

“ Π.Μ.Σ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ”

**Δημογραφική μελέτη ασθενών της Μονάδας Εντατικής
Θεραπείας (ΜΕΘ) στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας κατά
την περίοδο 2002-2018**

ΕΠΟΠΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

ΑΝΩΓΙΑΤΗΣ-ΡΕΛΕ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΜΑΝΔΥΛΑ-ΚΟΥΣΟΥΝΗ.ΜΑΡΙΑ
ΤΣΙΑΜΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΓΚΙΛΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΚΕΡΚΥΡΑ 2019

Περιεχόμενα

1	Πίνακες.....	4
1.1	Γραφήματα	6
1.2	Εισαγωγή	7
1.3	Υλικό και Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων	14
2	Αποτελέσματα.....	16
2.1	Περιγραφική Στατιστική	16
2.1.1	Φύλο.....	16
2.1.2	Ηλικία	17
2.1.3	Διεύθυνση	19
2.1.4	Εθνικότητα.....	22
2.1.5	Ημερομηνία Εισαγωγής	26
2.1.6	Μήνας Εισαγωγής.....	26
2.1.7	Έτος Εισαγωγής	27
2.1.8	Ημερομηνία Εξαγωγής	30
2.1.9	Μήνας Εξαγωγής	31
2.1.10	Έτος Εξαγωγής	31
2.1.11	Ημέρες Νοσηλείας	35
2.1.12	Προέλευση	40

2.1.13	Διάγνωση	46
2.1.14	Τομέας.....	52
2.1.15	Έκβαση	53
2.1.16	Παρατηρήσεις	58
2.1.17	Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας.....	59
2.2	Επαγωγική Στατιστική	62
2.2.1	Έλεγχος Ύπαρξης Συσχέτισης μεταξύ της Ηλικίας, του Συνολικού Κόστους Νοσηλείας και των Ημερών Νοσηλείας.....	63
2.2.2	Έλεγχοι Υπόθεσης για την διαφοροποίηση των Ημερών Νοσηλείας και του Συνολικού Κόστους Νοσηλείας ως προς το Φύλο, την Ηλικία, τη Διεύθυνση και την Εθνικότητα	64
3	Συμπεράσματα	72
	Βιβλιογραφία	74

1 Πίνακες

Πίνακας 1: Κατανομή της Ηλικίας με βάση το Φύλο των ασθενών	18
Πίνακας 2: Κατανομή της Διεύθυνσης των ασθενών	19
Πίνακας 3: Κατανομή της Διεύθυνσης με βάση το Φύλο των ασθενών	20
Πίνακας 4: Κατανομή της Διεύθυνσης με βάση την Ηλικία των ασθενών	21
Πίνακας 5: Κατανομή της Εθνικότητας με βάση το Φύλο των ασθενών	23
Πίνακας 6: Κατανομή της Εθνικότητας με βάση την Ηλικία των ασθενών	24
Πίνακας 7: Κατανομή της Εθνικότητας με βάση την Διεύθυνση των ασθενών	25
Πίνακας 8: Κατανομή των ημερομηνιών εισαγωγής των ασθενών στην ΜΕΘ	26
Πίνακας 9: Κατανομή του Μήνα εισαγωγής των ασθενών στην ΜΕΘ	27
Πίνακας 10: Κατανομή του Έτους Εισαγωγής	28
Πίνακας 11: Κατανομή των ημερομηνιών εξαγωγής από την ΜΕΘ.....	30
Πίνακας 12: Κατανομή του μήνα εξαγωγής από την ΜΕΘ	31
Πίνακας 13: Κατανομή των ετών εξαγωγής από την ΜΕΘ.....	32
Πίνακας 14: Κατανομή των ημερών νοσηλείας στη ΜΕΘ	35
Πίνακας 15: Κατανομή των Ημερών Νοσηλείας στη ΜΕΘ με βάση το Φύλο	36
Πίνακας 16: Κατανομή των Ημερών Νοσηλείας στη ΜΕΘ με βάση την Ηλικία ...	37
Πίνακας 17: Κατανομή των Ημερών Νοσηλείας στη ΜΕΘ με βάση την Ηλικία	38
Πίνακας 18: Κατανομή των Ημερών Νοσηλείας στη ΜΕΘ με βάση την Εθνικότητα.....	39
Πίνακας 19: Κατανομή της προέλευσης του τμήματος των ασθενών	40
Πίνακας 20: Κατανομή της Προέλευσης σε σχέση με το Φύλο	41
Πίνακας 21: Κατανομή της Προέλευσης σε σχέση με την Ηλικία	42
Πίνακας 22: Κατανομή της Προέλευσης με βάση την Διεύθυνση	44
Πίνακας 23: Κατανομή της Προέλευσης με βάση την Εθνικότητα.....	46
Πίνακας 24: Κατανομή της Διάγνωσης των ασθενών.....	47
Πίνακας 25: Κατανομή του Τομέα της ασθένειας για τους ασθενείς	53
Πίνακας 26: Κατανομή της Έκβασης της ασθένειας	54
Πίνακας 27: Κατανομή της Έκβασης με βάση το Φύλο.....	54

Πίνακας 28: Κατανομή της Έκβασης με βάση την Ηλικία.....	55
Πίνακας 29: Κατανομή της Έκβασης με βάση την Διεύθυνση.....	56
Πίνακας 30: Κατανομή της Έκβασης με βάση την Εθνικότητα.....	57
Πίνακας 31: Παρατηρήσεις για τους ασθενείς.....	58
Πίνακας 32: Ημέρες Νοσηλείας και Τιμές ΚΕΝ για μόνιμους και μη μόνιμους κατοίκους Ελλάδας.....	60
Πίνακας 33: Κατανομή του συνολικού κόστους νοσηλείας.....	61
Πίνακας 34: Ανάλυση Συσχέτισης μεταξύ των Ημερών Νοσηλείας και του Συνολικού Κόστους αυτής.....	63
Πίνακας 35: Ανάλυση Συσχέτισης μεταξύ των Ημερών Νοσηλείας και της Ηλικίας των Ασθενών.....	63
Πίνακας 36: Ανάλυση Συσχέτισης μεταξύ του συνολικού κόστους νοσηλείας και της Ηλικίας των Ασθενών.....	64
Πίνακας 37: Έλεγχος Ισότητας των Μέσων μεταξύ Ημερών Νοσηλείας, Συνολικού Κόστους Νοσηλείας και Φύλου.....	65
Πίνακας 38: Διάφορα αποτελέσματα του Ελέγχου.....	65
Πίνακας 39: Έλεγχος ANOVA μεταξύ Ημερών Νοσηλείας, Συνολικού Κόστους Νοσηλείας και Ηλικίας.....	67
Πίνακας 40: Έλεγχος Post-Hoc για τις Ημέρες Νοσηλείας ως προς την Ηλικία.....	68
Πίνακας 41: Έλεγχος Post-Hoc για το Συνολικό Κόστος Νοσηλείας ως προς την Ηλικία.....	69
Πίνακας 42: Έλεγχος ANOVA μεταξύ Ημερών Νοσηλείας, Συνολικού Κόστους Νοσηλείας και Διεύθυνσης.....	70
Πίνακας 43: Έλεγχος Ισότητας των Μέσων μεταξύ Ημερών Νοσηλείας, Συνολικού Κόστους Νοσηλείας και Εθνικότητας.....	71
Πίνακας 44: Διάφορα αποτελέσματα του Ελέγχου.....	71

1.1 Γραφήματα

Γράφημα 1: Κυκλικό Διάγραμμα Κατανομής του Φύλου των Ασθενών.....	16
Γράφημα 2: Ραβδόγραμμα Κατανομής της Ηλικίας των Ασθενών.....	17
Γράφημα 3: Ραβδόγραμμα κατανομής της Εθνικότητας των ασθενών.....	22
Γράφημα 4: Διαχρονική Εξέλιξη του αριθμού των εισαγωγών και εξαγωγών ασθενών στη και από τη ΜΕΘ του Γ.Ν. Κέρκυρας, 2002-2017.....	35

Περίληψη

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη ασθενών που νοσηλευτήκαν στη ΜΕΘ από την έναρξη λειτουργίας της (2002), έως και τις αρχές του 2018.

Η καταγραφή έγινε από τα μητρώα της ΜΕΘ. Το θέμα που πραγματεύεται η παρούσα εργασία εστιάζεται στην περιγραφική και επαγωγική στατιστική και την ανάλυση των δεδομένων (SPSS). Για το σκοπό αυτό έγινε η παρουσίαση και περιγραφή των δεδομένων σε πινάκες και γραφήματα.

Συνοψίζοντας, με την ανάλυση που προηγήθηκε προκύπτουν τα εξής : Έχουν καταγράψει 1651 ασθενείς, η πλειοψηφία αυτών ήταν άντρες με μέση ηλικία τα 59-60 έτη, δηλαδή μεσήλικες. Κατά πλειοψηφία ήταν ασθενείς ελληνικής καταγωγής που διαμένουν στην Κέρκυρα. Ο μέσος όρος νοσηλείας των ασθενών της ΜΕΘ ήταν 9-10 ημέρες και το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών διαγνώστηκε με εγκεφαλική αιμορραγία. Το ποσοστό θανάτου ανέρχεται στο 30,9% επί του συνόλου και η πλειοψηφία των ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ, προέρχεται από τα ΤΕΠ(τμήμα επειγόντων περιστατικών).

Τέλος, το συνολικό κόστος ασθενών, ανεξάρτητα αν είναι μόνιμοι ή όχι κάτοικοι της Ελλάδος, είναι κατά προσέγγιση 7592€ και διαφοροποιείται μόνο ως προς τη διεύθυνση το ποσό αυτό.

SUMMARY

The purpose of the study is to record patients hospitalized in the ICU from the beginning of the ICU foundation in 2002 until the beginning of 2018.

The recording was based on the ICU registry. The subject of this paper focuses on descriptive and inductive statistics and data analysis. For this purpose we present and describe the data through tables and graphs.

In summary, the results arising from the presenting analysis are the following: the number of the recorded patients was 1651, the majority of them were middle-age men with an average age of 59-60 years. Most were patients of Greek origin living in Corfu. The average duration of ICU stay was 9-10 days and the highest proportion of patients was diagnosed with cerebral haemorrhage. The death rate is 30.9% of the total and the majority of the patients admitted to the ICU come from the ED (Emergency department).

Finally, the total cost for each patients, regardless at their origin or permanent residency, is approximately 7592 € and is only differentiated by the residency.

