Το εκτιμώμενο κόστος των οστεοπορωτικών καταγμάτων στις ΗΠΑ το 1995 ήταν 13,8 δις δολάρια, ενώ είναι πολλαπλάσιο σήμερα κι αναμένεται να αυξάνεται εκθετικά τις επόμενες δεκαετίες. Η αύξηση της συχνότητας της οστεοπόρωσης και των επιπλοκών της σε σύγκριση με τις προηγούμενες δεκαετίες αποδίδεται στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, την καθιστική ζωή και την έλλειψη άσκησης (91).

Η διάγνωση της οστεοπόρωσης μπορεί να τεθεί με κλινικά κριτήρια (οστικά άλγη ως συνέπεια καταγμάτων, απώλεια ύψους) με ακτινολογικά κριτήρια (αραίωση των δοκίδων, διαφόρου βαθμού παραμόρφωση και καθίζηση σπονδύλων στις απλές ακτινογραφίες) και τη μέτρηση της οστικής πυκνότητας. Ωστόσο, τα συμπτώματα συχνότατα απουσιάζουν, καθώς η οστεοπόρωση είναι μια ασυμπτωματική νόσος, πριν την εμφάνιση κάποιου κατάγματος. Επίσης στις απλές ακτινογραφίες είναι εμφανής μόνον, όταν ο βαθμός οστικής πυκνότητας είναι μεγάλος (άνω του 30%). Επομένως η κλινική εικόνα και οι απλές ακτινογραφίες δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην διάγνωση και την εκτίμηση βαρύτητας τη οστεοπόρωσης στα πρώιμα τουλάχιστον στάδια (92).

Η μέτρηση της οστικής πυκνότητας (Bone mineral density-BMD) με τη μέθοδο της οστικής πυκνομετρίας διπλής δέσμης φωτονίων (Dual Energy X-ray Absorptiometry - DEXA) αποτελεί σήμερα τον επικρατέστερο τρόπο εκτίμησης της οστικής μάζας. Η οστική πυκνότητα δίνει στατική εκτίμηση της οστικής μάζας μια δεδομένη χρονική στιγμή. Δεν μπορεί να προβλέψει τον ρυθμό της οστικής απώλειας και επομένως την μελλοντική οστική πυκνότητα. Επιπλέον, η μείωση του κινδύνου κατάγματος δεν ταυτίζεται πάντα με μια αντίστοιχη αύξηση της BMD (93,94,95).

4.4) Στεφανιαία Νόσος

Η στεφανιαία νόσος είναι η κύρια αιτία θανάτου στο Δυτικό κόσμο στους άνδρες ηλικίας άνω των 45 ετών και στις γυναίκες άνω των 65 ετών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει η γεωγραφική κατανομή της βαρύτητας της πάθησης, η θνησιμότητα της οποίας είναι πενταπλάσια στις χώρες της ανατολικής σε σχέση με αυτές της δυτικής Ευρώπης. Σημειωτέων ότι στη Ελλάδα και σε αντίθεση με άλλες βορειοευρωπαϊκές (Βέλγιο, Ολλανδία, Φινλανδία) ή μεσογειακές (Γαλλία, Ιταλία) χώρες, η θνητότητα της στεφανιαίας νόσου κατά τη χρονική περίοδο 1970-1992 αυξήθηκε (96,97,98). Αυτό οφείλεται στην μεγαλύτερη κατανάλωση ζωικών τροφών, στην έλλειψη σωματικής άσκησης, κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα, και στο κάπνισμα (99).

Η επίπτωση της Στεφανιαίας Νόσου, λαμβάνοντας υπόψη και την κατανομή της ηλικίας στον Ελληνικό πληθυσμό, εκτιμήθηκε ότι είναι 110 θάνατοι ανά 100.000 άτομα (θνησιμότητα). Με βάση το φύλλο η επίπτωση των θανατηφόρων επεισοδίων της Σ.Ν. κατανέμεται ως εξής: 79 θάνατοι ανά 100.000 άνδρες και 31 θάνατοι ανά 100.000 γυναίκες. Η Σ.Ν. επιμένει να είναι

ένα μέγιστο πρόβλημα και υπ' αριθμόν μία αιτία θανάτου στο σύγχρονο κόσμο (100).

Το συχνότερο αίτιο της στεφανιαίας νόσου είναι η αθηροσκλήρυνση (αθηρωμάτωση), η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία ειδικών βλαβών του αρτηριακού τοιχώματος που μπορεί να προκαλέσουν στένωση ή αιφνίδια απόφραξη του αυλού μιας στεφανιαίας αρτηρίας και ως εκ τούτου μυοκαρδιακή ισχαιμία ή νέκρωση (101).

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου σε άτομα με Σ.Ν. είναι ένας η περισσότεροι:

- α) Ηλικία (άνδρες >45ετών, γυναίκες >55ετών)
- β) Κληρονομικότητα (εμφάνιση στεφανιαίας νόσου σε πατέρα η αδελφό σε ηλικία κάτω από 55 ετών, σε μητέρα η αδελφή σε ηλικία κάτω των 65ετών)
- γ) Υπερχοληστεριναιμία (LDL-‘κακή’-χοληστερίνη πάνω από 130mg/dl)
- δ) HDL χοληστερίνη (καλή χοληστερίνη) κάτω από 35mg/dl. Εάν η HDL χοληστερίνη είναι πάνω από 60mg/dl, αφαιρείται ένας προδιαθεσικός παράγοντας.
- ε) Σακχαρώδης Διαβήτης
- ζ) Αρτηριακή Υπέρταση
- η) Κάπνισμα (100).

Οι πιο συχνές κλινικές εκδηλώσεις τις Σ.Ν είναι η στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η καρδιακή ανεπάρκεια, και ο αιφνίδιος θάνατος. Η διάγνωση της Σ.Ν. γίνεται από τα κλινικά συμπτώματα του αρρώστου και από τις εργαστηριακές εξετάσεις. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης της Σ.Ν. γίνεται με την αγγειογραφία των στεφανιαίων αρτηριών (στεφανιογράφημα) (99,101).

4.5) Αρθρίτιδα

Οι ρευματολογικές διαταραχές είναι συχνές στους ηλικιωμένους: μεγάλο μέρος της ρευματολογίας είναι η γηριατρική και μεγάλο μέρος της γηριατρικής είναι η ρευματολογία (102). Ρευματικές παθήσεις (Ρευματικά-Αρθρικά) είναι παθήσεις των αρθρώσεων, των τενόντων, των συνδέσμων, των ορογόνων θυλάκων, των μυών, των οστών, και τις σπονδυλικής στήλης. Ορισμένες όμως παθήσεις όπως οι αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις δεν περιορίζονται μόνο στο μυοσκελετικό σύστημα, αλλά προσβάλλουν και διάφορα άλλα όργανα ή συστήματα, όπως νεφρούς, πνεύμονες, μάτια, δέρμα, καρδιά, ήπαρ κ.λ.π.

Οι ρευματικές παθήσεις είναι περίπου 200 και ταξινομούνται σε 6 μεγάλες κατηγορίες: α) Φλεγμονώδεις ρευματικές παθήσεις (αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις, οροαρνητικές σπονδυλοαρθρίτιδες, κρυσταλογενείς αρθρίτιδες), β) Οστεοαρθρίτιδα γ) Οσφυαλγία δ) Αυχεναλγία ε) Παθήσεις εξωαρθρικού ρευματισμού ζ) Μεταβολικές παθήσεις των οστών (οστεοπόρωση) κ.λπ.

Διακρίνονται σε οξείες, υποτροπιάζουσες, και χρόνιες (103).

Οι πιο συχνές είναι οι φλεγμονώδεις αρθρίτιδες όπως η οστεοαρθρίτιδα, που είναι χρόνια πολυπαραγοντική πάθηση και χαρακτηρίζεται από προιούσα απώλεια αρθρικού χόνδρου και από αντιδραστικές αλλοιώσεις στα όρια των αρθρώσεων και στο υποχόνδριο (104) και η ρευματοειδής αρθρίτιδα που είναι πολυσυστηματική συμμετρική πολυαρθρίτιδα με κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα την υμενίτιδα, η οποία είναι δυνατόν να προκαλέσει καταστροφή του χόνδρου και διάβρωση του οστού (105). Οι προαναφερθείσες συχνότερα εμφανιζόμενες αρθρίτιδες έχουν τεράστιες κοινωνικο οικονομικές επιπτώσεις παγκοσμίως (106).

Ο πόνος κατά την λειτουργία της άρθρωσης ή ακόμα και κατά την ανάπαυση, η δυσκαμψία στις αρθρώσεις, ιδιαίτερα κατά τις πρωινές ώρες, ο κριγμός, η

διόγκωση και η παραμόρφωση των αρθρώσεων είναι τα βασικά συμπτώματα τα οποία σε συνδυασμό με τα ακτινολογικά ευρήματα (π.χ. οστεόφυτα, στένωση του μεσάρθριου διαστήματος, σκλήρυνση των αρθρικών επιφανειών αποτελούν βασικά κριτήρια της διάγνωσης της οστεοαρθρίτιδας (107).

Οι αρθρώσεις που προσβάλλονται κατά κύριο λόγο είναι το γόνατο και ακολουθεί το ισχίο, ενώ κληρονομικότητα, μεγάλη ηλικία, φύλλο, παχυσαρκία, επάγγελμα, άθλημα, είναι μερικοί από τους παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση της οστεοαρθρίτιδας (108).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών ερευνών για τις ρευματικές παθήσεις στην χώρα μας, στο γενικό πληθυσμό ενηλίκων έδειξε ότι η αρθρίτιδα είναι το πρώτο αίτιο νοσηρότητας ενώ ταυτόχρονα ευθύνεται.

- α) Για το 39% όλων των χρόνιων προβλημάτων υγείας.
- β) Για το 47% της μακροχρόνιας λειτουργικής ανικανότητας.
- γ) Για το 26% του βραχυχρόνιου περιορισμού δραστηριοτήτων, όπως απουσίες από την εργασία.
- δ) Για το 20% όλων των ιατρικών επισκέψεων (103).

Σε άλλη έρευνα εκτιμήθηκε ο επιπολασμός της γοναλγίας σε ηλικιωμένους σε πληθυσμό πρωτοβάθμιας περίθαλψης 100.000 ατόμων άνω των 55 ετών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα:

- α) 25.000 άτομα θα εμφανίσουν γοναλγία (για 4 εβδομάδες) κάποια στιγμή.
- β) Σε 4.000 άτομα που κάποια στιγμή συμβουλευτήκαν τον γιατρό τους για γοναλγία διαγνώστηκε οστεοαρθρίτιδα.
- γ) Σε 1500 άτομα με σοβαρή γοναλγία, η οποία προκαλεί αναπηρία, θα διαγνωστεί οστεοαρθρίτιδα. Οποια και αν είναι τα ακριβή δεδομένα μπορούμε να

πούμε με ασφάλεια ότι ο πόνος και η αναπηρία της αρθρίτιδας αφορούν μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ασθενών (109).

4.6) Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μεταβολική ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση της συγκέντρωσης του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και από διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης, των λιπιδίων, και των πρωτεϊνών είτε ως αποτέλεσμα ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης είτε λόγω ελάττωσης της ευαισθησίας των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη. Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που εκκρίνεται από το πάγκρεας και είναι απαραίτητη για τη μεταφορά της γλυκόζης που λαμβάνεται από τροφές μέσα στα κύτταρα. Όταν το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη ή η ινσουλίνη που παράγεται δεν δρα σωστά, τότε η γλυκόζη που λαμβάνεται από τις τροφές δεν εισέρχεται στα κύτταρα ώστε να έχουν την απαραίτητη ενέργεια για τη λειτουργία τους και παραμένει στο αίμα με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων της και άρα εκδήλωση της νόσου (110).

Ο σακχαρώδης διαβήτης διακρίνεται σε τρεις κύριες κατηγορίες.

α) Ινσουλινοεξαρτώμενος (IDDM) ή διαβήτης τύπου (I). Είναι η κυριότερη αιτία διαβήτη σε παιδιά, αλλά προσβάλλει και ενήλικες.

β) Μη ινσουλινοεξαρτώμενος (NIDDM) (συχνότερος) ή διαβήτης τύπου (II). Σχετίζεται με την παχυσαρκία και προσβάλλει ανεξαιρέτως όλες τις ηλικίες, κυρίως ενήλικες και ηλικιωμένους, αλλά τα τελευταία χρόνια εντοπίζεται και σε παχύσαρκα παιδιά.

γ) Διαβήτης κύησης. Εμφανίζεται κατά την διάρκεια της κύησης σε ποσοστό 3%-5%, ομοιάζει με τον τύπου (II), είναι αναστρέψιμος και συνδέεται με

περιγεννητικές επιπλοκές και προβλήματα στην υγεία μητέρας και νεογνού (110,111).

Σύμφωνα με του WHO μέχρι το 2030 περισσότερα από 300 εκατομμύρια άνθρωποι θα έχουν εκδηλώσει διαβήτη τύπου (II). Στη χώρα μας το 6% πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη (II). Η νόσος έχει υψηλότερο επιπολασμό στο δυτικό κόσμο καθώς υπάρχει σαφής ένδειξη συσχέτισης της νόσου με το σύγχρονο τρόπο ζωής, τις διατροφικές μας συνήθειες και την έλλειψη σωματικής άσκησης ενώ επίσης αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως καθώς συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά επεισόδια, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, τύφλωση και ακρωτηριασμούς (110).

Ο διαβήτης τύπου 2 δεν είναι μια ήπια νόσος. Περίπου το ένα τρίτο αυτών που επιζούν 15 έτη, θα χρειαστούν ινσουλίνη για να ελέγξουν τα συμπτώματα και τις επιπλοκές (112).

Η διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη γίνεται:

α) Σε συμπτωματικούς ασθενείς: (τουλάχιστον δύο από τα: πολυδιψία, πολουουρία, συχνές δερματικές λοιμώξεις, ή συχνές γεννητικές καντινιτιάσεις).

Γλυκόζη φλεβικού πλάσματος μετά από νηστεία (8ωρών) (VPG) (≥ 126 mg/dl)

Τυχαία (VPG) (τουλάχιστον 2 ώρες μετά το τελευταίο γεύμα) (≥ 200 mg/dl)

β) Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς: τουλάχιστον δύο ξεχωριστές μετρήσεις με παθολογικές τιμές (είτε γλυκόζη νηστείας είτε τυχαία μέτρηση ≥ 2 ώρες μετά λήψη τροφής) ή δύο παθολογικές τιμές στην από του στόματος δοκιμασία ανοχής γλυκόζης) (113).

Εάν ή τυχαία η μετά από νηστεία VPG κυμαίνεται στο αμφίβολο εύρος 99-198 mg/dl σε ένα συμπτωματικό ασθενή ή σε ασθενή με παράγοντες κινδύνου (ηλικία μεγαλύτερη από 50 έτη, υπέρβαρο, συγγένεια εξ αίματος με

ασθενή με NIDDM, ή με υψηλή αρτηριακή πίεση) πρέπει να γίνεται δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη (OGTT). Το σημείο κάτω από το οποίο δεν χρειάζεται περαιτέρω έλεγχος έχει μειωθεί τώρα στα (100 mg/dl) (114).

4.7) Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες της GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), (115) ως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) ορίζεται η παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από απόφραξη των αεραγωγών, και η οποία δεν είναι πλήρως αναστρέψιμη. Η κατάσταση αυτή είναι προοδευτικά επιδεινούμενη και σχετίζεται με παθολογική φλεγμονώδη απάντηση των πνευμόνων σε βλαπτικά σωματίδια ή αέρια. Ασθενείς με πιθανή διάγνωση ΧΑΠ παρουσιάζουν συμπτώματα χρόνιου βήχα, απόχρεμψης, επεισόδια δύσπνοιας, και/ή ιστορικό έκθεσης σε πιθανούς παράγοντες κινδύνου. Η διάγνωση της νόσου τίθεται με τη σπιρομέτρηση. Τιμή του FEV1 < 80% της προβλεπόμενης σε συνδυασμό με λόγο FEV1/FVC < 70% μετά τη χορήγηση εισπνεόμενου βρογχοδιασταλτικού, επιβεβαιώνει την απόφραξη των αεραγωγών που δεν είναι πλήρως αναστρέψιμη.

Σύμφωνα με δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι η 4^η αιτία θανάτων παγκοσμίως, καθώς ευθύνεται για 2,74 εκατομμύρια θανάτους το 2000, ενώ ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί και άλλο τα προσεχή έτη. Τα επιδημιολογικά όμως δεδομένα προσφέρουν μια αδρή μόνο εκτίμηση του προβλήματος, αφού η νόσος συχνά υποδιαγνώσκεται και υποεκτιμάται.

Στις ΗΠΑ η εκτιμώμενη επίπτωση σε άτομα ηλικίας 25-75 ετών ,αγγίζει το 6.9% στην περίπτωση της ήπιας ΧΑΠ (FEV1/FVC,70%, FEV1≥80%) και το

6.6% στην περίπτωση της σοβαρής μορφής της νόσου (FEV1/FVC,70%, FEV1 \leq 80%) σύμφωνα με δεδομένα από τη μελέτη NHANES III (116).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια είναι κληρονομικοί και περιβαλλοντολογικοί και η εκδήλωση της είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης αυτών των παραγόντων. Σήμερα είναι παραδεκτό ότι ο κίνδυνος νόσησης σχετίζεται με κληρονομική δυσλειτουργία του ενζύμου α1-αντιθρυψίνης (117). Η πρόωμη και επιταχυνόμενη ανάπτυξη πανλοβιδιακού εμφυσήματος και η έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας εμφανίζεται σε καπνιστές και μη καπνιστές με τη δυσλειτουργία αυτή, ενώ το κάπνισμα αυξάνει κατά πολύ το κίνδυνο. Η επίδραση του φύλου στην ανάπτυξη της ΧΑΠ δεν είναι σαφής. Παλιότερες μελέτες αποκαλύπτουν μια αυξημένη επίπτωση της νόσου στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες (118). Το άσθμα και η βρογχική υπεραντιδραστικότητα έχουν ενοχοποιηθεί ως πιθανοί παράγοντες στην εμφάνιση της ΧΑΠ, ενώ στην επίδραση τους πιθανώς να εμπλέκονται γονιδιακοί και περιβαλλοντολογικοί μηχανισμοί(119).

Από τους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες τεκμηριωμένη είναι η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου, καθώς οι καπνιστές παρουσιάζουν μεγαλύτερο ρυθμό έκπτωσης στην τιμή του FEV1 ετησίως και υψηλότερα ποσοστά θανάτων από ΧΑΠ σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Ωστόσο όλοι οι καπνιστές δεν αναπτύσσουν την πάθηση και αυτό πιθανώς να υποδηλώνει ότι γενετικοί παράγοντες τροποποιούν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε κάθε άτομο (120).

Εξωγενείς παράγοντες που επίσης έχουν ενοχοποιηθεί είναι η έκθεση σε σκόνες και χημικούς παράγοντες στο χώρο εργασίας, η ενδοοικιακή μόλυνση

και η μόλυνση του περιβάλλοντος. Όταν η έκθεση σε παράγοντες στο χώρο εργασίας είναι παρατεταμένης διάρκειας ή μεγάλης έντασης, αυξάνει ο κίνδυνος για ΧΑΠ ανεξάρτητα από το κάπνισμα, ενώ οι πιθανότητες αυξάνουν κατά πολύ όταν συνυπάρχει και καπνιστική συνήθεια (121).

Τα αυξημένα επίπεδα αστικής μόλυνσης είναι επιβαρυντικός παράγοντας, όταν προϋπάρχει ιστορικό καρδιαγγειακής ή αναπνευστικής πάθησης. Η δράση της δεν είναι σαφής στην παθογένεια της ΧΑΠ, αλλά είναι σαφώς ασθενέστερη από την επίδραση του καπνού (122). Η ενδοοικιακή μόλυνση οφειλόμενη σε χρήση βιομάζας ως καύσιμο για θέρμανση και μαγείρεμα έχει ενοχοποιηθεί ως πιθανός παράγοντας κινδύνου (123).

Τέλος φαίνεται ότι στην παθογένεια της νόσου εμπλέκονται και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, καθώς η επίπτωση είναι υψηλότερη στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες και στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα. Υπάρχουν ερωτηματικά όμως, για το αν το γεγονός αυτό αντανακλά την επίδραση παραγόντων, όπως η μόλυνση του περιβάλλοντος, η φτωχή διατροφή, ο συνωστισμός ή άλλους παράγοντες που συνδέονται με τα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα (124).

4.8) Βρογχικό Άσθμα

Το άσθμα είναι μια διαταραχή του αναπνευστικού συστήματος που ορίζεται με βάση τα κλινικά, φυσιολογικά και παθοφυσιολογικά του χαρακτηριστικά. Χρησιμοποιώντας αυτές τις παραμέτρους η GINA (Global Initiative for Asthma)¹ στην τελευταία αναθεώρηση των κατευθυντηρίων οδηγιών το 2006 για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου δίνει ένα περισσότερο περιγραφικό ορισμό βασιζόμενη ακριβώς σε αυτές τις

παραμέτρους. Ως άσθμα λοιπόν ορίζεται η χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή των αεραγωγών στην οποία πολλά κύτταρα και κυτταρικά στοιχεία έχουν σημαντικό ρόλο. Η χρόνια φλεγμονή σχετίζεται με τη βρογχική υπεραντιδραστικότητα η οποία οδηγεί σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια συριγμού, δύσπνοιας, αισθήματος βάρους στο στήθος, και βήχα ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της νύχτας και τις πρώτες πρωινές ώρες. Η απόφραξη των αεραγωγών παρουσιάζει διακυμάνσεις και είναι συνήθως αναστρέψιμη είτε αυτόματα είτε μετά από θεραπεία. Η βρογχική υπεραντιδραστικότητα, δηλαδή η χαρακτηριστική ιδιότητα των ατόμων με βρογχικό άσθμα να παρουσιάζουν βρογχόσπασμο μετά την έκθεση τους σε διάφορα αντιγόνα ή κάτω από την επίδραση διαφόρων φυσικών αιτίων αποτελεί κύριο εύρημα στο άσθμα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αντικειμενικός δείκτης μελέτης της νόσου (125).

Το άσθμα αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας και μελέτης παγκοσμίως, τόσο εξαιτίας των υψηλών ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας και της συνεπαγόμενης οικονομικής επιβάρυνσης των υγειονομικών υπηρεσιών, όσο και της συνεχώς αυξανόμενης επίπτωσης. Δεδομένα από το National Center of Health Statistics δείχνουν ότι υπάρχει μια αύξηση του άσθματος κατά 74% από το 1980 έως το 1996. Η αύξηση αφορά όλες τις ηλικίες ιδιαίτερα όμως παιδιά μικρότερα των 5 ετών (126). Η παγκόσμια επίπτωση του άσθματος είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, φαίνεται όμως ότι κυμαίνεται από 1-18% (127).

Οι παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση του άσθματος χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: στους ενδογενείς, που αφορούν κυρίως το γονιδιακό υπόβαθρο και στους εξωγενείς, που σχετίζονται κυρίως με περιβαλλοντολογικά αίτια. Στους ενδογενείς παράγοντες περιλαμβάνονται οι

γονιδιακοί μηχανισμοί καθώς σήμερα είναι γνωστό ότι υπάρχουν γονίδια που προδιαθέτουν σε ατοπία και γονίδια που προδιαθέτουν σε εκδήλωση βρογχικής υπεραντιδραστικότητας, η παχυσαρκία και το φύλο. Στους εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνονται τα ενδοοικιακά και εξωοικιακά αλλεργιογόνα, η έκθεση σε παράγοντες που σχετίζονται με τα επάγγελμα, η μόλυνση του περιβάλλοντος, το κάπνισμα και η διατροφή. Σημαντικός παράγοντας στην παθογένεια του άσθματος είναι η φλεγμονή των αεραγωγών, ενώ η έκταση της σχετίζεται άμεσα με τη σοβαρότητα της νόσου (128).

Η διάγνωση του άσθματος τίθεται σε μεγάλο ποσοστό από το ιστορικό και βασίζεται στην παρουσία των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της νόσου, όπως τα επεισόδια δύσπνοιας, ο συριγμός, το αίσθημα βάρους στο στήθος και ο βήχας (129). Η σπιρομέτρηση είναι η προτεινόμενη μέθοδος για την εκτίμηση της βρογχικής απόφραξης, αλλά και της αναστρεψιμότητας της απόφραξης, για να τεθεί η διάγνωση (130).

4.9) Κατάθλιψη

Η Κατάθλιψη είναι μία από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές ασθένειες της εποχής μας και ο όρος της στην ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντώνται σε άλλη νόσο. Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και για αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι (131).

Η εμφάνιση των καταθλιπτικών επεισοδίων δεν οφείλεται σε ένα και μοναδικό αίτιο που θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί, γιατί ή κατάθλιψη είναι μια

νόσος πολυπαραγοντική και οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, βιολογικών, και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Πάντως οι βαρύτερες μορφές της προκαλούνται κυρίως από βιολογικούς παράγοντες, και οι ηπιότερες από ψυχοκοινωνικούς.

Οι κυριότερες μορφές κατάθλιψης είναι:

- α) Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή
- β) Ήπια ή Ελάσσονα καταθλιπτική διαταραχή
- γ) Δυσθυμική Διαταραχή.

Οι κυριότεροι τύποι της είναι: Λανθάνουσα κατάθλιψη, Ενδογενής κατάθλιψη, Αντιδραστική κατάθλιψη, Μελαγχολία, Ψυχωτική κατάθλιψη, Μανιοκατάθλιψη, Άτυπη κατάθλιψη, Αγχώδης κατάθλιψη, Επιλόχεια κατάθλιψη, Υποστροφική κατάθλιψη, Πένθος, Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή (132).

Συμπτώματα της Κατάθλιψης: (133).

A) Συναίσθημα	B) Κινητοποίηση
Καταθλιπτική διάθεση	Απώλεια του ενδιαφέροντος
Ανηδονία	Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας
Άγχος	Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας
Γ) Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό σύστημα	Δ) Σκέψη Αντίληψη
Διαταραχή του ύπνου	Αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή/και
Διαταραχή της όρεξης	αναξιότητας
Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)	Χαμηλή αυτοεκτίμηση
Ελάττωση της σεξουαλικής	Δυσκολία στη συγκέντρωση
διάθεσης (libido)	Ψύχωση (ψευδαισθήσεις,
Ψυχοκινητική επιβράδυνση	παραληρητικές ιδέες κ.τ.λ.)
Ψυχοκινητική διέγερση	Σωματικά ενοχλήματα

Είναι μια νόσος που επηρεάζει τόσο το νου, όσο και το σώμα και είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε, ότι η κατάθλιψη μειώνει σημαντικά τις πέντε βασικές

ανθρώπινες δραστηριότητες: 1) ενεργητικότητα 2) σεξουαλική ενόρμηση 3) ύπνο 4) διατροφή 5) ικανότητα αντιμετώπισης της ζωής.

Αρκετά επεισόδια της κατάθλιψης είναι παροδικά και πρέπει να εκλαμβάνονται ως φυσιολογικές καταστάσεις, όμως 10% του πληθυσμού εμφανίζει σοβαρή κατάθλιψη. Η πιθανότητα να λάβει κάποιο άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του αντικαταθλιπτική αγωγή, ανέρχεται περίπου στο 12% για τους άντρες και 25% για τις γυναίκες (134).

Υπολογίζεται ότι η νόσος προσβάλλει 340 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως το χρόνο. Ο επιπλασμός της στον ελληνικό αστικό πληθυσμό είναι περίπου 6,4%. Είναι συχνότερη στις γυναίκες, σε μοναχικά άτομα, διαζευγμένα και σε αγροτικούς πληθυσμούς.

Η κατάθλιψη προκαλεί πολλαπλά προβλήματα στους πάσχοντες (ατομική και οικογενειακή δυστυχία, επαγγελματική ανικανότητα, ατυχήματα, απώλεια εργασίας, δυσχέρειες στις διαπροσωπικές και συζυγικές σχέσεις κ.λ.π.). Σύμφωνα με τον (Π.Ο.Υ.) η κατάθλιψη είναι το κύριο αίτιο λήψης αναρωτικής αδείας μεταξύ των ενηλίκων και το 4^ο αίτιο ανικανότητας/θανάτου παγκοσμίως (το 2020 αναμένεται να είναι το 2^ο αίτιο ανικανότητας/ θανάτου παγκοσμίως) (135).

4.10) Άγχος

Το άγχος είναι ένα δυσάρεστο ενδογενές συναίσθημα φόβου ή επικείμενης καταστροφής. Σύμφωνα με την Διεθνή Ταξινόμηση των Προβλημάτων Υγείας στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη (ICHPPC-2) (WONCA, 1985), το κριτήριο διάγνωσης της αγχώδους διαταραχής είναι το εξής: Γενικευμένο και επίμονο άγχος ή αγχώδης διάθεση, η οποία δεν μπορεί να

αποδοθεί ή είναι δυσανάλογα έντονη απάντηση σε κάποια ψυχοκοινωνική καταπόνηση, κάποιο ερέθισμα ή γεγονός (136).

Το άγχος είναι ένα φυσιολογικό ανθρώπινο συναίσθημα, οι περισσότεροι από εμάς το βιώνουμε, ως ένα βαθμό, σε κάποια στιγμή της ζωής μας ως φυσιολογική αντίδραση σε κάποια καταπόνηση ή ατυχία. Ορισμένα άτομα όμως βρίσκονται διαρκώς υπό την επίδραση του άγχους, το οποίο είναι τόσο έντονο, ώστε να μην είναι φυσιολογικό και να δυσχεραίνει την ζωή τους (73).

Το άγχος θεωρείται παθολογικό, εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου, οπότε και υπάρχει κάποια αγχώδης διαταραχή. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό. Τα συμπτώματα του άγχους, τα οποία είναι δυνατό να λαμβάνουν ψυχολογικό ή σωματικό χαρακτήρα, είναι δυνατό να ποικίλουν σε βαρύτητα και συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής, γαστρεντερική δυσφορία (133).

Το ποσοστό του γενικού πληθυσμού που πάσχει από αγχώδη διαταραχή κυμαίνεται από 5-10% (73).

Ταξινόμηση του άγχους: Στον κατάλογο που ακολουθεί περιλαμβάνονται όλες σχεδόν οι κατηγορίες αγχωδών διαταραχών, οι οποίες περιλαμβάνονται στην DSM-IV:

- γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- αγχώδης διαταραχή εξαιτίας φαρμακευτικής κατάστασης
- διαταραχή πανικού
- διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία

- αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού
- συγκεκριμένη φοβία
- κοινωνική φοβία ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική διαταραχή
- διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία.
- αιφνίδια αγχώδης διαταραχή
- διαταραχή από οξύ στρές
- αγχώδης διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς (137,138,139).

Οι πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές είναι: γενικευμένη αγχώδης διαταραχή οι φοβίες, η διαταραχή πανικού, και οι ψυχαναγκαστικές διαταραχές (133).

Νόμοι για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Βασικές διατάξεις νόμων για τα Κέντρα Υγείας και περιφερειακά ιατρεία από τον νόμο 1397/83 και εφεξής (140).

1) Ν. 1397/83/ΦΕΚ Α΄/1983:

Άρθρα :14 (Σύσταση Κέντρων Υγείας και περιφερειακών Ιατρείων),15 (Σκοπός), 17 Κέντρων Υγείας αστικών περιοχών), 18 (Οργάνωση και λειτουργία Κέντρων Υγείας μη αστικών περιοχών), 19 (Σύνδεση Κέντρων Υγείας με Νοσοκομεία).

2) Ν.1471/84 ΦΕΚ112 Α΄/1984:

Άρθρο 2, παρ. 3 (Μέχρι την έκδοση του Εσωτ. Καν. Λειτουργίας αποφάσεις Δ/Σ)

3) Ν. 1579/85/ΦΕΚ 217 Α΄/1985:

Άρθρο 4 (Τοποθέτηση Αγροτικών Γιατρών σε Κέντρα Υγείας Περιφερειακά Ιατρεία)

4) Ν.1759/ 88 ΦΕΚ 50 Α΄1988:

Άρθρο 43 (Μεταθέσεις Γιατρών των Κέντρων Υγείας).

5) Ν. 1963 /91/ ΦΕΚ 138 Α΄/1991:

(Εφημερίες αγροτικών γιατρών στα Νοσοκομεία, Διατήρηση επιδομάτων Οδοιπορικών και Ετοιμότητας)

6) Ν 2071 /92/ ΦΕΚ 123 Α΄ / 1992:

Άρθρο:15 (Κέντρα Υγείας και Υγειονομικοί Σταθμοί). Τα Κέντρα Υγείας μεταφέρονται από τα Νοσοκομεία στις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιών.

7) Ν. 2194 / 94 ΦΕΚ 34 Α΄/1994:

Άρθρα: 1 και 5 (Επαναφορά Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων στην αρμοδιότητα των Νοσοκομείων) Επαναφορά των διατάξεων το Ν. 1397/83 σε ισχύ, για τα Κέντρα Υγείας.

8) Ν. 2345 /95 / ΦΕΚ 213 Α΄ / 1995:

Άρθρο 6 (Ειδικά Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία)

9) Ν. 2519 /97 /ΦΕΚ 165 Α΄ /1997:

Άρθρο 27 (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία – Ομάδες και Κέντρα εφημερίας Περιφερειακών Ιατρείων)

10) Ν. 2646 / 98 / ΦΕΚ 236 Α΄/1998:

Άρθρο 28, παρ. 11 (Ανακατανομή θέσεων Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας)

11) Ν. 2889 /01 / ΦΕΚ 37 Α΄/2001:

Άρθρα : 1, παρ.4 (Μετατροπή Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων τους σε μονάδες των ΠεΣΥΠ), 15, παρ. 4 και 5 (Μεταβατικές Διατάξεις αναφορικά και με την έναρξη λειτουργίας των Κέντρων Υγείας ως μονάδων των ΠεΣΥΠ)

12) Ν. 3106 / 03 /ΦΕΚ 30 Α΄/10/2/2003:

Άρθρο 9 (Συγχώνευση των ΙΑΚ σε Κέντρα Υγείας)

13) Ν. 3172 / 03 ΦΕΚ 197 Α΄/2003:

Άρθρα: 23 (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία), 24 (Δ/ντές –προϊστάμενοι των Κέντρων Υγείας)

14) Ν. 3209 / 03 /ΦΕΚ 304 Α΄ /2003:

Άρθρο 24 (Κάλυψη Κέντρων Υγείας σε φάρμακα από τα Νοσοκομεία)

15) Ν. 3204 /03 /ΦΕΚ 296 Α΄/ 2003:

Άρθρο 3 (Κάλυψη θέσεων ιατρών υπαίθρου σε κενές θέσεις χωρίς την έγκριση τριμελούς ειδικής επιτροπής.)

16) Ν. 3235 / 04/ΦΕΚ 53 Α΄/2004:

Άρθρα 1 (Σκοπός, έννοια , περιεχόμενο Π.Φ.Υ.), 2 (Παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ.)

3 (Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας) 4 (Ίδρυση Κέντρων Υγείας)

5 (Οργανισμός των Κέντρων Υγείας) κλπ.

17) Ν. 3293 / 04/ ΦΕΚ 231 Α΄/2004:

(Σύσταση και λειτουργία)<<ΑΕΜΥ ΑΕ>>

18) Ν. 3329/2005 ΦΕΚ 81 Α΄ /2005:

Άρθρο 2 . (Δημιουργία 17 Δ.Υ.Π.Ε.) Ένταξη των Κ.Υ. στις κατά τόπους Δ.Υ.Π.Ε.

19) Ν. 3370 /05 / ΦΕΚ 176 Α΄/2005:

Άρθρο 50 (Μετατροπή Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των Δ.Υ.Π.Ε.)

20) Ν. 3527 / ΦΕΚ 25 Β΄/2007: Λοιπές διατάξεις:

Μετατροπή των 17 Δ.Υ.Π.Ε. σε 7 και μεταβίβαση αρμοδιοτήτων σε αυτές και των Κ.Υ.

B) ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ:
ΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

(I) ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η πυκνότητα και η ανισότητα στην κατανομή του ιατρικού εργατικού δυναμικού της υγείας αποτελούν δείκτες για την ενδελεχή διερεύνηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην επικράτεια, ακόμη περισσότερο δε στην περίπτωση των επαρχιακών απομακρυσμένων περιοχών. Οι σχεδιαστές λοιπόν των πολιτικών υγείας θα πρέπει να εστιάσουν στην ισομερή κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού υγείας με στόχο μία ισορροπημένη κατανομή ανθρώπινων πόρων (141). Πολιτικές στρατηγικές μπορούν επικερδώς να χαραχθούν, ώστε να παρέχουν κίνητρα σε επαγγελματικούς οργανισμούς για να βοηθήσουν και να επανεκτιμήσουν τον ρόλο των γενικών ή ειδικευμένων ιατρών στην υγεία (142).