1.2Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον κανονισμό του ΦΕΚ 3054 περί «κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», το οποίο δημοσιεύθηκε στις 18 Νοεμβρίου 2012, στην Ελλάδα επιδιώκεται η εξασφάλιση μιας ισότιμης πρόσβασης όλων των ασφαλισμένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας. Συγκεκριμένα, ο εν λόγω κανονισμός καθορίζει τις παροχές υγείας σε είδος, έκταση, ύψος, τρόπο και

διαδικασία χορήγησής των και συνάμα προσδιορίζονται οι δικαιούχοι των παροχών αυτών, καθώς και ο τρόπος αποζημίωσης της σχετικής δαπάνης (ΦΕΚ 3054, 2012).

Όπως αναφέρεται στο άρθρο 1 του παρόντος κανονισμού, ως παροχές υγείας νοούνται οι Παροχές Υγείας σε Είδος, δηλαδή (ΦΕΚ 3054, 2012):

1. πρόληψη και προαγωγή της υγείας
2. πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας - ιατρική περίθαλψη - διαγνωστικές ιατρικές πράξεις
3. παρακλινικές εξετάσεις
4. φυσικοθεραπεία - εργοθεραπεία - λογοθεραπεία - ψυχοθεραπεία
5. φαρμακευτική περίθαλψη
6. οδοντιατρική - στοματολογική περίθαλψη
7. ειδική αγωγή
8. λοιπή περίθαλψη
9. νοσοκομειακή περίθαλψη
10. χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας
11. δαπάνες μετακίνησης ασθενών
12. μαιευτική περίθαλψη - επίδομα τοκετού
13. νοσηλεία στο εξωτερικό
14. αποκατάσταση της υγείας
15. παροχή θεραπευτικών μέσων και προθέσεων - πρόσθετη περίθαλψη
16. επιδόματα λουτροθεραπείας, αεροθεραπείας και αντιτίμου τροφής.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του ίδιου κανονισμού, η παροχή υγείας χωρίζεται σε Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια. Από τη μία, η «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (Π.Φ.Υ.) περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες και πράξεις που γίνονται με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών υγείας (ΦΕΚ 3054, 2012):

- Στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, στα ολόήμερα ιατρεία και τα διαγνωστικά εργαστήρια αυτών
- Στις υπηρεσίες του ΕΚΑΒ
- Στα Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία

- Στα Αγροτικά Ιατρεία
- Στα Πολυιατρεία και Ιατρεία του ΕΟΠΥΥ
- Στα Κέντρα Αποθεραπείας – Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας
- Στις Ιδιωτικές Κλινικές που λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία και διαπιστευμένα Διαγνωστικά Εργαστήρια.
- Στους Ιδιωτικούς Φορείς
- Στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- Στις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης
- Στις Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας
- Στους Σταθμούς Προστασίας Μάνας, Παιδιού & Εφήβου, όπου διαθέτει ο Οργανισμός.
- Στα Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας του Οργανισμού, στα Ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας και στους κατ' οίκον φυσικοθεραπευτές.

Από την άλλη, η «Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας» (Δ.Φ.Υ.) περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες και πράξεις, που γίνονται εντός των τμημάτων των Νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας - αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας (ΦΕΚ 3054, 2012).

Μία συγκεκριμένη παροχή υγείας που προκύπτει από τα παραπάνω είναι αυτή που προέρχεται από τις επονομαζόμενες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Έτσι, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), γενικώς, είναι ένα ειδικό τμήμα ενός νοσοκομείου ή μίας μονάδας παροχής υγειονομικής περίθαλψης που παρέχει υπηρεσίες εντατικής θεραπείας. Οι ΜΕΘ απευθύνονται σε ασθενείς με σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες και τραυματισμούς, οι οποίοι απαιτούν συνεχή, στενή παρακολούθηση και υποστήριξη από εξειδικευμένο εξοπλισμό και φάρμακα για την εξασφάλιση φυσιολογικών σωματικών λειτουργιών. Είναι στελεχωμένες από

άρτια καταρτισμένους γιατρούς και νοσηλευτές που ειδικεύονται στη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση¹.

Οι ΜΕΘ διακρίνονται επίσης από τις συνήθεις νοσοκομειακές κλινικές με υψηλότερο λόγο απασχόλησης προσωπικού ανά ασθενή αλλά και περισσότερη πρόσβαση σε προηγμένους ιατρικούς πόρους και εξοπλισμό που δεν είναι συνήθως διαθέσιμος σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες. Οι συνήθεις καταστάσεις/ασθένειες που αντιμετωπίζονται στις ΜΕΘ περιλαμβάνουν το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας, το τραύμα, την πολλαπλή δυσλειτουργία οργάνων και τη σήψη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς μπορούν να μεταφερθούν απευθείας σε ΜΕΘ από ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών, εάν απαιτείται, ή από έναν θάλαμο εάν επιδεινωθεί ραγδαία η κατάσταση τους ή αμέσως μετά από χειρουργική επέμβαση, εάν αυτή είναι πολύ επεμβατική και ο ασθενής βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών².

Η αποτελεσματικότητα μιας ΜΕΘ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και απαιτεί κατάλληλες ρυθμίσεις, σύγχρονη τεχνολογική υποστήριξη, επαρκές και άρτια καταρτισμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η σπουδαιότητα του ανθρώπινου παράγοντα αποδεικνύεται από το γεγονός ότι η σταδιοποίηση του επιπέδου φροντίδας που προτείνεται από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Φροντίδας χρησιμοποιεί ως ενιαίο κριτήριο την αναλογία ασθενή : νοσηλευτών στην εντατική θεραπεία (Grigorakos, 2017).

Η ιστορία των ΜΕΘ ξεκινά από τα μέσα του 15ου αιώνα, όταν ο Ανδρέας Βεσάλιος στο έργο του "*De Humani Corporis Fabrica*" περιγράφει μια διαδικασία με την οποία ένας άνθρωπος κρατήθηκε ζωντανός από μία ρυθμική εμφύσηση αέρα μέσα στην τραχεία. Αυτή ήταν και η πρώτη καταγεγραμμένη επιστημονική προσπάθεια για τη διατήρηση της ζωής ενός ανθρώπου με τεχνητά μέσα. Μετά από 3 αιώνες, κατά τη διάρκεια του πολέμου της Κριμαίας (1854-1856), η Αγγλίδα νοσηλεύτρια Florence Nightingale ήταν η πρώτη που εφάρμοσε μια πρωταρχική

¹https://web.archive.org/web/20091226214851/http://www.ics.ac.uk/patients_relatives/what_is_intensive_care

² <http://www.wisegEEK.org/what-is-an-icu.htm>

μορφή της ΜΕΘ. Ειδικά στις σημειώσεις της δηλώνει ότι «στο νοσοκομείο θα πρέπει να υπάρχει ένα μικρό ήσυχο δωμάτιο, στο οποίο θα οδηγείται ο ασθενής μετά από χειρουργική επέμβαση και θα παραμένει εκεί μέχρι να αναρρώσει πλήρως από τις άμεσες επιδράσεις της επέμβασης» (Clarke et al., 2000).

Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου δημιουργήθηκαν ειδικοί θάλαμοι για στρατιώτες που έπασχαν σοβαρά από κάποια ασθένεια, οι οποίοι παρακολουθούνταν στενά μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, προκειμένου να αποκατασταθεί η υγεία τους, μέσω συνεχούς παρακολούθησης και εντατικής φροντίδας από εξειδικευμένο προσωπικό της εποχής (Clarke et al., 2000).

Η ΜΕΘ, με τη σημερινή της μορφή, εμφανίστηκε για πρώτη φορά σε ευρωπαϊκά και αμερικανικά νοσοκομεία με αφορμή την επιδημία πολιομυελίτιδας τη δεκαετία του 1950, όπου επιχειρήθηκε αναπνευστική υποστήριξη με τραχειοτομή. Το 1958, στο Baltimore City Hospital, ο Peter Safar αναβάθμισε τη ΜΕΘ εισάγοντας την 24ωρη παρακολούθηση των ασθενών με σοβαρή ασθένεια σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, δημιουργώντας έτσι πολυ-λειτουργικές ΜΕΘ (Gunn & Grenvik, 2002).

Επίσης, χάρη στην ταχεία εξέλιξη της τεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης και στην ανάγκη επιβίωσης των ασθενών με σοβαρά νοσήματα, έχει ληφθεί μέριμνα για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό της ΜΕΘ. Ακόμη και στη δεκαετία του 1980, καταβλήθηκαν προσπάθειες στις ΗΠΑ για την περαιτέρω εξειδίκευση του προσωπικού που θα απασχολούσε στη ΜΕΘ. Έτσι, δημιουργήθηκαν μονάδες διεπιστημονικού χαρακτήρα και διάφορα μέσα λειτουργούσαν σύμφωνα με τις ειδικές ανάγκες κάθε ασθενούς. Με αυτό τον τρόπο, τονίστηκε η ανάγκη για περαιτέρω εξειδίκευση της ΜΕΘ και δημιουργήθηκαν ειδικές μονάδες όπως νευρολογικές, παιδιατρικές, καρδιολογικές και άλλες (Gunn & Grenvik, 2002).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ΜΕΘ υπήρξε ένα από τα σημαντικότερα τμήματα και αποτελείται από προσωπικό υψηλής εξειδίκευσης, υψηλή τεχνολογία και υψηλό επίπεδο φροντίδας. Επιπλέον θέματα που αφορούν το προσωπικό των σύγχρονων μονάδων είναι οι νέες προοπτικές της ΜΕΘ, η δωρεά οργάνων, η περαιτέρω

εξειδίκευση του προσωπικού και η συστηματική ψυχολογική στήριξη των οικογενειών (Gunn & Grenvik, 2002).

Στην Ελλάδα, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, η ύπαρξη πολυ-λειτουργικών μονάδων εντατικής θεραπείας οδήγησε σε μια πραγματική ποιοτική πρόοδο στον τομέα της υγείας (Grigorakos, 2017). Ωστόσο, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, μία πρόσφατη έρευνα της ΠΟΕΔΗΝ (Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία), βασισμένη σε μεγάλη έρευνα που πραγματοποίησε σε 74 δημόσια και σε ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας, συμπέρανε ότι η κατάσταση είναι αρκετά αρνητική λόγω ανεπάρκειας προσωπικού και σημαντικών ελλείψεων σε υλικοτεχνική υποδομή³.