Ωστόσο, ενώ η ανισοκατανομή του ανθρώπινου ιατρικού δυναμικού αποτελεί ένα βασικό στόχο προηγμένων συστημάτων υγείας, συνεχίζει να αποτελεί ένα σημαντικό αναπάντητο ερώτημα στην Ελληνική επικράτεια, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την Π.Φ.Υ. Στην Ελλάδα σήμερα οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. σε επαρχιακές περιοχές της περιφέρειας παρέχονται κυρίως από ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι περισσότεροι από τους ιατρούς που παρέχουν Π.Φ.Υ. είναι μη ειδικευμένοι απόφοιτοι ιατρικής, ενώ οι υπόλοιποι είναι καταρτισμένοι γενικοί ιατροί ή ιατροί εσωτερικής παθολογίας (143). Ο ρόλος του ιατρού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, παρότι έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί κομβικό σημείο στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών, ακόμη δεν έχει λάβει

σταθερά χαρακτηριστικά. Ωστόσο, θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι δεν υπάρχουν παρά ελάχιστες μελέτες σε αυτό το πεδίο έρευνας και ο βαθμός ανισότητας στην κατανομή προσωπικού στην Π.Φ.Υ. δεν είναι γνωστός (141).

Με έναυσμα μελέτη που έγινε σε Κέντρα Υγείας της περιφέρειας (Διασυνοριακή Ελλάδα - Αλβανία) και κατέγραψε την κατανομή των Ιατρών και των Ειδικοτήτων Π.Φ.Υ. σε σχέση με τον πληθυσμό ευθύνης τους, παρατηρήθηκε μεγάλη ανισοκατανομή και ανεπάρκεια στις ειδικότητες Π.Φ.Υ. Επισημαίνουν οι ερευνητές στα συμπεράσματά τους μεταξύ άλλων, ότι θα πρέπει η έρευνα που διεξήγαγαν να γίνει και με βάση τη νοσηρότητα, δηλαδή τις ανάγκες του πληθυσμού τους (141).

Τα επιδημιολογικά δεδομένα μπορεί να φανούν πολύ χρήσιμα στον σχεδιασμό νέων στρατηγικών πρόληψης, ειδικά στην Π.Φ.Υ. (144). Αναφορικά προς τα χρόνια προβλήματα υγείας υπάρχουν παγκόσμια δεδομένα που καταδεικνύουν τον επιπολασμό, την νοσηρότητα και θνησιμότητα πολλών νοσημάτων. Δεδομένα του WHO, για παράδειγμα, καταδεικνύουν την ισχαιμική νόσο της καρδιάς και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ως τα σημαντικότερα αίτια θανάτου (145).

Η ανάπτυξη ηλεκτρονικών αρχείων υγείας, ειδικά για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, είναι δυνατό να βοηθήσει στην αναγνώριση του φάσματος πολλών νοσημάτων σε κάθε περιοχή. Είναι φανερό ότι η χρήση τέτοιων αρχείων είναι θεμελιώδης. Πρόσφατα, το North Shore Hospital System στο Long Island της Νέας Υόρκης ανακοίνωσε ότι θα καταβάλει έως και 40.000 \$ σε κάθε ιατρό του δικτύου του που θα υιοθετήσει το ηλεκτρονικό αρχείο υγείας του. Έτσι καλύπτει το 50% του κόστους στους ιατρούς που εγκαθιστούν ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής αρχείων υγείας που επικοινωνεί με το

νοσοκομείο και 85% του κόστους στην περίπτωση που ο ιατρός κοινοποιήσει υποεκτιμημένα δεδομένα σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας (146).

Εξάλλου, η διεθνής ταξινόμηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας (I.C.P.C.) εόρτασε πρόσφατα τα 21 έτη ύπαρξής της. Είναι φανερό ότι αυτή η κωδικοποίηση είναι πολύ εύκολη και πολύ χρήσιμη στην πρωτοβάθμια φροντίδα (147,148,149). Σε μια πρόσφατη μεγάλη επιδημιολογική μελέτη προερχόμενη από την Ισπανία, η (I.C.P.C.) χρησιμοποιήθηκε σε συνδυασμό με τα ηλεκτρονικά αρχεία για την εκτίμηση επιπολασμού διαφόρων νόσων στο γενικό πληθυσμό (150).

Εντούτοις, στη Ελλάδα υπάρχει έλλειψη τέτοιων δεδομένων. Ο σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η αποτύπωση της νοσηρότητας, ο υπολογισμός επιπολασμού και νοσηρότητας βάσει των 17 συστημάτων του I.C.P.C. και των δέκα χρόνιων νοσημάτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην περιοχή της Θεσσαλίας, στην Κεντρική Ελλάδα, σε ένα δείγμα ημιαστικού και αγροτικού πληθυσμού, και η κατάδειξη των διαφορών στη νοσηρότητα μεταξύ των φύλων, καθώς και μεταξύ νέων και γηραιότερων. Επιπρόσθετα καταδεικνύεται η κατανομή των ιατρών της Π.Φ.Υ. που εργάζονται σε αυτά, με απώτερο σκοπό το βαθμό πιθανής σχέσης νοσηρότητας και ανεπάρκειας ιατρικών ειδικοτήτων.

Οι πληροφορίες που θα προσφέρουν τα αποτελέσματα μιας τέτοιας επιστημονικής μελέτης θα είναι χρήσιμες για την περιγραφή της νοσηρότητας, την κατανομή και την πιθανή ανεπάρκεια του ανθρώπινου ιατρικού δυναμικού και μπορεί επιπλέον να αποβεί ιδιαίτερα επωφελής από την σκοπιά της διεθνούς συνεργασίας και της ανταλλαγής τεχνογνωσίας από τους σχεδιαστές πολιτικών υγείας. Ο σχεδιασμός υγείας θα μπορεί να προσαρμοστεί στα

πρότυπα νοσηρότητας με ανακατανομή, ώστε να περιοριστούν οποιοσδήποτε αποκλίσεις που εξηγούν την κατανομή των ιατρών στις περιοχές. Τα αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών καταγραφής θα έχουν ως αποτέλεσμα την υλοποίηση των στόχων ισοκατανομής επάρκειας ειδικοτήτων και ποιότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας (141).

(II) ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Υλικό:

A1) Το Ιατρικό προσωπικό όλων των ειδικοτήτων τεσσάρων (αντιπροσωπευτικά ένα για κάθε Νομό) εκ των δέκα επτά συνολικά Κέντρων Υγείας της περιφέρειας Θεσσαλίας στην Κεντρική Ελλάδα, όπου έλαβε χώρα η έρευνά μας, ποσοστό επί του συνόλου αυτών 23,5%. Τα Κ.Υ. για τον κάθε νομό επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο και αντιπροσωπεύουν ομοιογενή ημιαστικό και αγροτικό πληθυσμό.

Αυτά είναι: Νομός Λάρισας - Κέντρο Υγείας Αγιάς.

Νομός Μαγνησίας - Κέντρο Υγείας Βελεστίνου.

Νομός Τρικάλων - Κέντρο Υγείας Φαρκαδόνας.

Νομός Καρδίτσας - Κέντρο Υγείας Μουζακίου.

A.2) Όλες οι ιατρικές διαγνώσεις (Νοσηρότητα) όλων των περιστατικών που εξετάστηκαν στα εν λόγω τέσσερα (Κ.Υ) για το συγκεκριμένο έτος (1/9/2007 έως 31/8/2008) που διήρκησε η έρευνά μας και πιο συγκεκριμένα: επειγόντων και τακτικών ιατρείων, όλων των ιατρικών ειδικοτήτων συμπεριλαμβανομένης και της συνταγογραφίας που απασχόλησαν αυτά. Συνοπτικά αντιστοιχούν τρεις μήνες για κάθε ένα εκ των τεσσάρων Κ.Υ. με εποχιακή κατανομή, και ένα έτος συνολικά στα τέσσερα.

Για την συλλογή και την εξαγωγή της Νοσηρότητας της έρευνας τα στοιχεία που συλλέχθηκαν για κάθε ένα περιστατικό ήταν:

- 1) Ημερομηνία/ Μήνας/Εποχή
- 2) Φύλλο
- 3) Ηλικία
- 4) Ασφαλιστικός φορέας (Ταμείο)

5) Αιτία προσέλευσης

6) Διάγνωση

A.3) Οι Διευθυντές των 17 Κέντρων Υγείας της Θεσσαλίας με έρευνα που προηγήθηκε αυτής της Νοσηρότητας με την μορφή ερωτηματολογίων (151) για την καταγραφή και αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης των Κ.Υ. των οποίων προΐστανται.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν αφορούσαν:

Το πρώτο ερωτηματολόγιο καταγράφει την οργάνωση και λειτουργία των Κ.Υ.

Το δεύτερο τον ηλεκτρομηχανολογικό βιοιατρικό και ξενοδοχειακό εξοπλισμό.

Το τρίτο, τέλος, τις στάσεις των Διευθυντών των Κ.Υ απέναντι στην “Κλινική Διακυβέρνηση” (152,153,154,155,156,157).**(Παράρτημα)**

B) Μεθοδολογία:

Όσον αφορά στον τύπο και τρόπο πραγματοποίησης διεξαγωγής της έρευνας ακολουθήθηκε:

B.1) Περιγραφική Διασκοπική Επιδημιολογική έρευνα (70). **(Παράρτημα)**

B.2) Για ένα χρόνο ο ερευνητής με καθημερινή του παρουσία από τις 08:00π.μ έως 15:00μ.μ βρισκόταν σε ένα εκ των τεσσάρων Κέντρων Υγείας όπου διεξάγονταν η έρευνα (με την σχετική γραπτή άδεια τη 5^{ης} Υ.Πε. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και την σύμφωνη γνώμη και συνεργασία των Διευθυντών των Κ.Υ.).

Η έρευνα έγινε με την καινοτομία τις εποχιακής κατανομής, κάνοντας κύκλο 23 ημερών το μήνα κάθε εποχής (3μηνών) για κάθε ένα Κ.Υ., ξεκινώντας από το φθινόπωρο, χειμώνα, άνοιξη, καλοκαίρι, για να υπάρχει

αντικειμενικά αντιπροσωπευτικό δείγμα καταγράφοντας και τα εποχιακά νοσήματα που εμφανίζουν έξαρση.

Κατά την διάρκεια της ημέρας ο ερευνητής συνεργαζόταν με τους Ιατρούς που εξέταζαν τους προσερχομένους ασθενείς και κατέγραφε όλα τα περιστατικά τηρώντας το δικαίωμα της ανωνυμίας των ασθενών και περιοριζόμενος στην συλλογή των προαναφερθέντων στοιχείων. Στο τέλος και πριν αποχωρήσουν οι ιατροί ο ερευνητής καλούνταν από τους ίδιους και πάλι για να του επιδώσουν και τα υπόλοιπα περιστατικά που εξετάσανε, τις δε επίσημες αργίες, τα Σάββατα και Κυριακές, κατέγραφε την κίνηση των επειγόντων περιστατικών που προσέρχονταν για αντιμετώπιση και εξέταση ολόκληρο το εικοσιτετράωρο. Παρομοίως καταγράφονταν τα περιστατικά και τις καθημερινές. Ο ερευνητής περιοριζόταν στο να μην δυσχεραίνει σε καμιά περίπτωση το ιατρικό έργο και η συνεργασία και με τα τέσσερα Κ.Υ. κρίνεται άριστη.

B.3) Ολοκληρώνοντας τη συλλογή των δεδομένων ενός έτους ο ερευνητής κατασκεύασε ειδική ηλεκτρονική φόρμα στο πρόγραμμα Η/Υ Access, όπου καταχωρήθηκαν τα περιστατικά, κάθε ένα ξεχωριστά, για περαιτέρω στατιστική επεξεργασία και ανάλυση. Αυτά ανέρχονται σε (20.299) περιστατικά με τα κάτωθι χαρακτηριστικά. **(Παράρτημα)**

- 1) Αύξων Αριθμός.
- 2) Κ.Υ: 1^ο Βελεστίνου, 2^ο Αγιάς, 3^ο Φαρκαδόνας, 4^ο Μουζακίου.
- 3) Επίσκεψη: 1^η Φθινόπωρο, 2^η Χειμώνας, 3^η Άνοιξη, 4^η Καλοκαίρι.
- 4) Φύλλο: Άνδρας, Γυναίκα, Αγόρι, Κορίτσι.
- 5) Ηλικία:
- 6) Ταμείο:

- 7) Εξέταση ή Συνταγογραφία ή και τα δύο:
- 8) Οξύ, Χρόνιο, Οξύ και Χρόνιο περιστατικό:
- 9) Συνοσηρότητα, Ναι ή Όχι- Αριθμός Νοσημάτων.

B.4) Για την καταγραφή, μέτρηση και εξαγωγή της Νοσηρότητας χρησιμοποιήθηκαν τα 17 συστήματα (όχι αναλυτική ταξινόμηση Νοσημάτων) της Διεθνούς ταξινόμησης συστημάτων και νόσων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας WONCA-(I.C.P.C.) και συγκεκριμένα η Ελληνική έκδοση (69). **(Παράρτημα)** Τα νοσήματα του κάθε ατόμου αναγνωρίστηκαν και κωδικοποιήθηκαν με τη χρήση του συστήματος (I.C.P.C). Κάθε νόσημα που καταγράφηκε περιλήφθηκε στο αντίστοιχο σύστημα του οργανισμού **(Πίνακας 1)**.

Πίνακας (1) Κωδικοί I.C.P.C. για επιλεγμένες νόσους και συστήματα του οργανισμού.

A. Γενικά	
B.Αίμα, Λεμφικό	
C.Πεπτικό	
F.Οφθαλμός	
H.Ούς	
K.Κυκλοφορικό	
Υψηλή Αρτηριακή Πίεση	K85, K86, K87
Στεφανιαία Καρδιακή Νόσος	K76
L. Μυοσκελετικό	
Οστεοαρθρίτις	L83, L84, L89, L90, L91
Οστεοπόρωση	L95
N. Νευρολογικά	
P. Ψυχολογικά	
Κατάθλιψη	P03, P76, P78
Αγχώδης διαταραχές	P01, P74, P75, P79, P82
R. Αναπνευστικό	
Άσθμα	R96
ΧΑΠ	R79, R95
T. Ενδοκρινικό Μεταβολικό Διατροφικό	
Διαταραχές λιπιδίων	T93
Διαβήτης	T89, T90
U.Ουροποιητικό	
X.Γεννητικό Θήλεος	
Y.Γεννητικό Άρρενος	

B.5) Επιπρόσθετα στη Φόρμα του Η/Υ Access προσαρμόστηκε, βάσει της βιβλιογραφίας, λίστα με τα 10 πιο συχνά εμφανιζόμενα νοσήματα στον γενικό πληθυσμό των Η.Π.Α. στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (71) για να συγκριθούν με τα 10 αντίστοιχα χρόνια νοσήματα στα τέσσερα Κ.Υ. στην Θεσσαλία, τα οποία ταυτοποιήθηκαν στο (I.C.P.C.) με τη μορφή κωδικών και καταγράφονταν ξεχωριστά **(Πίνακας 1)**.

B.6) Προηγήθηκε ξεχωριστή έρευνα με τη μέθοδο ερωτηματολογίων (151), κατά τη διάρκεια της οποίας οι Διευθυντές και των 17 Κ.Υ. Θεσσαλίας κλήθηκαν να απαντήσουν σε ποικίλες ερωτήσεις. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι κάτωθι συγκεκριμένες ερωτήσεις, καθώς θεωρούνται μεγίστης σημασίας για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.**(Παράρτημα)**

Ερωτήθηκαν λοιπόν:

- α) Αν είναι γνωστά στη μονάδα τους τα 10 συχνότερα χρόνια νοσήματα στην περιοχή της ευθύνης τους.
- β) Αν πραγματοποιήθηκαν κατά το παρόν έτος στη μονάδα τους επισκέψεις ειδικών ιατρών (επιμελητών Ε.Σ.Υ.) που είχαν προσληφθεί στο Νοσοκομείο, για να επισκέπτονται τα Κ.Υ. και, αν ναι, ποιες οι ειδικότητές τους και ποια η συχνότητα των επισκέψεων τους.
- γ) Αν θεωρούν ότι ο βαθμός στελέχωσης σε ιατρικό προσωπικό για την κάλυψη των τοπικών αναγκών για την πρωινή λειτουργία είναι επαρκής, και ποιες οι παρατηρήσεις τους.
- δ) Αν υφίσταται και λειτουργεί στα Κ.Υ. ηλεκτρονικό αρχείο-φάκελος ασθενών.
- ε) Αν και σε ποιο βαθμό θεωρούν ότι η τεχνολογία των Η/Υ βοηθά ή θα μπορούσε να βοηθήσει την μονάδα τους.

B.7) Στατιστική ανάλυση:

Τα δημογραφικά δεδομένα παρουσιάζονται ως διάμεσες τιμές (τεταρτημόρια), ενώ μεταβλητές των κατηγοριών παρουσιάζονται ως ποσοστά. Η κανονικότητα των δεδομένων υπολογίστηκε με τη χρήση του test κανονικότητας D' Agostino – Person. Σύγκριση μεταξύ των μέσων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Mann – Whitney U test για δεδομένα χωρίς κανονική κατανομή. Ο επιπολασμός κάθε νόσου υπολογίστηκε με τη χρήση του συνόλου του πληθυσμού που καλύπτονταν από τα 4 Κ.Υ. Πρόκειται για 126.843 όπως προκύπτει από τις τοπικές αρχές.

Ο αναφερόμενος επιπολασμός για κάθε νόσο παρουσιάζεται ανά 10.000 κατοίκους **(Πίνακας 11)**.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του Graph Pad Prism v 5.0.

Η μελέτη είχε την έγκριση της επιτροπής ηθικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

(III) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το Ιατρικό προσωπικό των 4 Κ.Υ της ερευνάς μας παρουσιάζεται με αναλυτικά στοιχεία ξεχωριστά για το καθένα Κ.Υ. σε καθημερινή βάση ανά ειδικότητα (εκτός αργιών) για την διεκπεραίωση των επισκέψεων ασθενών στους πίνακες 2-3-4-5.

Πίνακας (2) Ιατρικές ειδικότητες Κ.Υ. Βελεστίνου σε καθημερινή βάση

Ειδικότητα	A/A	Απασχόληση	Έργο
Γενικής Ιατρικής	5	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Γενικής Ιατρικής	4	Εφημερίες	Εξέταση (θέση σε Περ.Ιατρείο)
Παιδιατρικής	2	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Οδοντίατροι	2	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Αγροτικοί Ιατροί	1	Εφημερίες	Εξέταση (θέση σε Περ.Ιατρείο)

Από τον πίνακα 2 προκύπτει ότι στο Κ.Υ. Βελεστίνου απασχολούνται 9 ιατροί γενικής ιατρικής, εκ των οποίων, οι 5 εργάζονται με πλήρη απασχόληση σε αυτό, ενώ οι υπόλοιποι 4 έχουν θέσεις στα Π.Ι. που ανήκουν στο Κ.Υ., ενώ απασχολούνται στο Κ.Υ. υπό τη μορφή εφημεριών. Επίσης στο δυναμικό του Κ.Υ. προστίθενται 2 παιδίατροι, 2 οδοντίατροι με πλήρη απασχόληση και 1 αγροτικός ιατρός στην εφημερία.

Πίνακας (3) Ιατρικές ειδικότητες Κ.Υ. Αγιάς σε καθημερινή βάση

Ειδικότητα	A/A	Απασχόληση	Έργο
Γενικής Ιατρικής	5	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Παιδιατρικής	1	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Οδοντίατροι	2	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Αγροτικοί Ιατροί	1	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συντ/γραφία (θέση στο Κ.Υ)
Αγροτικοί Ιατροί	1	Εφημερίες	Εξέταση (θέση σε Περ. Ιατρείο)

Από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι στο Κ.Υ. Αγιάς απασχολούνται 5 ιατροί γενικής ιατρικής με πλήρη απασχόληση, 1 παιδίατρος, 2 οδοντίατροι, 1 αγροτικός ιατρός, με πλήρη απασχόληση, και 1 αγροτικός στην εφημερία.

Πίνακας (4) Ιατρικές ειδικότητες Κ.Υ. Φαρκαδόνας σε καθημερινή βάση

Ειδικότητα	A/A	Απασχόληση	Έργο
Παθολόγοι	3	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Παιδιατρικής	2	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Οδοντίατροι	2	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Αγροτικοί Ιατροί	2	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συντ/γραφία (θέση στο Κ.Υ.)
Αγροτικοί Ιατροί	1	Εφημερίες	Εξέταση (θέση σε Περ. Ιατρείο)

Από τον πίνακα 4 προκύπτει ότι στο Κ.Υ. Φαρκαδόνας απασχολούνται 3 παθολόγοι, 2 παιδίατροι, 2 οδοντίατροι, και 2 αγροτικοί με πλήρη απασχόληση, και 1 αγροτικός ιατρός στην εφημερία.

Πίνακας (5) Ιατρικές ειδικότητες Κ.Υ. Μουζακίου σε καθημερινή βάση

Ειδικότητα	A/A	Απασχόληση	Έργο
Παθολόγοι	4	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Γενικής Ιατρικής	2	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Γενικής Ιατρικής	2	Εφημερίες	Εξέταση (θέση σε Περ. Ιατρείο)
Παιδιατρικής	1	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Οδοντίατροι	2	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συνταγογραφία
Αγροτικοί Ιατροί	2	Πλήρης + Εφημερίες	Εξέταση Συντ/γραφία (θέση στο Κ.Υ.)
Αγροτικοί Ιατροί	1	Εφημερίες	Εξέταση (θέση σε Περ. Ιατρείο)

Από τον πίνακα 5 προκύπτει ότι στο Κ.Υ. Μουζακίου απασχολούνται 4 παθολόγοι και 2 γενικοί ιατροί με πλήρη απασχόληση, 2 γενικοί ιατροί που έχουν θέση σε Π.Ι. που ανήκουν στο Κ.Υ. ενώ απασχολούνται στα Κ.Υ. υπό την μορφή εφημεριών. Επίσης στο δυναμικό του ΚΥ προστίθενται 1 παιδίατρος, 2 οδοντίατροι, και 2 αγροτικοί με πλήρη απασχόληση, και 1 αγροτικός ιατρός στην εφημερία.

Πίνακας (6) Αριθμός και ποσοστό εξετασθέντων ανά Κέντρο Υγείας και ανά εποχή

	Φθινόπωρο	Χειμώνας	Άνοιξη	Καλοκαίρι	Σύνολο
Βελεστίνο	1518 (25.03%)	1347 (22.21%)	1649 (27.19%)	1551 (25.57%)	6065
Αγιά	2129 (27.93%)	1644 (21.57%)	2034 (26.69%)	1815 (23.81%)	7622
Φαρκαδόνα	1654 (30.46%)	1354 (24.94%)	1281 (23.60%)	1140 (21.00%)	5429
Μουζάκι	1930 (23.54%)	2120 (25.86%)	1959 (23.89%)	2190 (26.71%)	8199
Σύνολο	7231 (26.47%)	6465 (23.67%)	6923 (25.35%)	6696 (24.51%)	27315

Στο γενικό σύνολο 27.315 επισκέψεων στα τέσσερα (4) Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) της Θεσσαλίας για τον ένα (1) χρόνο που διήρκεσε η έρευνα, το

μεγαλύτερο αριθμητικό ποσοστό επισκέψεων απασχόλησε το Κ.Υ. Μουζακίου (8.199) ποσοστό (30,01%), και ακολουθούν το Κ.Υ. Αγιάς με (7.622) ασθενείς (27,90%), το Κ.Υ. Βελεσίνου με (6.065) ασθενείς (22,20%) και το Κ.Υ. Φαρκαδόνας με (5.429) περιστατικά (19,89%) **πίνακας 6**.

Από αυτά τα περιστατικά τα 23.854 καταχωρήθηκαν σε φόρμα Η/Υ, ενώ τα υπόλοιπα 3.555 δεν αντιστοιχούσαν σε καμία κατηγορία της κωδικοποίησης του (I.C.P.C) των 17 συστημάτων, και αποτελούσαν περιπτώσεις αλλαγής θλαστικών, αφαίρεσης ραμμάτων, ενεσιοθεραπείας, πιστοποιητικών υγείας και ιατρικών βεβαιώσεων.

Αναλυτικότερα σε κάθε μια εποχή του έτους οι επισκέψεις στο Κ.Υ. Μουζακίου διαμορφώθηκαν ως εξής: Από τις 8.199, οι περισσότερες έλαβαν χώρα το καλοκαίρι, αφού σημειώθηκαν 2.190 περιστατικά (ποσοστό 26,71%) τον χειμώνα κυμάνθηκαν στα 2.120 (ποσοστό 25,86%) την άνοιξη στα 1.959 (23,89%) ενώ το φθινόπωρο ανήλθαν στα 1.930 περιστατικά(23,54%).

Στο Κ.Υ. Αγιάς, από τις 7.622 συνολικά επισκέψεις το φθινόπωρο σημειώθηκαν 2.129 περιστατικά (ποσοστό 27,93%), την άνοιξη 2.034 (26,69%), το καλοκαίρι 1.815 (23,81%) και το χειμώνα καταγράφηκαν 1.644 περιστατικά (21,57%).

Στο Κ.Υ Βελεσίνου από τις 6.065 επισκέψεις εν συνόλω, την άνοιξη καταγράφηκαν οι 1.649 (ποσοστό 27,19%), το καλοκαίρι 1.551 (25,57%), το φθινόπωρο 1.518 (25,03%) και το χειμώνα 1.347 περιστατικά (22,21%).

Τέλος στο Κ.Υ. Φαρκαδόνας, από τις 5.429 επισκέψεις συνολικά, το φθινόπωρο σημειώθηκαν οι 1.654 (ποσοστό 30,46%), το χειμώνα 1.354 (24,94%), την άνοιξη 1.281 (23,60%) και τέλος το καλοκαίρι 1.140 περιστατικά και ποσοστό (21,00%).

Πίνακας (7) Δημογραφικά δεδομένα των προσελθόντων

	Βελεστίνο	Αγιά	Φαρκαδόνα	Μουζάκι	Σύνολο	Ποσοστό %
Άνδρες (N)	2360	2971	2159	3145	10635	38,93 %
ΜΟ Ηλικίας Ανδρών (έτη)	58.89	62.53	63.04	63.69	62.04	
Γυναίκες (N)	2827	3678	2561	4153	13219	48,39 %
ΜΟ ηλικίας γυναικών (έτη)	58.92	62.75	63.24	64.79	62.43	
Αγόρια (N)	437	498	383	532	1850	6,78 %
ΜΟ ηλικίας αγοριών (έτη)	6.73	6.89	6.37	7.1	6.8	
Κορίτσια (N)	441	475	326	369	1611	5,90 %
ΜΟ ηλικίας κοριτσιών(έτη)	6.51	6.63	6.77	7.10	6.75	
Σύνολο (N)	6065	7622	5429	8199	27315	100 %

Τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων (των δύο φύλων και ηλικιακών ομάδων) που επισκέφθηκαν και τα 4 Κ.Υ. αποτυπώνονται στον **πίνακα 7**.

Οι Άνδρες ήταν 10.635 (ποσοστό 38,93%), οι γυναίκες 13.219 (48,39%), τα αγόρια 1.850 ποσοστό (6,78%) και τα κορίτσια 1.611 (5,90%). Συγκριτικά στο σύνολο οι γυναίκες είναι κατά 9,46% περισσότερες από τους άνδρες, ενώ τα αγόρια είναι, με διαφορά 0,88%, περισσότερα από τα κορίτσια.

Ο μέσος όρος ηλικίας των ανδρών είναι τα 62,04 έτη, ενώ των γυναικών τα 62,43 έτη. Ο μέσος όρος ηλικίας των αγοριών είναι τα 6,8 έτη και των κοριτσιών τα 6,75 έτη. Συγκριτικά ο μέσος όρος ηλικίας ανδρών και γυναικών είναι ίδιος με μικρή υπερέχουσα διαφορά των γυναικών κάτω από 0,5 έτη το ίδιο ισχύει για αγόρια και κορίτσια με το μέσο όρο να ανεβαίνει κατά 0,5 έτη για τα αγόρια.

Συγκριτικά μεταξύ των 4 Κ.Υ. ο μέσος όρος ηλικίας των ανδρών κυμαίνεται από τα 59 έως τα 63,5 έτη, των γυναικών από τα 59 έως τα 64,5 έτη των αγοριών από τα 6,4 έως τα 7 έτη και των κοριτσιών από τα 6,5 έως τα 7 έτη. Επομένως εύκολα συνάγεται το συμπέρασμα ότι και τα 4 Κ.Υ. δέχονται σχεδόν ίδιες ηλικιακές ομάδες.

Τα δημογραφικά δεδομένα ενηλίκων που πάσχουν από τα καταγραφέντα νοσήματα είναι 20.299 άτομα. Εξ αυτών 8.858 (43,6%) ήταν άντρες ενώ 11.441 (56,4%) ήταν γυναίκες. Οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα (<65χρόνων >65χρόνων) **πίνακας 8**.

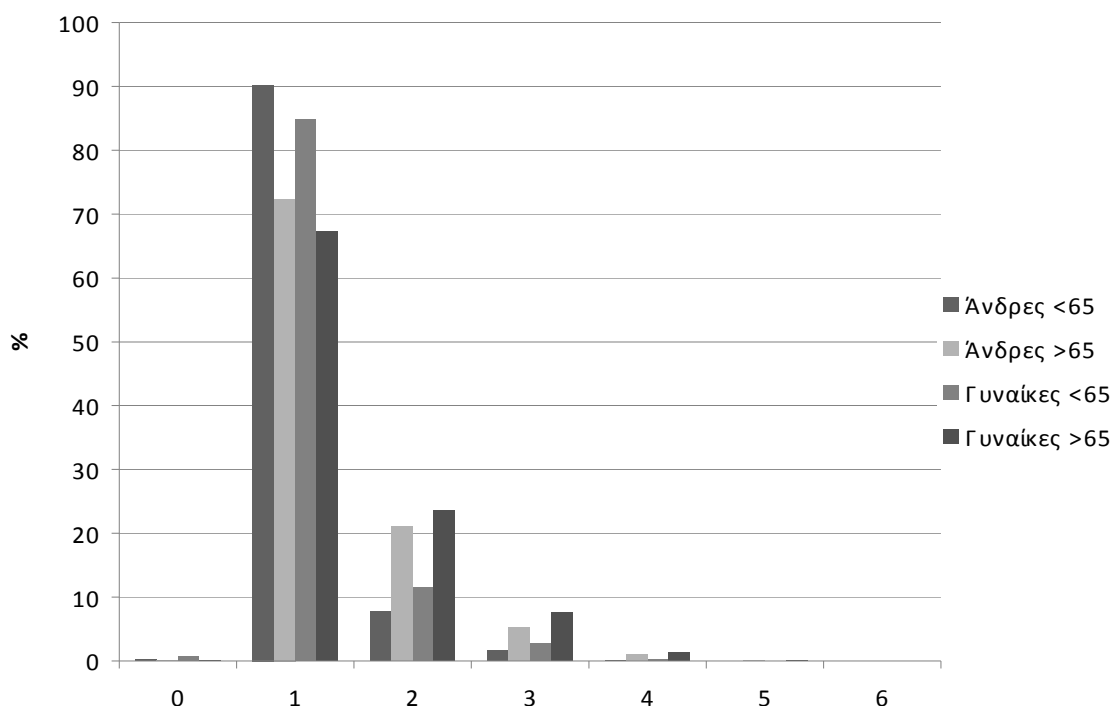
Πίνακας (8) Δημογραφικά δεδομένα ενηλίκων που πάσχουν από τα καταγραφέντα νοσήματα

	Άρρενες			Θήλεις			Σύνολο
	<65 έτη	≥65 έτη	Σύνολο	<65 έτη	≥65 έτη	Σύνολο	
N	3703	5155	8858	4720	6721	11441	20299
Ηλικία	48 (35-58)*	74 (70-79)^	68 (52-75)	51 (36-60)*	73 (69-78)^	68 (55-74)	68 (54-75)
Αριθμός Νόσων							
0	9 (0.24%)	5 (0.10%)	14 (0.16%)	32 (0.68%)	4 (0.06%)	36 (0.31%)	50
1	3341 (90.22%)	3732 (72.40%)	7073 (79.85%)	4001 (84.77%)	4522 (67.28%)	8523 (74.50%)	15596
2	288 (7.78%)	1087 (21.09%)	1375 (15.52%)	544 (11.52%)	1581 (23.53%)	2125 (18.57%)	3500
3	62 (1.67%)	273 (5.30%)	335 (3.78%)	128 (2.71%)	512 (7.62%)	640 (5.59%)	975
4	3 (0.09%)	54 (1.05%)	57 (0.64%)	14 (0.30%)	91 (1.35%)	105 (0.92%)	162
5	0 (0%)	4 (0.06%)	4 (0.05%)	1 (0.02%)	10 (0.15%)	11 (0.1%)	15
6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.01%)	1 (0.01%)	1

*,^ P<0.0001

Σύμφωνα με τον πίνακα 8 οι περισσότεροι συμμετέχοντες ασθενείς ήταν ηλικιωμένες γυναίκες. Στην πρώτη ηλικιακή ομάδα (<65 χρόνων) οι άντρες ήταν νεότεροι (48 έναντι 51ετών), ενώ στην δεύτερη ηλικιακή ομάδα (>65χρόνων) οι άντρες ήταν γηραιότεροι (74 έναντι 73ετών).

Σχήμα (1) Κατανομή του αριθμού των νοσημάτων σε σχέση με το φύλο και την ηλικιακή ομάδα



Ο πίνακας 8 και το σχήμα 1 καταδεικνύουν την κατανομή των συμμετεχόντων, σύμφωνα με τον αριθμό των νοσημάτων τους. Σε όλες τις ομάδες οι περισσότεροι υπέφεραν από 1 νόσο. Εντούτοις, σύμφωνα με το σχήμα 1 υπάρχουν πολλές αποκλίσεις. Για παράδειγμα, τα άτομα >65 ετών και ειδικά οι γυναίκες είχαν δύο ή περισσότερους νόσους σε σημαντικό ποσοστό. Επιπλέον, στις ομάδες των δύο ή περισσότερων ασθενειών τα ποσοστά των γυναικών είναι μεγαλύτερα από αυτά των ανδρών και στις δύο ηλικιακές ομάδες.

Ο χώρος που επιλέχθηκε να κατασκευαστούν και ο κύριος λόγος που λειτουργούν τα Κ.Υ. στην χώρα μας είναι κυρίως η κάλυψη των κατοίκων των ημιαστικών-αγροτικών και μειονεκτικών περιοχών που δεν έχουν άμεση πρόσβαση σε άλλες δομές υγείας. Όπως ήταν αναμενόμενο, ο κύριος φορέας ασφάλισης των 23.854 ασθενών που καταγράφηκαν στη φόρμα του

Η/Υ ως περιστατικά στα Κ.Υ., ήταν ο Ο.Γ.Α. με ποσοστό 72.08%. Ακολουθεί το Ι.Κ.Α. με 16.30%, το δημόσιο με 5,20% και το Τ.Ε.Β.Ε. με 2,47%. Μεταξύ των 20 κυριότερων ταμείων που χρησιμοποιήθηκαν, τα παραπάνω 4 ξεπερνούν το 96% **πίνακας 9**.

Πίνακας (9) Κατανομή ταμείων ανά Κ.Υ. του πληθυσμού

Ταμείο	Βελεστίνο	Αγιά	Φαρκαδόνα	Μουζάκι	Σύνολο	Π/στό %
ΟΓΑ	3109(18,15%)	5024(29,33%)	3682 (21,5%)	5309(31.0%)	17124	72,08%
ΙΚΑ	1122(28.95%)	1026 (26.48%)	752 (19.41%)	975 (25.16%)	3875	16,30%
Δημόσιο	331 (26.76%)	311 (25.14%)	107 (8.65%)	488 (39.45%)	1237	5,20%
ΤΕΒΕ	96 (16.35%)	197 (33.56%)	65 (11.08%)	229 (39.01%)	587	2,47%
ΤΑΠΟΤΕ	20 (20.62%)	42 (43.3%)	0	35 (36.08%)	97	0,41%
ΤΙΔΚΥ	29 (21.32%)	43 (31.62%)	6 (4.41%)	58 (42.65%)	136	0,57%
ΤΑΕ	9 (12%)	23 (30.67%)	6 (8%)	37 (49.33%)	75	0,31%
Στρατού	42 (63.64%)	3 (4.55%)	1 (1.51%)	20 (30.3%)	66	0,28%
Ιδιωτική	25 (48.09%)	8 (15.38%)	8 (15.38%)	11 (21.15%)	52	0,22%
Απορία	20 (28.57%)	8 (11.43%)	18 (25.71%)	24 (34.29%)	70	0,29%
Τραπεζών	2 (7.14%)	16 (57.14%)	2 (7.14%)	8 (28.58%)	28	0,12%
ΔΕΗ	13 (30.23%)	9 (20.93%)	1 (2.33%)	20 (46.51%)	43	0,18%
ΝΑΤ	11 (40.74%)	6 (22.22%)	3 (11.11%)	7 (25.93%)	27	0,11%
ΤΣΑΥ	3 (12.5%)	10 (41.67%)	2 (8.33%)	9 (37.5%)	24	0,10%
ΤΣΑ	5 (45.46%)	3 (27.27%)	1 (9.09%)	2 (18.18%)	11	0,05%
Δικηγόρων	2 (22.22%)	4 (44.45%)	2 (22.22%)	1 (11.11%)	9	0,04%
ΤΣΜΕΔΕ	2 (11.76%)	7 (41.18%)	5 (29.42%)	3 (17.64%)	17	0,07%
Εξωτερικού	1 (3.13%)	4 (12.5%)	16 (50%)	11 (34.37%)	32	0,14%
Άλλο	14 (70%)	2 (10%)	1 (5%)	3 (15%)	20	0,09%
Ανασφάλιστοι	56 (24.35%)	71 (30.87%)	49 (21.3%)	54 (23.48%)	230	0,97%
Σύνολο	4912(20.67%)	6817(28.69%)	4727 (19.89%)	7398(30,74%)	23854	100%

Πίνακας (10) Πληθυσμός Ευθύνης ανά Κέντρο Υγείας

Αγιά	14.527
Βελεστίνο	49.127
Φαρκαδόνα	22.318
Μουζάκι	40.871
Σύνολο	126.843

Ο πληθυσμός κάλυψης κατοίκων ευθύνης των 4 Κ.Υ. ανέρχεται στους 126.843 όπως παρουσιάζεται αναλυτικά για το καθένα Κ.Υ. **πίνακας 10**.

Πίνακας (11) Επιπολασμός των καταγραφέντων νοσημάτων στους ενήλικες ανά 10.000 άτομα.

Συστήματα ICPC	N	Υπολογισθείς επιπολασμός (ανά 10.000 κατοίκους)
A. Γενικά	1099	86.6
B. Αίμα, Λεμφικό	486	38.3
C. Πεπτικό	1688	133.1
F.Οφθαλμός	451	35.6
H.Ούς	207	16.3
K. Κυκλοφορικό	7026	553.9
Υψηλή Αρτηριακή Πίεση	3719	293.2
Στεφανιαία Καρδιακή Νόσος	2321	183.0
L. Μυοσκελετικό	3150	248.3
Οστεοαρθρίτις	684	53.9
Οστεοπόρωση	1047	82.5
N. Νευρολογικά	975	76.9
P. Ψυχολογικά	1968	155.2
Κατάθλιψη	580	45.7
Αγχώδης διαταραχές	376	29.6
R. Αναπνευστικό	3122	246.1
Άσθμα	103	8.1
ΧΑΠ	706	55.7
S.Δέρμα	927	73.1
T.Ενδοκρινικό Μεταβολικό Διατροφικό	4058	319.9
Διαταραχές λιπιδίων	2026	159.7
Διαβήτης	1472	116.0
U. Ουροποιητικό	545	43.0
X. Γεννητικό Θήλεος	246	19.4
Y. Γεννητικό Άρρενος	302	23.8

Στον **πίνακα 11** καταγράφεται ο επιπολασμός του κάθε συστήματος της νόσου εκφρασμένος ανά 10.000 άτομα. Συνολικά οι πιο συχνές νόσοι αφορούν κυκλοφορικές διαταραχές. Η αρτηριακή και η στεφανιαία καρδιακή νόσος έχουν σημαντικό επιπολασμό. Άλλες συχνές νόσοι είναι αυτές του ενδοκρινικού συστήματος (ειδικά διαταραχές λιπιδίων και διαβήτης), μυοσκελετικά νοσήματα και αναπνευστικές νόσοι. Το άσθμα και η οστεοαρθρίτιδα, δύο χρόνια νοσήματα στις δύο τελευταίες κατηγορίες νόσων που προαναφέρθηκαν, παρουσιάζουν εντυπωσιακά χαμηλό επιπολασμό.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ο επιπολασμός της ΧΑΠ είναι επίσης πολύ χαμηλός σε σχέση με άλλες νόσους.

Πίνακας (12) Κατανομή των καταγραφέντων νοσημάτων μεταξύ των νεότερων και των γηραιότερων ενηλίκων ανά φύλο.

	Άρρενες			Θήλειες			Σύνολο
	<65 years	≥65 years	Total	<65 years	≥65 years	Total	
A. Γενικά	460 (41.8%)	183 (16.7%)	643 (58.5%)	278 (25.3%)	178 (16.2%)	456 (41.5%)	1099
B.Αίμα Λεμφικό	31 (6.4%)	119 (24.5%)	150 (30.9%)	124 (25.5%)	212 (43.6%)	336 (69.1%)	486
C.Πεπτικό	341 (20.2%)	431 (25.5%)	772 (45.7%)	398 (23.6%)	518 (30.7%)	916 (54.3%)	1688
F.Οφθαλμός	89 (19.7%)	117 (25.9%)	206 (45.6%)	56 (12.4%)	189 (42.0%)	245 (54.4%)	451
H.Ούς	58 (28.0%)	31 (15.0%)	89 (43.0%)	78 (37.7%)	40 (19.3%)	118 (57.0%)	207
K. Κυκλοφορικό	715 (10.2%)	2445 (34.8%)	3160 (45.0%)	890 (12.7%)	2976 (42.3%)	3866 (55.0%)	7026
Υψηλή αρτηριακή υπέρταση	389 (10.5%)	1096 (29.5%)	1485 (40.0%)	589 (15.8%)	1645 (44.2%)	2234 (60.0%)	3719
Στεφανιαία καρδιακή νόσος	225 (9.7%)	959 (41.3%)	1184 (51.0%)	179 (7.7%)	958 (41.3%)	1137 (49.0%)	2321
L.Μυοσκελετικό	416 (13.2%)	457 (14.5%)	873 (27.7%)	795 (25.2%)	1482 (47.1%)	2277 (72.3%)	3150
Οστεοαρθρίτιδα	60 (8.8%)	121 (17.7%)	181 (26.5%)	145 (21.2%)	358 (52.3%)	503 (73.5%)	684
Οστεοπόρωση	11 (1.1%)	37 (3.5%)	48 (4.6%)	300 (28.7%)	699 (66.7%)	999 (95.4%)	1047
N.Νευρολογικά	122 (12.5%)	278 (28.5%)	400 (41.0%)	216 (22.2%)	359 (36.8%)	575 (59.0%)	975
P.Ψυχολογικά	321 (16.3%)	396 (20.1%)	717 (36.4%)	498 (25.3%)	753 (38.3%)	1251 (63.6%)	1968
Κατάθλιψη	42 (7.2%)	115 (19.8%)	157 (27.0%)	141 (24.3%)	282 (48.7%)	423 (73.0%)	580
Αγχώδης διαταραχές	77 (20.5%)	68 (18.1%)	145 (38.6%)	115 (30.6%)	116 (30.8%)	231 (61.4%)	376
R.Αναπνευστικό	717 (23.0%)	780 (25.0%)	1497 (48.0%)	937 (30.0%)	688 (22.0%)	1625 (52.0%)	3122
Άσθμα	15 (14.6%)	14 (13.6%)	29 (28.2%)	40 (38.8%)	34 (33.0%)	74 (71.8%)	103
Χ.Α.Π.	71 (10.1%)	326 (46.2%)	397 (56.3%)	79 (11.2%)	230 (32.5%)	309 (43.7%)	706
S.Δέρμα	286 (30.9%)	158 (17.0%)	444 (47.9%)	290 (31.3%)	193 (20.8%)	483 (52.1%)	927
T.Ενδοκρινικό Μεταβολικό και Διατροφικό	413 (10.2%)	1183 (29.2%)	1596 (39.4%)	712 (17.5%)	1750 (43.1%)	2462 (60.6%)	4058
Διαταραχές λιπιδίων	233 (11.5%)	572 (28.2%)	805 (39.7%)	358 (17.7%)	863 (42.6%)	1221 (60.3%)	2026
Διαβήτης	137 (9.3%)	474 (32.2%)	611 (41.5%)	208 (14.1%)	653 (44.4%)	861 (58.5%)	1472
U.Ουροποιητικό	96 (17.6%)	131 (24.0%)	227 (41.6%)	140 (25.7%)	178 (32.7%)	318 (58.4%)	545
X.Γεννητικό Θήλεως	-	-	-	122 (49.6%)	124 (50.4%)	246	246
Y. Γεννητικό Άρρενος	50 (16.6%)	252 (83.4%)	302	-	-	-	302

(Τα ποσοστά στις παρενθέσεις αντιπροσωπεύουν το ποσοστό σύμφωνα με το συνολικό αριθμό περιπτώσεων που καταγράφηκαν σε κάθε νόσο.)

Διαφορές μεταξύ φύλων:

Στη σύγκριση μεταξύ ανδρών και γυναικών εντοπίζονται πολλές διαφορές ως προς όλες τις νόσους όπως αυτές παρουσιάζονται στον **πίνακα 12**.

Εντούτοις, η πιο σημαντική διαφορά ως προς τα μυοσκελετικά νοσήματα αφορά στην οστεοπόρωση, καθώς οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 95,4% των περιπτώσεων αλλά και η οστεοαρθρίτιδα με ποσοστό 73,5%. Μια άλλη σημαντική διαφορά αφορά στα ψυχολογικά νοσήματα και ειδικά στην κατάθλιψη που πιο συχνά εντοπίζονται στις γυναίκες με ποσοστό 73,6% και το άγχος με 61,4%. Αναφορικά προς τις νόσους του κυκλοφορικού, οι γυναίκες τις παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό εν σχέσει με τους άντρες,

εκτός της στεφανιαίας καρδιακής νόσου, η οποία είναι ελαφρώς συχνότερη στους άνδρες. Στα ενδοκρινικά – μεταβολικά, και πάλι οι γυναίκες είναι αυτές με τις περισσότερες νόσους, με ποσοστό 60,6% στις διαταραχές λιπιδίων και με ποσοστό 60,3% στον διαβήτη. Στα αναπνευστικά νοσήματα παρουσιάζονται περίπου ίδια ποσοστά, με τις γυναίκες να έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό άσθμα, ενώ οι άνδρες να πάσχουν από Χ.Α.Π. Γενικά, σε όλα τα συστήματα, οι γυναίκες έχουν το μεγαλύτερο φορτίο νοσημάτων με τους άνδρες να υπερτερούν μόνο στα γενικά και μη καθορισμένα.

Διαφορές μεταξύ ηλικιακών ομάδων:

Γενικά σχεδόν όλες οι νόσοι είναι πιο συχνές στους γηραιότερους πληθυσμούς τόσο ανδρικούς όσο και γυναικείους, με μερικές εξαιρέσεις. Για παράδειγμα, γενικά νοσήματα και νόσοι του δέρματος παρουσιάζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά σε νεότερους ασθενείς. Μια άλλη σημαντική διαφορά είναι η μεγαλύτερη συχνότητα των αγχωδών διαταραχών και των διαταραχών των ώτων σε νεότερους ασθενείς σε σχέση με τους γηραιότερους. Ειδικότερα στους νεότερους το ποσοστό σχεδόν όλων των νόσων είναι υψηλότερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Είναι σημαντικό ότι παρουσιάζεται διαφορά υπέρ των γυναικών σε αυτά τα ποσοστά όσον αφορά στις νόσους του αίματος και του λεμφικού συστήματος, την αρτηριακή υπέρταση, την οστεοπόρωση, την κατάθλιψη, τις λιπιδιακές διαταραχές και τον διαβήτη. Στους γηραιότερους παρατηρείται ένα παρόμοιο μοτίβο για τις περισσότερες νόσους, καθώς αυτές είναι συχνότερες στις γυναίκες. Οι άνδρες πάσχουν συχνότερα από αναπνευστικά νοσήματα και αυτό οφείλεται στη διαφορά του επιπολασμού της Χ.Α.Π., ενώ τα ποσοστά ανδρών

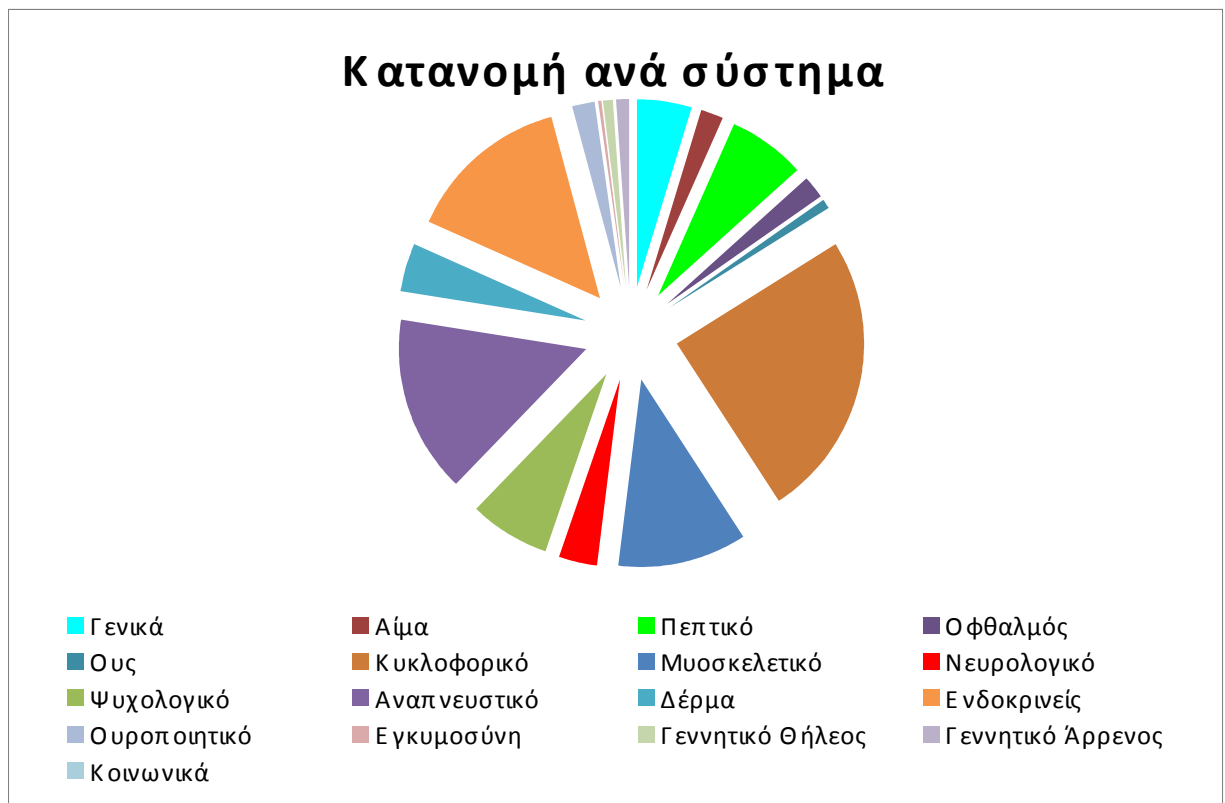
και γυναικών >65 ετών για τη στεφανιαία νόσο είναι ίσα. Σημαντική επίσης είναι η διαφορά >65 που εμφανίζεται στο γεννητικό του άρρενος πίνακας 12.

Πίνακας (13) Αριθμός και ποσοστό νοσημάτων ανά συστήματα ανά εποχή στα 17 Συστήματα του I.C.P.C. στον πληθυσμό.

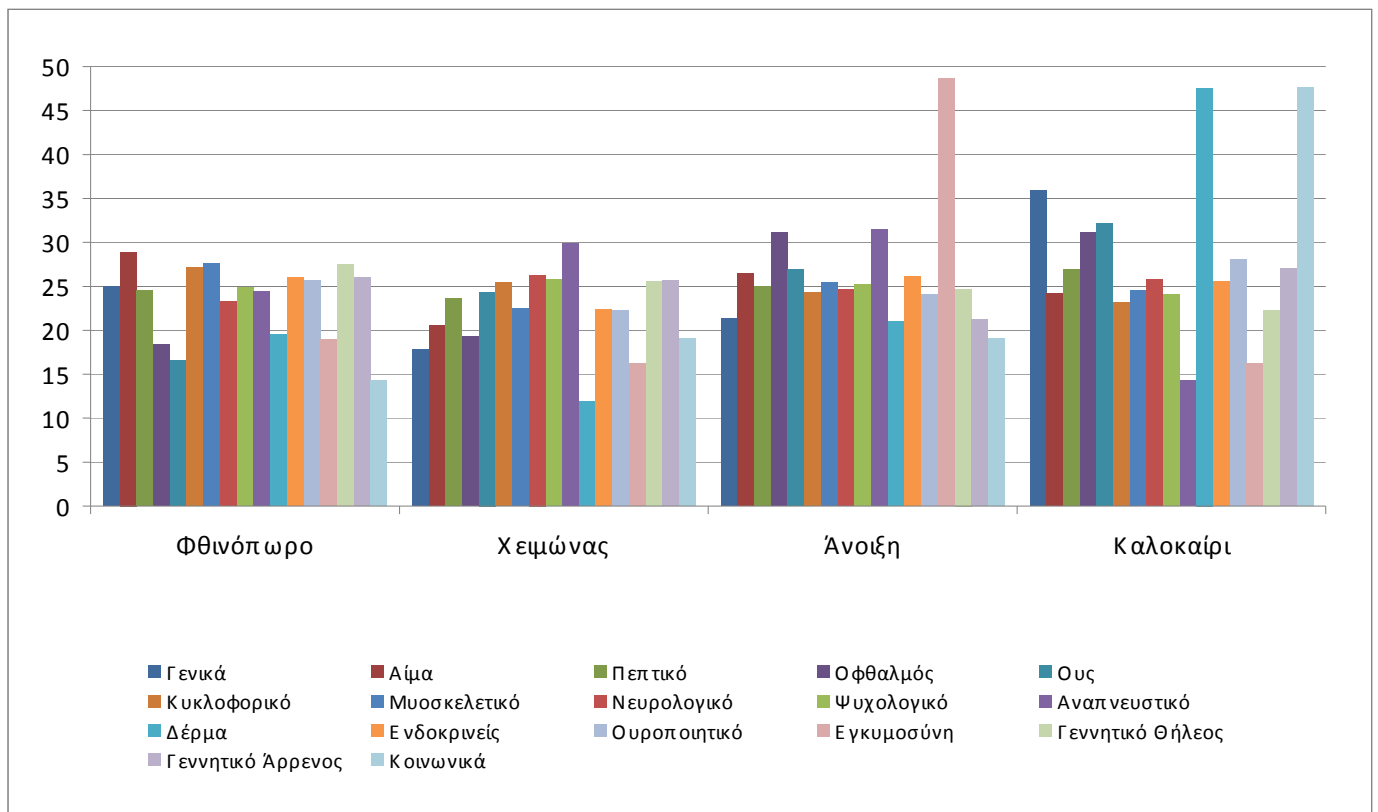
	Φθινόπωρο	Χειμώνας	Ανοιξη	Καλοκαίρι	Σύνολο	Ποσοστό %
Γενικά	346 (24.98%)	247 (17.83%)	295 (21.31%)	497 (35.88%)	1385	4.90%
Αίμα	152 (28.90%)	108 (20.53%)	139 (26.43%)	127 (24.14%)	526	1.83%
Πεπτικό	478 (24.54%)	460 (23.61%)	486 (24.95%)	524 (26.90%)	1948	6.78%
Οφθαλμός	90 (18.44%)	94 (19.26%)	152 (31.15%)	152 (31.15%)	488	1.70%
Ους	51 (16.56%)	75 (24.35%)	83 (26.95%)	99 (32.14%)	308	1.07%
Κυκλοφορικό	1907 (27.13%)	1789 (25.45%)	1708 (24.30%)	1626 (23.12%)	7030	24.49%
Μυοσκελετικό	879 (27.55%)	717 (22.48%)	811 (25.42%)	783 (24.55%)	3190	11.11%
Νευρολογικό	231 (23.26%)	261 (26.28%)	245 (24.67%)	256 (25.79%)	993	3.45%
Ψυχολογικό	490 (24.89%)	508 (25.80%)	496 (25.19%)	475 (24.12%)	1969	6.86%
Αναπνευστικό	1073 (24.39%)	1314 (29.87%)	1385 (31.48%)	627 (14.26%)	4399	15.32%
Δέρμα	233 (19.48%)	143 (11.96%)	251 (20.99%)	569 (47.57%)	1196	4.16%
Ενδοκρινείς	1058 (25.98%)	910 (22.35%)	1064 (26.13%)	1040 (25.54%)	4072	14.18%
Ουροποιητικό	149 (25.65%)	129 (22.20%)	140 (24.10%)	163 (28.05%)	581	2.02%
Εγκυμοσύνη	7 (18.92%)	6 (16.22%)	18 (48.64%)	6 (16.22%)	37	0.12%
Γεννητικό Άρρενος	81 (26.05%)	80 (25.72%)	66 (21.22%)	84 (27.01%)	311	1.08%
Γεννητικό Θήλεος	68 (27.52%)	63 (25.51%)	61 (24.70%)	55 (22.27%)	247	0.86%
Κοινωνικά	3 (14.29%)	4 (19.05%)	4 (19.05%)	10 (47.61%)	21	0.07%
Σύνολο	7296 (25.42%)	6908 (24.07%)	7404 (25.80%)	7093 (24.71%)	28701	100%

Η κατανομή των νοσημάτων ανά σύστημα και κατά εποχή των 17 συστημάτων του I.C.P.C. του παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται στα σχήματα που ακολουθούν (2–3).

Σχήμα (2)



Σχήμα (3) Κατανομή ανά εποχή



Το κύριο θέμα που πραγματεύεται η παρούσα έρευνα είναι η Νοσηρότητα στα συγκεκριμένα Κ.Υ., δηλαδή τα νοσήματα που απασχολούν αυτά και αντιστοιχούν σε Ιατρικές ειδικότητες βάσει των 17 συστημάτων του I.C.P.C. σε σχέση με τις ιατρικές ειδικότητες με τις οποίες αυτά είναι στελεχωμένα, δηλαδή ανάγκη επισκέψεων προς ιατρικές ειδικότητες, **πίνακας 13** και **σχήματα 2-3**.

Η ερευνά μας, σε σύνολο 28.701 περιπτώσεων Νοσημάτων ανά εποχή, αποτύπωσε την ανάγκη σε Ιατρικές ειδικότητες ως εξής, (συμπεριλαμβάνεται και η συνταγογραφία):

Πρώτο σύστημα, από τα 17 συνολικά, που απασχολεί περισσότερο τα 4 Κ.Υ. είναι το Κυκλοφορικό με 7.030 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 24,49% ανά εποχή, χαμηλότερο το καλοκαίρι (23.12%), με μικρή διαφορά του ποσοστού την άνοιξη (24,30%) και τον χειμώνα (25,45%) και μεγαλύτερο το φθινόπωρο με (27,13%).

Δεύτερο έρχεται το αναπνευστικό με 4.399 περιπτώσεις νοσημάτων ποσοστό 15,32%. Ανά εποχή όπως αναμενόταν, χαμηλότερο εμφανίζεται το καλοκαίρι με ποσοστό 14,26%, αρκετά υψηλό το φθινόπωρο με ποσοστό 24,39%, αυξημένο το χειμώνα με (29,87%) και μεγαλύτερο την άνοιξη με ποσοστό 31,48%.

Τρίτο κατατάσσεται το ενδοκρινικό σύστημα, που περιλαμβάνει τον μεταβολισμό και την θρέψη, με 4.072 περιπτώσεις νοσημάτων (ποσοστό 14,18%), με μικρότερο το ποσοστό τον χειμώνα (22,35%) και παρόμοια ποσοστά τις άλλες τρεις εποχές (25,54% καλοκαίρι 25,98% φθινόπωρο και 26,13% άνοιξη).

Τέταρτο έρχεται το μυοσκελετικό σύστημα με 3.190 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 11,11%. Το μικρότερο ανήκει στον χειμώνα (22,48%), παρόμοια ποσοστά το καλοκαίρι (24,55%) και την άνοιξη (25,42%) και μεγαλύτερο το φθινόπωρο (27,55%).

Πέμπτο έρχεται το ψυχολογικό με 1.969 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 6,86% και παρόμοια ποσοστά ανά εποχή: το καλοκαίρι 24,12%, το φθινόπωρο 24,89%, την άνοιξη 25,19% και το χειμώνα 25,80%.

Έκτο εμφανίζεται το πεπτικό με 1.948 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 6,78%, με μικρότερο το χειμώνα (23,61%), παρόμοια ποσοστά το φθινόπωρο (24,54%) και την άνοιξη (24,95%) και αναμενόμενα μεγαλύτερο το καλοκαίρι (26,90%).

Έβδομα έρχονται τα γενικά και μη καθορισμένα νοσήματα, με 1.385 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 4,90%, με μικρότερο ποσοστό το χειμώνα (17,83%), ακολουθούν η άνοιξη (21,31%), το φθινόπωρο (24,98%) και αναμενόμενα μεγαλύτερο με διαφορά το καλοκαίρι με (35,88%).

Όγδοο κατατάσσεται το δέρμα με 1.196 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 4,16%, με μικρότερο το χειμώνα (11,96%) ακολουθό το φθινόπωρο (19,48%) παρόμοιο την άνοιξη (20,99%) και αναμενόμενα πολύ μεγαλύτερο το καλοκαίρι (47,57%).

Ένατο εμφανίζεται το νευρολογικό με 993 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 3,45%, με μικρότερο ποσοστό το φθινόπωρο (23,26%), παρόμοιο ποσοστό για την άνοιξη (24,67%) και το καλοκαίρι (25,79%) και ελαφρώς μεγαλύτερο το χειμώνα με (26,28%).

Δέκατο έρχεται το ουροποιητικό με 581 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 2,02%, με μικρότερο ποσοστό το χειμώνα (22,20%), παρόμοιο

ποσοστό για την άνοιξη (24,10) και το φθινόπωρο (25,65%) και μεγαλύτερο το καλοκαίρι (με 28,05%).

Ενδέκατο το αίμα (περιλαμβάνει αιμοποιητικά όργανα, λεμφικό σύστημα και σπλήνα), με 526 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 1,83%, με μικρότερο το χειμώνα (20,53%), ακόλουθο το καλοκαίρι (με 24,14%) και την άνοιξη (με 26,46%) και μεγαλύτερο το φθινόπωρο (με 28,90%).

Δωδέκατο κατατάσσεται ο οφθαλμός με 488 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 1,70%, με μικρότερο ποσοστό του φθινοπώρου (18,44%), παρόμοιο ποσοστό του χειμώνα (19,26%) αναμενόμενα αυξημένο, που τυγχάνει να είναι ακριβώς ίδιο της άνοιξη και του καλοκαιριού (31,15%).

Δέκατο τρίτο έρχεται το Γεννητικό Άρρενος με 311 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 1,08%, με μικρότερο την άνοιξη (21,22%) και παρόμοια ποσοστά τις άλλες τρεις εποχές (χειμώνας 25,72% φθινόπωρο 26,05% και καλοκαίρι 27,01%).

Δέκατο τέταρτο το Ους με 308 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 1,07%, με μικρότερο ποσοστό το φθινόπωρο (16,56%), ακολουθεί ο χειμώνας (με 24,35%), η άνοιξη (με 26,95%) και αναμενόμενα μεγαλύτερο το καλοκαίρι (32,14%).

Δέκατο πέμπτο εμφανίζεται το Γεννητικό θήλεος (περιλαμβάνεται και ο μαστός), με 247 περιπτώσεις νοσημάτων και γενικά μικρό ποσοστό 0,86%, με μικρότερο ποσοστό το καλοκαίρι (22,27%), με παρόμοιο ποσοστο την άνοιξη (24,70%), με ακόλουθο τον χειμώνα (25,51%) και ελαφρά μεγαλύτερο το φθινόπωρο με (27,52%).

Δέκατο έκτο εμφανίζεται η Εγκυμοσύνη με 37 περιπτώσεις νοσημάτων, γενικά πολύ μικρό ποσοστό 0,12% με ίδια μικρά ποσοστά χειμώνα και

καλοκαίρι (16,22%), λίγο μεγαλύτερο το φθινόπωρο (18,92%) και με μεγάλη διαφορά την άνοιξη (48,64%). (Τυχαία με συνοσηρότητα για άλλες αιτίες προσέλευσης ή συνταγογραφία).

Δέκατο έβδομο και τελευταίο σε σειρά κατάταξης τα κοινωνικά προβλήματα με σημαντικά μικρό ποσοστό 0,07% και 21 περιπτώσεις νοσημάτων που δεν έχει νόημα να κατατάξουμε εποχιακά.

Συμπερασματικά, τα σημαντικότερα από την πιο πάνω κατανομή περιπτώσεων νοσημάτων είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού, αναπνευστικού, ενδοκρινικού, μυοσκελετικού και ψυχολογικού συστήματος.

Ως προς την εποχιακή συνολική ανάλυση των 17 συστημάτων, αυτά που αξιολογούνται σημαντικά ως εποχιακή κατανομή είναι τα γενικά και μη καθορισμένα, (με μεγαλύτερη αύξηση καλοκαίρι και φθινόπωρο), το σύστημα του αίματος, (με αύξηση άνοιξη και φθινόπωρο), ο οφθαλμός (με αυξημένα ποσοστά άνοιξη και καλοκαίρι), το ους (με αύξηση το καλοκαίρι), το αναπνευστικό (με αύξηση τον χειμώνα και την άνοιξη), το δέρμα (με αύξηση το καλοκαίρι), πεπτικό (με αύξηση το καλοκαίρι) και το μυοσκελετικό (με σημαντική μείωση τον χειμώνα).

Με το ίδιο επιστημονικό ενδιαφέρον η έρευνά μας διερευνά τα 10 συχνότερα νοσήματα που και αυτά αποτελούν Νοσηρότητα και αποδεδειγμένα απασχολούν τους ιατρούς της Π.Φ.Υ. που αφιερώνουν σχεδόν τον μισό χρόνο της καθημερινής εργασίας τους σε αυτά (71).

Από το γενικό σύνολο των 28.701 περιπτώσεων νοσημάτων της έρευνάς μας, τα 13.139(ποσοστό 45,77%συμπεριλαμβανομένης της συνταγογραφίας) αντιστοιχούν στα 10 πιο συχνά χρόνια νοσήματα της Π.Φ.Υ. επιβεβαιώνοντας

την παραπάνω έρευνα της βιβλιογραφία και κατατάσσονται μεταξύ τους και ανά εποχή ως εξής πίνακας 14 σχήματα 4-5.

Πίνακας (14) Αριθμός και ποσοστό 10 χρόνιων νοσημάτων ανά εποχή στον πληθυσμό.

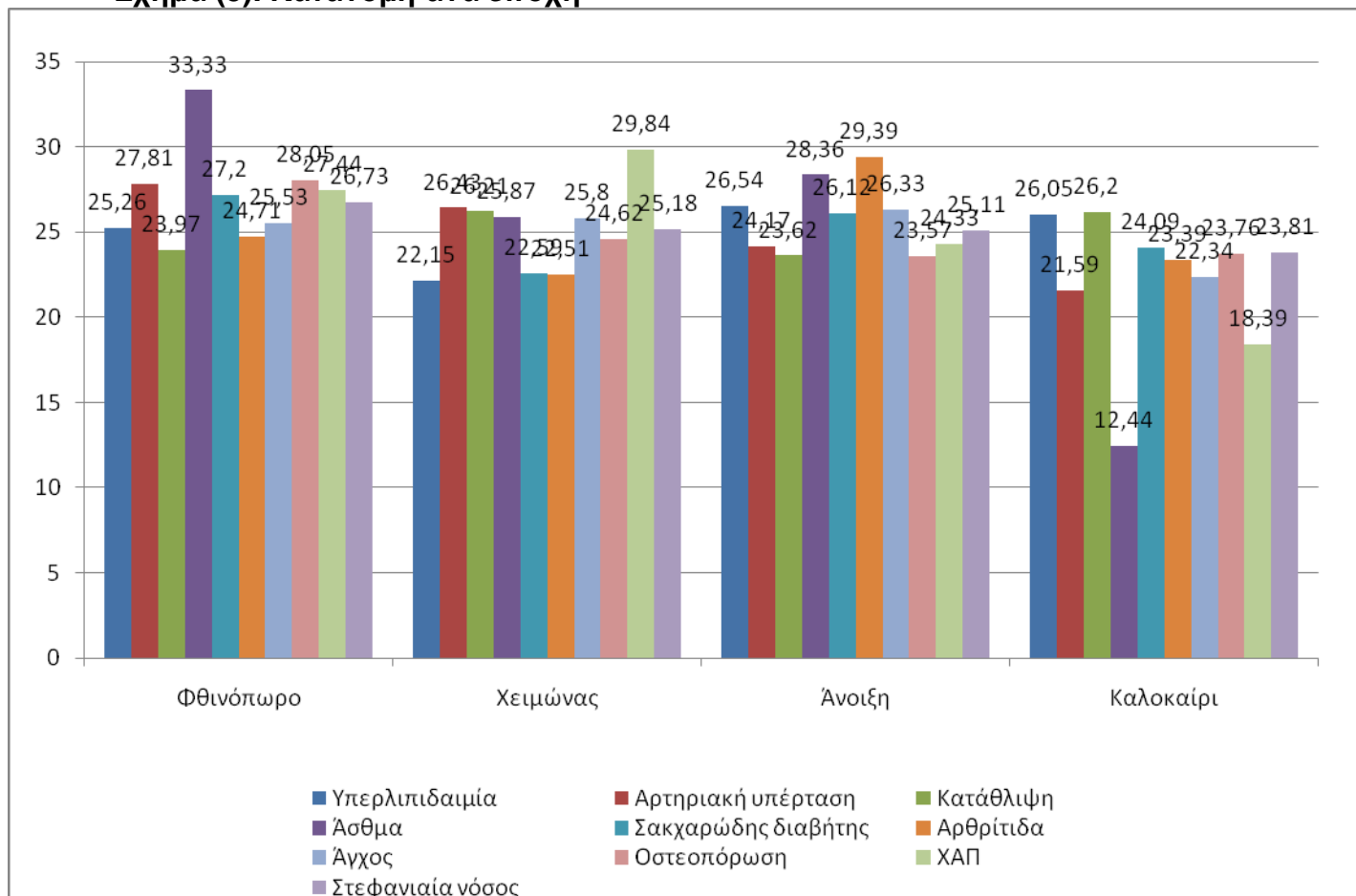
	Φθινόπωρο	Χειμώνας	Άνοιξη	Καλοκαίρι	Σύνολο	Ποσ. %
Υπερλιπιδαιμία	512 (25.26%)	449 (22.15%)	538 (26.54%)	528 (26.05%)	2027	15,41%
Αρτηριακή υπέρταση	1034 (27.81%)	983 (26.43%)	899 (24.17%)	803 (21.59%)	3719	28,30%
Κατάθλιψη	139 (23.97%)	152 (26.21%)	137 (23.62%)	152 (26.20%)	580	4,41%
Άσθμα	67 (33.33%)	52 (25.87%)	57 (28.36%)	25 (12.44%)	201	1,59%
Σακχαρώδης διαβήτης	401 (27.20%)	333 (22.59%)	385 (26.12%)	355 (24.09%)	1474	11,21%
Αρθρίτιδα	169 (24.71%)	154 (22.51%)	201 (29.39%)	160 (23.39%)	684	5,20%
Άγχος	96 (25.53%)	97 (25.80%)	99 (26.33%)	84 (22.34%)	376	2,86%
Οστεοπόρωση	294 (28.05%)	258 (24.62%)	247 (23.57%)	249 (23.76%)	1048	7,97%
(ΧΑΠ)	194 (27.44%)	211 (29.84%)	172 (24.33%)	130 (18.39%)	707	5,38%
Στεφανιαία νόσος	621 (26.73%)	585 (25.18%)	564 (24.28%)	553 (23.81%)	2323	17,67%
Σύνολο	3527 (26.84%)	3274 (24.92%)	3299 (25.11%)	3039 (23.13%)	13139	100%

Σχηματικά η κατανομή των 10 χρόνιων νοσημάτων του παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται στα σχήματα που ακολουθούν (4 – 5).