Σύμφωνα με τον Κανονισμό του ΦΕΚ 3054, άρθρο 10, το ημερήσιο νοσήλιο (πακέτο) για ασθενείς νοσηλευόμενους σε Μ.Ε.Θ. (ασφαλισμένους και ανασφάλιστους) σε κρατικά νοσοκομεία και σε ιδιωτικές κλινικές, ορίζεται (ΦΕΚ 3054, 2012):

- για τις τρεις πρώτες ημέρες νοσηλείας στο ποσό ύψους 700 € ημερησίως,
- από την 4η έως και την 15η ημέρα νοσηλείας ορίζεται στο ποσό ύψους 500 € ημερησίως,
- από την 16η ημέρα και μετά το ποσό ορίζεται σε 350 € ημερησίως, χωρίς εξαιρούμενα.

Επίσης, σύμφωνα με το ΦΕΚ 3096 που δημοσιεύθηκε στις 23 Νοεμβρίου 2012, ορίζεται ότι στις περιπτώσεις πολιτών των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και των τρίτων χωρών, μη μονίμων κατοίκων Ελλάδος, η τιμή των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) υπολογίζεται με συντελεστή μισθολογικού κόστους 2,09 επί την τιμή που αναγράφεται στον πίνακα Κ.Ε.Ν. (ΦΕΚ 3096, 2012).

Ο παραπάνω υπολογισμός εφαρμόζεται και στην τιμή του Ημερήσιου Νοσηλίου, όπως αυτό ισχύει, όταν γίνεται χρήση αυτού στα νέα Κ.Ε.Ν. και στις

³ http://www.athensvoice.gr/greece/417549_1000-thanatoi-hrono-apo-elleipseis-se-monades-entatikis-therapeias

περιπτώσεις που η νοσηλεία υπερβαίνει τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας του Κ.Ε.Ν. (ΦΕΚ 3096, 2012).

Στην παρούσα εργασία, επιχειρείται να παρουσιαστεί μία εμπειρική, δημογραφική μελέτη ασθενών της ΜΕΘ οι οποίοι βρίσκονταν στο Γενικό Νοσοκομείο της Κέρκυρας, την περίοδο 2002-2018. Τα στοιχεία για τη συγγραφή της εργασίας προέρχονται από τη μελέτη και καταγραφή των σχετικών πληροφοριών, που περιέχονται στα σχετικά μητρώα των ασθενών του νοσοκομείου.

Όπως αναφέρεται και στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου⁴, «Το Γ.Ν. Κέρκυρας, το οποίο υπάγεται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 «Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης» (ΦΕΚ 254/Α'), από τη δημοσίευση του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α'), αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) το οποίο υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπεται από τις διατάξεις του εν λόγω νόμου φέρει την επωνυμία «Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας «ΑΓΙΑ ΕΙΡΗΝΗ». Έδρα του Νοσοκομείου είναι ο Δήμος Κερκυραίων του Ν. Κέρκυρας.»

Ως το μοναδικό νοσοκομείο του νησιού που βρίσκεται στη περιοχή Κοντόκαλι, προσφέρει και καλύπτει, αν όχι όλες, τουλάχιστον τις βασικότερες ανάγκες ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης των κατοίκων του νησιού. Το συνολικό δυναμικό του νοσοκομείου ορίζεται σε 321 οργανικές κλίνες, ενώ απαρτίζεται και από τις ακόλουθες Υπηρεσίες, Αυτοτελές Τμήμα και Ειδικό Γραφείο:

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- Ιατρική,
- Νοσηλευτική,
- Διοικητική - Οικονομική,
- Τεχνική - Ξενοδοχειακή.

ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ

⁴ <http://www.gnkerkyras.gr/index.html>

- Οργάνωσης και Πληροφορικής.

ΕΙΔΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ

- Γραφείο Υποδοχής Ασθενών.

1 Υλικό και Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια περιγραφική μελέτη ανάλυσης και αφορά στους ασθενείς που νοσηλεύονται (ή νοσηλεύονταν) στο Γ.Ν. Κέρκυρας, για τη περίοδο 2002-2018. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιώντας τα μητρώα των ασθενών αυτών, συλλέχθηκαν συγκεκριμένες πληροφορίες, από τις οποίες, για ευνόητους λόγους, δεν λήφθηκαν υπόψη ευαίσθητα προσωπικά στοιχεία τους όπως Ονοματεπώνυμο, Εισόδημα κ.α.. Το δείγμα επομένως της έρευνας αποτελείτο από 1.653 ασθενείς του Γ.Ν. Κέρκυρας για την εν λόγω περίοδο, καθώς για τη περίοδο πριν το 2002 δεν υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα από το νοσοκομείο. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τους ασθενείς ήταν τα ακόλουθα:

- Αριθμός Ασθενή (Α/Α)
- Φύλο
- Ηλικία
- Διεύθυνση
- Εθνικότητα
- Ημέρα Εισαγωγής
- Μήνας Εισαγωγής

- Έτος Εισαγωγής
- Ημέρα Εξαγωγής
- Μήνας Εξαγωγής
- Έτος Εξαγωγής
- Ημέρες Νοσηλείας
- Προέλευση (δηλώνει από πιο τμήμα ο ασθενής έκανε εισαγωγή στη ΜΕΘ)
- Διάγνωση
- Τομέας (δηλώνει την κατηγορία στην οποία ανήκει η ασθένεια)
- Έκβαση (δηλώνει τη κατάσταση στην οποία κατέληξε ο ασθενής)
- Παρατηρήσεις (επιπλέον πληροφορίες σχετικά με την μεταφορά του ασθενούς στη ΜΕΘ)

Η ανάλυση των εν λόγω δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20 για ηλεκτρονικό υπολογιστή με λογισμικό Microsoft Windows. Ο κύριος τύπος ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε ήταν η Περιγραφική Στατιστική (Descriptive Statistics), δηλαδή με τη χρήση απλών πινάκων και διαγραμμάτων απεικόνισης των μεταβλητών, ωστόσο χρησιμοποιήθηκαν και εργαλεία Επαγωγικής Στατιστικής (Inferential Statistics), ώστε να διεξαχθούν σημαντικοί έλεγχοι μεταξύ των μεταβλητών.

Τα δεδομένα των ασθενών ήταν αρχικώς αποθηκευμένα σε ένα αρχείο Excel. Αφού έγινε η κατάλληλη κωδικοποίηση τους σε νούμερα (για τις μεταβλητές που είχαν κείμενο και όχι αριθμούς), στη συνέχεια αντιγράφηκαν στο περιβάλλον εργασίας του SPSS, όπου κι εκεί δόθηκε η κατάλληλη κωδικοποίηση, δηλαδή σε κάθε αριθμό δόθηκε η κατάλληλη ερμηνεία του (π.χ. "1" για Άρρεν, "0" για Θήλυ κ.ο.κ.).

Τέλος, διαπιστώθηκε ότι σε πολλές περιπτώσεις δεν υπήρχαν δεδομένα (missing data) για κάποιους ασθενείς, γι' αυτό και ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία χειρισμού σε τέτοιες περιπτώσεις⁵:

1. Τα δεδομένα αυτά αφέθηκαν ως κενά (blank) στα εν λόγω κελιά,
2. Έγινε "κλικ" στην επιλογή *Transform – Recode into Same Variables*.
3. Μετακινήθηκαν όλες οι μεταβλητές στο αντίστοιχο δεξί πλαίσιο και έγινε κλικ στην επιλογή *Old and New Values*.
4. Μετά από κάποια σχετική διαδικασία, τα missing data κωδικοποιήθηκαν με αριθμό -9999, ώστε να μη ληφθούν υπόψη στην ανάλυση που πραγματοποιήθηκε για τις μεταβλητές.

2 Αποτελέσματα

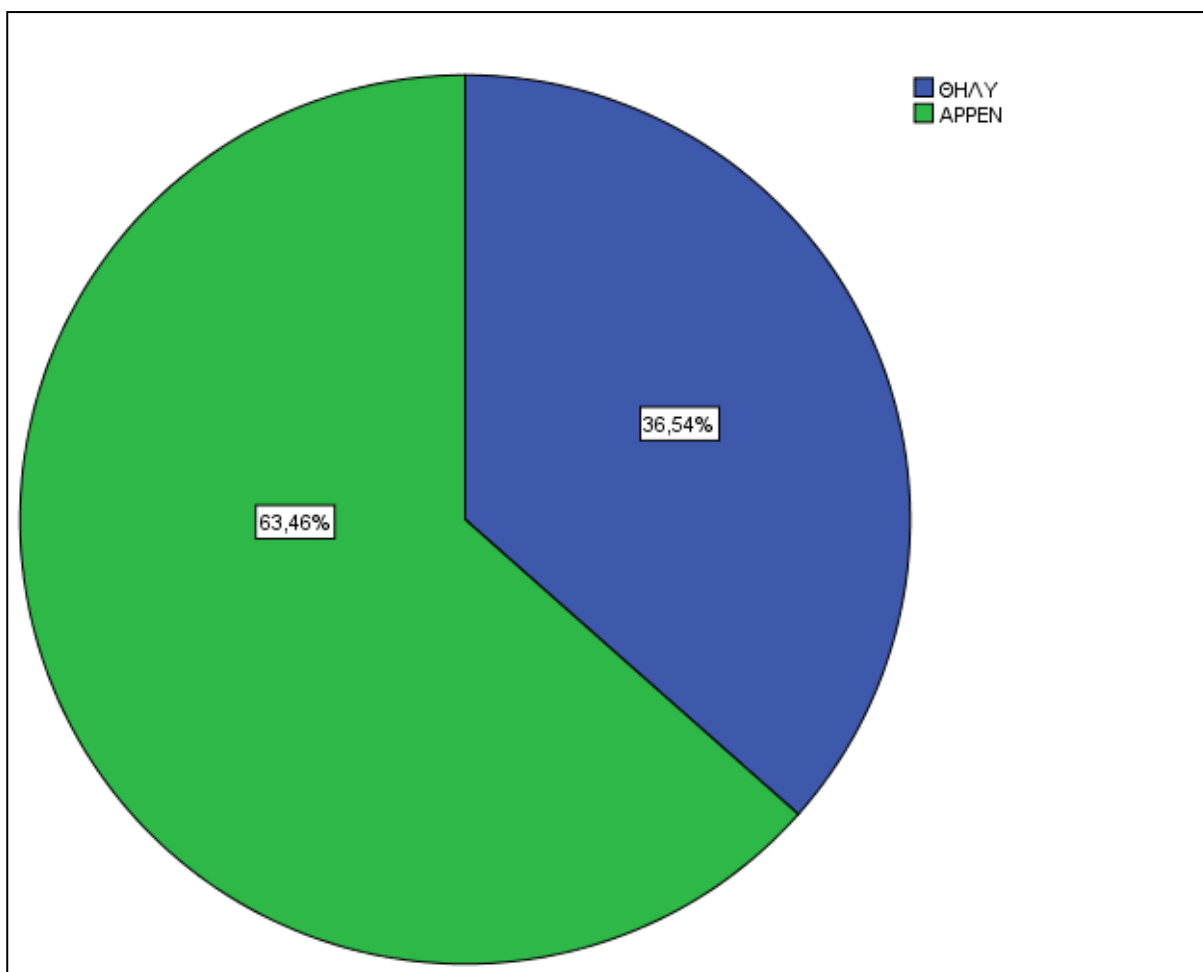
2.1 Περιγραφική Στατιστική

Αρχικά, θα παρουσιαστούν τα βασικά στατιστικά αποτελέσματα που σχετίζονται με τη καθεμία μεταβλητή των μητρώων ασθενών της ΜΕΘ. Αυτό θα γίνει πρώτα ξεχωριστά για τη κάθε μεταβλητή και έπειτα η ανάλυση θα γίνει πιο σύνθετη, συνδυάζοντας τα αποτελέσματα μεταξύ των μεταβλητών, όπου αυτό απαιτείται.