Σχήμα (4)



Σχήμα (5). Κατανομή ανά εποχή



Πρώτο από τα 10 συνολικά χρόνια νοσήματα που απασχολεί περισσότερο τα 4 Κ.Υ. είναι η Αρτηριακή Υπέρταση (Α.Υ) με 3.719 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 28,30%, με μικρότερο ποσοστό το καλοκαίρι (21,59%), παρόμοια ποσοστά την άνοιξη (24,17%) και το χειμώνα (26,43%) και μεγαλύτερο το φθινόπωρο (27,81%).

Δεύτερη έρχεται η Στεφανιαία Νόσος (Σ.Ν.) με 2.323 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 17,67%, η οποία έχει παρόμοια ποσοστά και στις 4 εποχές από (23,18% έως 26,73%).

Τρίτη είναι η Υπερλιπιδαιμία με 2.027 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 15,41%, με μικρότερο το χειμώνα (22,15%) και παρόμοια τις άλλες εποχές (από 25,26% έως 26,54%).

Τέταρτος έρχεται ο Σακχαρώδης Διαβήτης (Σ.Δ) με 1.474 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 11,21%, με μικρότερο το ποσοστό του χειμώνα (22,59%) και παρόμοια ποσοστά τις άλλες εποχές (από 24,09% έως 27,20%).

Πέμπτη εμφανίζεται η Οστεοπόρωση με 1.048 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 7,97%, με μικρότερα την άνοιξη και το καλοκαίρι (23,57% και 23,76% αντίστοιχα), με (24,62%) το χειμώνα και μεγαλύτερο το φθινόπωρο με (28,05%).

Έκτη η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.) με 707 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 5,38%, με μικρότερο το καλοκαίρι (18,39%), ακόλουθη την άνοιξη (με 24,33%) κατόπιν το φθινόπωρο (με 27,44%) και μεγαλύτερο τον χειμώνα (με 29,84%).

Έβδομη έρχεται η Αρθρίτιδα με 684 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 5,20%, με μικρότερο το καλοκαίρι (22,51%), ακόλουθο το χειμώνα (23,39%) κατόπιν το φθινόπωρο (με 24,71%) και μεγαλύτερο την άνοιξη (με 29,39%).

Όγδοη κατατάσσεται η Κατάθλιψη με 580 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 4,41%, με ποσοστά παρόμοια την άνοιξη (23,62%) και το φθινόπωρο (23,97%) και ίδια το χειμώνα και καλοκαίρι (26,20%).

Ένατο το Άγχος με 376 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 2,86%, με μικρότερο το καλοκαίρι (22,34%) και παρόμοια τις άλλες τρεις εποχές (από 25,53% έως 26,33%).

Τελευταίο κατατάσσεται το Άσθμα με 201 περιπτώσεις νοσημάτων και ποσοστό 1,59%, με πολύ μικρότερο ποσοστό το καλοκαίρι (12,44%)

ακόλουθο το χειμώνα (με 25,87%) κατόπιν την άνοιξη (με 28,36) και μεγαλύτερο το φθινόπωρο (με 33,33%).

Συμπερασματικά η Αρτηριακή Υπέρταση, η Στεφανιαία Νόσος, η Υπερλιπιδαιμία, και ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι τα σημαντικότερα από τα χρόνια νοσήματα. Από την πιο πάνω δε εποχιακή συνολική ανάλυση των 10 χρόνιων νοσημάτων, αυτά που αξιολογούνται σημαντικά ως εποχιακή κατανομή είναι το άσθμα με αύξηση το φθινόπωρο και την άνοιξη, η αρθρίτιδα, με αύξηση την άνοιξη και το φθινόπωρο, η Χ.Α.Π. με αύξηση το φθινόπωρο και τον χειμώνα, και η οστεοπόρωση το φθινόπωρο.

Συνεχίζοντας την ερμηνεία των αποτελεσμάτων των 17 συστημάτων του (I.C.P.C.) κάνουμε αναλυτικότερη και σαφέστερη τη διαχείριση νοσημάτων ανά σύστημα και πιο συγκεκριμένα διαχωρίζουμε τα νοσήματα σε:

α) οξεία και χρόνια ή οξύ-χρόνιο

β) συνταγογραφία και εξέταση ή και τα δύο. πίνακας 15

Πίνακας (15) Διαχείριση νοσημάτων στα Κέντρα Υγείας ανά σύστημα στον πληθυσμό.

	Οξύ	Χρόνιο	Οξύ-χρόνιο	Εξέταση	Συνταγογραφία	Και τα δύο	Σύνολο
Γενικά μη καθορισμένα	1363 (98.41%)	17 (1.23%)	5 (0.36%)	1363 (98.41%)	22 (1.59%)	0	1385
Αίμα όργανα, λεμφικό	349 (66.35%)	152 (28.9%)	25 (4.75%)	285 (54.18%)	238 (45.25%)	3 (0.57%)	526
Πεπτικό	1136 (58.32%)	786 (40.35%)	26 (1.33%)	1169 (60.01%)	776 (39.84%)	3 (0.15%)	1948
Οφθαλμός	199 (40.78%)	286 (58.61%)	3 (0.61%)	198 (40.57%)	289 (59.23%)	1 (0.2%)	488
Ους	285 (92.53%)	22 (7.14%)	1 (0.33%)	285 (92.53%)	23 (7.47%)	0	308
Κυκλοφορικό	784 (11.15%)	6153 (87.53%)	93(1.32%)	1073 (15.26%)	5946 (84.58%)	11 (0.16%)	7030
Μυοσκελετικό	1368 (42.89%)	1783 (55.89%)	39 (1.22%)	1385 (43.42%)	1799 (56.39%)	6 (0.19%)	3190
Νευρολογικό	472 (47.53%)	507 (51.06%)	14(1.41%)	457 (46.02%)	534 (53.78%)	2 (0.2%)	993
Ψυχολογικό	398 (20.22%)	1552 (78.82%)	19 (0.96%)	450 (22.86%)	1517 (77.04%)	2 (0.1%)	1969
Αναπνευστικό	3644 (82.84%)	706 (16.05%)	49 (1.11%)	3283 (74.63%)	1111 (25.26%)	5 (0.11%)	4399
Δέρμα	1092 (91.3%)	97 (8.11%)	7 (0.59%)	1021 (85.37%)	175 (14.63%)	0	1196
Ενδοκρινείς μεταβολισμ	183 (4.49%)	3844 (94.41%)	45 (1.1%)	520 (12.77%)	3546 (87.08%)	6 (0.15%)	4072
Ουροποιητικό	436 (75.04%)	129 (22.2%)	16 (2.76%)	445 (76.59%)	136 (23.41%)	0	581
Εγκυμοσύνη	24 (64.86%)	12 (32.44%)	1 (2.7%)	14 (37.84%)	23 (62.16%)	0	37
Γεννητικό Άρρενος	35 (11.25%)	270 (86.83%)	6 (1.92%)	42 (13.5%)	268 (86.17%)	1 (0.33%)	311
Γεννητικό Θήλ, μαστός	76 (30.77%)	169 (68.42%)	2 (0.81%)	77 (31.17%)	170 (68.83%)	0	247
Κοινωνικά προβλήματα	21 (100%)	0	0	21 (100%)	0	0	21
Σύνολο	11865 (41.34%)	16485 (57.43%)	351 (1.23%)	12088 (42.12%)	16573 (57.74%)	40 (0.14%)	28701

Από τις 28.701 περιπτώσεις νοσημάτων οι 16.573 που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό (57,74%) αντιστοιχεί σε συνταγογραφία. Αυτή στα 17 συστήματα κατατάσσεται ως εξής: **πίνακας 16**

Πίνακας (16) Περιπτώσεις Νοσημάτων Συνταγογραφίας των 17 συστημάτων

A/A	Σύστημα	Σύνολο περιπτώσεων νοσημάτων	Συνταγογραφία	Ποσοστό %
1	Κυκλοφορικό	7.030	5.946	84,58%
2	Ενδοκρινείς Μεταβολισμός Θρέψη	4.072	3.546	87,08%
3	Μυοσκελετικό	3.190	1.799	56,39%
4	Ψυχολογικό	1.969	1.517	77,04%
5	Αναπνευστικό	4.399	1.111	25,26%
6	Πεπτικό	1.948	776	39,84%
7	Νευρολογικό	993	534	53,78%
8	Οφθαλμός	488	289	59,23%
9	Γεννητικό Άρρενος	311	268	86,17%
10	Αίμα Αιμοποιητικά Όργανα Λεμφικό Σπλήνας	526	238	45,25%
11	Δέρμα	1.196	175	14,63%
12	Γεννητικό θήλεως	247	170	68,83%
13	Ουροποιητικό	581	136	23,41%
14	Ούς	308	23	7,47%
15	Εγκυμοσύνη	37	23	62,16%
16	Γενικά και μη καθορισμένα	1.385	22	1,59%.
17	Κοινωνικά προβλήματα	21	0	0%

Το μεγάλο φορτίο της συνταγογραφίας πέφτει στα 4 συστήματα του κυκλοφορικού, ενδοκρινικού, μυοσκελετικού και ψυχολογικού συστήματος.

Τα συστήματα με το μεγαλύτερο (%) ποσοστό συνταγογραφίας είναι οι ενδοκρινείς-μεταβολισμός, το γεννητικό άρρενος, το κυκλοφορικό, το ψυχολογικό και το γεννητικό θήλεως.

Τα περιστατικά νοσημάτων που προορίζονται για ιατρική εξέταση επί του συνόλου 28.701 είναι 12.088 (ποσοστό 42,12%) και κατατάσσονται ως εξής:

πίνακας 17

Πίνακας (17) Περιπτώσεις Νοσημάτων Ιατρικής Εξέτασης των 17 συστημάτων

A/A	Σύστημα	Σύνολο περιπτώσεων νοσημάτων	Ιατρική Εξέταση	Ποσοστό %
1	Αναπνευστικό	4.399	3.283	74,63%
2	Μυοσκελετικό	3.190	1.385	43,42%
3	Γενικά και μη καθορισμένα	1.385	1.363	98,41%
4	Πεπτικό	1.948	1.169	60,01%
5	Κυκλοφορικό	7.030	1.073	15,26%
6	Δέρμα	1.196	1.021	85,37%
7	Ενδοκρινείς Μεταβολισμός Θρέψη	4.072	520	12,77%
8	Νευρολογικό	993	457	46,02%
9	Ψυχολογικό	1.969	450	22,86%
10	Ουροποιητικό	581	445	76,59%
11	Αίμα Αιμοποιητικά Όργανα Λεμφικό Σπλήνας	526	285	54,18%
12	Ούς	308	285	92,53%
13	Οφθαλμός	488	198	40,57%
14	Γεννητικό θήλεως	247	77	31,17%
15	Γεννητικό Άρρενος	311	42	13,05%
16	Κοινωνικά προβλήματα	21	21	100%
17	Εγκυμοσύνη	37	14	37,84%

Τα σημαντικότερα συστήματα που αφορούν περιπτώσεις νοσημάτων που προορίζονται για ιατρική εξέταση είναι το αναπνευστικό, το μυοσκελετικό, τα γενικά και μη καθορισμένα, το πεπτικό, το κυκλοφορικό και το δέρμα.

Τηρουμένων των αναλογιών το μεγαλύτερο (%) ποσοστό συστημάτων ιατρικής εξέτασης έχουν τα κοινωνικά προβλήματα, τα γενικά και μη καθορισμένα, το ούς, το δέρμα, το ουροποιητικό και το αναπνευστικό.

Οι περιπτώσεις νοσημάτων που αφορούν και τα δύο, δηλαδή εξέταση και συνταγογραφία, κρίνεται σκόπιμο να μην σχολιαστούν, διότι το ποσοστό τους είναι ιδιαίτερα μικρό, της τάξεως δηλαδή του 0,14% (ή 40 περιπτώσεις στα 28.701 νοσήματα).

Από τις 28.701 περιπτώσεις νοσημάτων, οι 16.485 που αποτελούν και το μεγαλύτερο ποσοστό (57,43%) αντιστοιχεί σε χρόνια περιστατικά. Αυτά στα 17 συστήματα κατατάσσονται ως εξής: **πίνακας 18**

Πίνακας (18) Περιπτώσεις Χρόνιων περιστατικών των 17 συστημάτων

A/A	Σύστημα	Σύνολο περιπτώσεων νοσημάτων	Χρόνια Περιστατικά	Ποσοστό %
1	Κυκλοφορικό	7.030	6.153	87,53%
2	Ενδοκρινείς Μεταβολισμός Θρέψη	4.072	3.844	94,41%
3	Μυοσκελετικό	3.190	1.783	55,89%
4	Ψυχολογικό	1.969	1.552	78,82%
5	Πεπτικό	1.948	786	40,35%
6	Αναπνευστικό	4.399	706	16,05%
7	Νευρολογικό	993	507	51,06%
8	Οφθαλμός	488	286	58,61%
9	Γεννητικό Άρρενος	311	270	86,83%
10	Γεννητικό θήλεως	247	169	68,42%
11	Αίμα Αιμοποιητικά Όργανα Λεμφικό Σπλήνας	526	152	28,9%
12	Ουροποιητικό	581	129	22,2%
13	Δέρμα	1.196	97	8,11%
14	Ούς	308	22	7,14%
15	Γενικά και μη καθορισμένα	1.385	17	1,23%
16	Εγκυμοσύνη	37	12	32,44%
17	Κοινωνικά προβλήματα	21	0	0%

Το μεγάλο φορτίο στα χρόνια περιστατικά έχουν και πάλι το κυκλοφορικό, το ενδοκρινικό, το μυοσκελετικό και το ψυχολογικό σύστημα.

Τα συστήματα με το μεγαλύτερο ποσοστό (%) των χρόνιων φέρουν οι ενδοκρινείς-μεταβολισμός, το κυκλοφορικό, το γεννητικό άρρενος, το ψυχολογικό και το γεννητικό θήλεως.

Από τις 28.701 περιπτώσεις νοσημάτων, οι 11.865, που είναι και το μικρότερο ποσοστό (41,34%), αντιστοιχεί σε περιστατικά οξέα, τα οποία στα 17 συστήματα κατατάσσονται ως εξής: **πίνακας 19**

Πίνακας (19) Περιπτώσεις οξέων περιστατικών των 17 συστημάτων

A/A	Σύστημα	Σύνολο περιπτώσεων νοσημάτων	Οξέα περιστατικά	Ποσοστό %
1	Αναπνευστικό	4.399	3.644	82,84%
2	Μυοσκελετικό	3.190	1.368	42,89%
3	Γενικά και μη καθορισμένα	1.385	1.363	98,41%
4	Πεπτικό	1.948	1.136	58,32%
5	Δέρμα	1.196	1.092	91,3%
6	Κυκλοφορικό	7.030	784	11,15%
7	Νευρολογικό	993	472	47,53%
8	Ουροποιητικό	581	436	75,04%
9	Ψυχολογικό	1.969	398	20,22%
10	ΑίμαΑιμοποιητικά Όργανα Λεμφικό Σπλήνας	526	349	66,35%
11	Ούς	308	285	92,53%
12	Οφθαλμός	488	199	40,78%
13	Ενδοκρινείς Μεταβολισμός Θρέψη	4.072	183	4,49%
14	Γεννητικό θήλεως	247	76	30,77%
15	Γεννητικό Άρρενος	311	35	11,25%
16	Εγκυμοσύνη	37	24	64,86%
17	Κοινωνικά προβλήματα	21	21	100%

Το φορτίο περιπτώσεων νοσημάτων των οξέων περιστατικών φέρουν τα συστήματα αναπνευστικό, μυοσκελετικό, γενικά και μη καθορισμένα, το πεπτικό και το δέρμα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (%) κατάταξης των οξέων περιστατικών φέρουν τα συστήματα, κοινωνικά προβλήματα, γενικά και μη καθορισμένα, το ούς, το δέρμα και το αναπνευστικό.

Από τις 28.701 περιπτώσεις νοσημάτων ένα μικρό ποσοστό με 351 περιπτώσεις νοσημάτων (ποσοστό 1,23%) αντιστοιχεί σε περιστατικά οξέα και χρόνια και αυτά στα 17 συστήματα κατατάσσονται ως εξής: **πίνακας 20**

Πίνακας (20) Περιπτώσεις οξέων και χρόνιων περιστατικών των 17 συστημάτων

A/A	Σύστημα	Σύνολο περιπτώσεων νοσημάτων	Οξέα περιστατικά	Ποσοστό %
1	Κυκλοφορικό	7.030	93	1,32%
2	Αναπνευστικό	4.399	49	1,11%
3	Ενδοκρινείς Μεταβολισμός Θρέψη	4.072	45	1,1%
4	Μυοσκελετικό	3.190	39	1,22%
5	Πεπτικό	1.948	26	1,33%
6	Αίμα Αιμοποιητικά Όργανα Λεμφικό Σπλήνας	526	25	4,75%
7	Ψυχολογικό	1.969	19	0,96%
8	Ουροποιητικό	581	16	2,76%
9	Νευρολογικό	993	14	1,41%
10	Δέρμα	1.196	7	0,59%
11	Γεννητικό Άρρενος	311	6	1,92%
12	Γενικά και μη καθορισμένα	1.385	5	0,36%
13	Οφθαλμός	488	3	0,61%
14	Γεννητικό θήλεως	247	2	0,81%
15	Εγκυμοσύνη	37	1	2,7%
16	Ούς	308	1	0,33%
17	Κοινωνικά προβλήματα	0	0	0%

Και πάλι το φορτίο των συστημάτων σε οξέα και χρόνια περιστατικά έχουν το κυκλοφορικό, το αναπνευστικό, οι ενδοκρινείς και το μυοσκελετικό.

Αναφορικά με το ποσοστό κατάταξης (%) των οξέων και χρόνιων περιστατικών των παραπάνω συστημάτων, λόγω του μικρού ποσοστού (1,23%) κρίνεται σκόπιμο να μην γίνει αναλυτική περιγραφή.

Με τον ίδιο τρόπο που έγινε η ερμηνεία των αποτελεσμάτων για τα 17 συστήματα ομοίως θα γίνει και για τα 10 χρόνια νοσήματα που ακολουθούν:

πίνακας 21

Πίνακας (21) Διαχείριση 10 χρόνιων νοσημάτων στα Κέντρα Υγείας στον Πληθυσμό

	Οξύ	Χρόνιο	Οξύ-χρόνιο	Εξέταση	Συνταγογραφία	Και τα δύο	Σύνολο
Υπερλιπιδαιμία	43(2.12%)	1969(97.13%)	15 (0.74%)	184 (9.08%)	1841 (90.83%)	2 (0.09%)	2027
Αρτηριακή υπέρταση	442(11.88%)	3230(86.85%)	46 (1.24%)	597 (16.05%)	3116 (83.79%)	6 (0.15%)	3719
Κατάθλιψη	19 (3.28%)	556 (95.86%)	5 (0.86%)	32 (5.52%)	547 (94.31%)	1 (0.17%)	580
Άσθμα	135 (67.16%)	65 (32.34%)	1 (0.5%)	150 (74.63%)	51 (25.37%)	0	201
Σακχαρώδης διαβήτης	57(3.86%)	1393(94.50%)	24 (1.63%)	222 (15.06%)	1250 (84.8%)	2 (0.14%)	1474
Αρθρίτιδα	184(26.90%)	494(72.22%)	6 (0.88%)	220 (32.16%)	462 (67.54%)	2 (0.29%)	684
Άγχος	198 (52.66%)	174 (46.28%)	4 (1.06%)	201 (53.46%)	175 (46.54%)	0	376
Οστεοπόρωση	31 (2.96%)	1008 (96.18%)	9 (0.86%)	61 (5.82%)	986 (94.08%)	1 (0.1%)	1048
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)	196(27.72%)	501(70.86%)	10 (1.41%)	245 (34.65%)	462 (65.35%)	0	707
Στεφανιαία νόσος	45(1.93%)	2255(97.07%)	22 (0.94%)	123 (5.29%)	2197 (94.58%)	3 (0.13%)	2323
Σύνολο	1351(10.28%)	11646(88.63%)	142 (1.08%)	2035 (15.49%)	11087 (84.38%)	17 (0.13%)	13139

Αναλυτικότερα από τις 13.139 περιπτώσεις νοσημάτων των 10 χρόνιων νοσημάτων, τα περισσότερα (11.087) απαιτούν συνταγογραφία (ποσοστό 84,38%) και κατατάσσονται ως εξής: **πίνακας 22**

Πίνακας (22) Περιπτώσεις συνταγογραφίας των 10 χρόνιων νοσημάτων

A/A	Νόσημα	Σύνολο περιπτώσεων νοσημάτων	Συνταγογραφία	Ποσοστό %
1	Αρτηριακή υπέρταση	3.719	3.116	83,79%
2	Στεφανιαία νόσος	3.323	2.197	94,58%
3	Υπερλιπιδαιμία	2.027	1.841	90,83%
4	Σακχαρώδης διαβήτης	1.474	1.250	84,8%
5	Οστεοπόρωση	1.048	986	94,08%
6	Κατάθλιψη	580	547	94,31%
7	Αρθρίτιδα	684	462	67,54%
8	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	707	462	65,35%
9	Άγχος	376	175	46,54%
10	Άσθμα	201	51	25,37%

Η συνταγογραφία υπερτερεί σε συντριπτική πλειοψηφία στα 10 χρόνια νοσήματα, με επικρατέστερα την αρτηριακή υπέρταση, τη στεφανιαία νόσο, την υπερλιπιδαιμία, τον σακχαρώδη διαβήτη και την οστεοπόρωση.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (%) συνταγογραφίας των 10 χρόνιων νοσημάτων κατέχουν η στεφανιαία νόσος, η κατάθλιψη, η οστεοπόρωση, η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, και η αρτηριακή υπέρταση.

Από τις 13.139 περιπτώσεις, των 10 χρόνιων νοσημάτων χρήζουν εξέτασης οι 2.035 (ποσοστό 15,49%) και κατατάσσονται ως εξής: **πίνακας 23**

Πίνακας (23) Περιπτώσεις Ιατρικής Εξέτασης των 10 χρόνιων νοσημάτων

A/A	Νόσημα	Σύνολο περιπτώσεων νοσημάτων	Ιατρική Εξέταση	Ποσοστό %
1	Αρτηριακή υπέρταση	3.719	597	16,05%
2	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	707	245	34,65%
3	Σακχαρώδης διαβήτης	1.474	222	15,06%
4	Αρθρίτιδα	684	220	32,16%
5	Άγχος	376	201	53,46%
6	Υπερλιπιδαιμία	2.027	184	9,08%
7	Άσθμα	201	150	74,63%
8	Στεφανιαία νόσος	2.323	123	5,29%
9	Οστεοπόρωση	1.048	61	5,82%
10	Κατάθλιψη	580	32	5,52%

Στα 10 χρόνια νοσήματα για εξέταση, και πάλι πρώτη εμφανίζεται η αρτηριακή υπέρταση, και ακολουθούν η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρθρίτιδα, και το άγχος.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (%) εξέτασης ασθενών των 10 χρόνιων νοσημάτων έχουν άσθμα, άγχος, Χ.Α.Π., αρθρίτιδα.

Οι περιπτώσεις νοσημάτων που αφορούν και τα δύο δηλαδή εξέταση και συνταγογραφία κρίνεται σκόπιμο να μην σχολιαστούν, διότι το ποσοστό τους είναι ιδιαίτερα μικρό, δηλαδή της τάξεως του 0,13% (ή 17 στα 13.139 νοσήματα).

Από τις 13.139 περιπτώσεις νοσημάτων των 10 χρόνιων νοσημάτων, τα περισσότερα, δηλαδή οι 11.646 περιπτώσεις νοσημάτων είναι χρόνια περιστατικά (με ποσοστό 88,6%) και κατατάσσονται ως εξής: **πίνακας 24**

Πίνακας (24) Περιπτώσεις χρόνιων περιστατικών των 10 χρόνιων νοσημάτων

A/A	Νόσημα	Σύνολο περιπτώσεων νοσημάτων	Χρόνια περιστατικά	Ποσοστό %
1	Αρτηριακή υπέρταση	3.719	3.230	86,85%
2	Στεφανιαία νόσος	2.323	2.255	97,07%
3	Υπερλιπιδαιμία	2.027	1.969	97,13%
4	Σακχαρώδης διαβήτης	1.474	1.393	94,5%
5	Οστεοπόρωση	1.048	1.008	96,18%
6	Κατάθλιψη	580	556	95,86%
7	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	707	501	70,86%
8	Αρθρίτιδα	684	494	72,22%
9	Άγχος	376	174	46,28%
10	Άσθμα	201	65	32,34%

Στα χρόνια περιστατικά των 10 χρόνιων νοσημάτων, πρώτη εμφανίζεται η αρτηριακή υπέρταση και ακολουθούν η στεφανιαία νόσος, η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η οστεοπόρωση.

Το μεγαλύτερο ποσοστό κατάταξης (%) χρόνιων περιστατικών των 10 παραπάνω χρόνιων νοσημάτων πάσχουν από υπερλιπιδαιμία, στεφανιαία νόσο, οστεοπόρωση, κατάθλιψη σακχαρώδη διαβήτης, και αρτηριακή υπέρταση.

Από τις 13.139 περιπτώσεις νοσημάτων των 10 χρόνιων νοσημάτων, τα 1.351 είναι οξέα περιστατικά (ποσοστό 10,3%) και κατατάσσονται ως εξής:

πίνακας 25

Πίνακας (25) Περιπτώσεις οξέων περιστατικών των 10 χρόνιων νοσημάτων

A/A	Νόσημα	Σύνολο περιπτώσεων νοσημάτων	Οξέα περιστατικά	Ποσοστό %
1	Αρτηριακή υπέρταση	3.719	442	11,88%
2	Άγχος	376	198	52,66%
3	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	707	196	27,72%
4	Αρθρίτιδα	684	184	26,90%
5	Άσθμα	201	135	67,16%
6	Σακχαρώδης διαβήτης	1.474	57	3,86%
7	Στεφανιαία νόσος	2.323	45	1,93%
8	Υπερλιπιδαιμία	2.027	43	2,12%
9	Οστεοπόρωση	1.048	31	2,96%
10	Κατάθλιψη	580	19	3,28%

Η Αρτηριακή υπέρταση, το άγχος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η αρθρίτιδα, και το άσθμα είναι τα κυριότερα οξέα περιστατικά ανάμεσα στα 10 χρόνια νοσήματα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (%) των πιο πάνω οξέων περιστατικών των 10 χρόνιων νοσημάτων πάσχουν από άσθμα, άγχος, Χ.Α.Π., και αρθρίτιδα.

Από τις 13.139 περιπτώσεις νοσημάτων των 10 χρόνιων νοσημάτων, του πίνακα 21, τα 142 είναι οξέα και χρόνια περιστατικά (ποσοστό 1,08%) αλλά λόγω του μικρού ποσοστού κρίνεται σκόπιμο να μην γίνει αναλυτική περιγραφή.

ε) Στην έρευνα που προηγήθηκε για την αποτύπωση της παρούσας κατάστασης των Κ.Υ. της Θεσσαλίας με ερωτηματολόγια, οι Διευθυντές των 17 Κ.Υ. ερωτήθηκαν:

1^η) Αν θεωρούν ότι ο βαθμός στελέχωσης σε ιατρικό προσωπικό για την κάλυψη των τοπικών αναγκών για πρωινή λειτουργία είναι επαρκής, και ποιες οι παρατηρήσεις τους. Το 88% αυτών απάντησε ότι είναι:

Ανεπαρκής 12%, μέτριος 6%, καλός 46%, πολύ καλός 24%, άριστος 0%, δεν απάντησαν 12%.

Το 18% των ερωτηθέντων θεωρεί το βαθμό στελέχωσης ανεπαρκή έως μέτριο. Η πλειοψηφία (68%) θεωρεί το βαθμό στελέχωσης από καλό έως πολύ καλό, ενώ κανείς από τους 17 διευθυντές δεν τον θεωρεί άριστο.

2^η) Εάν πραγματοποιήθηκαν κατά το έτος 2008 επισκέψεις στη μονάδα τους ειδικών ιατρών (επιμελητών Ε.Σ.Υ.), που είχαν προσληφθεί στο Νοσοκομείο, για να επισκέπτονται τα Κ.Υ. και αν ναι, τους ζητήθηκε να αναφέρουν τις ειδικότητες των επισκεπτιών ιατρών και τη συχνότητα των επισκέψεών τους.

Απάντησε το 96% αυτών ότι οι ειδικότητες είναι: **πίνακας 26**

Πίνακας (26) Ειδικότητες Επισκεπτιών ιατρών Ε.Σ.Υ. για τα Κέντρα Υγείας

A/A	Ειδικότητες	Αριθμός
1	Καρδιολόγος	14
2	Ορθοπεδικός	14
3	Χειρουργός	12
4	Γυναικολόγος	11
5	Ψυχίατρος	6
6	Πνευμονολόγος	2
7	Ω.Ρ.Λ.	2
8	Ακτινολόγος	1
9	Δερματολόγος	1
10	Ουρολόγος	1
11	Διαβητολόγος	1

Από τις παραπάνω απαντήσεις αποδεικνύεται ότι υπάρχει ήδη ο θεσμός των επισκεπτών ιατρών με τις παραπάνω ειδικότητες, που έχουν προσληφθεί από τα κατά τόπους νοσοκομεία για να επισκέπτονται τα Κ.Υ., όμως ο θεσμός έχει εγκαταλειφθεί. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος που δεν απαντούν οι διευθυντές για την συχνότητα επισκέψεων των ειδικών ιατρών.

3^η) Με βάση την ερώτηση για το αν τους είναι γνωστά τα συχνότερα χρόνια νοσήματα, ποια είναι αυτά, και από ποιες πηγές πληροφορίας τα γνωρίζουν. Απάντησε το 85% αυτών, και θεωρεί ότι είναι:

Πίνακας (27) Συχνότερα χρόνια νοσήματα κατά την γνώμη των Διευθυντών των Κ.Υ. στην περιοχή ευθύνης τους

A/A	Νόσημα	Αριθμός
1	Καρδιαγγειακά Νοσήματα Σ.Ν.	13
2	Αρτηριακή Υπέρταση	11
3	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	11
4	Σακχαρώδης Διαβήτης	9
5	Ψυχικές Παθήσεις	6
6	Υπερλιπιδαιμία	4
7	Οστεοαρθρίτις	3
8	Οστεοπόρωση	2
9	Αγγειακά	2
10	Άσθμα	1

Από τις πιο πάνω απαντήσεις των διευθυντών απορρέει ότι τα χρόνια νοσήματα τους είναι γνωστά και ότι αυτά έρχονται σε πλήρη ταύτιση με τα 10 χρόνια νοσήματα που διερευνήθηκαν στην παρούσα έρευνα βάσει αυτής καθαυτής της βιβλιογραφίας αλλά και των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Απάντησαν ότι τα γνωρίζουν από: α) προσωπική εμπειρία και β) από τα τηρούμενα αρχεία εξέτασης ασθενών των Κ.Υ. στην συντριπτική τους πλειοψηφία.

4^η) Αν Υπάρχει ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος στα Κ.Υ.

Απάντησε το 100%:

Ναι απαντούν 0 Κ.Υ., Όχι απαντούν 13Κ.Υ., και δεν απαντούν 4 Κ.Υ.

Δεν υφίσταται ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος ασθενών στα Κ.Υ. Θεσσαλίας απαντούν 13 διευθυντές ενώ 4 δεν δίνουν απάντηση.

5^η) Αν και σε ποιο βαθμό νομίζουν ότι η τεχνολογία των Η/Υ βοηθά ή θα μπορούσε να βοηθήσει τη μονάδα τους.

Απάντησε το 78%:

καθόλου 0%, λίγο 0%, μέτρια 6%, αρκετά 6%, πολύ 6%, πάρα πολύ 60%.

Η συντριπτική πλειοψηφία, (το 66%) απαντά ότι θα βοηθούσε από πολύ έως πάρα πολύ, το 12% ότι θα βοηθούσε από μέτρια έως αρκετά. Κανείς απ' τους ερωτηθέντες δεν απάντησε «λίγο», ενώ το 22% δεν απάντησε καθόλου.

(IV) ΣΥΖΗΤΗΣΗ:

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης, συμπεραίνουμε ότι τα στα 4 Κ.Υ. της Θεσσαλίας που πραγματοποιήθηκε η ερευνά μας τον υψηλότερο επιπολασμό νοσηρότητας μεταξύ του γενικού πληθυσμού παρουσιάζουν, τα νοσήματα του κυκλοφορικού, αναπνευστικού, μεταβολικού, μυοσκελετικού, και ψυχιατρικού συστήματος. Αντίστοιχα τα συχνότερα από τα 10 χρόνια νοσήματα είναι η αρτηριακή υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, η υπερλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Όπως προκύπτει από την αναλυτική καταγραφή των πινάκων των ιατρικών ειδικοτήτων και των τεσσάρων Κ.Υ. Θεσσαλίας, τα οποία είναι στελεχωμένα για την αντιμετώπιση της νοσηρότητας του ενήλικου πληθυσμού τους, είναι αυτές της Γενικής Ιατρικής, της Παθολογίας, και απόφοιτοι ιατρικής (ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου) επιβεβαιώνοντας τα δεδομένα μιας προηγούμενης μελέτης (143). Οι ειδικότητες της Γενικής Ιατρικής και της Παθολογίας είναι οι κατ' εξοχήν ειδικότητες που προτείνονται από το υπουργείο υγείας της χώρας μας βάσει του νόμου(3235/2004/άρθρο7) ως οι πλέον κατάλληλες ειδικότητες για να ασκούν καθήκοντα οικογενειακού ιατρού. Η πλέον αποδεκτή παγκοσμίως ειδικότητα του οικογενειακού ιατρού είναι αυτή της γενικής ιατρικής όμως στην χώρα μας ο αριθμός των γενικών ιατρών δεν μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες, με αποτέλεσμα να συστήνεται και αυτή της παθολογίας, όπως και άλλες(49). Στην κατεύθυνση αυτή από την άποψη επιλογής και στελέχωσης των Κ.Υ. με αυτές τις ιατρικές ειδικότητες η απόφαση κρίνεται ικανοποιητική και προς την σωστή κατεύθυνση.

Οι ειδικότητες της γενικής ιατρικής αλλά και της παθολογίας με ιατρούς των οποίων είναι στελεχωμένα τα Κ.Υ. από την έναρξη της ιδρύσεως τους με την αναμενόμενη καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού μπορούν να καλύψουν τις μεγαλύτερες ανάγκες ασθενών ειδικοτήτων πολλών χρόνιων νοσημάτων σε επίπεδο Π.Φ.Υ. Απαραίτητη κρίνεται η προϋπόθεση των τακτικών επισκέψεων στα Κ.Υ. επισκεπτών ιατρών ειδικοτήτων του δευτεροβάθμιου νοσοκομείου, σε τακτική βάση, με κατευθυντήριες οδηγίες από αυτούς στους οικογενειακούς γιατρούς (71).

Έτσι, π.χ. στο Ηνωμένο βασίλειο, οι γενικοί γιατροί και οι ομάδες Π.Φ.Υ. θεωρούνται κύριοι λειτουργοί της προαγωγής καλύτερης υγείας(44). Η προσπάθεια αυτή για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού απαιτεί τη συλλογή και την επεξεργασία πληροφορίας από τα ιατρεία των γενικών ιατρών και των ομάδων Π.Φ.Υ., με στόχο την εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, τη μείωση των ανισοτήτων και την παρακολούθηση της ποιότητας της φροντίδας σε σύγκριση με συμφωνημένα πρότυπα(158).

Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται σημαντικό όφελος που θα αποτελέσει την πιο ουσιαστική απάντηση στις ανάγκες του πληθυσμού, θα συμβάλει αποφασιστικά στον έλεγχο της σπατάλης σε δαπάνες διπλών επισκέψεων στο σύστημα υγείας, στη μείωση του φόρτου εργασίας στους ιατρούς εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, και στην ενασχόληση αυτών με τους νοσοκομειακούς ασθενείς. Αλλά και για τον ασθενή τα οφέλη είναι πολλαπλά: καταρχάς οικονομικά, διότι αποτρέπεται από το να προσφύγει σε ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα, λόγω μεγάλης αναμονής χρόνου στις λίστες ραντεβού των νοσοκομείων, και σαφώς αμεσότερης αντιμετώπισης στον τόπο διαμονής του, χωρίς να μετακινείται μακριά από αυτόν (47). Σήμερα με

δική τους πρωτοβουλία οι ασθενείς πραγματοποιούν τις περισσότερες φορές πολλαπλές άσκοπες επισκέψεις, λόγω της ελεύθερης πρόσβασης στους ειδικούς ιατρούς των νοσοκομείων όλων των βαθμίδων, αφού δεν υφίσταται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, και από την άλλη το σύστημα υγείας επιβαρύνεται, με αποτέλεσμα το τελευταίο να δυσλειτουργεί.

Μετά από σχετική έρευνά μας στα τμήματα ανθρώπινου δυναμικού των 4 δευτεροβάθμιων Νοσοκομείων, όπου ανήκουν τα Κ.Υ., διαπιστώσαμε ότι ο θεσμός των ειδικοτήτων επισκεπτών ιατρών υφίσταται με κοινές ειδικότητες σε όλα τα παραπάνω Κ.Υ. και μάλιστα καλύπτει μεγάλο φάσμα νοσηρότητας και χρόνιων νοσημάτων, όπως παθολογίας, ορθοπεδικής, καρδιολογίας, ψυχιατρικής, γυναικολογίας, χειρουργικής και ακτινολογίας. Εκείνο όμως που πλέον δεν υφίσταται σήμερα είναι οι επισκέψεις αυτών στα Κ.Υ. Παρόλ' αυτά οι επισκέψεις αυτές στο παρελθόν ήταν ανεπαρκείς έως ανύπαρκτες, με την αιτιολογία της διοίκησης των νοσοκομείων λόγω αυξημένων αναγκών σε αυτά. Επίσης δεν εφαρμόστηκε σ' αυτά ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού.

Ουσιαστικά τα 8 από τα 10 χρόνια νοσήματα μπορούν να καλύπτονται από τις ειδικότητες των επισκεπτών ιατρών, που ήδη κατέχουν τις θέσεις αυτές, και οι οποίες πολύ σωστά επελέγησαν, χρειάζεται δε να προστεθούν αυτές του πνευμονολόγου και του ενδοκρινολόγου που συμπληρώνουν την λίστα των δέκα συχνότερων χρόνιων νοσημάτων στην Π.Φ.Υ., όπως επιβεβαιώνεται και από την δική μας έρευνα (από την οποία απορρέει μεγάλος αριθμός αναπνευστικών και ενδοκρινικών νοσημάτων), με βασική προϋπόθεση τις προγραμματισμένες τακτικές επισκέψεις αυτών ιατρικών ειδικοτήτων και την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού.

Αξιοσημείωτο εύρημα του πίνακα των ταμείων αποτελεί το γεγονός ότι το ποσοστό των ανασφάλιστων ασθενών είναι κάτω του 1%. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ως σημαντική παράμετρος το γεγονός ότι στις περιοχές της έρευνάς μας, όπως και σε όλες τις αγροτικές περιφέρειες της χώρας μας, εργάζονται και διαμένουν οικονομικοί μετανάστες σε μεγάλο ποσοστό. Εν τέλει αυτό κρίνεται θετικό, γιατί δεν επιβαρύνεται το σύστημα υγείας από ανασφάλιστους ασθενείς.

Ένα άλλο επίσης εύρημα της έρευνάς μας είναι ότι οι ασθενείς που προσήλθαν στα Κ.Υ. για εξέταση στην συντριπτική πλειοψηφία τους 77% έπασχαν μόνο από ένα νόσημα ενώ μόνο 23% είχαν συνοσηρότητα και πιο αναλυτικά, 17% έπασχαν από δύο νοσήματα, 5% έπασχαν από τρία νοσήματα και μόνο 1% έπασχαν από τρία ή παραπάνω νοσήματα.

Στην Ελλάδα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναφέρεται σε επαρχιακές περιοχές, εντούτοις πρόσφατα εισήχθη στο Ελληνικό σύστημα υγείας το πρώτο αστικό κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο Μαργιόλης και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι υπάρχουν αποκλίσεις μεταξύ αστικών και επαρχιακών πρωτοβάθμιων Κέντρων Υγείας.(159) Τα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας που επιλέχθηκαν για αυτή τη μελέτη αφορούν σε επαρχιακό πληθυσμό, καθώς τα αστικά κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Θεσσαλίας δεν υφίστανται.

Η κατανομή των νόσων υπολογίστηκε σε αυτή την μελέτη με παγκόσμια δεδομένα. Δεδομένα του WHO καταδεικνύουν ότι καρδιαγγειακά νοσήματα και σακχαρώδης διαβήτης είναι σημαντικά αίτια νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως(145). Για παράδειγμα, οι καρδιαγγειακές νόσοι είναι το κυρίαρχο αίτιο θανάτου παγκοσμίως, ειδικά για τις γυναίκες, ιδιαίτερα στις χαμηλού και

μεσαίου εισοδήματος χώρες της Ευρώπης. Στην ηλικιακή ομάδα των 15-59, ετών τα 2/3 όλων των θανάτων σχετίζονται με καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνο και άλλες μη μεταδιδόμενες με επαφή νόσους(145). Υπογραμμίζεται ότι παγκοσμίως οι θάνατοι καρδιαγγειακής αιτίας θα αυξηθούν σε 11.800.000 το 2030(145). Τα δεδομένα της παρούσης μελέτης είναι σε συμφωνία με αυτά τα δεδομένα, καθώς τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι νόσοι του κυκλοφορικού συστήματος είναι συχνότερες σε άνδρες και γυναίκες σε όλων των ηλικιακών ομάδων.

Πρόσφατα δεδομένα που έρχονται από την Ισπανία δίνουν αποτελέσματα παρόμοια με τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης. Ως προς τον Ισπανικό πληθυσμό στη Γενική Ιατρική ο επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων ήταν υψηλότερος στις γυναίκες και αυξανόταν με την ηλικία, εύρημα παρόμοιο με τα παρόντα δεδομένα. Στα ισπανικά δεδομένα, η πιο συχνή νόσος ήταν η Αρτηριακή Υπέρταση(150) όπως και στην παρούσα μελέτη. Η νόσος ήταν επίσης συχνή σε άλλες δύο μελέτες από Ιταλία και Σουηδία(160,161). Είναι σημαντικό ότι οι μελέτες πραγματοποιήθηκαν σε Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μολονότι χρειάζονται δεδομένα από όλα τα επίπεδα παροχής φροντίδας για τον ορθό υπολογισμό του επιπολασμού της κάθε νόσου.(161) Μια προηγούμενη μελέτη από την Ελλάδα είχε επίσης καταδείξει τη σοβαρότητα της αρτηριακής υπέρτασης ως πρόβλημα της Δημόσιας Υγείας(162).

Σημαντικό πρόβλημα του κυκλοφορικού επίσης στην έρευνά μας αναδεικνύεται η Στεφανιαία Νόσος, η οποία είναι η κύρια αιτία θανάτου στο Δυτικό κόσμο στους άνδρες ηλικίας άνω των 45 ετών και στις γυναίκες άνω των 65 ετών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει η γεωγραφική κατανομή της

βαρύτητας της πάθησης, η θνησιμότητα της οποίας είναι πενταπλάσια στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης σε σχέση με αυτές της δυτικής. Σημειωτέων ότι στη Ελλάδα και σε αντίθεση με άλλες βορειοευρωπαϊκές (Βέλγιο, Ολλανδία, Φινλανδία) ή μεσογειακές (Γαλλία, Ιταλία) χώρες, η θνητότητα της στεφανιαίας νόσου κατά τη χρονική περίοδο 1970-1992 παρουσίασε αύξηση (96,97,98). Αυτό οφείλεται στην μεγαλύτερη κατανάλωση ζωικών τροφών, στην έλλειψη σωματικής άσκησης, κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα, και στο κάπνισμα (99). Η επίπτωση της Στεφανιαίας Νόσου, λαμβάνοντας υπόψη και την κατανομή της ηλικίας στον Ελληνικό πληθυσμό, εκτιμήθηκε ότι είναι 110 θάνατοι ανά 100.000 άτομα (θνησιμότητα). Με βάση το φύλο η επίπτωση των θανατηφόρων επεισοδίων της Σ.Ν. κατανέμεται ως εξής: 79 θάνατοι ανά 100.000 άνδρες και 31 θάνατοι ανά 100.000 γυναίκες. Η Σ.Ν. επιμένει να είναι ένα μέγιστο πρόβλημα και η υπ' αριθμόν μία αιτία θανάτου στο σύγχρονο κόσμο (100).

Μια άλλη σημαντική κατηγορία νοσηρότητας είναι αυτή του ενδοκρινικού-μεταβολικού συστήματος δηλαδή η διαταραχή των λιπιδίων (Υπερλιπιδαιμία, Υπερχοληστερολαιμία) και του σακχαρώδη διαβήτη. Σε μελέτη που διεξήχθη στη Νέα Υόρκη διαπιστώθηκε ότι το 28% των ενηλίκων πάσχουν από υπερλιπιδαιμία ενώ το 71% αυτών είναι γνώστες της πάθησής τους(163). Στον ελληνικό πληθυσμό, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της μελέτης «ΑΤΤΙCA», η υπερχοληστερολαιμία είναι πολύ συχνά εμφανιζόμενη, νόσος αφού υπολογίσθηκε ότι 3 εκατομμύρια Έλληνες (33%περίπου) έχουν αυξημένες τιμές χοληστερόλης (82).

Σύμφωνα με τον WHO, όσον αφορά στον σακχαρώδη διαβήτη, μέχρι το 2030 περισσότερα από 300 εκατομμύρια άνθρωποι θα έχουν εκδηλώσει

διαβήτη τύπου (II). Σήμερα στη χώρα μας το 6% πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου(II) (145). Η νόσος έχει υψηλότερο επιπολασμό στο δυτικό κόσμο καθώς υπάρχει σαφής ένδειξη συσχέτισης της νόσου με το σύγχρονο τρόπο ζωής, τις διατροφικές μας συνήθειες και την έλλειψη σωματικής άσκησης ενώ επίσης αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως, καθώς συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά επεισόδια, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, τύφλωση και ακρωτηριασμούς (110).

Άλλη μεγάλη κατηγορία με σημαντική νοσηρότητα είναι αυτή του αναπνευστικού συστήματος με δύο σημαντικά αναδυόμενα χρόνια νοσήματα με μεγάλη επίπτωση στην δημόσια υγεία παγκοσμίως που είναι η Χ.Α.Π. και το άσθμα. Μια σημαντική διαφορά του αναπνευστικού συστήματος ανάμεσα στα Ισπανικά και τα παρόντα δεδομένα είναι ο υπολογισθείς επιπολασμός για την ΧΑΠ, καθώς αυτή η νόσος φαίνεται να είναι συχνότερη στην Ισπανία απ' ό,τι στη Ελλάδα.(150) Ειδικότερα για τη Χ.Α.Π., είναι ευρέως γνωστό ότι ο επιπολασμός της εξαρτάται από τις καπνιστικές συνήθειες της χώρας,(164) παρόλο που υπάρχουν μελέτες που καταδεικνύουν υψηλά ποσοστά ΧΑΠ μεταξύ μη καπνιστών.(165) Στην Ελλάδα, το κάπνισμα είναι πολύ συχνό στις αστικές περιοχές,(166) ενώ λιγότερο συχνό στις μη αστικές(167). Το γεγονός ότι το ποσοστό καπνίσματος είναι χαμηλότερο στις μη αστικές περιοχές, όπου εμπλέκεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σε συνδυασμό με τη υποδιάγνωση της ΧΑΠ στην Ελλάδα (168) εξηγούν αυτή την διαφορά.

Εντούτοις υπάρχουν περιοχές με εντελώς διαφορετικά μοτίβα ασθενειών. Για παράδειγμα, δεδομένα από τη Αφρική καταδεικνύουν ως κύρια αίτια θανάτου στις υπο-σαχάριες περιοχές τις μεταδιδόμενες με επαφή, μητρικές και περιγεννητικές καταστάσεις(169). Μολονότι σε αυτές τις περιοχές το

μοτίβο νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι εντελώς διαφορετικό, έχει σημειωθεί άνοδος στις μη-μεταδιδόμενες νόσους(170).

Το άσθμα αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας και μελέτης παγκοσμίως, τόσο εξαιτίας των υψηλών ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας και της συνεπαγόμενης οικονομικής επιβάρυνσης των υγειονομικών υπηρεσιών, όσο και της συνεχώς αυξανόμενης επίπτωσης. Δεδομένα από το National Center of Health Statistics δείχνουν ότι υπάρχει μια αύξηση του άσθματος κατά 74% από το 1980 έως το 1996. Η αύξηση αφορά όλες τις ηλικίες ιδιαίτερα όμως παιδιά μικρότερα των 5 ετών (126). Η παγκόσμια επίπτωση του άσθματος είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, φαίνεται όμως ότι κυμαίνεται από 1-18% (127).

Από την ομάδα των μυοσκελετικών νοσημάτων η οστεοπόρωση και η οστεοαρθρίτιδα παρουσιάζουν αυξημένο επιπολασμό. Όσον αφορά την οστεοπόρωση το εκτιμώμενο κόστος των οστεοπορωτικών καταγμάτων στις ΗΠΑ το 1995 ήταν 13,8 δις δολάρια, ενώ είναι πολλαπλάσιο σήμερα κι αναμένεται να αυξάνεται εκθετικά τις επόμενες δεκαετίες. Η αύξηση της συχνότητας της οστεοπόρωσης και των επιπλοκών της σε σύγκριση με τις προηγούμενες δεκαετίες αποδίδεται στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, την καθιστική ζωή και την έλλειψη άσκησης (91).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών ερευνών για τις ρευματικές παθήσεις στην χώρα μας, στο γενικό πληθυσμό ενηλίκων παρατηρείται ότι η αρθρίτιδα είναι το πρώτο αίτιο νοσηρότητας, ενώ ταυτόχρονα ευθύνεται:

- α) Για το 39% όλων των χρόνιων προβλημάτων υγείας.
- β) Για το 47% της μακροχρόνιας λειτουργικής ανικανότητας.

γ) Για το 26% του βραχυχρόνιου περιορισμού δραστηριοτήτων, όπως απουσίες από την εργασία.

δ) Για το 20% όλων των ιατρικών επισκέψεων (103).

Μια άλλη σημαντική ομάδα νόσων που φαίνεται να είναι συχνές στον ελληνικό πληθυσμό αφορά στις νευροψυχιατρικές νόσους με σημαντικότερες την κατάθλιψη και το άγχος. Ειδικά οι διανοητικές διαταραχές είναι σημαντικό αίτιο χαμένων ετών υγιούς ζωής μεταξύ γυναικών 15-44 ετών(145). Επιπλέον νευροψυχιατρικές νόσοι έχουν επίσης παρατηρηθεί στο 16,5% αντιπροσωπευτικού δείγματος βορειοαφρικανών ενηλίκων(170).

Τα δεδομένα καταδεικνύουν ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι υψηλότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες. Υπολογίζεται ότι η νόσος προσβάλλει 340 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως το χρόνο. Ο επιπολασμός της στον ελληνικό αστικό πληθυσμό είναι περίπου 6,4%. Είναι συχνότερη στις γυναίκες, σε μοναχικά ή διαζευγμένα άτομα και σε αγροτικούς πληθυσμούς και προκαλεί πολλαπλά προβλήματα στους πάσχοντες (ατομική και οικογενειακή δυστυχία, επαγγελματική ανικανότητα, ατυχήματα, απώλεια εργασίας, δυσχέρειες στις διαπροσωπικές και συζυγικές σχέσεις κ.λ.π.). Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η κατάθλιψη είναι το κύριο αίτιο λήψης αναρρωτικής αδείας μεταξύ των ενηλίκων και το 4^ο αίτιο ανικανότητας/θανάτου παγκοσμίως (το 2020 αναμένεται να είναι το 2^ο αίτιο ανικανότητας/ θανάτου παγκοσμίως) (135).

Ένα από τα συμπεράσματα που αφορούν το φύλο και την ηλικία είναι ότι οι γυναίκες είναι εκείνες που έχουν το μεγαλύτερο φορτίο νοσηρότητας συγκριτικά με τους άνδρες, αλλά και ότι όλες οι νόσοι είναι συχνότερες στις ηλικίες >65 χρόνων ανδρών και γυναικών ασθενών. Αντίστοιχη κατανομή

διαπιστώθηκε σε Ισπανική μελέτη με τις γυναίκες και τους ηλικιωμένους να εμφανίζουν υψηλότερο επιπολασμό στα περισσότερα καταγεγραμμένα νοσήματα (150).

Όσον αφορά στην εποχιακή κατανομή των νοσημάτων στα 17 συστήματα, εποχιακή έξαρση στην έρευνά μας παρουσίασαν τα νοσήματα των συστημάτων, τα γενικά και μη καθορισμένα το καλοκαίρι, ο οφθαλμός την άνοιξη και το καλοκαίρι, το ούς το καλοκαίρι, το αναπνευστικό τον χειμώνα και την άνοιξη, το δέρμα το καλοκαίρι, και το πεπτικό το καλοκαίρι.

Κάνοντας συνοπτική αναφορά των περιπτώσεων νοσημάτων στα 17 συστήματα για την συνταγογραφία βρήκαμε ότι είναι αυτή που απασχολεί περισσότερο (57,8%), τα δε συστήματα που βαρύνει περισσότερο είναι αυτά του κυκλοφορικού, ενδοκρινικού-μεταβολικού, μυοσκελετικού, και ψυχολογικού: Για Ιατρική εξέταση αντιστοιχεί το (42,2%) και τα συστήματα που βαρύνει πιο πολύ είναι αυτά του αναπνευστικού, του μυοσκελετικού, τα γενικά και μη καθορισμένα, του πεπτικού, του κυκλοφορικού, και του δέρματος.

Επίσης τα χρόνια περιστατικά είναι εκείνα που υπερτερούν κατά κύριο λόγο στα συστήματα (57,5%) και βαρύνουν συγκεκριμένα αυτά του κυκλοφορικού, το ενδοκρινικού, του μυοσκελετικού, και ψυχολογικού συστήματος, τα δε οξέα περιστατικά αντιστοιχούν στο (41,3%) και βαρύνουν τα συστήματα του αναπνευστικού, μυοσκελετικού, τα γενικά και μη καθορισμένα, του πεπτικού, και δέρματος, τέλος ένα μικρό ποσοστό (1,2%) αντιστοιχεί σε οξέα και χρόνια περιστατικά, που βαρύνουν τα συστήματα, του κυκλοφορικού, αναπνευστικού, ενδοκρινείς- μεταβολισμού, και του μυοσκελετικού.

Συγκρίνοντας τα 10 συχνότερα χρόνια νοσήματα στις Η.Π.Α. (71), όπου οι ιατροί της Π.Φ.Υ. αποδεδειγμένα αφιερώνουν τον μισό σχεδόν του χρόνου τους ημερησίως για την αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων, διαπιστώνεται ότι τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας έρχονται σε πλήρη ταύτιση με αυτά των Η.Π.Α. αφού βρέθηκε ότι το ποσοστό των αντίστοιχων περιπτώσεων νοσημάτων που αντιμετωπίζονται και στα 4 Κ.Υ. σε καθημερινή βάση στη Θεσσαλία σε βάθος χρόνου ενός έτους αγγίζει το (45,8%), αντικατοπτρίζοντας περίπου τον ίδιο χρόνο ημερησίως.

Κάνοντας δε σύγκριση με τα αντίστοιχα νοσήματα της δικής μας έρευνας στην Θεσσαλία σε σειρά κατάταξης αποτυπώνονται αρκετές διαφορές οι οποίες κατανέμονται ως εξής:

Στα 3 πρώτα νοσήματα των Η.Π.Α τα 2 είναι ίδια με τα δεδομένα της έρευνας, δηλαδή Α.Υ. και Υπερλιπιδαιμία, ενώ υπάρχει μεγάλη διαφορά ως προς την Σ.Ν. ανάμεσα στα δεδομένα της έρευνας στη Θεσσαλία και στις Η.Π.Α. ως εξής: η Σ.Ν. είναι τρίτη στη Θεσσαλία, ενώ στις Η.Π.Α. δέκατη και τελευταία. Το ίδιο συμβαίνει με την κατάθλιψη, που στις Η.Π.Α. είναι τρίτη, ενώ στα δεδομένα μας όγδοη.

Στα υπόλοιπα επτά νοσήματα είναι σχεδόν στην ίδια κατάταξη ο Σ.Δ. και η αρθρίτιδα, ενώ διαφορές παρατηρούνται στο άσθμα, που στις Η.Π.Α. είναι τέταρτο, ενώ στη Θεσσαλία δέκατο, ενώ η Χ.Α.Π. στη Θεσσαλία είναι στην έκτη θέση και στις Η.Π.Α. στην ένατη. Το άγχος επίσης κατέχει την έβδομη θέση στις Η.Π.Α. και την ένατη στην Θεσσαλία και αντίστοιχα η οστεοπόρωση βρίσκεται στην όγδοη θέση για τις Η.Π.Α. και στην πέμπτη θέση για τη Θεσσαλία (71).

Αντιθέτως όσον αφορά στην κατανομή των χρόνιων νοσημάτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ισπανία, διαπιστώθηκε ότι η αρτηριακή υπέρταση παρουσιάζει τον υψηλότερο επιπολασμό, ενώ ακολουθούν οι ψυχικές διαταραχές και οι αλλεργίες. Έπονται, με μικρότερο ωστόσο επιπολασμό, η οσφυαλγία και η υπερλιπιδαιμία (150).

Όσον αφορά την εποχιακή κατανομή των παραπάνω 10 χρόνιων νοσημάτων σημαντική διακύμανση παρουσιάζουν το άσθμα, με αύξηση το φθινόπωρο και την άνοιξη, η Χ.Α.Π. με αύξηση το φθινόπωρο και τον χειμώνα, η αρθρίτιδα με αύξηση την άνοιξη και η οστεοπόρωση με αύξηση το φθινόπωρο.

Με τον ίδιο τρόπο που έγινε αναφορά των περιπτώσεων νοσημάτων στα συστήματα γίνεται και στα 10 χρόνια νοσήματα, και προκύπτει ότι στη συντριπτική πλειοψηφία αφορά την συνταγογραφία (84,3%) τα δε νοσήματα που είναι συχνότερα είναι η αρτηριακή υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, και η οστεοπόρωση, ενώ σε ιατρική εξέταση αντιστοιχεί το (15,5%), με συχνότερα νοσήματα την αρτηριακή υπέρταση, την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, τον σακχαρώδη διαβήτη, την αρθρίτιδα και το άγχος.

Και στα 10 χρόνια νοσήματα τα χρόνια περιστατικά είναι εκείνα που υπερτερούν με ποσοστό (88,6%), με συχνότερα αυτά της αρτηριακής υπέρτασης, της στεφανιαίας νόσου, της υπερλιπιδαιμίας, του σακχαρώδη διαβήτη, και της οστεοπόρωσης, ενώ τα οξέα περιστατικά αντιστοιχούν στο (10,3%) με συχνότερα την αρτηριακή υπέρταση, το άγχος, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, την αρθρίτιδα και το άσθμα.

Στην έρευνα που προηγήθηκε με ερωτηματολόγια για την άποψη των διευθυντών των 17 Κ.Υ. της Θεσσαλίας για το αν ο βαθμός στελέχωσης σε ιατρικό προσωπικό είναι επαρκής, το 70% θεωρεί ότι είναι καλός έως πολύ καλός, όσον αφορά τους επισκέπτες ιατρούς ειδικοτήτων ανέφεραν τις ειδικότητες, με κύριες αυτές της καρδιολογίας, ορθοπεδικής, χειρουργικής, γυναικολογίας, και ψυχιατρικής, (με την επισήμανση, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας, ότι στην Θεσσαλία επιβάλετε να προστεθούν ως ειδικότητες επισκεπτών ιατρών στα Κ.Υ. αυτές της πνευμονολογίας και της ενδοκρινολογίας) για την συχνότητα δε των επισκέψεων αυτών δεν απαντούν, διότι ο θεσμός των επισκέψεων έχει συρρικνωθεί έως και εγκαταλειφθεί. Ερωτηθέντες για τα συχνότερα νοσήματα της περιοχής ευθύνης τους, τα νοσήματα που αναφέρουν ταυτίζονται απόλυτα με αυτά της βιβλιογραφίας και κατ' επέκταση της έρευνας μας, που σημαίνει ότι τα φάσμα των χρόνιων νοσημάτων είναι γνωστό σ' αυτούς από προσωπική εμπειρία αλλά και από τα τηρούμενα αρχεία τους. Επίσης θεωρούν ότι η καθιέρωση ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου θα βοηθούσε πολύ στα Κ.Υ.

Η ύπαρξη επιδημιολογικών δεδομένων έχει σχέση με την ύπαρξη συστημάτων καταγραφής. Υπάρχουν μελέτες που έχουν δώσει έμφαση στη χρησιμότητα των ηλεκτρονικών αρχείων καταγραφής στην κλινική πρακτική. Στον Καναδά ανακοινώθηκε προσφάτως η ανάπτυξη ενός παν-καναδικού δικτύου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας(171). Εντούτοις, δεν έχουν υιοθετηθεί ευρέως αυτά τα αρχεία ούτε στα Νοσοκομεία των ΗΠΑ(172).

Παρόλο που η ύπαρξη τέτοιων αρχείων φαίνεται ουσιαστική, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πολύ μικρό το ποσοστό των ιατρών που τα χρησιμοποιούν.(146) Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν τέτοια δεδομένα, καθώς

δεν υφίσταται ιατρικός ηλεκτρονικός φάκελος. Εκτιμούμε ότι μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες, σαν την παρούσα, θα χρησιμεύσουν στο σχεδιασμό για τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα.

Παρά τον μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη υπάρχουν σ' αυτή αρκετοί περιορισμοί. Ένας περιορισμός οφείλεται σε γεωγραφικούς λόγους, αφού το δείγμα είναι πιθανό να είχε αρκετές διαφορές σε σύγκριση με το σύνολο του πληθυσμού. Αυτές οι διαφορές έχουν να κάνουν με την πρόσβαση των κατοίκων σε τριτοβάθμια Νοσοκομεία και με τον εξοπλισμό του κάθε κέντρου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπλέον, τα Κ.Υ. που επιλέχθηκαν αντιστοιχούν σε επαρχιακές περιοχές. Εντούτοις, προσπαθήσαμε να ελαχιστοποιήσουμε τις διαφορές μέσω του αριθμού των εποχιακών επισκέψεων σε κάθε Κ.Υ., καθώς και μέσω του μεγάλου αριθμού συμμετεχόντων. Πρέπει να αναφερθεί ότι στην μελέτη συμμετείχε το 16% του συνολικού πληθυσμού ευθύνης, που καλύπτεται από τα Κ.Υ. που επιλέχθηκαν.

Συμπερασματικά, το φάσμα των χρόνιων παθήσεων στη Ελλάδα φαίνεται να είναι παρόμοιο με αυτό που παρατηρείται στην Ευρώπη, ειδικά στις μέσου και υψηλού εισοδήματος χώρες. Η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερλιπιδαιμία, οι παθήσεις του κυκλοφορικού (Σ.Ν.) και η κατάθλιψη φαίνεται να είναι οι συχνότερες παθήσεις. Εντούτοις, η έλλειψη ηλεκτρονικών αρχείων στην Ελλάδα περιπλέκει τον σχεδιασμό προληπτικών τακτικών στη πρωτοβάθμια φροντίδα. Στην Ελλάδα υφίσταται η ανάγκη της καταγραφής των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ώστε να αναγνωριστεί το μοτίβο των νόσων και να υιοθετηθούν νέες στρατηγικές πρόληψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Η πραγμάτωση του

εθνικού συστήματος καταγραφής θα παράσχει τοπικά δεδομένα και θα ανάγει τις υπηρεσίες υγείας στον γενικό πληθυσμό.

Γ) ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Οικονόμου Χ. Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος, 2004.
- 2) Αγραφιώτης Δ. Πολιτιστικές αβεβαιότητες. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1999.
- 3) Ταπεινός Γ, Κοντογιώργης Γ. Η ελληνική Κοινωνία στο τέλος του 20^{ου} αιώνα. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 1995.
- 4) Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *British Journal of General Practice* 2001; 51: 303-9.
- 5) World Health Organization. Constitution Geneva WHO, 1946.
- 6) World Health Organization. Alma –Ata. Primary Health Care (Health For All Series No (1). Geneva: World Health Organization, 1978.
- 7) Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Τομέας Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής. Μαθήματα Δημόσιας Υγείας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2005.
- 8) Wilkinson ER, Marmot M. Social determinants of Health – The Solid facts. WHO, 1998- 2003.
- 9) Beaglehole R, Bonita R. Public Health at the Crossroads. 2nd ed: Cambridge University Press, 2004.
- 10) Beaglehole R, Bonita R. Public Health at the crossroads. Achievements and Prospects. 2nd Ed: Cambridge University press, 2004.
- 11) Lawlor D, Frankel S, Shaw M. et al. Smoking and ill health: does lay epidemiology explain the failure of smoking cessation programs among deprived populations? *Am J Pub Hlth* 2003; 93 : 266-70.

- 12) Beaglehole R, Davis P. Setting national health goals and targets in the context of a fiscal crisis: the politics of social choice in New Zealand. *Int.J.Hlth Serv* 1992; 22: 417-28.
- 13) Seed house D. The way around health economics' dead end. *Halt Care Anal* 1995; 3: 205-20.
- 14) Hill HW. *The New Public Health*. New York. Macmillan, 1916.
- 15) Ashton J, Seymour H. *The New Public Health*. Milton Keynes: Open University Press, 1988.
- 16) Lalonde MA. *New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: National Health and Welfare, 1974.
- 17) McGinnis JM. Setting objectives for public health in the 1990s: experience and prospects. *Ann Rev Pub Hlth* 1990; 11: 231-49.
- 18) *The European Health Report*. WHO Regional Publications, European Series No 97, 2002.
- 19) World Health Organization. Alma –Ata. *Primary Health Care (Health For All Series No (1))*. Geneva: World Health Organization, 1978.
- 20) Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New Engl J Med* 1979; 301: 967-74.
- 21) Rifkin SB, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning “comprehensive primary health care” and “selective primary health care”. *Soc Sci Med* 1986; 6: 559-66.
- 22) *The changing role of Public Health in the European Region*. Document EUR/RC49/10, Regional Committee for Europe 49th session, Florence 13-17, 1999.

- 23) Pencheon D, Guest Ch, Melzer D, Muir Gray JA. Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford University press, 2002.
- 24) Powles J, Comim F. Public health knowledge and infrastructure. In: Smith R, Beaglehole R, Woodward D, Drager N. Global Public Goods for Health. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- 25) McMichael AJ. Prisoners of the proximate: loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 887-97.
- 26) Holland WW. The hazards of epidemiology. *Am J Pub Hlth* 1995; 85:616-7.
- 27) Walth G. How far does research influence policy; *Eur J Pub Hlth* 1994; 4:233-5.
- 28) Beaglehole R. Global cardiovascular disease prevention: time to get serious. *Lancet* 2001; 358: 661-3.
- 29) Network: The newsletter of the New England Research Institutes. Summer/Fall, 1995.
- 30) Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 2001-2002. Geneva: Global Forum for Health Research, 2002.
- 31) World Development Report. Investing in Health, World Development Indicators. New York: Oxford University Press, 1993.
- 32) World Health Organization Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Investing in Health Research and Development. Geneva: World Health Organization, 1995.
- 33) Hellenic Republic, Ministry of Health & Welfare. Health Care & Welfare in Greece. Athens, 2003.

- 34) WHO. New challenges for Public Health. Report of an Interregional Meeting. Geneva, 1996.
- 35) Coicoechea J. General practice and primary health care: A policy decision. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και γενική ιατρική στην Ελλάδα. Ακαδημία επαγγελματιών υγείας: Πάτρα, 1995.
- 36) WHO. Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata: USSR, 1978.
- 37) Bash P. Textbook of International Health. Oxford University Press, 1990.
- 38) Λιονής Χ. Γενική ιατρική και στρατηγική ανάπτυξης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 1992; 3(1):113-4.
- 39) Κουτής Α. Αλλαγή παραδείγματος στην Ιατρική. Η εισαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 1992;4: 193-8.
- 40) Kleczkowski B, Elling R, Smith D. Health system support for primary health care. A study based on the technical discussions held during the 34th Assembly 1981. Geneva: WHO, 1984.
- 41) WHO. Global Strategy for Health for All by the year 2000. Geneva, 1981.
- 42) Κυριόπουλος Γ. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα. Στο σταυροδρόμι των επιλογών. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, 1995.
- 43) Λιονής Χ, Κουτής Α. Προτάσεις ανάπτυξης του Ελληνικού κέντρου υγείας. Ιατρική 1992;62:392-97
- 44) Nettleton S. Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθητώ, 1995.
- 45) Τσερμενίδης Ι. Κάλυψη με εμβολιασμούς ενός παιδικού πληθυσμού. Παιδιατρική,1993;56:511-20.

- 46) Μπένος Α. Ικανοποίηση ασθενών - χρηστών Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου. Θεσσαλονίκη: Πρακτικά 8^{ου} Βορειοελλαδικού Ιατρικού Συνεδρίου, 1993.
- 47) Τούντας Γ. Υπηρεσίες Υγείας. ΤΕΙ Αθήνας, 1993
- 48) Theodorou M. Organizational Structure and Management. In Health Care systems in transition:GREECE. European Observatory on Health Care Systems, 2004, (accepted for publication).
- 49) Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ. και συν. Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 1995.
- 50) Θεοδώρου Μ. Συστήματα υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 2001.
- 51) Θεοδώρου Μ. Εκτίμηση των οικονομικών επιπτώσεων των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων για την ΠΦΥ, εργαστήριο οργάνωσης και αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας. Στο: ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, ΤΣΑ, ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ: Η οικονομική αποτύπωση της ΠΦΥ και πιθανά σενάρια κόστους εν όψει τις μεταρρύθμισης. Αθήνα: Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Αθηνών, 2001.
- 52) Siskou O, Gounaris Ch. Financial Resource Allocation. In Health Care Systems in Transition: GREECE. European Observatory on Health Care Systems, 2004, (accepted for publication).
- 53) Αργυριάδου Σ, Θεοδώρου Μ, και συν. Θεωρία και πρακτική της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας. Πειραιάς: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τρίτο (ΠΕΣΥΠ) Αττικής, 2005.
- 54) Ιστοσελίδα δήμου της Αθήνας: <http://www.cityofAthens.gr>, πληροφορίες για τις δραστηριότητες του Δήμου Αθηναίων στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

- 55) Ζηλίδης ΔΧ. Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press, 1995.
- 56) Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ). Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την πρωτοβάθμια φροντίδα. Αθήνα, 1985.
- 57) Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ). Σκοπός και λειτουργία των Κέντρων Υγείας. Αθήνα, 1985.
- 58) Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ). Πλαίσιο ιατρικής στελέχωσης Κ.Υ. μη αστικών περιοχών. Αθήνα, 1984.
- 59) Μαρουδιάς Ν. «Ιατρικός πληθωρισμός»: Προβλήματα και προοπτικές. Αθήνα: Πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο, 2001.
- 60) Χαραλαμπίδου Ε. Επαγγελματική ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο χώρο του Νοσοκομείου. Αθήνα: Τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1996.
- 61) Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας. Human Resources for Health Care. OECD Health Project. Διακρατική μελέτη υπό το συντονισμό του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, 2002.
- 62) Buchan J, Calman L. Skill mix and policy change in the health Workforce. Nurses in Advanced Roles. Paris: OECD Health Working Paper, 2004.
- 63) WHO/ Regional office for Europe: A chapter for general practice/family medicine in Europe. Copenhagen, 1995.
- 64) Δημολιάτης Γ, Κυριόπουλος Γ, Λάγγας Δ, Φιλαλήθης Τ. Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, 2006.

- 65) Λιονής Χ. Μερκούρης ΜΠ. Απόψεις για την σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000;12(1):7-9.
- 66) Kark SL. The practices of Community- Oriented Primary Health Care. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.
- 67) WHO: Global Strategy for Health for all by the year 2000. Geneva, 1981.
- 68) Ζηλίδης Χ, Φιλαλήθης Α. Πολιτική για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Materia Medica Greca* 1992; 20:3-12.
- 69) Μποδοσάκης Π, Μερκούρης Ρ. Η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα και τον κόσμο. WONCA-ICPC: Διεθνείς δραστηριότητες με στόχο την καθιέρωση παγκόσμιου συστήματος ταξινόμησης των όρων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Διεθνής ταξινόμηση συστημάτων και νόσων της Πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας 1993;5(4) 221-31.
- 70) Κορνάρου Ε, Ρουμελιώτου Α, "Η Δημόσια Υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" Θέματα Επιδημιολογίας, Μεθοδολογίας της Έρευνας και Στατιστικής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 2007.
- 71) Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Cradison M, Micbener LJ. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med* 2005;3(3):209-14.
- 72) Duffy SJ, Meredith IJ. Treating mildly elevated lipids. *Current Therapeutics* 1996; 37(4):49-58.
- 73) Mutragh J. Murtagh's General Practice. 4th Ed: McGraw Hill, 2007.
- 74) Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344:1383-9.