2.1.1 Φύλο

Αναφορικά με το φύλο των ασθενών, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο Γράφημα 1 παρακάτω:

⁵<https://www.yorks.ac.uk/media/content-assets/schools/psychological-social-sciences/documents/How-to-enter-missing-data-in-SPSS.pdf>

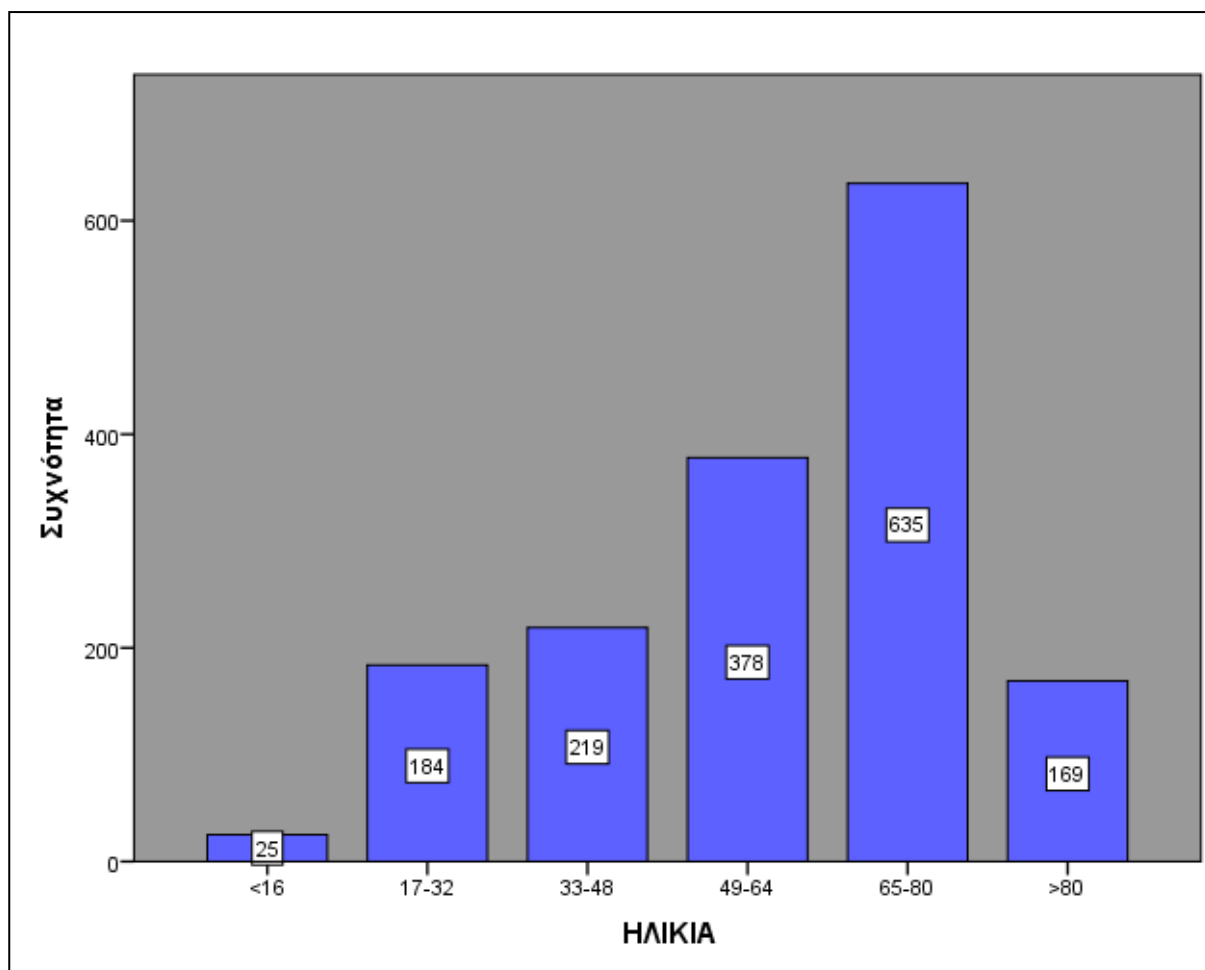


Γράφημα 5: Κυκλικό Διάγραμμα Κατανομής του Φύλου των Ασθενών

Όπως προκύπτει από το γράφημα αυτό, η πλειοψηφία (63,46%) των ασθενών που νοσηλεύονταν στο Γ.Ν. Κέρκυρας στο ΜΕΘ ήταν Άρρενες ενώ το 36,54% των ασθενών ήταν Θήλεις. Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι, για την περίοδο 2002-2018, οι ασθενείς που αντιμετώπισαν τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας ώστε να εισαχθούν στη ΜΕΘ ήταν άνδρες. Σε αριθμούς, από το σύνολο των 1.653 ασθενών του δείγματος, 1.049 ήταν Άρρενες και 604 Θήλεις.

2.1.2 Ηλικία

Σε σχέση με την ηλικία των ασθενών, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο ακόλουθο γράφημα:



Γράφημα 6: Ραβδόγραμμα Κατανομής της Ηλικίας των Ασθενών

Όπως προκύπτει, 25 ασθενείς ή το 1,6% των ασθενών που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ στο Γ.Ν. Κέρκυρας ήταν ηλικίας κάτω των 16 ετών, 184 ασθενείς (11,4%) ήταν ηλικίας 17-32 ετών, 219 ασθενείς (13,6%) ήταν ηλικίας 33-48 ετών, 378 ασθενείς (23,5%) ήταν ηλικίας 49-64 ετών, 635 ασθενείς (39,4%) ήταν ηλικίας 65-80 ετών και 169 ασθενείς (10,5%) ήταν ηλικίας άνω των 80 ετών. Κατά μέσο όρο όμως (ΜΟ=59,45), όπως προκύπτει από το πρόγραμμα SPSS, η ηλικία των ασθενών αυτών ήταν 59-60 έτη, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς είναι κατά κύριο λόγο μεσήλικες. Σημειώνεται επίσης ότι σε 43 ασθενείς δεν υπήρχαν πληροφορίες (missing data) σχετικά με την ηλικία τους.

2.1.2.1 Φύλο-Ηλικία

Σε αυτό το σημείο, μπορεί να γίνει παρουσίαση του φύλου σε σχέση με την ηλικία των ασθενών σε έναν πίνακα, με τη βοήθεια του εργαλείου *Crosstabs* στο SPSS.

Πίνακας 13: Κατανομή της Ηλικίας με βάση το Φύλο των ασθενών

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			ΘΗΛΥ	ΑΡΡΕΝ	
ΗΛΙΚΙΑ	<16	Συχνότητα	13	12	25
		Ποσοστό (%)	2,2%	1,2%	1,6%
	17-32	Συχνότητα	56	128	184
		Ποσοστό (%)	9,5%	12,5%	11,4%
	33-48	Συχνότητα	89	130	219
		Ποσοστό (%)	15,1%	12,7%	13,6%
	49-64	Συχνότητα	115	263	378
		Ποσοστό (%)	19,5%	25,8%	23,5%
	65-80	Συχνότητα	237	398	635
		Ποσοστό (%)	40,2%	39,0%	39,4%
>80	Συχνότητα	79	90	169	
	Ποσοστό (%)	13,4%	8,8%	10,5%	
Σύνολο		Συχνότητα	589	1021	1610
		Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 1, από τις 589 (100%) γυναίκες ασθενείς, οι 13 (2,2%) ήταν ηλικίας κάτω των 16 ετών, οι 56 (9,5%) ήταν 17-32 ετών, οι 89 (15,1%) ήταν 33-48 ετών, οι 115 (19,5%) ήταν 49-64 ετών, οι 237 (40,2%) 65-80 ετών και οι 79 (13,4%) ηλικίας άνω των 80 ετών. Αντίστοιχα, για τους 1.021 άνδρες ασθενείς, οι 12 (1,2%) ήταν ηλικίας κάτω των 16 ετών, οι 128 (12,5%) ήταν 17-32 ετών, οι 130 (12,7%) ήταν 33-48 ετών, οι 263 (25,8%) ήταν 49-64 ετών, οι 398 (39%) 65-80 ετών και οι 90 (8,8%) ηλικίας άνω των 80 ετών. Συμπερασματικά, στις ηλικιακές ομάδες όπου οι άνδρες ασθενείς υπερβαίνουν σε αριθμό τις γυναίκες ασθενείς είναι όλες πλην κάτω των 16 ετών, και αυτήν για ένα άτομο διαφορά (13 έναντι 12). Αυτό δείχνει έτσι ότι σχεδόν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, η αναλογία των ανδρών ασθενών προς τις γυναίκες ασθενείς είναι σημαντικά μεγαλύτερη.

2.1.3 Διεύθυνση

Σε σχέση τώρα με την διεύθυνση των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ του ΓΝ Κέρκυρας, τα αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα 2.

Πίνακας 14: Κατανομή της Διεύθυνσης των ασθενών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Κέρκυρα	1298	78,5	78,6	78,6
Αθήνα	6	,4	,4	78,9
Θεσσαλονίκη	1	,1	,1	79,0
Πάτρα	1	,1	,1	79,1
Λοιπά Επτάνησα	35	2,1	2,1	81,2
Υπόλοιπη Ελλάδα	10	,6	,6	81,8
Εξωτερικό	301	18,2	18,2	100,0
Σύνολο	1652	99,9	100,0	
Missing	-9999,00	1	,1	
Γενικό Σύνολο	1653	100,0		

Στον πίνακα αυτόν, πέρα από τη συχνότητα, το ποσοστό και το αθροιστικό ποσοστό των ασθενών, παρουσιάζεται επίσης και το έγκυρο ποσοστό, το οποίο είναι διαφορετικό από το απλό ποσοστό λόγω του ότι υπήρχε μία παρατήρηση η οποία δεν είχε πληροφορίες για τη διεύθυνση, γι' αυτό και καταχωρήθηκε ως missing data. Επομένως, η συντριπτική πλειοψηφία (1298 ή 78,6%) των ασθενών διαμένουν στο νησί της Κέρκυρας. Επίσης, 301 ασθενείς ή το 18,2% αυτών διαμένουν μόνιμα στο εξωτερικό, 35 ασθενείς ή το 2,1% διαμένουν σε άλλα νησιά των Επτανήσων όπως στη Ζάκυνθο, την Κεφαλονιά, την Λευκάδα, τους Παξούς και τα νησιά Οθωνοί, 10 ασθενείς ή το 0,6% διαμένουν σε άλλες πόλεις της Ελλάδας όπως τα Ιωάννινα, την Ηγουμενίτσα και τις Φιλιάτες και 6 ασθενείς ή το 0,4% αυτών διαμένουν στην πρωτεύουσα την Αθήνα. Τέλος, 1 ασθενής (0,1%) δήλωσε ότι διαμένει στη Θεσσαλονίκη και 1 ασθενής (0,1%) ότι διαμένει στην Πάτρα.

2.1.3.1 Διεύθυνση-Φύλο

Αν εξεταστούν ταυτόχρονα η διεύθυνση και το φύλο προκύπτουν τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 15: Κατανομή της Διεύθυνσης με βάση το Φύλο των ασθενών

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			ΘΗΛΥ	ΑΡΡΕΝ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Κέρκυρα	Συχνότητα	474	824	1298
		Ποσοστό (%)	78,5%	78,6%	78,6%
	Αθήνα	Συχνότητα	3	3	6
		Ποσοστό (%)	0,5%	0,3%	0,4%
	Θεσσαλονίκη	Συχνότητα	0	1	1
		Ποσοστό (%)	0,0%	0,1%	0,1%
	Πάτρα	Συχνότητα	1	0	1
		Ποσοστό (%)	0,2%	0,0%	0,1%
	Λοιπά Επτάνησα	Συχνότητα	10	25	35
		Ποσοστό (%)	1,7%	2,4%	2,1%
	Υπόλοιπη Ελλάδα	Συχνότητα	4	6	10
		Ποσοστό (%)	0,7%	0,6%	0,6%
	Εξωτερικό	Συχνότητα	112	189	301
		Ποσοστό (%)	18,5%	18,0%	18,2%
	Σύνολο	Συχνότητα	604	1048	1652
		Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως προκύπτει, από το σύνολο των 604 γυναικών ασθενών, 474 (78,5%) διαμένουν στη Κέρκυρα, 3 (0,5%) διαμένουν στην Αθήνα, 1 (0,2%) διαμένει στη Πάτρα, 10 (1,7%) διαμένουν σε άλλα νησιά των Επτανήσων, 4 (0,7%) διαμένουν στην υπόλοιπη Ελλάδα και 112 (18,5%) διαμένουν στο εξωτερικό. Αντίστοιχα, από το σύνολο των 1.048 ανδρών, οι 824 (78,6%) διαμένουν στη Κέρκυρα, 3 (0,3%) διαμένουν στην Αθήνα, 1 (0,1%) διαμένει στην Θεσσαλονίκη, 25 (2,4%) διαμένουν σε άλλα νησιά των Επτανήσων, 6 (0,6%) διαμένουν στην υπόλοιπη Ελλάδα και 189 (18%) διαμένουν στο εξωτερικό.

2.1.3.2 Διεύθυνση-Ηλικία

Η κατανομή της διεύθυνσης με βάση την ηλικία των ασθενών παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 16: Κατανομή της Διεύθυνσης με βάση την Ηλικία των ασθενών

			ΗΛΙΚΙΑ						Σύνολο
			<16	17-32	33-48	49-64	65-80	>80	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Κέρκυρα	Συχνότητα	17	113	155	288	543	153	1269

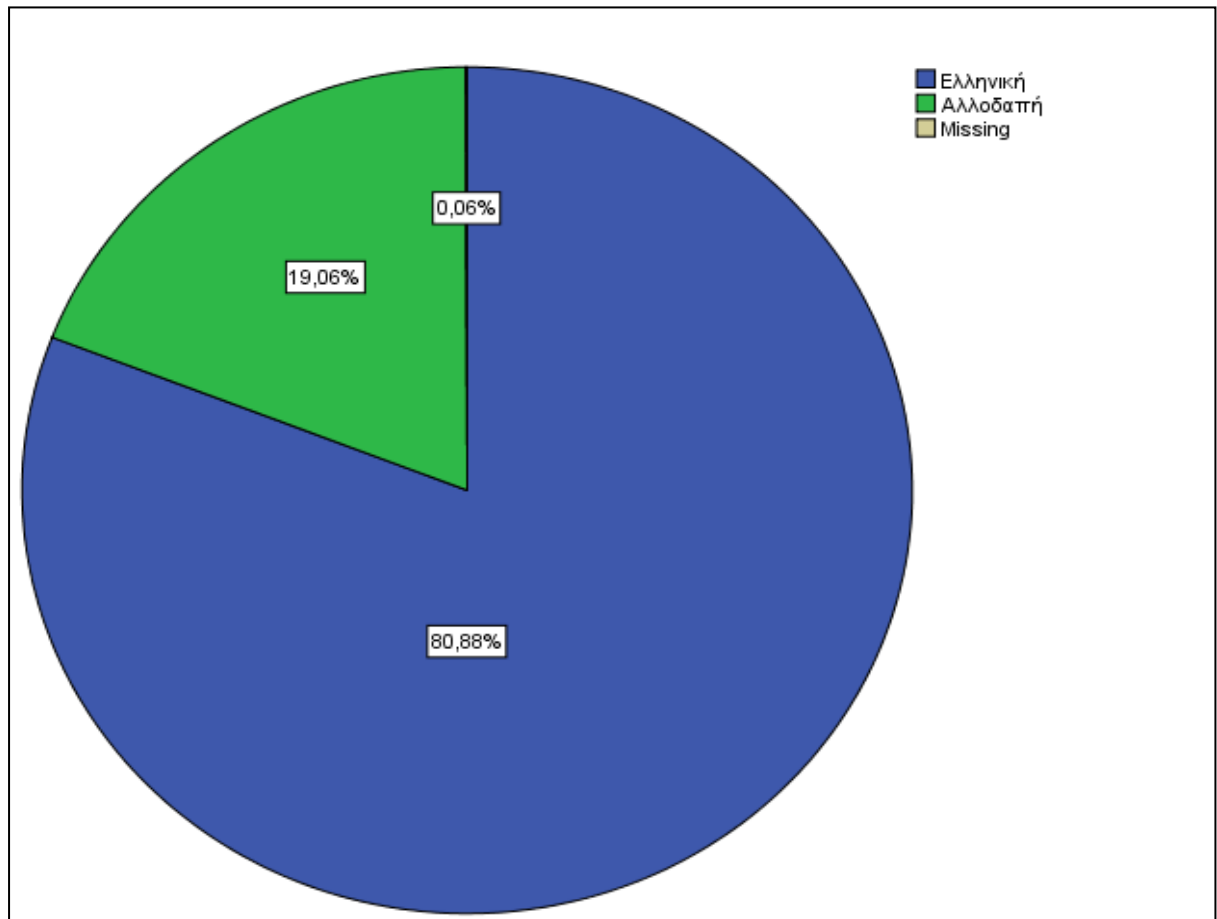
	Ποσοστό (%)	68,0%	61,4%	70,8%	76,2%	85,5%	90,5%	78,8%
Αθήνα	Συχνότητα	0	1	2	3	0	0	6
	Ποσοστό (%)	0,0%	0,5%	0,9%	0,8%	0,0%	0,0%	0,4%
Θεσσαλονίκη	Συχνότητα	0	0	0	0	1	0	1
	Ποσοστό (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
Πάτρα	Συχνότητα	0	1	0	0	0	0	1
	Ποσοστό (%)	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Λοιπά Επτάνησα	Συχνότητα	0	4	6	5	17	3	35
	Ποσοστό (%)	0,0%	2,2%	2,7%	1,3%	2,7%	1,8%	2,2%
Υπόλοιπη Ελλάδα	Συχνότητα	0	0	3	1	5	1	10
	Ποσοστό (%)	0,0%	0,0%	1,4%	0,3%	0,8%	0,6%	0,6%
Εξωτερικό	Συχνότητα	8	65	53	81	69	12	288
	Ποσοστό (%)	32,0%	35,3%	24,2%	21,4%	10,9%	7,1%	17,9%
Σύνολο	Συχνότητα	25	184	219	378	635	169	1610
	Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Σύμφωνα με αυτόν τον πίνακα, από τους 25 ασθενείς που είναι ηλικίας κάτω των 16 ετών, οι 17 (68%) διαμένουν στην Κέρκυρα και οι 8 (32%) διαμένουν στο εξωτερικό. Επίσης, από τους 184 ασθενείς που είναι ηλικίας 17-32 ετών, οι 113 (61,4%) διαμένουν στη Κέρκυρα, 1 (0,5%) διαμένει στην Αθήνα, 1 (0,5%) διαμένει στην Πάτρα, 4 (2,2%) διαμένουν σε άλλα νησιά των Επτανήσων, 3 (1,4%) διαμένουν στην υπόλοιπη Ελλάδα και 65 (35,3%) διαμένουν στο εξωτερικό. Για τους 219 ασθενείς που είναι ηλικίας 33-48 ετών, οι 155 (70,8%) διαμένουν στην Κέρκυρα, 2 (0,9%) διαμένουν στην Αθήνα, 6 (2,7%) διαμένουν σε άλλα νησιά των Επτανήσων, 3 (1,4%) διαμένουν στην υπόλοιπη Ελλάδα και 53 (24,2%) διαμένουν στο εξωτερικό.