- 75) Pitt B, Mancini BJ, Ellis SG, et al. Pravastatin limitation of atherosclerosis in the coronary arteries (PLAC I): reduction in atherosclerosis progression and clinical events. *J Am Coll Cardiol* 1995; 26:1133-9.
- 76) Byington RP, Furberg CD, Crouse JR et al. Pravastatin, lipids and atherosclerosis in the carotid arteries (PLAC II). *Am J Cardiol* 1995; 76:54C-59C.
- 77) Furberg CD, Adams HP, Applegate WB, et al, for the Asymptomatic Carotid Plaque Study (ACAPS) Research Group. Effect of lovastatin and warfarin on early carotid atherosclerosis and cardiovascular. *Circulation* 1994;90:1679-87
- 78) Salonen R, Nyyssonen K, Porkkala-Sarataho E, Salonen JT. The Kuopio Atherosclerosis Prevention Study (KAPS): effect of pravastatin treatment on lipids, oxidation resistance of lipoproteins, and atherosclerosis progression. *Am J Cardiol* 1995; 76:34C-39C.
- 79) Jukema JW, Bruschke AVG, van Boven A, et al. Effects of lipid lowering by pravastatin on progression and regression of coronary artery disease in symptomatic men with normal to moderately elevated serum cholesterol levels. The Regression Growth Evaluation Statin Study (REGRESS). *Circulation* 1995; 91:2528-40.
- 80) Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolaemia. *N Eng J Med* 1995; 333:1301-7.
- 81) Department Human Services and Health. Schedule Benefits. Canberra: Commonwealth of Australia, 1996, 25-28.
- 82) Pitsavos C, Panagiotakos DB, Chrysohoou C, Stefanadis C. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece. Aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health* 2003;3:32.

- 83) Hypertension Guideline Committee, 1991 report. Hypertension: diagnosis, treatment and maintenance. Adelaide: Research Unit RACGP (South Australian Faculty), 1991.
- 84) The 1988 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. National High Blood Pressure Education Program. Bethesda, Maryland: National Heart, Lung and Blood Institute, National Institute of Health. NIH Publication No. 88, 1988
- 85) Sloane PD, Slatt PD, Baker RM. Essentials of family medicine. Baltimore: Williams and Wilkins. 1988; 149-153.
- 86) Bates B. A guide to physical examination and history taking, 5th edn. Philadelphia: Lippincott, 1991; 284.
- 87) <http://www.zngg.org.nz> ή <http://www.heartfoundation.com>.
- 88) Kanis JA, Melton LI, Christiansen C, et al. The diagnosis of osteoporosis. J Bone Miner Res 1994;9:1137-41
- 89) Johnell O, Kanis J, Oden A, et al. Mortality after osteoporotic fractures. Osteoporos Int 2004;15(1):38-42.
- 90) Melton LI, Chrischilles E, Cooper C, et al. How many women have osteoporosis? J Bone Miner Res 1992;7:1005-10
- 91) Ray N, Chan J, Thamer M, Melton Lr. Medical expenditures for the treatment of osteoporotic Fractures in the United States in 1995: report from the National osteoporosis Foundation. J Bone Miner Res 1997;12(1):24-35.
- 92) Kanis J. Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. Lancet 2002;359(9321):1929-36.

- 93) Delmas P, Seeman E. Changes in bone mineral density explain little of the reduction in vertebral or nonvertebral fracture risk with anti-resorptive therapy. *Bone* 2004;34(4):599-604.
- 94) Sarkar S, Reginster J, Crans G, et al. Relationship between changes in biochemical markers of bone turnover and BMD to predict vertebral fracture risk. *J Bone Miner Res* 2004;19:394-401
- 95) Heaney R. BMD: the problem. *Osteoporosis Int* 2005;16(9):1013-5.
- 96) Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10 year results from 37 WHO MONICA Project Populations. *Lancet* 1999;353:1547-57.
- 97) Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000;335:675-87.
- 98) Tunstall-Pedoe H, Vanuzzo D, et al. Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, events rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000; 355:688-700.
- 99) Τούτουζας ΚΠ. Η καρδιά σου και πως θα την προστατέψεις, Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας. Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, 1994.
- 100) <http://www.ln.Cardiology.gr>.
- 101) Τριποσκιάδης Φ. Καρδιολογία 1^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός, 2003.
- 102) Hart FD. Practical problems in rheumatology. London Dunitz, 1985; 77.
- 103) <http://www.elire.gr>

- 104) Buckwalter JA, Martin J. Sports and Osteoarthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2004; 16(5):634-9
- 105) Fassbender HG. Rheumatoid Arthritis In: Pathology and Pathobiology of Rheumatic Diseases. 2nd Ed. Springer, 2002; 55-160.
- 106) Peyron JC. The Epidemiology of Osteoarthritis. In: Osteoarthritis, Diagnosis and management. Philadelphia: WB Saunders Company, 1992:9-27.
- 107) Resnick B. Managing arthritis with exercise. *Geriatric Nursing* 2001;22:(3),143-50.
- 108) Dickson J, Hosie G. Osteoarthritis Your Questions Answered. Ελληνική έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Βαγιωνάκη, 2005.
- 109) Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. *Ann Rheum Dis* 2001, 60:91-97.
- 110) <http://www.endo.gr>
- 111) Harrison. Εσωτερική Παθολογία, 16^η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου, 2005.
- 112) Welborn TA. Diabetic mellitus. In: MIMS Disease Index, 2nd edn. Sydney: IMS Publishing, 1996; 149-152.
- 113) Nankervis A, Farrance I, Clague A. Revised criteria for diagnosis of diabetes. *Med J Aust* 1993;158:566-67.
- 114) Welbron T, et al. National diabetic study. *Metabolism, Clinical and Experimental*, 1997.
- 115) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO workshop report. Bethesda, National Heart,

Lung and Blood Institute, 2001; Update of the Management Sections, GOLD website (www.goldcopd.com). Date updated: (2003).

116) Tzanakis N, Anagnostopoulou U, Filaditaki V, Christaki P, Siafakas N. Prevalence of COPD in Greece. *Chest* 2004; 125 (3):892-900.

117) Laurell CB. Electrophoretic Microheterogeneity Of Serum Alpha-1 Antitrypsin. *Scand J Clin Lab Invest* 1965;17:271-4.

118) Feinleib M, Rosenberg HM, Collins JG, et al. Trends in COPD morbidity and mortality in the United States. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140:S9-18.

119) Hagstrom B, Nyberg P, Nilsson PM. Asthma in adult life--is there an association with birth weight? *Scand J Prim Health Care* 1998; 16:117-20.

120) Holt PG. Immune and inflammatory function in cigarette smokers. *Thorax* 1987; 42:241-9.

121) Kauffmann F, Drouet D, Lellouch J, et al. Twelve years spirometric changes among Paris area workers. *Int J Epidemiol* 1979; 8:201-12.

122) Tao X, Hong CJ, Yu S, et al. Priority among air pollution factors for preventing chronic obstructive pulmonary disease in Shanghai. *Sci Total Environ* 1992; 127:57-67.

123) Samet JM, Marbury MC, Spengler JD. Health effects and sources of indoor air pollution. Part II. *Am Rev Respir Dis* 1988; 137:221-42.

124) Prescott E, Vestbo J. Socioeconomic status and chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1999; 54:737-41.

125) Global Initiative for Asthma. GINA workshop report, Global strategy for Asthma Management and prevention. Revised 2006, Available on <http://www.ginasthma.org>.

- 126) Weiss ST, Shore S. Obesity and asthma: directions for research. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 169:963-8.
- 127) Holgate ST. Genetic and environmental interaction in allergy and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 104:1139-46.
- 128) Busse WW, Lemanske RF. Asthma. *N Engl J Med* 2001; 344:350-62.
- 129) Levy ML, Fletcher M, Price DB, et al. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: diagnosis of respiratory diseases in primary care. *Prim Care Respir J* 2006; 15:20-34.
- 130) Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, et al. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur Respir J* 2005; 26:948-68.
- 131) <http://katathlipsi.gr>
- 132) <http://www.depression anxiety.gr>
- 133) Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 1997.
- 134) Burrows GD. Depressive disorders. In: MIMS Disease Index. 2nd edn. Sydney: IMS Publishing, 1996; 139-141.
- 135) Σωτηρόπουλος Α, Σκληρός Ε, Τούντας Χ. Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ελληνική εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Σελίδα, 2008.
- 136) Wilkinson G. Anxiety: recognition and treatment in general practice. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1992, 5-62
- 137) Vine RG, Judd FK. Anxiety disorders and panic states. In: MIMS Disease Index, 2nd edn. Sydney: IMS Publishing, 1996; 43-45.

- 138) Gelder M. Diagnosis and management of anxiety and phobic states. *Medicine International* 1988; 45:1857-61.
- 139) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 140) Νόμοι για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από το 1983.
- 141) Theodorakis PN, Mantzavinis GD. Inequalities in the distribution of rural primary care physicians in two remote neighboring prefectures of Greece and Albania. *Rural and Remote Health* 2005;5:45.
- 142) Starfield B, Lemke WK, Herbert R, Pavlovicb DW, Anderson G. Comorbidity and the Use of Primary Care and Specialist in the Elderly. *Ann Fam Med* 2005; 3: 215-22.
- 143) European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in transition:Albania.(Online)2005. Available:<http://www.euro.who.int/observatory>
- 144) Pigeot I, De Henauw S, Foraita R, Jahn I, Ahrens W. Primary prevention from the epidemiology perspective: Three examples from the practice. *BMC Med Res Methodol* 2010;10(1):10
- 145) WHO. The global burden of disease: 2004 update 2008. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html.
- 146) Shea S, Hripcsak G. Accelerating the use of electronic health records in physician practices. *N Engl J Med* 2010;362(3):192-5.
- 147) WONCA. International classification of primary care. ICPC-2, 2nd edn.; Barcelona:Masson(1999).

- 148) Verbeke M, Schrans D, Deroose S, De Maeseneer J. The International Classification of Primary Care (ICPC-2): an essential tool in the EPR of the GP. *Stud Health Technol Inform* 2006;124:809-14.
- 149) Soler JK, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Fam Pract* 2008;25(4):312-7.
- 150) Esteban-Vasallo MD, Dominguez-Berjon MF, Astray-Mochales J, Genova-Maleras R, Perez-Sania A, Sanchez-Perruca L, et al. Epidemiological usefulness of population-based electronic clinical records in primary care: estimation of the prevalence of chronic diseases. *Fam Pract* 2009;26(6): 445-54.
- 151) Λιονής Χ. Κάνοντας την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεσματική στην καθ' ημέρα πράξη. Ηράκλειο Κρήτης: Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας-Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης, 2002.
- 152) Λιονής Χ, Κουτής Α. Πρόταση ανάπτυξης του ελληνικού Κέντρου Υγείας. Η εμπειρία από το Κέντρο Υγείας Σπήλιου. *Ιατρική* 1992, 62:392-7.
- 153) Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality *BMJ* 2001; 322: 1413-7.
- 154) Mc Coll A, Smith H, et al. General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey *BMJ* 1998; 316:361-5.
- 155) Thomson R, Lavender M, et al. How to ensure that guidelines are effective *BMJ* 1995; 311:237-42.
- 156) Tomlin Z, Humphrey C, et al. General practitioners' perceptions of effective health care *BMJ* 1999; 318: 1532-5

157) Ronald M, Cambell S, et al. Clinical governance: a convincing strategy for quality improvement? *Journal Manag Med* 2001; 15: 188-201.

158) Mc Coll A, Ronald M. Knowledge and information for clinical governance, *BMJ* 2000; 321 (7265): 871-4.

159) Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, Mariolis-Sapsakos T, Marayiannis K, Papathanasiou M, et al. Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece. *BMC Health Serv Res* 2008;8:124.

160) Cricelli C, Mazzaglia G, Samani F, Marchi M, Sabatini A, Nardi R, et al. Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases. *J Public Health Med* 2003;25(3):254-7.

161) Wirehn AB, Karlsson HM, Carstensen JM. Estimating disease prevalence using a population-based administrative healthcare database. *Scand J Public Health* 2007;35(4):424-31.

162) Pitsavos C, Miliadis GA, Panagiotakos DB, Xenaki D, Panagopoulos G, Stefanadis C. Prevalence of self-reported hypertension and its relation to dietary habits, in adults; a nutrition & health survey in Greece. *BMC Public Health* 2006;6:206.

163) Upadhyay UD, Waddell EN, Young S, Kerker BD, Berger M, Matte T, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of high LDL cholesterol in New York City. *Prev Chronic Dis* 2010;7(3):A61.

164) Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic

obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 15:176(6):532-55.

165) Lamprecht B, Schirnhofner L, Kaiser B, Buist S, Studnicka M. Non-reversible airway obstruction in never smokers: results from the Austrian BOLD study. *Respir Med* 2008;102(12):1833-8.

166) Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Skoumas I, Stefanadis C. Prevalence and five-year incidence (2001-2006) of cardiovascular disease risk factors in a Greek sample: the ATTICA study. *Hellenic J Cardiol* 2009; 50(5):388-95.

167) Tzanakis N, Anagnostopoulou U, Filaditaki V, Christaki P, Siafakas N. Prevalence of COPD in Greece. *Chest* 2004;125(3):892-900.

168) Minas M, Dimitropoulos K, Pastaka C, Papadopoulos D, Markoulis N, Gourgoulisanis KI. Global initiative for chronic obstructive lung disease for chronic obstructive pulmonary disease: GOLD opportunity for lung disorders. *Prev Med* 2005;40(3):274-7.

169) Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;3;349(9061):1269-76.

170) Mayosi BM, Flisher AJ, Lalloo UG, Sitas F, Tollman SM, Bradshaw D. The burden of non-communicable diseases in South Africa. *Lancet* 2009 12;374(9693):934-47.

171) Birtwhistle R, Keshavjee K, Lambert-Lanning A, Godwin M, Greiver M, Manca D, et al. Building a pan-Canadian primary care sentinel surveillance network: initial development and moving forward. *J Am Board Fam Med* 2009;22(4):412-22.

172) Jha AK, DesRoches CM, Campbell EG, Donelan K, Rao SR, Ferris TG, et al. Use of electronic health records in U.S. hospitals. *N Engl J Med* 2009;16;360(16):1628-38

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί πυλώνα του συστήματος υγείας μιας χώρας. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας στο οποίο ο γενικός γιατρός παίζει έναν σημαντικό και κεντρικό ρόλο.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα μπορεί να φανούν πολύ χρήσιμα στον σχεδιασμό νέων στρατηγικών πρόληψης, ειδικά στην Π.Φ.Υ.. Αναφορικά για τα χρόνια προβλήματα υγείας υπάρχουν παγκόσμια δεδομένα που καταδεικνύουν τον επιπολασμό, την νοσηρότητα και θνησιμότητα πολλών νοσημάτων.

Η καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων μπορεί να πραγματοποιηθεί με την ανάπτυξη ηλεκτρονικών αρχείων υγείας και είναι δυνατό να βοηθήσει στην αναγνώριση του φάσματος πολλών νοσημάτων σε κάθε περιοχή. Είναι φανερό ότι η χρήση τέτοιων αρχείων είναι θεμελιώδης.

Εξάλλου, η διεθνής ταξινόμηση όρων συστημάτων και νόσων της πρωτοβάθμιας φροντίδας (I.C.P.C.) εόρτασε πρόσφατα τα 21 έτη ύπαρξής της. Είναι φανερό ότι αυτή η κωδικοποίηση είναι πολύ εύκολη και πολύ χρήσιμη στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Εντούτοις, στη Ελλάδα υπάρχει έλλειψη τέτοιων δεδομένων. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση της νοσηρότητας, ο υπολογισμός επιπολασμού και νοσηρότητας βάσει των 17 συστημάτων του I.C.P.C. και των δέκα χρόνιων νοσημάτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην περιοχή της Θεσσαλίας στην Κεντρική Ελλάδα σε ένα δείγμα ημιαστικού και αγροτικού πληθυσμού, και η κατάδειξη των διαφορών στην νοσηρότητα μεταξύ των φύλλων καθώς και μεταξύ νέων και γηραιότερων. Επιπρόσθετα η μελέτη φιλοδοξεί να καταδείξει την κατανομή των ιατρών της Π.Φ.Υ. που εργάζονται

σε αυτά με απώτερο σκοπό το βαθμό πιθανής σχέσης νοσηρότητας και ανεπάρκειας ιατρικών ειδικοτήτων.

Μελετήθηκε δείγμα 20.299 ατόμων, οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα (<65χρόνων >65χρόνων) οι περισσότεροι συμμετέχοντες ασθενείς ήταν ηλικιωμένες γυναίκες. Στην πρώτη ηλικιακή ομάδα (<65 χρόνων) οι άντρες ήταν νεότεροι (48 έναντι 51ετών), ενώ στην δεύτερη ηλικιακή ομάδα (>65χρόνων) οι άντρες ήταν γηραιότεροι των γυναικών (74 έναντι 73ετών). Σε όλες τις ομάδες οι περισσότεροι υπέφεραν από 1 νόσο, εντούτοις υπάρχουν πολλές αποκλίσεις. Για παράδειγμα, τα άτομα >65 ετών και ειδικά οι γυναίκες είχαν δύο ή περισσότερους νόσους σε σημαντικό ποσοστό. Επιπλέον, στις ομάδες των δύο ή περισσότερων ασθενειών τα ποσοστά των γυναικών είναι μεγαλύτερα από αυτά των ανδρών και στις δύο ηλικιακές ομάδες.

Ως προς τον επιπολασμό του κάθε συστήματος και νόσου εκφρασμένο ανά 10.000 κατοίκους πιο συχνές νόσοι αφορούν κυκλοφορικές διαταραχές 553,9/10.000 κατοίκους (η αρτηριακή υπέρταση 293,2/10.000 και η στεφανιαία καρδιακή νόσος 183/10.000 έχουν σημαντικό επιπολασμό). Άλλες συχνές νόσοι είναι αυτές του ενδοκρινικού συστήματος 319,9/10.000 κατοίκους (ειδικά διαταραχές λιπιδίων 159,7/10.000 και σακχαρώδης διαβήτη 116/10.000). Τα μυοσκελετικά νοσήματα 248,3/10.000 κατοίκους, οι αναπνευστικές νόσοι 246,1/10.000 κατοίκους και τα ψυχολογικά 155,2/10.000 κατοίκους. Το άσθμα και η οστεοαρθρίτιδα, δύο χρόνια νοσήματα στις δύο παραπάνω κατηγορίες νόσων που προαναφέρθηκαν, παρουσιάζουν εντυπωσιακά χαμηλό επιπολασμό, όπως επίσης και της Χ.Α.Π. είναι πολύ χαμηλός σε σχέση με άλλες νόσους.

Συγκρίνοντας διαφορές μεταξύ των δύο φύλλων στις νόσους πιο σημαντική διαφορά ως προς τα μυοσκελετικά νοσήματα αφορά στην οστεοπόρωση, καθώς οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 95,4% των περιπτώσεων αλλά και η οστεοαρθρίτιδα με ποσοστό 73,5%. Μια άλλη σημαντική διαφορά αφορά στα ψυχολογικά νοσήματα και ειδικά στην κατάθλιψη που πιο συχνά εντοπίζονται στις γυναίκες με ποσοστό 73,6% και το άγχος με 61,4%. Αναφορικά προς τις νόσους του κυκλοφορικού, οι γυναίκες τις παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό εν σχέσει με τους άντρες, εκτός της στεφανιαίας καρδιακής νόσου, η οποία είναι ελαφρώς συχνότερη στους άνδρες. Στα ενδοκρινικά – μεταβολικά, και πάλι οι γυναίκες είναι αυτές με τις περισσότερες νόσους, με ποσοστό 60,6% στις διαταραχές λιπιδίων και με ποσοστό 60,3% στον διαβήτη. Στα αναπνευστικά νοσήματα παρουσιάζονται περίπου ίδια ποσοστά, με τις γυναίκες να έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό άσθμα, ενώ οι άνδρες να πάσχουν από Χ.Α.Π. Γενικά, σε όλα τα συστήματα, οι γυναίκες έχουν το μεγαλύτερο φορτίο νοσημάτων με τους άνδρες να υπερτερούν μόνο στα γενικά και μη καθορισμένα.

Κάνοντας σύγκριση στις ηλικιακές ομάδες γενικά σχεδόν όλες οι νόσοι είναι πιο συχνές στους γηραιότερους πληθυσμούς τόσο ανδρικούς όσο και γυναικείους, με μερικές εξαιρέσεις. Για παράδειγμα, γενικά νοσήματα και νόσοι του δέρματος παρουσιάζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά σε νεότερους ασθενείς. Μια άλλη σημαντική διαφορά είναι η μεγαλύτερη συχνότητα των αγχωδών διαταραχών και των διαταραχών των ώτων σε νεότερους ασθενείς σε σχέση με τους γηραιότερους. Ειδικότερα στους νεότερους το ποσοστό σχεδόν όλων των νόσων είναι υψηλότερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Είναι σημαντικό ότι παρουσιάζεται διαφορά υπέρ των γυναικών σε

αυτά τα ποσοστά όσον αφορά στις νόσους τους αίματος και του λεμφικού συστήματος, την αρτηριακή υπέρταση, την οστεοπόρωση, την κατάθλιψη, τις λιπιδιακές διαταραχές και τον διαβήτη. Στους γηραιότερους παρατηρείται ένα παρόμοιο μοτίβο για τις περισσότερες νόσους, καθώς αυτές είναι συχνότερες στις γυναίκες. Οι άνδρες πάσχουν συχνότερα από αναπνευστικά νοσήματα και αυτό οφείλεται στη διαφορά του επιπολασμού της Χ.Α.Π., ενώ τα ποσοστά ανδρών και γυναικών >65 ετών για τη στεφανιαία νόσο είναι ίσα. Σημαντική επίσης είναι η διαφορά >65 που εμφανίζεται στο γεννητικό του άρρενος.

Οι ειδικότητες που είναι στελεχωμένα τα Κ.Υ. είναι αυτές της Γενικής Ιατρικής και της Παθολογίας, η πλέον αποδεκτή παγκοσμίως ειδικότητα του οικογενειακού ιατρού είναι αυτή της γενικής ιατρικής όμως στην χώρα μας ο αριθμός των γενικών ιατρών δεν μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες, με αποτέλεσμα να συστήνεται και αυτή της παθολογίας, από την άποψη επιλογής και στελέχωσης με αυτές τις ιατρικές ειδικότητες κρίνεται ικανοποιητική και προς την σωστή κατεύθυνση. Από την έρευνά μας διαπιστώσαμε ότι υφίσταται ο θεσμός των ειδικοτήτων επισκεπτών ιατρών με κοινές ειδικότητες σε όλα τα Κ.Υ. και μάλιστα καλύπτει μεγάλο φάσμα νοσηρότητας και χρόνιων νοσημάτων, όπως παθολογίας, ορθοπεδικής, καρδιολογίας, ψυχιατρικής, γυναικολογίας, χειρουργικής και ακτινολογίας. Εκείνο όμως που πλέον δεν υφίσταται σήμερα είναι οι επισκέψεις αυτών στα Κ.Υ. Ουσιαστικά τα 8 από τα 10 χρόνια νοσήματα μπορούν να καλύπτονται από τις ειδικότητες των επισκεπτών ιατρών, που ήδη κατέχουν τις θέσεις αυτές, και οι οποίες πολύ σωστά επελέγησαν, χρειάζεται δε να προστεθούν αυτές του πνευμονολόγου και του ενδοκρινολόγου που συμπληρώνουν την λίστα των δέκα συχνότερων χρόνιων νοσημάτων στην Π.Φ.Υ., όπως

επιβεβαιώνεται και από την δική μας έρευνα (από την οποία απορρέει μεγάλος αριθμός αναπνευστικών και ενδοκρινικών νοσημάτων), με βασική προϋπόθεση τις προγραμματισμένες τακτικές επισκέψεις αυτών ιατρικών ειδικοτήτων, με κατευθυντήριες οδηγίες από αυτούς στους οικογενειακούς γιατρούς αλλά και την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού.

Στην Ελλάδα υφίσταται η ανάγκη της καταγραφής των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ώστε να αναγνωρισθεί το μοτίβο των νόσων και να υιοθετηθούν νέες στρατηγικές πρόληψης στη πρωτοβάθμια φροντίδα.

ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Primary health care is an essential compartment of health care system. It is a basic characteristic of health care system in which primary health care physician plays an important and crucial role.

Epidemiological data are very useful in the design of new strategies in primary health care. Especially for chronic diseases there are worldwide data that indicate prevalence, morbidity and mortality of chronic diseases.

The recording of epidemiological data can be achieved with the development of electronic health records and that it is possible to help in the recognition of the yield of many diseases in each area. It is obvious that the use of such records is crucial.

On the other hand, the international classification of primary care (I.C.P.C.) recently celebrated its 21 years of existence. It is obvious that this classification system is very easy and useful in primary health care.

However, in Greece there is lack of such data, making the design of large epidemiological studies very difficult and complex. The aim of this study is to estimate the prevalence and the morbidity of ten chronic diseases in primary health care in Thessaly, central Greece, in a semirural population sample and indicate the differences in morbidity between genders as well as between the young and the elderly, along with the distribution of health care personnel in primary health care.

In a population sample of 20299 people, participants were distributed according to sex and age group (<65 years old, >65 years old) and most participants were elderly women. In the first age group (<65 years old) men were younger (48 versus 51 years old) whereas in the second age group (65

years old) men were older (74 versus 73 years old). In all groups, most patients had one disease with several variations. For example, patients >65 years and especially women had two or more diseases in great proportion. Moreover, in two or more diseases groups' proportion of women were higher compared to men in both age groups.

As for the prevalence of every system and disease expressed per 10.000 people, most frequent diseases were those of the circulatory system 553.9/10.000 people (arterial hypertension 293.2/10000 and coronary heart disease 183/10.000 were the most important). Other frequent diseases were those of the endocrine system 319.9/10.000 (especially lipid disorders 159.7/10.000 and diabetes mellitus 116/10.000). Diseases of musculoskeletal system 248.3/10.000, respiratory diseases 246.1/10.000 and psychological diseases 155.2/10.000 were also often. Asthma and osteoarthritis, two chronic diseases had very low prevalence, as well as COPD.

Comparing differences between genders, the most important difference for musculoskeletal diseases was about osteoporosis, as women represent the 95.4% of the cases and osteoarthritis with 73.5%. Another important difference was observed for psychological diseases and especially depression which is more frequent in women (73.6%) and anxiety (61.4%). As for circulatory diseases, they are more prevalent women compared to men, except coronary heart disease, which is slightly more often in men. Endocrine and metabolic diseases are more prevalent in women, 60.6% lipid disorders and 60.6% diabetes mellitus. Respiratory diseases had similar proportions. Asthma was more prevalent in women, whereas COPD was more prevalent in

men. Generally, in all systems, women had more diseases with the exception of general diseases and other diseases.

Comparing age groups, all diseases were more frequent in the elderly, both men and women with some exceptions. For example, general diseases and diseases of the skin were more prevalent in men. Another important exception is the higher proportion of anxiety disorders and ear disorders in the younger. Especially in the younger, the proportion of all diseases was higher in women compared to men. It is important that there is difference for these proportions for blood diseases, arterial hypertension, osteoporosis, depression, lipid disorders and diabetes mellitus. In the elderly there is a similar pattern for most diseases, as these are more common in women. Men suffer most often from respiratory diseases and this is due to differences of COPD prevalence, whereas proportions of men and women >65 years old for coronary heart disease are similar. Important is the difference for the male genital system.

Specialities that exist in primary health care centres are those of general physician and internal medicine. The most widely accepted speciality for primary health care centres is that of the general physician but in Greece the number of general physicians is very small and as a result internal medicines are included in these positions. From this research it was concluded that the expert physicians who visit primary health care centres exists in all primary health care centres and covers a great proportion of chronic diseases like diseases which are included in internal medicine, orthopaedics, cardiology, psychology, surgery and radiology. 8 out of 10 chronic diseases can be covered by the existent physicians which have been

chosen, whereas respiratory and endocrinology physicians should be added in the visitors of primary health care centres.

In Greece there is the need of recording patients in primary care in order the pattern of the diseases to be identified and new strategies for prevention in primary care to be implemented.

Δ) ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Περιεχόμενα:

1) WONCA-ICPC: Παγκόσμιο σύστημα ταξινόμησης των όρων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	2
2) Σχεδιασμός και εκτέλεση επιδημιολογικής έρευνας.....	41
3) Διασκοπική έρευνα.....	42
4) Υπόδειγμα Φόρμας Η/Υ Access	48
5) Εργασία 17 Κ.Υ. αποτύπωση υπάρχουσας κατάστασης.....	49

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

και τον κόσμο

**WONCA-ICPC: Διεθνείς δραστηριότητες με στόχο την
καθιέρωση παγκοσμίου συστήματος ταξινόμησης των όρων
της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Μπ. - Πρ. Ρ. Μερκούρης

Η ανάγκη καθιέρωσης ενός παγκόσμιου συστήματος ταξινόμησης των όρων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας είναι από παλιά γνωστή. Ήδη το 1977, ένα χρόνο πριν από την ιστορική Διακήρυξη της ALMA ATA η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας παρουσίασε το τελικό κείμενο του “Manual of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death”¹, που αποτέλεσε το σταθμό μιας προσπάθειας που άρχισε ουσιαστικά το 1960 με το “A System of Medical Records for Clinical and Statistical Purposes for Outpatient Clinics, Medical Outposts and Health Centers”² του Y.Biraud (Έκδοση WHO) και συνεχίσθηκε με την αναφορά της “WHO Expert Committee on General Practice”³ το 1964 και τα τελικά αποτελέσματα των εργασιών του “WHO Study Group on Classification of Diseases”^{4 5} 1971.

Η W.O.N.C.A. (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)⁵ που είναι ίσως η μεγαλύτερη και σπουδαιότερη παγκόσμια επιστημονική ένωση γιατρών, ίδρυσε αμέσως μετά την ειδική ερευνητική ομάδα με αντικείμενο αυτό, που η ίδια ονόμασε "ICPC" (International Classification of Primary Care)⁶. Η ομάδα αυτή εργάζεται ακόμη και κατά καιρούς έδωσε στην Παγκόσμια Υγειονομική Κοινότητα έργα-σταθμούς όπως το ICHPPC-2-Defined (International Classification of Health Problems in Primary Care)⁷

το 1983 και το IC-Process-PC (International Classification of Process in Primary Care)⁸ το 1986. Τέλος, το 1987 παραδόθηκε στη δημοσιότητα το ICPC (International Classification of Primary Care).

Εν τω μεταξύ η ερευνητική ομάδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας συνέχισε τις εργασίες της και παρέδωσε κι αυτή το δικό της αποτέλεσμα που είναι παγκόσμια γνωστό σαν ICD-9 (International Classification of Diseases)⁹, που παρά τις όχι και τόσο ενθουσιώδεις κριτικές που δέχθηκε, έγινε αμέσως αποδεκτό και εφαρμόστηκε από κάποιες χώρες όπως π.χ. τις Σκανδιναβικές.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι δυο ομάδες δε δρούσαν και δε δρουν ανταγωνιστικά. Αντίθετα υπάρχει συνεργασία και πρόχειρο παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι οι δυο ταξινομήσεις ICPC και ICD-9 είναι συμβατές και εμπεριέχουν κοινούς κωδικούς. Ο αρχικός σκοπός αυτών των προσπαθειών ήταν και είναι η υποστήριξη της έρευνας στο χώρο της υγείας καθώς και η προετοιμασία για την εισαγωγή της Πληροφορικής σ' αυτήν.

Πρόσφατα όμως, η Ευρωπαϊκή Κοινότητα, χωρίς να παραβλέπει τον παραπάνω στόχο, εμπλέχθηκε στην προσπάθεια γιατί, υπό το πρίσμα του οράματος της Ενωμένης Ευρώπης, τη βλέπει σαν ουσιώδη μοχλό για τη διεθνοποίηση της έρευνας αλλά και σαν απαραίτητο στοιχείο όσον αφορά την ενοποίηση της παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη. Έτσι, ίδρυσε το ICPC GROUP με Συντονιστή τον Καθηγητή κ. Henk Lamberts και μέλη 1 εθνικό εκπρόσωπο από κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο στόχος αυτής της νέας επιστημονικής ομάδας είναι να μεταφράσει το I.C.P.C. σε όλες τις γλώσσες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, έτσι ώστε χρησιμοποιώντας τους ίδιους κωδικούς για τους διάφορους ιατρικούς όρους στις διάφορες γλώσσες και εγγράφοντας τους σε δισκέτα Η/Υ, να συμβάλλει ουσιαστικά αφ' ενός στη

διεθνή έρευνα και αφ' ετέρου στην ομογενοποίηση των παρερχόμενων υπηρεσιών υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες.

Ας δούμε όμως σε αδρές γραμμές τι περιέχεται στο I.C.P.C. για να γίνει ευκολότερα αντιληπτή η σπουδαιότητα του αλλά και η ανάγκη ύπαρξης μιας κοινής γλώσσας στην επιστημονική επικοινωνία.

Το I.C.P.C. περιέχει ουσιαστικά 17 ενότητες όρων τις ακόλουθες:

1. Γενικά και μη καθορισμένα (κωδικός A-)
2. Αίμα, αιμοποιητικά όργανα, λεμφικό σύστημα, σπλήνας (κωδικός B-)
3. Πεπτικό σύστημα (κωδικός D-)
4. Οφθαλμός (κωδικός F-)
5. Ούς (κωδικός H-)
6. Κυκλοφορικό σύστημα (κωδικός K-)
7. Μυοσκελετικό σύστημα (κωδικός L-)
8. Νευρολογικό (κωδικός N-)
9. Ψυχολογικό (κωδικός P-)
10. Αναπνευστικό σύστημα (κωδικός R-)
11. Δέρμα (κωδικός S-)
12. Ενδοκρινείς αδένες, μεταβολισμός, θρέψη (κωδικός T-)
13. Ουροποιητικό σύστημα (κωδικός U-)
14. Εγκυμοσύνη (κωδικός W-)
15. Γεννητικό σύστημα της γυναίκας (περιλαμβάνεται μαστός)(κωδ. X-)
16. Γεννητικό σύστημα του άνδρα (κωδικός Y-)
17. Κοινωνικά προβλήματα (κωδικός Z-)

Καθεμιά από τις παραπάνω ενότητες αναλύεται σε 7 μέρη:

1. Συμπτώματα και ενοχλήματα
2. Διαγνωστικές και προληπτικές δραστηριότητες
3. Φαρμακευτική αγωγή, θεραπεία και θεραπευτικές δραστηριότητες
4. Αποτελέσματα
5. Διοικητικά
6. Παραπομπές και άλλοι λόγοι προσέλευσης
7. Διάγνωση, ασθένειες

Τέλος, κάθε μέρος υποδιαιρείται σε επί μέρους περιπτώσεις, συνολικά 99 για κάθε ενότητα. Έτσι χρησιμοποιώντας το χαρακτηριστικό γράμμα της ενότητας και τον αριθμό της περίπτωσης μπορούμε να δώσουμε πληροφορίες κωδικοποιημένες σε ενιαία διεθνή βάση π.χ. ο κωδικός K04 είναι «αίσθημα παλμών» και χρησιμοποιώντας αυτόν τον κωδικό μπορούμε να συνεννοηθούμε σε όλες τις ευρωπαϊκές γλώσσες και μάλιστα πολύ γρήγορα και με άνεση γιατί ήδη οι επί μέρους μεταφράσεις είναι γραμμένες σε δισκέτα Η/Υ και η προσπάθεια συνολικής εγγραφής των μεταφράσεων σε ενιαίο πρόγραμμα έχει αρχίσει.

Τόσο το βιβλίο όσο και το πρόγραμμα Η/Υ έχουν εκδοθεί από το καλοκαίρι του 1993 από την Oxford University Press και την Update Computers L.T.D.

Πιστεύω πραγματικά ότι νέοι ορίζοντες ανοίγονται μ' αυτόν τον τρόπο αναφορικά με την ιατρική έρευνα σε ευρωπαϊκό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο και ότι οι παραπάνω εκδόσεις θα αποτελέσουν σταθμό στην ιστορία της παγκόσμιας επιστημονικής επικοινωνίας.