Από τους 378 ασθενείς που είναι ηλικίας 49-64 ετών, οι 288 (76,2%) διαμένουν στη Κέρκυρα, 3 (0,8%) διαμένουν στην Αθήνα, 5 (1,3%) διαμένουν σε άλλα νησιά των Επτανήσων, 1 (0,3%) διαμένει σε άλλο μέρος της Ελλάδας και 81 (21,4%) διαμένουν στο εξωτερικό. Από τους 635 ασθενείς που είναι ηλικίας 65-80 ετών, οι 543 (85,5%) διαμένουν στη Κέρκυρα, 1 (0,2%) διαμένει στη Θεσσαλονίκη, 17 (2,7%) διαμένουν σε άλλα νησιά των Επτανήσων, 5 (0,8%) διαμένουν στην υπόλοιπη Ελλάδα και 69 (10,9%) διαμένουν στο εξωτερικό. Τέλος, από τους 169 ασθενείς που είναι ηλικίας άνω των 80 ετών, οι 153 (90,5%) διαμένουν στη Κέρκυρα, 3 (1,8%) διαμένουν σε άλλα νησιά των Επτανήσων, 1 (0,6%) διαμένουν στην υπόλοιπη Ελλάδα και 12 (7,1%) διαμένουν στο εξωτερικό.

2.1.4 Εθνικότητα

Αναφορικά με την εθνικότητα των ασθενών, τα αποτελέσματα φαίνονται στο παρακάτω γράφημα 3:



Γράφημα 7: Ραβδόγραμμα κατανομής της Εθνικότητας των ασθενών

Όπως φαίνεται, η συντριπτική πλειοψηφία (1.337 ασθενείς ή το 80,88%) είναι ελληνικής καταγωγής ενώ 315 ή το 19,06% έχουν καταγωγή από την αλλοδαπή. Σημειωτέον ότι 1 ασθενής ή το 0,06% δε δήλωσε κάποια πληροφορία για την εθνικότητα του.

Παρακάτω στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τα συνδυαστικά αποτελέσματα της εθνικότητας ως προς το φύλο, την ηλικία και την διεύθυνση.

2.1.4.1 Εθνικότητα-Φύλο

Πίνακας 17: Κατανομή της Εθνικότητας με βάση το Φύλο των ασθενών

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			ΘΗΛΥ	ΑΡΡΕΝ	
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	Ελληνική	Συχνότητα	487	850	1337
		Ποσοστό (%)	80,6%	81,1%	80,9%
	Αλλοδαπή	Συχνότητα	117	198	315
		Ποσοστό (%)	19,4%	18,9%	19,1%
Σύνολο		Συχνότητα	604	1048	1652
		Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Από τη σύγκριση μεταξύ εθνικότητας και φύλου προκύπτει ότι, από τις 604 γυναίκες ασθενείς, οι 487 (80,6%) είναι ελληνικής καταγωγής και οι 117 (19,4%) έχουν αλλοδαπή εθνικότητα. Επίσης, από τους 1.048 άνδρες ασθενείς, οι 850 (81,1%) έχουν ελληνική εθνικότητα και οι 198 (18,9%) έχουν αλλοδαπή εθνικότητα.

2.1.4.2 Εθνικότητα-Ηλικία

Πίνακας 18: Κατανομή της Εθνικότητας με βάση την Ηλικία των ασθενών

			ΗΛΙΚΙΑ						Σύνολο
			<16	17-32	33-48	49-64	65-80	>80	
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	Ελληνική	Συχνότητα	17	115	162	292	564	157	1307
		Ποσοστό (%)	68,0%	62,5%	74,0%	77,2%	88,8%	92,9%	81,2%
	Αλλοδαπή	Συχνότητα	8	69	57	86	71	12	303
		Ποσοστό (%)	32,0%	37,5%	26,0%	22,8%	11,2%	7,1%	18,8%
Σύνολο		Συχνότητα	25	184	219	378	635	169	1610
		Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Με βάση τη σχέση μεταξύ εθνικότητας και ηλικίας, παρατηρείται στον πίνακα 6 ότι, για τους ασθενείς ηλικίας κάτω των 16 ετών, οι 17 (68%) έχουν

ελληνική υπηκοότητα και οι 8 (32%) ξένη υπηκοότητα. Για τους ασθενείς ηλικίας 17-32 ετών, οι 115 (62,5%) έχουν ελληνική υπηκοότητα και οι 69 (37,5%) ξένη υπηκοότητα. Για τους ασθενείς ηλικίας 33-48 ετών, οι 162 (74%) έχουν ελληνική υπηκοότητα και οι 57 (26%) ξένη υπηκοότητα. Για τους ασθενείς ηλικίας 49-64 ετών, οι 292 (77,2%) έχουν ελληνική υπηκοότητα και οι 86 (22,8%) ξένη υπηκοότητα. Για τους ασθενείς ηλικίας 65-80 ετών, οι 564 (88,8%) έχουν ελληνική υπηκοότητα και οι 71 (11,2%) ξένη υπηκοότητα. Τέλος, για τους ασθενείς ηλικίας άνω των 80 ετών, οι 157 (92,9%) έχουν ελληνική υπηκοότητα και οι 12 (7,1%) ξένη υπηκοότητα.

2.1.4.3 Εθνικότητα-Διεύθυνση

Πίνακας 19: Κατανομή της Εθνικότητας με βάση τη Διεύθυνση των ασθενών

			ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ		Σύνολο
			Ελληνική	Αλλοδαπή	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Κέρκυρα	Συχνότητα	1280	18	1298
		Ποσοστό (%)	95,7%	5,7%	78,6%
	Αθήνα	Συχνότητα	6	0	6
		Ποσοστό (%)	0,4%	0,0%	0,4%
	Θεσσαλονίκη	Συχνότητα	1	0	1
		Ποσοστό (%)	0,1%	0,0%	0,1%
	Πάτρα	Συχνότητα	1	0	1
		Ποσοστό (%)	0,1%	0,0%	0,1%
	Λοιπά Επτάνησα	Συχνότητα	33	2	35
		Ποσοστό (%)	2,5%	0,6%	2,1%

Υπόλοιπη Ελλάδα	Συχνότητα	10	0	10
	Ποσοστό (%)	0,7%	0,0%	0,6%
Εξωτερικό	Συχνότητα	6	295	301
	Ποσοστό (%)	0,4%	93,7%	18,2%
Σύνολο	Συχνότητα	1337	315	1652
	Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ εθνικότητας και διεύθυνσης των ασθενών, ο παραπάνω πίνακας 7 δείχνει ότι, από τους 1.337 ασθενείς που είναι ελληνικής καταγωγής, οι 1.280 (95,7%) διαμένουν στη Κέρκυρα, 6 (0,4%) διαμένουν στην Αθήνα, 1 (0,1%) διαμένει στη Θεσσαλονίκη, 1 (0,1%) διαμένει στη Πάτρα, 33 (2,5%) διαμένουν στα λοιπά Επτάνησα, 10 (0,7%) διαμένουν στην υπόλοιπη Ελλάδα και 6 (0,4%) διαμένουν στο εξωτερικό.

2.1.5 Ημερομηνία Εισαγωγής

Σε αυτό το σημείο παρουσιάζονται οι ημερομηνίες εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ.

Πίνακας 20: Κατανομή των ημερομηνιών εισαγωγής των ασθενών στην ΜΕΘ

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
1-7	373	22,6	22,6	22,6
8-13	315	19,1	19,1	41,7
14-19	346	20,9	21,0	62,6
20-25	337	20,4	20,4	83,0
26-31	280	16,9	17,0	100,0
Σύνολο	1651	99,9	100,0	
Missing	-9999	2	,1	
Σύνολο	1653	100,0		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, 373 ασθενείς (22,6%) εισήχθησαν στη ΜΕΘ από την 1η έως την 7η μέρα ενός μήνα, 315 (19,1%) εισήχθησαν από την 8η έως την 13η μέρα, 346 (21%) εισήχθησαν από την 14η έως την 19η μέρα, 337 (20,4%) εισήχθησαν από την 20η έως την 25η μέρα και 280 (17%)

εισήχθησαν από την 26η έως την 31η μέρα ενός μήνα. Τέλος, σημειώνεται ότι για 2 ασθενείς δεν ήταν γνωστή η ημερομηνία εισαγωγής τους. Έτσι, η πλειοψηφία (62,6%) των ασθενών εισήχθησαν στη ΜΕΘ από την 1η έως και την 19η μέρα ενός συγκεκριμένου μήνα για ένα συγκεκριμένο έτος.

2.1.6 Μήνας Εισαγωγής

Σε σχέση με τον μήνα εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ, τα αποτελέσματα φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα. Όπως προκύπτει από τον πίνακα, 112 (6,8%) εισήχθησαν στην ΜΕΘ τον μήνα Ιανουάριο, 121 (7,3%) εισήχθησαν τον Φεβρουάριο, 125 (7,6%) εισήχθησαν τον Μάρτιο, 146 (8,8%) εισήχθησαν τον Απρίλιο, 140 (8,5%) εισήχθησαν τον μήνα Μάιο, 140 (8,5%) τον Ιούνιο, 162 (9,8%) τον Ιούλιο, 174 (10,5%) τον Αύγουστο, 157 (9,5%) τον Σεπτέμβριο, 132 (8%) τον Οκτώβριο, 134 (8,1%) τον Νοέμβριο και 107 (6,5%) τον Δεκέμβριο. Σημειωτέον ότι για 2 ασθενείς δεν ήταν γνωστός ο μήνας εισαγωγής τους στη ΜΕΘ. Επομένως, η πλειοψηφία (57,4%) των ασθενών εισήχθησαν στη ΜΕΘ την περίοδο Ιανουάριος-Ιούλιος ενός συγκεκριμένου έτους.