Στις επόμενες σελίδες παρουσιάζεται η τελευταία καθιερωθείσα Διεθνής Ταξινόμηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (I.C.P.C. της W.O.N.C.A)⁹.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΕΙΣ

1. Εγχειρίδιο της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών, Κακώσεων και Αιτιών Θανάτου.
2. Ένα Σύστημα Ιατρικών Φακέλων για Κλινικούς και Στατιστικούς Λόγους για τα Εξωτερικά Ιατρεία, τα Περιφερικά Ιατρεία και τα Κέντρα Υγείας.
3. Επιτροπή Εμπειρογνομόνων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας σχετικά με τη Γενική Ιατρική.
4. Ερευνητική Ομάδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας σχετικά με την Ταξινόμηση των Νοσημάτων.
5. Παγκόσμια Οργάνωση Εθνικών Κολεγίων, Ακαδημιών και Επιστημονικών Ενώσεων Γενικών/Οικογενειακών γιατρών.
6. Διεθνής Ταξινόμηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.
7. Διεθνής Ταξινόμηση των Προβλημάτων Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα.
8. Διεθνής Ταξινόμηση της Μεθοδολογίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα.
9. Διεθνής Ταξινόμηση των Νοσημάτων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Διεθνής Ταξινόμηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (I.C.P.C.)

Σταθερά (επαναλαμβανόμενα) μέρη του I.C.P.C.

Η παύλα (-) που προηγείται πρέπει να αντικατασταθεί με τον κατάλληλο ειδικό κωδικό κάθε κεφαλαίου.

Μέρος 2 - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

-30 Ιατρ. εξέτ./Αξιολ. κατ. υγείας/ΠΛΗΡΗΣ

-31 Ιατρ. εξέτ./Αξιολ. κατ. υγείας/ΜΕΡΙΚΗ

-32 Test ευαισθησίας

-33 Μικροβιολ./ανοσοβιολ. test

-34 Άλλες αναλύσεις αίματος

-35 Άλλες αναλύσεις ούρων

-36 Άλλες αναλύσεις κοπράνων

-37 Ιστολογικές/κυτταρολ. εξετάσεις

-38 Άλλες εργαστηρ. εξετάσεις NEC

-39 Λειτουργικές δοκιμασίες

-40 Διαγνωστικές ενδοσκοπήσεις

-41 Διαγνωστ. ακτινογρ./απεικονίσεις

-42 Ηλεκτρικές απεικονίσεις

-43 Άλλες διαγνωστικές διαδικασίες

-44 Εμβολιασμοί/προληπτ. χορ. φαρμάκων

-45 Ιατρ. συμβουλή/αγωγή υγείας

-46 Σύσκεψη μεταξύ χορηγών Π.Φ.Υ.

-47 Σύσκεψη με ειδικό

-49 Άλλες διαγνωστικές διαδικασίες

Μέρος 3 - ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

- 50 Φάρμακο/Συνταγή/ένεση
- 51 Διάνοιξη/Παροχέτευση/Αναρρόφηση
- 52 Εκτομή/Βιοψία/Αφαίρεση/Καυτηριασμός
- 53 Καθετηριασμ./Διασωλ./Διαστολή/Εργαλεία
- 54 Ανάταξη/Συρραφή/Νάρθηκας/Πρόθεση
- 55 Τοπική ένεση/Διήθηση
- 56 Επίδεση/Εφαρμ. πίεσης/ Επιπωματισμός
- 57 Φυσιοθεραπεία/Μαλάξεις
- 58 Συζήτηση με θεραπευτικό σκοπό
- 59 Άλλες θεραπευτικές διαδικασίες

Μέρος 4 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 60 Αποτελ. αναλύσεων/Διαδικασίες
- 61 Αποτ. κλιν. εξέτ./Σημ. άλλου χορ. ΠΦΥ

Μέρος 5 – ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ

- 62 Διοικητική διαδικασία

Μέρος 6 - ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

- 64 Νέο/Υπάρχον πρόβλ. πρωτοβ. χορ. Π.Φ.Υ.
- 65 Νέο/Υπάρχον πρόβλ. πρωτοβ. άλλων
- 66 Παραπ. σε άλλο χορ. Π.Φ.Υ. (πλην-67)
- 67 Παραπομπή σε γιατρό
- 68 Άλλες παραπομπές NOS
- 69 Άλλοι λόγοι προσέλευσης NEC

A. ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΑ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

A01 Άλγος γενικευμένο

A02 Ρίγος

A03 Πυρετός

A04 Γενική αδυναμία/Καταβολή

A05 Γενική επιδείνωση

A06 Λιποθυμία/Απώλεια συνείδησης

A07 Κώμα

A08 Διόγκωση (πλην Οίδημα K07)

A09 Προβλήματα εφίδρωσης

A10 Αιμορραγία μη καθορισμ. σημείου

A12 Αλλεργία/Αλλεργική αντίδρ. NOS

A13 Προβλ. αντιδράσεων σε φάρμακα

A14 Βρεφικός κολικός

A15 Βρέφος που κλαίει υπερβολικά

A16 Ευερέθιστο/Ανήσυχο βρέφος

A17 Αλλά γενικά συμπτώματα βρεφών

A20 Ευθανασία αίτημα/Συζήτηση

A25 Φόβος του θανάτου

A26 Φόβος του καρκίνου NOS

A27 Φόβος άλλων ασθενειών NOS NEC

A28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία NOS

A29 Άλλα γενικά συμπτ./Ενοχλήματα

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

A70 Φυματίωση γενικευμένη (πλην R70)

A71 Ιλαρά

A72 Ανεμοβλογιά

A73 Ελονοσία

A74 Ερυθρά

A75 Λοιμώδης μονοπυρήνωση

A76 Άλλα εξανθ. ιογενή νοσήματα

A77 Άλλα ιογενή νοσήματα NOS

A78 Άλλα λοιμώδη νοσήματα NOS

A79 Καρκινωμάτωση (Αγν. πρωτ. εστία)

A80 Ατύχημα/Κάκωση NOS

A81 Πολλαπλά τραύματα/Εσωτ. κακώσεις

A82 Δευτεροπαθή αποτελέσμ. τραύματος

A84 Φαρμακευτική δηλητηρίαση

A85 Αντίθ. αποτ. κανον. δόσης φαρμάκου

A86 Τοξικά αποτελέσματα άλλων ουσιών

A87 Επιπλοκή Ιατρικής θεραπείας

A88 Βλάβες από φυσ. παράγ. (πλην H85)

A89 Συνέπειες εφαρμ. προθετ. συσκευής

A90 Πολλαπλές συγγενείς ανωμαλίες

A91 Μη φυσιολ. αποτ. έρευνας NEC

A92 Τοξοπλάσμωση

A93 Πρόωρο/Άωρο ζωντανό νεογνό

A94 Λοιπή περιγεννητική νοσηρότητα

- A95 Περιγεννητική θνησιμότητα
- A96 Θάνατος (πλην περιγεννητικού)
- A97 Απουσία ασθένειας
- A99 Άλλες γενικές/Μη καθορ. Ασθένειες

B. ΑΙΜΑ, ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ, ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, ΣΠΛΗΝ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

- B02 Διογκωμένοι λεμφαδένες
- B03 Άλλα συμπτώματα λεμφαδένων
- B04 Συμπτ. αιμοπ./λεμφ. οργάνων
- B25 Φόβος του AIDS
- B26 Φόβος Καρκ. αίμ./Λέμφου/Αιμοπ. οργ.
- B27 Φόβος άλλων νοσ. αίματος/Λέμφου
- B28 Εκπτώση λειτουργίας/Αναπηρία
- B29 Άλλα συμπτ. αίματος/σπληνός NOS

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

- B70 Οξεία λεμφαδενίτις
- B71 Χρόνια/Μη ειδ. λεμφαδενίτις
- B72 Νόσος του HODGKIN
- B73 Λευχαιμία
- B74 Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα
- B75 Καλοήθη/μη καθορ. νεοπλάσματα
- B76 Ρήξη σπληνός
- B77 Άλλες κακώσεις

- B78 Κληρονομ. αιμολυτικές αναιμίες
- B79 Άλλες συγγενείς ανωμαλίες
- B80 Σιδηροπεννική αναιμία
- B81 Κακοήθ. αναιμία/Ελλ. Φολικ. οξύς
- B82 Άλλες αναιμίες/Ακαθόριστες
- B83 Πορφύρα/Ανωμ. πήξης/παθ. αιμοπετ.
- B84 Παθολογικά λευκά αιμοσφαίρια
- B85 Ανεξήγ. ανωμαλίες αναλ. αίματος
- B86 Άλλες αιματολογικές ανωμαλίες
- B87 Σπληνομεγαλία
- B90 HIV-Λοίμωξη (AIDS/ARS)
- B99 Άλλα νοσ. αίματος/Λέμφου/Σπληνός

D. ΠΕΠΤΙΚΟ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

- D01 Γενικευμ. κοιλ. άλγος/Κράμπες
- D02 Άλγος στομάχου/Δυσπεψία
- D03 Καύσος στομάχου
- D04 Άλγος ορθού/πρωκτού
- D05 Περιπρωκτικός κνησμός
- D06 Άλλο εντοπισμένο κοιλ. άλγος
- D07 Μετεωρισμός/Τυμπανισμός/Ερυγές
- D09 Ναυτία
- D10 Εμετός
- D11 Διάρροια

- D12 Δυσκοιλιότητα
- D13 Ίκτερος
- D14 Αιματέμεση
- D15 Μέλαινα
- D16 Αιμορραγία ορθού
- D17 Ακράτεια κοπράνων
- D18 Μεταβ. κοπράνων/Κινήσεις εντέρου
- D19 Συμπτ./Ενοχλήματα δοντιών, ούλων
- D20 Συμπτ./Ενοχλ. στόματος/γλώσσας/χειλέων
- D21 Προβλήματα κατάποσης
- D22 Σκώληκες/Οξύουροι/Άλλα παράσιτα
- D24 Κοιλιακή μάζα NOS
- D25 Μεταβολή όγκου κοιλίας/διάταση
- D26 Φόβος καρκίνου πεπτικού συστ.
- D27 Φόβος άλλης ασθ. πεπτικού συστ.
- D28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία
- D29 Αλλά συμπτ./ενοχλ. πεπτ. συστ.

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

- D70 Εντερίτις, διάρροια, δυσεντερία
- D71 Παρωτίτις
- D72 Ιογενής ηπατίτις
- D73 Υποτιθ. λοίμωξη πεπτ. συστ.
- D74 Κακοήθη νεοπλάσματα στομάχου
- D75 Κακοήθη νεοπλάσματα κόλου/ορθού

- D76 Κακοήθη νεοπλάσματα παγκρέατος
- D77 Αλλά κακ. νεοπλ. μη καθορ. εντοπίσ.
- D78 Καλοήθη νεοπλάσματα
- D79 Ξένο σώμα πεπτικού συστήματος
- D80 Άλλες κακώσεις
- D81 Συγγεν. ανωμαλίες πεπτ. συστ.
- D82 Ασθένεια δοντιών/ούλων
- D83 Ασθέν. στόματος/γλώσσας/χειλέων
- D84 Ασθένεια οισοφάγου
- D85 Έλκος δωδεκαδάκτυλου
- D86 Άλλα πεπτικά έλκη
- D87 Διαταρ. στομαχικής λειτουργίας
- D88 Σκωληκοειδίτις
- D89 Βουβωνοκήλη
- D90 Διαφραγματοκήλη
- D91 Άλλες κοιλιακές κήλες
- D92 Εκκολπωμάτωση, Εκκολπωματίτις
- D93 Ευερέθιστο έντερο (Κόλον)
- D94 Χρον. εντερίτις/Ελκώδης κολίτις
- D95 Ραγάδα πρωκτού/Περιεδρ. απόστημα
- D96 Ηπατομεγαλία
- D97 Κίρρωση/Άλλη ασθένεια ήπατος
- D98 Χολοκυστίτις/Χολολιθίαση
- D99 Άλλη ασθένεια πεπτ. συστ.

F. ΟΦΘΑΛΜΟΣ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

F01 Άλγος οφθαλμού

F02 Εξέρυθρος οφθαλμός

F03 Απέκκριση από τον οφθαλμό

F04 Κινητά φωτ. σημ./Κηλίδες (Μυγάκια)

F05 Άλλα οπτικά συμπτ./ενοχ. (πλην P94)

F13 Ανώμαλες αισθήσεις οφθαλμού

F14 Ανώμαλες κινήσεις οφθαλμού

F15 Ανώμαλη εμφάνιση οφθαλμών

F16 Συμπτώματα βλεφάρων

F17 Συμπτ./Ενοχλ. γυαλιών (όρασης)

F18 Συμπτ./Ενοχλ. φακών επαφής

F27 Φόβος ασθένειας οφθαλμού

F28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία

F29 Άλλα συμπτ./Ενοχλ. Οφθαλμών

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

F70 Επιπεφυκίτις

F71 Αλλεργική επιπεφυκίτις

F72 Βλεφαρίτις/Κριθή/Χαλάζιο

F73 Άλλες λοιμώξ. οφθαλμ. (πλην έρπη)

F74 Νεοπλ. οφθαλμού (Εξαρτημάτων)

F75 Μώλωπας/Αιμορραγία οφθαλμού

F76 Ξένο σώμα οφθαλμού

- F79 Άλλες κακώσεις
- F80 Αγενεσία δακρ. πόρου βρέφους
- F81 Άλλες συγγ. ανωμ. οφθαλμού
- F82 Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς
- F83 Αμφιβληστροειδοπάθεια
- F84 Εκφύλιση ωχράς κηλίδος
- F85 Έλκος κερατοειδ. (συμπ. ερπητικό)
- F86 Τράχωμα
- F91 Διαθλαστικά σφάλματα
- F92 Καταρράκτης
- F93 Γλαύκωμα
- F94 Τύφλωση, όλοι οι βαθμοί/τύποι
- F95 Στραβισμός
- F99 Άλλες ασθένειες του οφθαλμού

H. ΟΥΣ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

- H01 Άλγος ωτός
- H02 Ενοχλήματα ακοής (πλην H84-86)
- H03 Ήχοι/Συριγμοί/Εμβοές
- H04 Απεκκρίσεις ωτός
- H05 Αιμορραγία από το ους
- H13 Αίσθ. βύσματος (βουλώματος) ωτός
- H15 Εμφάνιση (παρουσιαστικό) ώτων
- H27 Φόβος ασθένειας των ώτων

H28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία

H29 Άλλα συμπτ./ενοχλ. Ωτός

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

H70 Έξω ωτίτης

H71 Οξ. μέση ωτίτης/Φλεγμ. τυμπ. υμένα

H72 Ορρώδης μέση ωτίτις/Κολλώδες ους

H73 Φλεγμονή ευσταχιανής σάλπιγγος

H74 Χρον. μέση ωτίτης, άλλες λοιμ. ωτός

H75 Νεοπλάσματα του ωτός

H76 Ξένο σώμα ωτός

H77 Διάρρηξη τύμπανου

H78 Επιπολής κάκωση του ωτός

H79 Άλλες κακώσεις

H80 Συγγενείς ανωμαλίες ωτός

H81 Υπερβολική κυψελίδα ωτός

H82 Σύνδρομο ιλίγγου/Λαβυρινθίτις

H83 Ωτοσκλήρυνση

H84 Πρεσβυακοΐα

H85 Ακουστικό τραύμα

H86 Κώφωση/Όλοι οι βαθμοί ΝΕΟ

H99 Άλλες ασθ. ωτός/Μαστοειδούς

Κ. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

- K01 Άλγος αποδιδόμενο στην καρδιά
- K02 Πίεση, σφίξιμο αποδ. στην καρδιά
- K03 Άλλο άλγος αποδιδ. στο κυκλ. συστ.
- K04 Αίσθημα παλμών
- K05 Άλλες ανωμ. καρδ. συστ./σφύξεις
- K06 Επίφλεβο
- K07 Οίδημα σφυρών/οιδήματα
- K24 Φόβος καρδιακής προσβολής
- K25 Φόβος υπέρτασης
- K27 Φόβος άλλης νόσου κυκλοφ. συστ.
- K28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία
- K29 Αλλά συμπτ./Ενοχλ. καρδ./Κυκλ. συστ.

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

- K70 Λοιμώδης νόσος κυκλοφ. συστ.
- K71 Ρευματικός πυρετός/Καρδ. νόσος
- K72 Νεοπλάσματα κυκλοφ. συστ.
- K73 Συγγ. ανωμ. καρδιάς/Κυκλοφ. συστ.
- K74 Στηθάγχη
- K75 Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου
- K76 Χρόνια ισχαιμ. καρδιοπ./Άλλες
- K77 Καρδιακή ανεπάρκεια
- K78 Κολπική μαρμαρυγή/Πτερυγισμός

- K79 Παροξυντική ταχυκαρδία
- K80 Έκτακτες συστ. όλων των τύπων
- K81 Καρδιακά φυσήματα NOS
- K82 Χρονιά πνευμονική καρδία
- K83 Νοσ. καρδ. βαλβ. μη ρευμ. αιτ. NOS
- K84 Αλλά νοσήματα καρδίας
- K85 Αυξημ. αρτ. πίεση (πλην K86 K87)
- K86 Ιδιοπαθής υπέρταση
- K87 Υπέρταση γνωστής αιτιολογίας
- K88 Ορθοστατική υπόταση
- K89 Παροδική εγκεφαλική ισχαιμία
- K90 Αποπληξία/Εγκεφαλικό επεισόδιο
- K91 Αθηροσκλήρωση (πλην καρδ./εγκέφ.)
- K92 Άλλες αρτ. αποφρ./Περιφ. αγγ. νόσος
- K93 Πνευμονική εμβολή
- K94 Φλεβίτις και θρομβοφλεβίτις
- K95 Κιρσοί κάτω άκρων (πλην S97)
- K96 Αιμορροΐδες
- K99 Αλλά νοσήματα κυκλοφ. Συστ.

L. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

- L01 Συμπτ./ενοχλ. αυχένα πλην κεφαλαγ.
- L02 Συμπτ./ενοχλ. από τη ράχη
- L03 Συμπτ./ενοχλ. οσφύος πλην αντανακλ.

- L04 Συμπτ./ενοχλ. θώρακος
- L05 Συμπτ./ενοχλ. λαγονίων
- L06 Συμπτ./ενοχλ. μασχάλης
- L07 Συμπτ./ενοχλ. γνάθου
- L08 Συμπτ./ενοχλ. ώμου
- L09 Συμπτ./ενοχλ. βραχίονος
- L10 Συμπτ./ενοχλ. αγκώνος
- L11 Συμπτ./ενοχλ. καρπού
- L12 Συμπτ./ενοχλ. χεριού και δακτύλων
- L13 Συμπτ./ενοχλ. ισχίου
- L14 Συμπτ./ενοχλ. μηρού
- L15 Συμπτ./ενοχλ. γόνατος
- L16 Συμπτ./ενοχλ. ποδοκνημικής
- L17 Συμπτ./ενοχλ. ποδιού και δακτύλων
- L18 Μυαλγία, Συνδεδιγίτις
- L19 Άλλα συμπτ./ενοχλ. ακαθορ. μυών
- L20 Συμπτ./ενοχλ. ακαθορ. αρθρώσεων
- L26 Φόβος καρκίνου μυοσκελ. συστ.
- L27 Φόβος άλλης μυοσκελ. νόσου
- L28 Έκπτωση λειτουργίας/αναπηρία
- L29 Άλλα συμπτ./ενοχλ. μυοσκελ. συστ.

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

- L70 Λοιμώξεις
- L71 Νεοπλασμάτα

- L72 Κάταγμα κερκίδας/ωλένης
- L73 Κάταγμα κνήμης/περόνης
- L74 Κάταγμα άκρας χειρός/ποδός
- L75 Κάταγμα μηρού
- L76 Άλλα κατάγματα
- L77 Διαστρέμματα ποδοκνημικής
- L78 Διαστρέμματα κατά γόνυ
- L79 Διαστρέμματα άλλων αρθρώσεων
- L80 Εξαρθρώσεις
- L81 Άλλες κακώσεις
- L82 Συγγενείς ανωμαλίες
- L83 Σύνδρομο αυχενικής μοίρας Σ.Σ
- L84 Οστεοαρθρίτις της Σ.Σ
- L85 Επίκτητες παραμορφώσεις της Σ.Σ
- L86 Βλάβη μεσ. δίσκ. ΟΜΣΣ/Αντανακλάσ.
- L87 Κυστική διόγκ. συνδέσμου/τένοντος
- L88 Ρευμ. αρθρίτις/παρόμ. καταστ.
- L89 Οστεοαρθρίτις ισχίου
- L90 Οστεοαρθρίτις γόνατος
- L91 Άλλες οστεοαρθρίτιδες
- L92 Σύνδρομο ωμικής ζώνης
- L93 Επικονδυλίτις αγκώνος
- L94 Αποφυσίτις κνημ. κυρτώμ./Οστεοχονδ.
- L95 Οστεοπόρωση
- L96 Οξεία βλάβη μηνίσκου γόνατος

L97 Χρονία ενδοαρθρ. βλάβη γόνατος

L98 Επίκτητες παραμορφώσεις άκρων

L99 Άλλες ασθένειες μυοσκελ. συστ.

N. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

N01 Κεφαλαλγία (πλην N02 N89 R.09)

N02 Κεφαλαλγία τάσης

N03 Άλγος προσώπου

N04 Σύνδρ. γαστροκν. χωρίς ανάπαυση

N05 Αιμωδίες δακτύλων χειρός/ποδός

N06 Άλλες αισθητ. διατ./Ανώμ. ακούσ. κινήσ.

N07 Συσπάσεις/Σπασμοί

N16 Διαταραχές όσφρησης/γεύσης

N17 Ίλιγγος/Ζάλη (πλην H82)

N18 Παράλυση/αδυναμία (πλην A04)

N19 Διαταραχές λόγου

N26 Φόβος καρκίνου νευρ. συστ.

N27 Φόβος άλλων νευρολ. παθήσεων

N28 Έκπτωση λειτουργία ς/Αναπηρία

N29 Άλλα συμπτ./ενοχλ. νευρ. συστ.

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

N70 Πολιόμυελίτις/άλλοι εντεροϊοί

N71 Μηνιγγίτιδα/Εγκεφαλίτιδα

- N72 Τέτανος
- N73 Άλλες λοιμώξεις νευρ. συστ.
- N74 Κακοήθη νεοπλάσματα
- N75 Καλοήθη νεοπλάσματα
- N76 Μη καθορισμένα νεοπλάσματα
- N79 Διάσεισις
- N80 Άλλες κακ. κεφ. άνευ κατάγμ. κραν.
- N81 Άλλες τραυματικές βλάβες
- N85 Συγγενείς ανωμαλίες
- N86 Σκλήρυνση κατά πλάκας
- N87 Πάρκινσον/Τρομώδης παράλυση
- N88 Επιληψία, όλοι οι τύποι
- N89 Ημικρανία
- N90 Παροξυσμ. κεφαλαλγίες
- N91 Παράλυση προσωπ. ν/Περ. παρ. προσ. ν
- N92 Νευραλγία τριδύμου
- N93 Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα
- N94 Άλλες περιφερικές νευρίτιδες
- N99 Άλλες ασθένειες νευρ. συστ.

P. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

- P01 Αίσθηση άγχους/Νευρικότη./Έντασης
- P02 Οξύ άγχος/Διαταρ. μεταβατ. κατάστασης
- P03 Αίσθηση κατάθλιψης

- P04 Αίσθηση/συμπεριφορά ευερέθιστη
- P05 Αίσθηση/συμπερ. γέροντος/ανοϊκού
- P06 Διαταραχές του ύπνου/Αϋπνία
- P07 Αναστολή/Απώλεια/Σεξ επιθυμίας
- P08 Αναστολή/Απώλεια/Σεξ ολοκλήρωσης
- P09 Προβλ. σχετ. με σεξ προτιμήσεις
- P10 Τραύλισμα/Διατ. ομιλίας/Τικς
- P11 Προβλ. κατά τη διατροφή παιδιών
- P12 Ενούρηση (πλην U04)
- P13 Εγκόπριση
- P15 Χρόνια κατάχρηση αλκοόλ
- P16 Οξεία κατάχρηση αλκοόλ
- P17 Κατάχρηση καπνού
- P18 Κατάχρηση φαρμάκων
- P19 Χρήση ναρκωτικών
- P20 Διαταραχές μνήμης/Συγκέντρωσης
- P21 Υπερκινητικό παιδί
- P22 Άλλες ανησυχ. για συμπεριφ. παιδ.
- P23 Άλλες ανησυχ. για συμπ. εφήβου
- P24 Ειδικά προβλήματα μάθησης
- P25 Προβλ. φάσεων ζωής ενήλικα
- P27 Φόβος διανοητικής διαταραχής
- P28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία
- P29 Αλλά ψυχολ. συμπτ. και ενοχλ.

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

P70 Άνοια/ALZHEIMER

P71 Αλλά οργανικά ψυχοσύνδρομα

P72 Σχιζοφρένεια όλοι οι τύποι

P73 Συναισθηματικές ψυχώσεις

P74 Αγχώδης συνδρομή/Αγχ. κατάσταση

P75 Υστερικές/Υποχονδρ. διαταραχές

P76 Κατάθλιψη

P77 Απόπειρα αυτοκτονίας

P78 Νευρασθένεια/Υπερκόπωση

P79 Άλλες- νευρώσεις

P80 Διαταραχές προσωπικότητας

P85 Διανοητική καθυστέρηση

P98 Άλλες/μη καθορισμένες ψυχώσεις

P99 Άλλες διαν./ψυχολογ. Διαταραχές

R. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ**Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ**

R01 Άλγος οφειλ. στο αναπν. συστ.

R02 Ταχύπνοια, Δύσπνοια

R03 Συρίππουσα αναπνοή

R04 Αλλά προβλήματα αναπνοής

R05 Βήχας

R06 Ρινορραγία/Επίσταξη

R07 Πταρμός/Ρινική συμφόρηση

- R08 Αλλά συμπτ./Ενοχλ. ρινός
- R09 Συμπτ./Ενοχλ. κόλπ. προσ. (περιλ. άλγος)
- R21 Συμπτ./ενοχλ. λαιμού
- R22 Συμπτ./ενοχλ. αμυγδαλών
- R23 Φωνή Συμπτ./Ενοχλ.
- R24 Αιμόπτυση
- R25 Παθολογική απόχρεμψη
- R26 Φόβος καρκίνου του αναπν. συστ.
- R27 Φόβος άλλης ασθέν. αναπν. συστ.
- R28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία
- R29 Άλλα συμπτ./ενοχλ. αναπν. Συστ.

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

- R70 Φυματίωση πνευμ. (πλην A70)
- R71 Κοκκύτης
- R72 Στρεπτ φαρυγγίτιδα/Οστρακιά
- R73 Δοθιήν/Απόστημα ρινός
- R74 Λοϊμ. ανωτ. αναπν. (γριπ. συνδρομή)
- R75 Φλεγμ. κολπ. προσ. οξεία/χρονία
- R76 Οξεία αμυγδαλίτις
- R77 Οξεία λαρυγγίτις/τραχειίτις
- R78 Οξεία βρογχίτις/βρογχιολίτις
- R80 Γρίπη (αποδεδ.) χωρίς πνευμονία
- R81 Πνευμονία
- R82 Πλευρίτις όλοι οι τύποι (πλην R70)

- R83 Άλλες λοιμώξεις αναπν. συστ.
- R84 Κακοήθη νεοπλ. βρόγχων/πνευμόνων
- R85 Αλλά κακοήθη νεοπλάσματα
- R86 Καλοήθη νεοπλάσματα
- R87 Ξένο σώμα ρινός/λάρυγγα/β ρόγχων
- R88 Άλλες τραυματικές βλάβες
- R89 Συγγενείς ανωμαλίες αναπν. συστ.
- R90 Υπερτροφ./Χρ. λοΐμ. αμυγδ./Αδεν. εκβλ.
- R91 Χρόνια βρογχίτις/Βρογχεκτασίες
- R93 Υπεζωκοτική διήθηση NOS
- R95 Εμφύσημα/Χρον. αποφρ. πνευμονοπάθ.
- R96 Άσθμα
- R97 Πυρετός εκ χόρτου, Αλλεργ. ρινίτις
- R98 Υπεραερισμός
- R99 Άλλες ασθένειες αναπν. συστ.

S. ΔΕΡΜΑ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

- S01 Άλγος/Ευαισθησία δέρματος
- S02 Κνησμός (πλην D05 X16)
- S03 Μυρμηκίες
- S04 Τοπ. διόγκ./βλατίτις/εξόγκωμα/όγκος
- S05 Γενικευμ. διογκ./βλαττ./εξογκ./όγκος
- S06 Τοπ. Ερυθρότης/Ερύθημα/Εξάνθημα
- S07 Γενικευμ. Ερυθρ./Ερύθημα/Εξάνθημα

- S08 Άλλες μεταβ. χρώματος δέρματος
 - S09 Μόλυν. δακτ. χειρ./ποδός/παρωνυχία
 - S10 Δοθιήν/Άνθρακας/Τοπ. κυττ. φλεγμ.
 - S11 Άλλες εντοπ. φλεγμ. δέρματος
 - S12 Δήγμα εντόμου
 - S13 Δήγμα ζώου/ανθρώπου
 - S14 Εγκαύματα
 - S15 Ξένο σώμα μέσα στο δέρμα
 - S16 Μώλωπας/Σύνθλιψη ανέπ. επιφ. δέρμ.
 - S17 Εκδορά/Αμυχή/Φλύκταινα
 - S18 Ρήξη/Τομή
 - S19 Άλλες κακώσεις δέρματος
 - S20 Τύλος/Τυλώματα
 - S21 Συμπτ./Ενοχλ. υφής δέρματος
 - S22 Συμπτ./Ενοχλ. ονύχων
 - S23 Ατριχία/Τριχόπτωση
 - S24 Άλλα συμπτ./Ενοχλ. τριχωτού κεφαλής
 - S26 Φόβος καρκίνου δέρματος
 - S27 Φόβος άλλων ασθενειών δέρματος
 - S28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία
 - S29 Άλλα συμπτ./Ενοχλ. Δέρματος
- Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ
- S70 Έρπης ζωστήρ
 - S71 Έρπης απλός (πλην F85 X90 Y72)

- S72 Ψώρα και άλλες ακαριάσεις
- S73 Φθειρίαση/Άλλα παράσιτα δέρματ.
- S74 Δερματοφύτωση
- S75 Μονιλ./Καντιντίαση (πλην X72 Y75)
- S76 Άλλες λοιμώδεις ασθέν. δέρματος
- S77 Κακοήθη νεοπλασμάτα δέρματος
- S78 Λίπωμα
- S79 Άλλα καλοήθη νεοπλ. δέρματος
- S80 Άλλα/μη ταξινομ. νεοπλ. Δέρματος
- S81 Αιμαγγείωμα/Λεμφαγγείωμα
- S82 Σπίλος/Κρεατοελιά
- S83 Άλλες συγγενείς ανωμαλίες
- S84 Μολυσματικό κηρίο
- S85 Δερμοειδής κύστις/συρίγγιο
- S86 Σμηγματορροϊκή δερματίτις
- S87 Ατοπική δερματίτις/Εκζεμα
- S88 Δερματίτις επαφής/Άλλα εκζέματα
- S89 Εξάνθημα εκ σπάργανων
- S90 Ροδόχρους πιτυρίαση
- S91 Ψωρίαση
- S92 Πομφόλυξ/Ασθέν. ιδρωτοπ. αδένων
- S93 Σμηγματογόνος κύστις
- S94 Εισδυόμεν. όνυξ/Άλλες ασθ. ονύχων
- S95 Μολυσματική τέρμινθος
- S96 Ακμή

S97 Χρ. έλκος δέρματ. (περιλ. κισιώδες)

S98 Κνίδωση

S99 Άλλες ασθ. δέρματος/Υποδορ. Ιστού

T. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ - ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ –ΘΡΕΨΗ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

T01 Υπερβολική δίψα

T02 Υπερβολική όρεξη

T03 Απώλεια της όρεξης

T04 Προβλ. διατροφ. παιδιού (πλην P11)

T05 Προβλ. διατροφ. ενήλικα (πλην T06)

T06 Ψυχογενής ανορεξία/βουλιμία

T07 Αύξηση βάρους

T08 Απώλεια βάρους

T10 Αδυναμία ανάπτυξης

T11 Αφυδάτωση

T15 Όγκος θυρεοειδούς

T26 Φόβος καρκίνου ενδοκριν. συστ.

T27 Φόβος άλλων ασθ. μεταβ. και διατρ.

T28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία

T29 Άλλα συμπτ./ενοχλ. ενδοκριν. διατρ.

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

T70 Λοιμώδ. ασθ. ενδοκρ. μεταβ. διατρ.

T71 Κακοήθη νεοπλ. θυρεοειδούς

- T72 Καλοήγη νεοπλ. θυρεοειδούς
- T73 Άλλα/μη ταξινομ. νεοπλάσματα
- T78 Θυρεογλωσσικός πόρος/κύστις
- T80 Άλλες συγγενείς ανωμαλίες
- T81 Βρογχοκήλη (πλην T85 T86)
- T82 Παχυσαρκία (ΒΜΔ>30)
- T83 Πλεόνασμα κιλών (ΒΜΔ<30)
- T85 Υπερθυρεοειδισμός/Θυρεοτοξίκωση
- T86 Υποθυρεοειδισμός/Μυξοίδημα
- T87 Υπογλυκαιμία
- T88 Γλυκοζουρία
- T90 Σακχαρώδης διαβήτης
- T91 Έλλειψη βιταμιν./Άλλες διατ. διατρ.
- T92 Ουρική αρθρίτις
- T93 Διαταραχές μεταβολισμού λιπών
- T99 Άλλες ασθ. ενδοκριν. μεταβολ. διατρ.

U. ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

- U01 Δυσουρία
- U02 Συχνουρία
- U04 Ακράτεια ούρων (πλην P12)
- U05 Άλλα προβλήματα ούρησης
- U06 Αιματουρία
- U07 Άλλα ενοχλήματα ούρησης

U13 Άλλα συμπτ./ενοχλ. κύστης

U14 Συμπτ./ενοχλ. Νεφρών

U26 Φόβος καρκίνου ουροπ. συστ.

U27 Φόβος άλλης ασθέν. ουροπ. συστ.

U28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία

U29 Άλλα συμπτ./ενοχλ. ουροπ. συστ.

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

U70 Πυελονεφρίτις/Πυελίτις οξεία

U71 Κυστίτις/Άλλες ουρολοιμώξεις NEC

U72 Ουρηθρίτις μη ειδική

U75 Κακοήθη νεοπλάσματα νεφρών

U76 Κακοήθη νεοπλάσματα κύστης

U77 Άλλα κακοήθη νεοπλ. ουροπ. συστ.

U78 Καλοήθη νεοπλ. ουροπ. συστ.

U79 Άλλα μη καθορ. νεοπλ. ουροπ. συστ.

U80 Τραυματικές βλάβες

U85 Συγγενείς ανωμαλίες ουροπ. συστ.

U88 Σπειραματονεφρίτις/Νέφρωση

U90 Ορθοστατική Λευκωματινουρία

U95 Νεφρ. λίθοι όλων των τύπ./εντοπίσ.

U98 Μη φυσ. εργ. ευρήματα ούρων NOS

U99 Άλλες ασθένειες ουροπ. συστ.

W. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

W01 Ερώτηση για εγκυμοσύνη (πλην W02)

W02 Φόβος να είσαι έγκυος

W03 Αιμορραγία προ του τοκετού

W05 Εμετός/Ναυτία της εγκυμοσύνης

W10 Το χάπι του επόμενου πρωινού

W11 Οικογεν. προγρ./Αντισύλ. από στόμα

W12 Οικογεν. προγραμμ./Σπιράλ

W13 Οικογεν. προγραμματ./Στείρωση

W14 Οικογεν προγραμμ./Αλλα

W15 Προβλήματα στειρότητας

W17 Σοβαρή αιμορρ. μετά τον τοκετό

W18 Άλλα ενοχλ. μετά τον τοκετό

W19 Συμπτ./ενοχλ. γαλουχίας

W20 Άλλα συμπτ./ενοχ. μαστού επί κύησ.

W27 Φόβος επιπλοκών κύησης

W28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία

W29 Άλλα συμπτ. κύησης/οικογεν. προγρ.

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

W70 Επιλόχεια λοίμωξη/σήψη

W71 Άλλες λοιμώδεις καταστάσεις

W72 Κακοήθη νεοπλάσματα

W73 Καλοήθη νεοπλάσματα

- W75 Κακώσεις + που επιπλέκ. την εγκυμ.
- W76 Συγγενείς ανωμαλίες + μητέρας
- W77 Άλλες μη μαιευτικ καταστάσεις
- W78 Εγκυμοσύνη επιβεβαιωμένη
- W79 Ανεπιθύμ. εγκυμοσ. επιβεβαιωμένη
- W80 Εξωμήτρια εγκυμοσύνη
- W81 Τοξιναιμία, (προ)εκλαμψία
- W82 Αυτόματη αποβολή
- W83 Προκαλούμενη αποβολή
- W84 Εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου
- W90 Φυσιολογ. τοκετός ζώντος νεογνού
- W91 Φυσιολογ. τοκετός νεκρού νεογνού
- W92 Επιπεπλεγ. τοκετός ζώντος νεογνού
- W93 Επιπεπλεγ. τοκετός νεκρού νεογνού
- W94 Μαστίτις της λοχείας
- W95 Άλλες διαταραχές του μαστού
- W96 Άλλες επιπλοκές της λοχείας
- W99 Άλλες διαταρ. εγκυμ./τοκετ./λοχείας

Χ. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ (ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Ο ΜΑΣΤΟΣ)

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

X01 Άλγος γεννητικών οργάνων

X02 Άλγος εμμηνορρυσίας, Δυσμηνόρροια

X03 Άλγος στο μεσοδιάστ. των εμμήνων

X04 Δυσπαρέυνια

X05 Αμηνόρροια/Ολιγομηνόρροια

X06 Πολυμηνόρροια

X07 Μη κανονική εμμηνορρυσία/Συχνή

X08 Αιμορραγ. μεσοδιαστήμ. εμμήνων

X09 Προεμμηνορρυσιακά συμπτώματα

X10 Αναβολή εμμηνορρυσίας

X11 Συμπτ./ενοχλ. εμμηνόπτωσης

X12 Μετεμμηνοπταυσιακή αιμορραγία

X13 Μετασυνουσιακή αιμορραγία

X14 Κολπική έκκριση

X15 Άλλα συμπτ./ενοχλ. κόλπου

X16 Συμπτ./ενοχλ. αιδοίου

X17 Συμπτ./ενοχλ. πυέλου

X18 Άλγος μαστού

X19 Μικρή μάζα/Όγκος μαστού

X20 Συμπτ./ενοχλ. θηλής

X21 Άλλα συμπτ./ενοχλ. μαστού

X23 Φόβος για αφροδίσια νοσήματα

- X24 Φόβος για σεξ δυσλειτουργία
- X25 Φόβος καρκίνου γενν. οργάνων
- X26 Φόβος καρκίνου του μαστού
- X27 Φόβος άλλων ασθ. γενν. συστ./μαστού
- X28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία
- X29 Άλλα συμπτ./ενοχλ. γενν. συστ.

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

- X70 Σύφιλη γυναικ. γενν. συστ. NOS
- X71 Γονόρροια γυναικ. γενν. συστ. NOS
- X72 Ουρογενν. μονιλίαση αποδεδειγμ.
- X73 Τριχομον. ουρογενν. συστ. αποδεδ.
- X74 Φλεγμονώδεις ασθένειες πυέλου
- X75 Κακοήθη νεοπλάσματα τραχήλου
- X76 Κακοήθη νεοπλάσματα μαστού
- X77 Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα
- X78 Ίνωμα/Μύωμα (Μήτρας/Τραχήλου)
- X79 Καλοήθη νεοπλ. μαστού (πλην X88)
- X80 Άλλα καλοήθη νεοπλ. γυν. γενν. συστ.
- X81 Άλλα/μη ταξιν. νεοπ. γυν. γενν. συστ.
- X82 Τραυματικές βλάβες, Κακώσεις
- X83 Συγγ. ανωμαλίες γυναικ. γενν. συστ.
- X84 Κολπίτις/Αιδοίτις NOS
- X85 Τραχηλίτις/Άλλες ασθ. τραχήλου
- X86 Μη φυσιολογικό Pap test

- X87 Μητροκολπική πρόπτωση
- X88 Χρονία κυστική νόσος μαστού
- X89 Προεμμηνορυσιακό σύνδρομο τάσης
- X90 Έρπης γεννητικών οργάνων
- X91 Οξυτενές κονδύλωμα
- X99 Άλλες ασθέν. γυναικ. γενν. συστ.

Υ. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

- Υ01 Άλγος του πέους
- Υ02 Άλγος όρχεων/οσχέου
- Υ03 Έκκριση πέους/ουρήθρας
- Υ04 Άλλα συμπτ./ενοχλ. πέους
- Υ05 Συμπτ./ενοχλ. οσχέου και όρχεων
- Υ06 Συμπτ./ενοχλ. προστάτη
- Υ07 Συμπτ./ενοχλ σεξ ικανότ. (πλην Ρ07 Ρ08)
- Υ08 Άλλα συμ./ενοχ. σεξ λειτ. (πλην Ρ07 Ρ08)
- Υ10 Στειρότης/Υπογεννητικότητας
- Υ13 Οικογεν. προγραμμ./Στείρωση
- Υ14 Οικογεν. προγρ./Άλλες μέθοδοι
- Υ16 Συμπτ./ενοχλ. ανδρ. μαστού
- Υ24 Φόβος σεξουαλ. δυσλειτουργ.
- Υ25 Φόβος αφροδισίων νοσημάτων
- Υ26 Φόβος καρκίνου γενν. οργάνων
- Υ27 Φόβος άλλων ασθεν. γενν. συστ.

Υ28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία

Υ29 Άλλα συμπτ./ενοχ. ανδρ. αναπαρ. συστ.

Μέρος 7 - ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Υ70 Σύφιλη ανδρ. γενν. οργ.

Υ71 Βλεννόρροια ανδρ. γενν. οργ.

Υ72 Έρπηθ ανδρικών γενν. οργ.

Υ73 Προστατίτις/Φλεγμ. σπερμ. κύστης

Υ74 Ορχίτις/Επιδιδυμίτις

Υ75 Βαλανίτις

Υ76 Οξυτενή κονδυλώματα

Υ77 Κακοήθη νεοπλ. προστάτη

Υ78 Άλλα κακ. νεοπλ. ανδρ. γενν. συστ.

Υ79 Καλοήθη νεοπλ. ανδρ. γενν. συστ.

Υ80 Τραυματικές βλάβες, Κακώσεις

Υ81 Φίμωση/Υπερτρ. ακροποσθίας

Υ82 Υποσπαδίας

Υ83 Έκτοπος όρχις/κρυφορχία

Υ84 Άλλες συγγ. ανωμ. ανδρ. γενν. συστ.

Υ85 Καλοήθης υπερτροφία προστάτη

Υ86 Υδροκήλη

Υ99 Άλλες ασθ. ανδ. γενν. συστ. συμπτ. Μαστού

Z. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Μέρος 1 - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

- Z01 Πενία/Οικονομικά προβλήματα
- Z02 Προβλήματα διατροφής και νερού
- Z03 Προβλήματα κατοικίας/γειτνίασης
- Z04 Προβλήματα κοινωνικά/εκπαιδ. συστ.
- Z05 Προβλήματα συνθηκών εργασίας
- Z06 Προβλήματα ανεργίας
- Z07 Προβλήματα εκπαίδευσης
- Z08 Προβλ. κοινων. ασφάλισης/Πρόνοιας
- Z09 Προβλήματα νομικά/αστυνομίας
- Z10 Προβλ. συστήμ. υγείας/Πρόσβαση
- Z11 Προβλ. λόγω ασθένειας
- Z12 Προβλ. σχέσεων μεταξύ συντρόφων
- Z13 Προβλ. συμπεριφοράς συντρόφου
- Z14 Προβλ. ασθένειας του συντρόφου
- Z15 Απώλεια ή θάνατος συντρόφου
- Z16 Προβλ. σχέσεων με το παιδί
- Z18 Προβλ. ασθένειας του παιδιού
- Z19 Απώλεια ή θάνατος του παιδιού
- Z20 Προβλ. σχέσ. με γονείς/μέλη οικογ.
- Z21 Προβλ. συμπερ. γονέων/μελών οικογ.
- Z22 Προβλ. ασθεν. γονέων/μελών οικογ.
- Z23 Απώλεια/Θάνατος γον./μέλους οικογ.
- Z24 Προβλ. σχέσεων με τους φίλους

Z25 Προβλ. λόγω επίθεσης/επιβλ. γεγονότ.

Z27 Φόβος απόκτησης κοινωνικ. προβλ.

Z28 Έκπτωση λειτουργίας/Αναπηρία

Z29 Άλλα κοινωνικά προβλήματα NEC

ΣΗΜ:1. NEC= Not elsewhere classified (Μη ταξινομηθέντα αλλού)

2. NOS = Not otherwise specified (Μη καθορισθέντα αλλιώς)

Βιβλιογραφία:

Μερκούρης Μπ.-Πρ. Περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Τόμος 5
Τεύχος 4. 1993

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σχηματικά μπορούμε να διακρίνουμε τα παρακάτω στάδια κατά τον σχεδιασμό και εκτέλεση της επιδημιολογικής έρευνας. Ο σχεδιασμός πολλές φορές απαιτεί περισσότερο χρόνο και κόπο από αυτή την ίδια εκτέλεση της διερεύνησης. Όσο πιο λεπτομερής ο σχεδιασμός τόσο περισσότερες οι πιθανότητες επιτυχίας του σκοπού.

ΣΤΑΔΙΑ:

- 1) Προκαταρκτικό στάδιο
 - α) Προσδιορισμός του σκοπού και κύριου αντικειμένου της επιδημιολογικής διερεύνησης.
 - β) Καθορισμός του θέματος της έρευνας
- 2) Προγραμματισμός και σχεδιασμός της έρευνας
 - α) Καθορισμός των ειδικών σκοπών
 - β) Καθορισμός των ειδικών στόχων
 - γ) Καθορισμός της μεθοδολογίας της έρευνας
- 3) Προετοιμασία συλλογής πληροφοριών
- 4) Συλλογή των στοιχείων –πληροφοριών(Pilot Study)
- 5) Επεξεργασία, ανάλυση των στοιχείων
- 6) Ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας
- 7)Εξαγωγή τελικών συμπερασμάτων - Αναφορά –Δημοσίευση των αποτελεσμάτων.

Η σειρά αυτή των φάσεων της επιδημιολογικής έρευνας δεν είναι απαραίτητο να ακολουθείται επακριβώς. Πολλές φορές επανερχόμαστε σε προηγθέντα στάδια και τροποποιούμε την εκτέλεση της έρευνας ανάλογα με

τα ευρήματα ή τα εμπόδια που συναντάμε. Πολλές φορές τα στάδια επικαλύπτονται (1).

Οι επιδημιολογικές έρευνες διακρίνονται:

- 1) Περιγραφικές (Τι-Ποιος-Πότε-Που)
- 2) Αναλυτικές (Γιατί-Πως)
- 3) Πειραματικές ή παρεμβατικές.

Η περιγραφική και αναλυτική συλλέγουν στοιχεία με: αναδρομική, διασκοπική και προοπτική έρευνα (1).

ΔΙΑΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ:

Ανιχνεύει τους πάσχοντες ή μελετά την κατανομή ενός χαρακτηριστικού σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό κατά μία ορισμένη χρονική στιγμή ή ακριβέστερα κατά την διάρκεια της χρονικής περιόδου που απαιτείται για τη συμπλήρωση της μελέτης.

Αποσκοπεί:

- 1) Στην συλλογή πληροφοριών για τον ακριβή αριθμό των πασχόντων σε ένα πληθυσμό για διοικητικούς σκοπούς και κυρίως για τα προγράμματα δημόσιας υγείας.
- 2) Στην συλλογή των αρχικών στοιχείων για αποκλεισμό των πασχόντων και καταγραφή των χαρακτηριστικών των ατόμων που θα παρακολουθηθούν σε μια προοπτική έρευνα.
- 3) Στη μελέτη των παραγόντων που συνδέονται αιτιολογικά με τη Νόσο ή στη μελέτη της φυσικής εξέλιξης και της περιγραφής της ποικιλίας των κλινικών εκδηλώσεων της Νόσου (1).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:

Όπως σε κάθε επιδημιολογική έρευνα θα πρέπει να καθοριστούν με ακρίβεια οι αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας. Ποιες πληροφορίες θα συλλεχθούν και πως θα χρησιμοποιηθούν για να απαντηθούν τα αρχικά ερωτήματα της έρευνας:

Η επιλογή του πληθυσμού αποτελεί σημαντικό πρόβλημα και εξαρτάται απόλυτα από του προκαθορισθέντες στόχους πχ. συχνότητα μιας επαγγελματικής πάθησης σε αυτούς που εργάζονται τώρα σε μία βιομηχανία για καθαρά διοικητικούς σκοπούς (π.χ. αποζημίωση ή πρόωρη συνταξιοδότηση κλπ) η σύγκριση με μία άλλη παρόμοια βιομηχανία για προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας των ληφθέντων προληπτικών μέτρων σχετικά με τις συνθήκες εργασίας. Άλλες φορές η έρευνα περιορίζεται σε ορισμένη ηλικία ή σε ορισμένη γεωγραφική ή διοικητική περιφέρεια.

Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η διάθεση ή η κατασκευή καταλόγου του προς μελέτη πληθυσμού. Από αυτόν θα γίνει στην συνέχεια η επιλογή του δείγματος: εφ' όσον δεν πρόκειται να εξεταστεί ολόκληρος ο πληθυσμός.

Οι μέθοδοι επιλογής του δείγματος και καθορισμού του μεγέθους του έχουν ήδη περιγραφεί.

Στη συνέχεια θα καθοριστεί επακριβώς η μεθοδολογία της έρευνας, είτε πρόκειται για απλή συμπλήρωση ερωτηματολογίου, είτε πρόκειται για κλινική η τέλος για εργαστηριακή εξέταση. Σε κάθε περίπτωση να καταβληθεί προσπάθεια να πρωτυποποιηθεί η μεθοδολογία και να εκπαιδευτούν ειδικά οι εξεταστές για να έχουμε ομοιόμορφες απαντήσεις.

Θα πρέπει σύντομα να αποφασίσουμε αν χρειάζεται και ποια θα είναι η έκταση της καθοδηγητικής μελέτης. Η εξασφάλιση κατανόησης και

συνεργασίας με τις αρχές, αλλά και με τους επικεφαλής διαφόρων οργανώσεων ή κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού θα βοηθήσει στην μείωση του αριθμού των (αρνητών και των απωλειών).

Το ποσοστό αυτών δεν πρέπει να υπερβαίνει 10% και κάθε προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για την όσο το δυνατό μεγαλύτερη μείωσή τους (1).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΣΚΟΠΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

1) Δίνει με μεγάλη ακρίβεια την συχνότητα της νόσου στον πληθυσμό και επομένως βοηθάει σημαντικά τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας στον σχεδιασμό των υπηρεσιών Ιατρικής περίθαλψης.

2) Η νόσος περιγράφεται σε όλο το φάσμα της και όχι μόνο όπως παρουσιάζεται σε νοσοκομειακό υλικό. Επομένως βοηθάει στην κατανόηση της φυσικής ιστορίας και εξέλιξης αυτής που συνήθως διαστρεβλώνεται από την εξέταση του παραπάνω υλικού.

3) Η επιλογή του πληθυσμού και της μεθοδολογίας που θα εφαρμοστεί γίνεται από τον ίδιο τον ερευνητή ο οποίος δεν είναι υποχρεωμένος να περιοριστεί στις ατέλειες του υλικού που συλλέχθηκε από άλλους με ανακριβή ή μη αξιόπιστη μεθοδολογία.

4) Στον επιλεγέντα πληθυσμό μπορούν να εφαρμοστούν όλες εκείνες οι φυσικές μετρήσεις ή εξετάσεις που κρίνονται απαραίτητες για την επιτυχία των αντικειμενικών σκοπών της έρευνας.

Οι μέθοδοι αυτοί θα έχουν εκ των προτέρων προτυποποιηθεί ειδικά για την εκπλήρωση των σκοπών αυτών. Ακόμη περισσότερο δεν υπάρχει περιορισμός για την αναζήτηση και συλλογή πληροφοριών πχ. Για τις

κοινωνικές συνήθειες και για άλλες παρόμοιες επιδημιολογικά ενδιαφέρουσες παραμέτρους.

5) Σύμφωνα με τα παραπάνω η διασκοπική μελέτη παρέχει την δυνατότητα προκαθορισμού των διαγνωστικών κριτηρίων με περισσότερο ομοιόμορφο τρόπο και η προτυποποίηση της μεθοδολογίας μειώνει σημαντικά την μεταβλητότητα και αυξάνει την ακρίβεια και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

6) Η αναγνώριση του μεγάλου ποσοστού της αδιάγνωστου υποκλινικά νόσου συμβάλει στην τόνωση του ενδιαφέροντος στην προληπτική ιατρική που τόσο παραμελείτε από τους θεραπευτές ιατρούς κάτω από την πίεση της σοβαρότητας της νόσου όταν εκδηλωθεί ή εξελιχθεί σημαντικά. Έτσι η διασκοπική μελέτη συμβάλει τόσο στην ιατρική εκπαίδευση όσο και στην επιστημονική έρευνα και την εφαρμοζόμενη ιατρική και δημόσια υγιεινή (1).

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ:

1) Κοστίζει οικονομικά και σε χρόνο πολύ περισσότερο από την αναδρομική μελέτη.

2) Δεν συνίσταται για την έρευνα νόσων μικρού επιπολασμού λόγω σπανιότητας και μικρής διάρκειας.

3) Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της, παρουσιάζει δυσχέρειες.

Ο επιπολασμός εξαρτάται από την επίπτωση και είναι αντιστρόφως ανάλογα της διάρκειας της νόσου.

Η διάρκεια της νόσου εξαρτάται βέβαια από τη θνητότητα και την ταχύτητα ανάρρωσης. Έτσι δύο νόσοι έχουν παρόμοιο επιπολασμό όταν η μία έχει μικρή θνητότητα ή βραχεία ανάρρωση, η δε άλλη μεγάλη θνητότητα ή ταχεία

ανάρρωση, αλλά η επίπτωση της δεύτερης είναι πολύ μεγαλύτερη από της πρώτης. Η απομάκρυνση ή η υποχρέωση παραμονής λόγω της νόσου στον χώρο και μεταξύ του υπό μελέτη πληθυσμού είναι δυνατόν να προκαλέσει πρόσθετα προβλήματα ερμηνείας των αποτελεσμάτων. Για αυτό η διασκοπική έρευνα συνίσταται για νόσους που έχουν μεγάλη διάρκεια και δεν επηρεάζουν την μετακίνηση των πασχόντων.

Επίσης η μακροχρόνιος μεταβολή της δράσης ενός παράγοντα (μείωση ή αύξηση) θα επηρεάσει την κατά ηλικία κατανομή της νόσου. Έτσι η κατανομή αυτή όπως θα παρουσιαστεί από μία διασκοπική έρευνα θα είναι διαφορετική από την πραγματική κατά ηλικία κατά ηλικία επίπτωση της νόσου.

Τέλος η εκτίμηση της ποσοτικής συμμετοχής αιτιολογικού παράγοντα στον επιπολασμό της νόσου όπως μετριέται με τη διασκοπική μελέτη δεν είναι δυνατή, εφ' όσον δεν γνωρίζουμε το επίπεδο της όρασής του κατά το παρελθόν μία και πολλά από τα ζώντα σήμερα άτομα το υφίσταντο στο παρελθόν σε διαφορετικό επίπεδο. Αντίθετα μπορούμε σαφή εκτίμηση της ποιοτικής συμμετοχής του παράγοντα όταν συγκρίνουμε τον επιπολασμό της νόσου σε δύο διαφορετικούς πληθυσμούς που το επίπεδο της δράση του παράγοντα διαφέρει σημαντικά.

4) Όπως και στην αναδρομική έρευνα οι ανευρισκόμενες συσχετίσεις δεν θα πρέπει να καθορίζονται, χωρίς περαιτέρω έρευνα σαν αιτιολογικές, γιατί ο παράγοντας μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ή το φυσιολογικό συνακόλουθο της νόσου και όχι η αιτία μια και τόσο η νόσος όσο και ο παράγοντας είναι παρόντες κατά την στιγμή της έρευνας και δεν υπάρχει τρόπος διάκρισης ποιος από τους δύο προϋπήρχε. Και εδώ ασφαλώς ισχύουν τα κριτήρια

αξιολόγησης της αιτιολογικής φύσης της συσχέτισης που έχουν ήδη περιγραφεί (1).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1) Κορνάρου Ε, Ρουμेलιώτου Α. Η Δημόσια Υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Θέματα Επιδημιολογίας, Μεθοδολογίας της Έρευνας και Στατιστικής. Αθήνα Εκδόσεις Παπαζήση (2007).

Microsoft Access

Αρχείο Επεξεργασία Προβολή Εισαγωγή Μορφή Εγγραφές Εργαλεία Παράθυρο Βοήθεια Πληκτρολογήστε ερώτηση

Arial Greek 8 B I U

Diatrivi : Βάση δεδομένων (Μορφή αρχείου Access 2002-2...

Ανοιγμα Σχεδίαση Δημιουργία X

Αντικείμενα

- Πίνακες
- Ερωτήμ...
- Φόρμες
- Εκθέσεις
- Σελίδες
- Μακροε...
- Λεπ. μο...
- Ομάδες
- Αγαπημ...

Δημιουργία φόρμας σε προβολή σχεδίασης

Δημιουργία φόρμας

Stoixeia

A/a

Kentro Ygeias: Velestino

Episkepsi: 1

Fylo: Ginaika

Hilikia: 63

Tameio: OGA

Syntagografia

Eksetasi

Genika

Aima

Peptiko

Oftalmos

Ous

Kikloforiko

Myoskeletiko

Neyrologiko

Psxologiko

Anapneystiko

Derma

Endokrineis Ac

Ouropotiko

Egkimosini

Gennitiko ginai

Genitiko Andre

Koinonika Prov

Yperlipidaimia

AY

Katathlipsi

Asthma

SD

Arthritis

Agxos

Osteoporosi

XAP

SN

Psixoseis

Neyroseis

Anoia/altz

Loimokseis

Pneymonies

Ca pneymona

Ioseis

TB

Diereynisi

Oksy

Xronio

Xronio kai Oksy

Sinosirotita

Arithmos Nosimat

Εγγραφή: 1 από 22682

Προβολή φόρμας

έναρηξη

ΠΡΟΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒ...

Τα έγγραφά μου

Diatrivi : Βάση δεδομέ...

Stoixeia

EN

1:10 μμ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ε. Ροβίθης, Ν. Αντωνάκης, Μ. Μπαθιανάκη, Α. Μαρκάκη, Μ. Τριγώνη, Χ.Λιονής.

3.1. Εισαγωγή:

Η αποτύπωση και καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης εκτιμάται ως μιας υψηλής προτεραιότητας ενέργεια για τους Διευθυντές των Κ.Υ. και την Κεντρική Υπηρεσία της Δ.Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας , αφού αυτή μπορεί να οδηγήσει:

- α) στην εκτίμηση των αναγκών σε υποδομές, βιοϊατρικό εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό
- β) στην καταγραφή παραμέτρων που επηρεάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας
- γ) στην αξιολόγηση των αλλαγών και της αποτελεσματικότητας του συστήματος.

Ιδιαίτερα υπογραμμίζεται ο τρίτος στόχος της αξιολόγησης, η οποία και θα τεκμηριώσει και την αποτελεσματικότητα των δραστηριοτήτων και υπηρεσιών του Κ.Υ. και του Π.Ι.

Η εμπειρία από άλλες χώρες της Ευρώπης και την Αμερική έχει δημοσιευθεί στην ξένη βιβλιογραφία. Μια πρόσφατη μελέτη από τον Καναδά χρησιμοποιεί ερωτηματολόγια που συμπληρώνουν οι ιατροί στην Π.Φ.Υ. στην αρχή, πριν το τέλος μιας περιόδου αξιολόγησης στην οποία αναλαμβάνονται εκπαιδευτικές δράσεις. Στο ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνονται ενότητες με τα χαρακτηριστικά του ιατρού, την άσκηση δραστηριοτήτων πρόσληψης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αυτοαξιολόγησης της απόδοσης σε σχέση με θέματα κλινικού περιεχομένου.

Στις επόμενες σελίδες παρουσιάζονται τα τρία ερωτηματολόγια που διαμορφώθηκαν από την Ιατρική Σχολή Λάρισας και χρησιμοποιήθηκαν για την αποτύπωση και καταγραφή της κατάστασης. Το **πρώτο** καταγράφει την οργάνωση και λειτουργία του Κ.Υ. το **δεύτερο** τον διαθέσιμο ηλεκτρομηχανολογικό, ξενοδοχειακό και βιοϊατρικό εξοπλισμό και το **τρίτο** τις στάσεις των Διευθυντών των Κ.Υ. απέναντι στην «κλινική Διακυβέρνηση».

3.2. Εργαλεία καταγραφής, οργάνωσης, λειτουργίας και εξοπλισμού

Κέντρων Υγείας.

3.2.1. Η ανάπτυξη εργαλείου καταγραφής οργάνωσης και λειτουργίας

Κέντρων Υγείας

Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώνεται από τον Διευθυντή της μονάδας και αποτελείται από 9 ενότητες που περιλαμβάνουν γενικές ερωτήσεις για την καταγραφή των γενικών πληροφοριών για το Κ.Υ. σχετικά με τον πληθυσμό ευθύνης, τη βασική υποδομή και εξοπλισμό (ξενοδοχειακό, ηλεκτρομηχανολογικό και βιοϊατρικό), τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο Κ.Υ. και στην κοινότητα.

Καταγράφονται επίσης οι δραστηριότητες αγωγής υγείας που το Κ.Υ. αναπτύσσει, τα εκπαιδευτικά προγράμματα που υλοποιεί και πληροφορίες που αφορούν τη διασύνδεση με το Νοσοκομείο και τη συνεργασία με φορείς της κοινότητας.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται μόνο οι ερωτήσεις που αφορούν άμεσα και σχετίζονται με τα αποτελέσματα της έρευνας της Διατριβής.

Ερωτήσεις:

1) Θεωρώ ότι ο βαθμός της στελέχωσης σε ιατρικό προσωπικό για την κάλυψη των τοπικών αναγκών πρωινή λειτουργία είναι:

Ανεπαρκής	2
Μέτριος	1
Καλός	8
Πολύ Καλός	4
Άριστος	0
Δεν Απάντησαν	2
Σύνολο Κ.Υ.	17

Παρατηρήσεις: Από τα 17 Κ.Υ τα 9 δεν καταγράφουν καμία παρατήρηση, ενώ τα 8 ζητούν ιατρικές ειδικότητες για την βασική λειτουργία των μονάδων Π.Φ.Υ. όπως : Ακτινολογίας Μικροβιολογίας-Παιδιατρικής-Οδοντιατρικής-Γενικής Ιατρικής. Επίσης κάποιες ειδικότητες είναι καλυμμένες από ιατρούς που έχουν αποσπασθεί στα κατά τόπους Νοσοκομεία λόγω ελλείψεως των εν λόγω ειδικοτήτων σε αυτό, και οι Δ/ντές των Κ.Υ. ζητούν την επιστροφή τους διότι θεωρούν ότι τα Κ.Υ. υπολειτουργούν.

2) Ύπαρξη ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου στα Κ.Υ.

ΝΑΙ απαντούν 0 Κ.Υ.

ΟΧΙ απαντούν 13Κ.Υ

Δεν απαντούν 4 Κ.Υ.

3) Σε ποιο βαθμό νομίζεται ότι η τεχνολογία των Η/Υ βοηθά η θα μπορούσε να βοηθήσει την μονάδα σας.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ	Δεν Απάντησαν
Κ.Υ. 0	0	1	1	1	10	4

4) Πραγματοποιήθηκαν κατά το έτος 2008 επισκέψεις στη μονάδα σας ειδικών ιατρών (επιμελητών Ε.Σ.Υ.) που είχαν προσληφθεί στο Νοσοκομείο για να επισκέπτονται τα Κ.Υ.

Εάν ναι αναφέρατε τις ειδικότητες των επισκεπτών ιατρών και τη συχνότητα των επισκέψεών τους.

16 Κ.Υ. απάντησαν ΝΑΙ

1Κ.Υ. δεν απάντησε

Ειδικότητες: από τα 17 απάντησαν τα 15 Κ.Υ.

14 Καρδιολογίας

11 Γυναικολογίας Κανένα Κ.Υ. δε απάντησε για την συχνότητα

14 Ορθοπαιδικής των επισκεπτών Ιατρών

12 Χειρουργικής

6 Ψυχιατρικής

2 Πνευμονολογίας

2 Ω.Ρ.Λ

1 Ακτινολογίας

1 Δερματολογίας

1 Ουρολογίας

1 Διαβητολογίας

3.2.2. Η ανάπτυξη εργαλείου καταγραφής του ηλεκτρομηχανολογικού, ξενοδοχειακού και βιοιατρικού εξοπλισμού Κέντρων Υγείας.

Στην παρούσα ενότητα ένα υπόδειγμα εντύπου καταγραφής του ξενοδοχειακού ηλεκτρομηχανολογικού, και βιοιατρικού εξοπλισμού του

Κέντρου Υγείας. Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί για την καταγραφή της σχετικής πληροφορίας για τα Κ.Υ. του Πε.Σ.ΥΠ Θεσσαλίας έχοντας διανεμηθεί και συμπληρωθεί από τους διευθυντές των 17 μονάδων που λειτουργούν στην Περιφέρεια Θεσσαλίας.

Από τις ερωτήσεις του ηλεκτρομηχανολογικού ξενοδοχειακού και βιοιατρικού εξοπλισμού δεν υπήρχε συνάφεια με την ερευνά μας και δεν αναφερόμαστε σε καμιά ερώτηση αυτής ενότητας.

3.2.3. Η ανάπτυξη ερωτηματολογίου καταγραφής των στάσεων απέναντι στην “Κλινική Διακυβέρνηση.”

Το ερωτηματολόγιο που παρουσιάζεται στη συνέχεια, καταγράφει τις στάσεις και πεποιθήσεις των διευθυντών των Κ.Υ. απέναντι στην “κλινική διακυβέρνηση”. Ο όρος αναφέρεται στο ευρύ φάσμα των δραστηριοτήτων οι οποίες απαιτούνται για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο επιτυγχάνεται υψηλή επίδοση στην κλινική πράξη.

Η “κλινική διακυβέρνηση” αποτελεί ένα από τα κομβικά στοιχεία της πολιτικής υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.

Από τις βασικές συνιστώσες της κλινικής διακυβέρνησης, στο επίπεδο της καθημερινής κλινικής πρακτικής, αποτελεί η συμμόρφωση με τις “κατευθυντήριες οδηγίες” (clinical guidelines) και τη “βασισμένη στη μαρτυρία ιατρική” (evidence-based medicine).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες (Κ.Ο.) αποτελούν συστάσεις επιστημονικών οργανισμών που στοχεύουν στη βέλτιστη και ενιαία διαχείριση νοσημάτων, προβλημάτων και καταστάσεων υγείας. Η έρευνα έχει αποδείξει ότι η ορθή

εφαρμογή των Κ.Ο. οδηγεί στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Οι πλέον έγκυρες Κ.Ο. βασίζονται στα συμπεράσματα της βασισμένης στη μαρτυρία ιατρικής (B.M.I.).

Η B.M.I. ορίζεται ως η εφαρμογή των έγκυρων ερευνητικών δεδομένων στην καθημερινή κλινική πρακτική. Η ποιότητα των ερευνητικών δεδομένων αξιολογείται στη B.M.I. βάσει συγκεκριμένης μεθοδολογίας που περιλαμβάνει κυρίως τη «μεταανάλυση» και την «κριτική ανασκόπηση» των κλινικών μελετών.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει επίσης ενότητες που αναφέρονται σε συνιστώσες της κλινικής διακυβέρνησης που μπορούν να εφαρμοστούν τοπικά στις μονάδες Π.Φ.Υ. και ειδικότερα στις:

- α) Ενέργειες για τη « διασφάλιση της ποιότητας»(quality assurance) και τον εντοπισμό και διόρθωση των «αδυνάτων σημείων» της μονάδας «σημεία όπου οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας υστερούν σε ποιότητα).
- β) Εκτίμηση αναγκών φροντίδας υγείας (health care needs assessment).
- γ) Διαχείριση κινδύνου (risk management) που αναφέρεται στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου για τον ασθενή που μπορεί να οφείλεται σε οποιονδήποτε παράγοντα: από κακοπραξία επαγγελματία υγείας έως ελλιπή εξοπλισμό.
- δ) Κλινικός έλεγχος (clinical audit) που αναφέρεται στην κριτική ανάλυση (έλεγχος των διαδικασιών αλλά και της αποτελεσματικότητας) του συνόλου της φροντίδας υγείας παρέχεται στον ασθενή.
- ε) Έλεγχος σημαντικών συμβάντων (significant events audit). Σημαίνει το σύστημα διαδικασιών που εφαρμόζονται όταν ένα σημαντικό συμβάν (π.χ. ένα ανεπιθύμητο αποτέλεσμα για την υγεία κάποιου ασθενή – χωρίς

απαραίτητα να περιορίζεται σε τέτοιες περιπτώσεις) αναλύεται με συστηματικό και λεπτομερή τρόπο ώστε να οδηγήσει σε συμπεράσματα και ενέργειες ώστε να αποφευχθούν παρόμοια μελλοντικά συμβάντα.

5) Είναι γνωστά στη μονάδα σας τα συχνότερα χρόνια νοσήματα στην περιοχή ευθύνης της;

ΝΑΙ Απαντούν 14 Κ.Υ.

ΟΧΙ Απαντούν 1 Κ.Υ.

Δεν απάντησαν 2 Κ.Υ.

Εάν ΝΑΙ ποια είναι αυτά:

- 1) Δεν Απάντησε
- 2) Α.Υ. Καρδιαγγειακά, Αναπνευστικά, αγγειακά, γαστρεντερολογικά
- 3) ΟΧΙ
- 4) Χ.Α.Π., Α.Ε.Ε., καρδιοπάθειες, λοιμώξεις
- 5) Α.Υ., Σ.Δ., Χ.Α.Π., Βροχικό Ασθμα, Υπερχολ/μια, Νεφρολιθιασες
- 6) Α.Υ., Χ.Α.Π., Καρδιαγγειακά, Ψυχιατρικά, Ιώσεις
- 7) Α.Υ., Χ.Α.Π., Καρδιοπάθειες, Οστεοπώρωση, ψυχικά νοσήματα
- 8) Δεν Απάντησε
- 9) Α.Υ., Χ.Α.Π., Ιώσεις, Στεφανιαία Νόσος, Νοσήματα Αρθρώσεων
- 10) Α.Υ. Σ.Δ., Κρδιαγγειακά, Παχυσαρκία, Εκφυλιστικά Σπ. Στύλης
- 11) Σ.Δ., Καρδιακή Ανεπάρκεια, Αναπνευστική Ανεπάρκεια
- 12) Α.Υ., Σ.Δ., Χ.Α.Π., Κρδιαγγειακά Νοσήματα , Ψυχικές διαταραχές
- 13) Α.Υ., Σ.Δ., Σ.Ν., Ψυχικές νόσοι, Υπερλιπιδεμία, Μυοσκελετικά
- 14) Σ.Δ., Χ.Α.Π., Α.Υ., Ψυχικές ασθένειες, Κρδιαγγειακά Νοσήματα
- 15) Σ.Δ., Χ.Α.Π., Χ.Α.Π., Κρδιαγγειακά, Δυσλιπιδαιμία, Ψυχικές νόσοι
- 16) Σ.Δ., Χ.Α.Π., Α.Υ., Σ.Ν., Οστεοαρθρίτιδες
- 17) Σ.Δ., Χ.Α.Π., Α.Υ., Σ.Ν., Υπερλιπιδαιμία

Εάν ΝΑΙ, από ποιες πηγές; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

A) Εμπειρικά (προσωπική εμπειρία)

B) Πιστοποιητικά θανάτου

Γ) Αρχείο ή βιβλία ασθενών της μονάδας

Δ) Δεδομένα Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας

Ε) Αποτελέσματα ερευνητικού προγράμματος της μονάδας

Ζ) Αποτελέσματα ερευνητικού προγράμματος άλλου φορέα (Πανεπιστήμιο)

Η) Συνέντευξη- συζήτηση με σημαντικά πρόσωπα από την κοινότητα

A) Απάντησαν 13 Κ.Υ.

B) Απάντησαν 0 Κ.Υ.

Γ) Απάντησαν 9 Κ.Υ.

Δ) Απάντησαν 0 Κ.Υ.

Ε) Απάντησαν 3 Κ.Υ.

Ζ) Απάντησαν 0 Κ.Υ.

Η) Απάντησαν 1 Κ.Υ.

Δεν απάντησαν 2 Κ.Υ.

Βιβλιογραφία:

1) Λιονής Χρήστος: Κάνοντας την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεσματική στην καθ' ημέρα πράξη. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας- Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης 2002, 45-100.