Πίνακας 21: Κατανομή του Μήνα εισαγωγής των ασθενών στην ΜΕΘ

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ιανουάριος	112	6,8	6,8	6,8
Φεβρουάριος	121	7,3	7,3	14,1
Μάρτιος	126	7,6	7,6	21,7
Απρίλιος	146	8,8	8,8	30,6
Μάιος	140	8,5	8,5	39,1
Ιούνιος	140	8,5	8,5	47,5
Ιούλιος	162	9,8	9,8	57,4
Αύγουστος	174	10,5	10,5	67,9
Σεπτέμβριος	157	9,5	9,5	77,4
Οκτώβριος	132	8,0	8,0	85,4
Νοέμβριος	134	8,1	8,1	93,5
Δεκέμβριος	107	6,5	6,5	100,0
Σύνολο	1651	99,9	100,0	
Missing	-9999,00	2	,1	
Σύνολο	1653	100,0		

2.1.7 Έτος Εισαγωγής

Ως προς το έτος εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα 10:

Όπως προκύπτει, 430 ασθενείς (26%) εισήχθησαν στη ΜΕΘ μεταξύ 2002-2005, 357 (21,6%) εισήχθησαν μεταξύ 2005-2009, 424 (25,7%) μεταξύ 2010-2013, 427 (25,8%) μεταξύ 2014-2017 και 13 (0,8%) το 2018 και 1 (0,1%) πρόκειται να εισαχθεί εντός του 2019. Σημειωτέον ότι για 2 ασθενείς δεν υπήρχαν πληροφορίες σχετικά με το έτος εισαγωγής τους στη ΜΕΘ. Συνεπώς, η περίοδος όπου παρατηρήθηκαν οι περισσότερες εισαγωγές ασθενών στη ΜΕΘ ήταν η 2002-2005 ενώ, αθροιστικά, το 73,3% των ασθενών εισήχθη στη ΜΕΘ από το 2002 έως και το 2013.

Πίνακας 22: Κατανομή του Έτους Εισαγωγής

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
2002-2005	430	26,0	26,0	26,0
2006-2009	357	21,6	21,6	47,7
2010-2013	424	25,7	25,7	73,3
2014-2017	427	25,8	25,9	99,2
2018 -	13	,8	,8	100,0
Σύνολο	1651	99,9	100,0	
Missing	-9999	2	,1	
Σύνολο	1653	100,0		

Σε σχέση με τους μήνες εισαγωγής, από το πρόγραμμα SPSS προέκυψε ότι:

- Για το 2002, εισήχθησαν στη ΜΕΘ 103 άτομα: 5 τον Μάρτιο, 9 τον Απρίλιο, 8 τον Μάιο, 10 τον Ιούνιο, 11 τον Ιούλιο, 16 τον Αύγουστο, 13 τον Σεπτέμβριο, 14 τον Οκτώβριο, 13 τον Νοέμβριο και 4 τον Δεκέμβριο,

- Για το 2003, 114 ασθενείς: 6 τον Ιανουάριο, 7 τον Φεβρουάριο, 9 τον Μάρτιο, 11 τον Απρίλιο, 11 τον Μάιο, 13 τον Ιούνιο, 15 τον Ιούλιο, 4 τον Αύγουστο, 13 τον Σεπτέμβριο, 11 τον Οκτώβριο, 8 τον Νοέμβριο και 6 τον Δεκέμβριο
- Για το 2004, 112 ασθενείς: 12 τον Ιανουάριο, 8 τον Φεβρουάριο, 12 τον Μάρτιο, 13 τον Απρίλιο, 4 τον Μάιο, 14 τον Ιούνιο, 10 τον Ιούλιο, 11 τον Αύγουστο, 7 τον Σεπτέμβριο, 8 τον Οκτώβριο, 8 τον Νοέμβριο και 5 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2005, 101 ασθενείς: 6 τον Ιανουάριο, 9 τον Φεβρουάριο, 5 τον Μάρτιο, 9 τον Απρίλιο, 5 τον Μάιο, 7 τον Ιούνιο, 14 τον Ιούλιο, 15 τον Αύγουστο, 7 τον Σεπτέμβριο, 11 τον Οκτώβριο, 7 τον Νοέμβριο και 6 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2006, 94 ασθενείς: 6 τον Ιανουάριο, 12 τον Φεβρουάριο, 10 τον Μάρτιο, 9 τον Απρίλιο, 5 τον Μάιο, 5 τον Ιούνιο, 6 τον Ιούλιο, 14 τον Αύγουστο, 10 τον Σεπτέμβριο, 5 τον Οκτώβριο, 8 τον Νοέμβριο και 4 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2007, 94 ασθενείς: 6 τον Ιανουάριο, 5 τον Φεβρουάριο, 8 τον Μάρτιο, 7 τον Απρίλιο, 13 τον Μάιο, 6 τον Ιούνιο, 9 τον Ιούλιο, 14 τον Αύγουστο, 8 τον Σεπτέμβριο, 7 τον Οκτώβριο, 8 τον Νοέμβριο και 3 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2008, 83 ασθενείς: 8 τον Ιανουάριο, 5 τον Φεβρουάριο, 5 τον Μάρτιο, 5 τον Απρίλιο, 9 τον Μάιο, 9 τον Ιούνιο, 7 τον Ιούλιο, 6 τον Αύγουστο, 10 τον Σεπτέμβριο, 4 τον Οκτώβριο, 2 τον Νοέμβριο και 13 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2009, 86 ασθενείς: 3 τον Ιανουάριο, 7 τον Φεβρουάριο, 10 τον Μάρτιο, 6 τον Απρίλιο, 7 τον Μάιο, 6 τον Ιούνιο, 11 τον Ιούλιο, 8 τον Αύγουστο, 9 τον Σεπτέμβριο, 8 τον Οκτώβριο, 5 τον Νοέμβριο και 6 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2010, 101 ασθενείς: 1 τον Ιανουάριο, 11 τον Φεβρουάριο, 8 τον Μάρτιο, 11 τον Απρίλιο, 5 τον Μάιο, 11 τον Ιούνιο, 13 τον Ιούλιο, 12 τον Αύγουστο, 10 τον Σεπτέμβριο, 7 τον Οκτώβριο, 9 τον Νοέμβριο και 3 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2011, 105 ασθενείς: 8 τον Ιανουάριο, 9 τον Φεβρουάριο, 11 τον Μάρτιο, 7 τον Απρίλιο, 12 τον Μάιο, 9 τον Ιούνιο, 8 τον Ιούλιο, 5 τον Αύγουστο, 13 τον Σεπτέμβριο, 9 τον Οκτώβριο, 10 τον Νοέμβριο και 4 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2012, 101 ασθενείς: 11 τον Ιανουάριο, 7 τον Φεβρουάριο, 4 τον Μάρτιο, 7 τον Απρίλιο, 8 τον Μάιο, 6 τον Ιούνιο, 6 τον Ιούλιο, 15 τον

Αύγουστο, 11 τον Σεπτέμβριο, 6 τον Οκτώβριο, 10 τον Νοέμβριο και 10 τον Δεκέμβριο,

- Για το 2013, 117 ασθενείς: 1 τον Ιανουάριο, 5 τον Φεβρουάριο, 9 τον Μάρτιο, 10 τον Απρίλιο, 10 τον Μάιο, 10 τον Ιούνιο, 11 τον Ιούλιο, 16 τον Αύγουστο, 11 τον Σεπτέμβριο, 7 τον Οκτώβριο, 13 τον Νοέμβριο και 14 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2014, 93 ασθενείς: 10 τον Ιανουάριο, 6 τον Φεβρουάριο, 8 τον Μάρτιο, 7 τον Απρίλιο, 5 τον Μάιο, 10 τον Ιούνιο, 9 τον Ιούλιο, 11 τον Αύγουστο, 9 τον Σεπτέμβριο, 10 τον Οκτώβριο, 4 τον Νοέμβριο και 4 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2015, 86 ασθενείς: 6 τον Ιανουάριο, 6 τον Φεβρουάριο, 3 τον Μάρτιο, 8 τον Απρίλιο, 9 τον Μάιο, 7 τον Ιούνιο, 9 τον Ιούλιο, 10 τον Αύγουστο, 3 τον Σεπτέμβριο, 9 τον Οκτώβριο, 5 τον Νοέμβριο και 11 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2016, 135 ασθενείς: 9 τον Ιανουάριο, 10 τον Φεβρουάριο, 10 τον Μάρτιο, 14 τον Απρίλιο, 19 τον Μάιο, 11 τον Ιούνιο, 10 τον Ιούλιο, 9 τον Αύγουστο, 12 τον Σεπτέμβριο, 8 τον Οκτώβριο, 15 τον Νοέμβριο και 8 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2017, 113 ασθενείς: 10 τον Ιανουάριο, 11 τον Φεβρουάριο, 8 τον Μάρτιο, 13 τον Απρίλιο, 10 τον Μάιο, 6 τον Ιούνιο, 13 τον Ιούλιο, 8 τον Αύγουστο, 11 τον Σεπτέμβριο, 8 τον Οκτώβριο, 9 τον Νοέμβριο και 6 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2018, 12 ασθενείς: 9 τον Ιανουάριο και 3 τον Φεβρουάριο και
- Για το 2019, 1 ασθενής εκτιμάται ότι θα εισέλθει στη ΜΕΘ.

Συνεπώς, οι περισσότεροι ασθενείς συγκριτικά εισήχθησαν στη ΜΕΘ το 2016 και ο μήνας που συνολικά είχε τις περισσότερες εισαγωγές των ασθενών στη ΜΕΘ ήταν ο Αύγουστος (174)

2.1.8 Ημερομηνία Εξόδου

Ως προς την ημερομηνία εξόδου, τα αποτελέσματα φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα 11: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι 370 ασθενείς (22,9%) εξήλθαν από την ΜΕΘ από την 1η έως την 7η ημέρα ενός μήνα, 304 (18,8%) εξήλθαν από την 8η έως την 13η ημέρα, 315 (19,5%) από την 14η έως την 19η ημέρα, 314 (19,4%) από την 20η έως την 25η μέρα και 312 (19,3%) από την 26η έως την 31η ημέρα. Σημειώνεται ότι για 38 ασθενείς δεν υπήρχαν δεδομένα σχετικά με την ημέρα εξόδου τους από τη

ΜΕΘ. Συνεπώς, η πλειοψηφία (61,2%) των ασθενών εξήλθαν από τη ΜΕΘ από την 1^η έως και την 19^η μέρα ενός συγκεκριμένου μήνα.

Πίνακας 23: Κατανομή των ημερομηνιών εξόδου από την ΜΕΘ

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
1-7	370	22,4	22,9	22,9
8-13	304	18,4	18,8	41,7
14-19	315	19,1	19,5	61,2
20-25	314	19,0	19,4	80,7
26-31	312	18,9	19,3	100,0
Σύνολο	1615	97,7	100,0	
Missing	-9999	38	2,3	
Σύνολο	1653	100,0		

2.1.9 Μήνας Εξόδου

Σε σχέση με τον μήνα εξόδου, τα αντίστοιχα αποτελέσματα αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα 12.

Πίνακας 24: Κατανομή του μήνα εξόδου από την ΜΕΘ

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ιανουάριος	103	6,2	6,4	6,4
Φεβρουάριος	105	6,4	6,5	12,9
Μάρτιος	137	8,3	8,5	21,4
Απρίλιος	133	8,0	8,2	29,6
Μάιος	145	8,8	9,0	38,6
Ιούνιος	133	8,0	8,2	46,8
Ιούλιος	154	9,3	9,5	56,3
Αύγουστος	176	10,6	10,9	67,2
Σεπτέμβριος	156	9,4	9,7	76,9
Οκτώβριος	129	7,8	8,0	84,9
Νοέμβριος	132	8,0	8,2	93,1
Δεκέμβριος	112	6,8	6,9	100,0
Σύνολο	1615	97,7	100,0	
Missing	-9999,00	38	2,3	
Σύνολο	1653	100,0		

Από τον πίνακα αυτόν φαίνεται ότι, ανεξάρτητα από το έτος αναφοράς, 103 ασθενείς ή το 6,4% αυτών εξήλθαν από τη ΜΕΘ τον Ιανουάριο, 105 (6,5%) εξήλθαν τον Φεβρουάριο, 137 (8,5%) τον Μάρτιο, 133 (8,2%) τον Απρίλιο, 145 (9%) τον Μάιο, 133 (8,2%) τον Ιούνιο, 154 (9,5%) τον Ιούλιο, 176 (10,9%) τον Αύγουστο, 156 (9,7%) τον Σεπτέμβριο, 129 (8%) τον Οκτώβριο, 132 (8,2%) τον Νοέμβριο και 112 (6,9%) τον Δεκέμβριο. Σημειώνεται ότι για 38 ασθενείς δεν υπήρχαν πληροφορίες σχετικά με τον μήνα εξόδου τους από τη ΜΕΘ. Επομένως, η πλειοψηφία (56,3%) σύμφωνα με το αθροιστικό ποσοστό εξήλθαν από τη ΜΕΘ τη περίοδο Ιανουάριος-Ιούλιος.

2.1.10 Έτος Εξόδου

Σε σχέση με το έτος εξόδου, τα αποτελέσματα φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα 13. Όπως φαίνεται, 421 ασθενείς (26,1%) εξήλθαν από τη ΜΕΘ μεταξύ 2002 και 2005, 349 (21,6%) εξήλθαν την περίοδο 2006-2009, 416 (25,8%) την περίοδο 2010-2013, 414 (25,6%) την περίοδο 2014-2017 και 15 (0,9%) το 2018, ενώ ένας εξ αυτών εκτιμάται ότι θα εισέλθει και θα εξέλθει από τη ΜΕΘ εντός του 2019. Έτσι, η περίοδος όπου παρατηρήθηκαν οι περισσότερες έξοδοι ασθενών από τη ΜΕΘ ήταν η 2002-2005, ενώ αθροιστικά, το 73,4% των ασθενών εξήλθαν από τη ΜΕΘ μέχρι και το 2013.

Πίνακας 25: Κατανομή των ετών εξόδου από την ΜΕΘ

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
2002-2005	421	25,5	26,1	26,1
2006-2009	349	21,1	21,6	47,7
2010-2013	416	25,2	25,8	73,4
2014-2017	414	25,0	25,6	99,1
2018 -	15	,9	,9	100,0
Σύνολο	1615	97,7	100,0	
Missing -9999	38	2,3		
Σύνολο	1653	100,0		

Σε σύγκριση με τους μήνες εξόδου από την ΜΕΘ, όπως και με την εισαγωγή, τα αντίστοιχα αποτελέσματα που προέκυψαν από το SPSS έδειξαν ότι:

- Για το 2002, εξήλθαν από τη ΜΕΘ 102 άτομα: 6 τον Μάρτιο, 8 τον Απρίλιο, 7 τον Μάιο, 9 τον Ιούνιο, 11 τον Ιούλιο, 17 τον Αύγουστο, 13 τον Σεπτέμβριο, 13 τον Οκτώβριο, 11 τον Νοέμβριο και 7 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2003, 109 ασθενείς: 4 τον Ιανουάριο, 7 τον Φεβρουάριο, 11 τον Μάρτιο, 11 τον Απρίλιο, 6 τον Μάιο, 11 τον Ιούνιο, 10 τον Ιούλιο, 12 τον Αύγουστο, 8 τον Σεπτέμβριο, 8 τον Οκτώβριο, 10 τον Νοέμβριο και 4 τον Δεκέμβριο
- Για το 2004, 110 ασθενείς: 10 τον Ιανουάριο, 9 τον Φεβρουάριο, 11 τον Μάρτιο, 11 τον Απρίλιο, 6 τον Μάιο, 11 τον Ιούνιο, 10 τον Ιούλιο, 12 τον Αύγουστο, 8 τον Σεπτέμβριο, 8 τον Οκτώβριο, 10 τον Νοέμβριο και 4 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2005, 100 ασθενείς: 7 τον Ιανουάριο, 5 τον Φεβρουάριο, 9 τον Μάρτιο, 6 τον Απρίλιο, 8 τον Μάιο, 6 τον Ιούνιο, 12 τον Ιούλιο, 17 τον Αύγουστο, 6 τον Σεπτέμβριο, 9 τον Οκτώβριο, 8 τον Νοέμβριο και 7 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2006, 92 ασθενείς: 5 τον Ιανουάριο, 13 τον Φεβρουάριο, 10 τον Μάρτιο, 10 τον Απρίλιο, 4 τον Μάιο, 4 τον Ιούνιο, 8 τον Ιούλιο, 12 τον Αύγουστο, 9 τον Σεπτέμβριο, 5 τον Οκτώβριο, 8 τον Νοέμβριο και 4 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2007, 89 ασθενείς: 5 τον Ιανουάριο, 5 τον Φεβρουάριο, 7 τον Μάρτιο, 7 τον Απρίλιο, 14 τον Μάιο, 5 τον Ιούνιο, 9 τον Ιούλιο, 12 τον Αύγουστο, 8 τον Σεπτέμβριο, 6 τον Οκτώβριο, 8 τον Νοέμβριο και 3 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2008, 83 ασθενείς: 7 τον Ιανουάριο, 4 τον Φεβρουάριο, 6 τον Μάρτιο, 7 τον Απρίλιο, 8 τον Μάιο, 11 τον Ιούνιο, 5 τον Ιούλιο, 7 τον Αύγουστο, 10 τον Σεπτέμβριο, 3 τον Οκτώβριο, 3 τον Νοέμβριο και 12 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2009, 85 ασθενείς: 4 τον Ιανουάριο, 7 τον Φεβρουάριο, 7 τον Μάρτιο, 6 τον Απρίλιο, 5 τον Μάιο, 8 τον Ιούνιο, 11 τον Ιούλιο, 9 τον Αύγουστο, 9 τον Σεπτέμβριο, 8 τον Οκτώβριο, 5 τον Νοέμβριο και 6 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2010, 100 ασθενείς: 1 τον Ιανουάριο, 10 τον Φεβρουάριο, 6 τον Μάρτιο, 10 τον Απρίλιο, 7 τον Μάιο, 9 τον Ιούνιο, 14 τον Ιούλιο, 12 τον Αύγουστο, 7 τον Σεπτέμβριο, 11 τον Οκτώβριο, 6 τον Νοέμβριο και 7 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2011, 104 ασθενείς: 6 τον Ιανουάριο, 8 τον Φεβρουάριο, 12 τον Μάρτιο, 8 τον Απρίλιο, 8 τον Μάιο, 10 τον Ιούνιο, 6 τον Ιούλιο, 7 τον

Αύγουστο, 13 τον Σεπτέμβριο, 7 τον Οκτώβριο, 12 τον Νοέμβριο και 7 τον Δεκέμβριο,

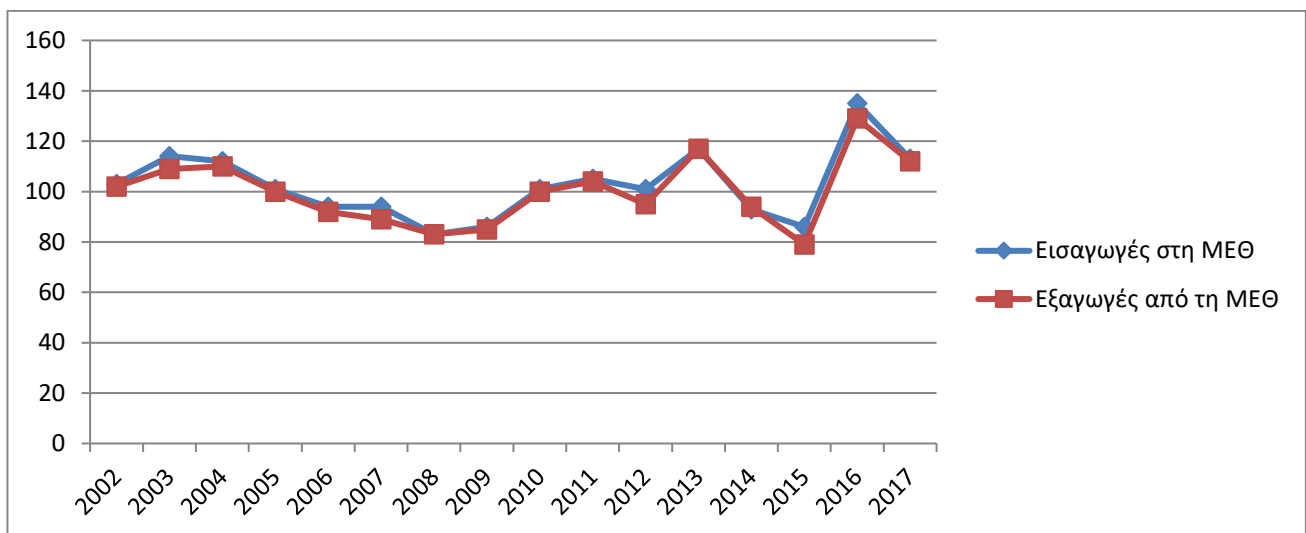
- Για το 2012, 95 ασθενείς: 5 τον Ιανουάριο, 5 τον Φεβρουάριο, 7 τον Μάρτιο, 5 τον Απρίλιο, 8 τον Μάιο, 7 τον Ιούνιο, 7 τον Ιούλιο, 15 τον Αύγουστο, 10 τον Σεπτέμβριο, 8 τον Οκτώβριο, 8 τον Νοέμβριο και 10 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2013, 117 ασθενείς: 6 τον Ιανουάριο, 2 τον Φεβρουάριο, 7 τον Μάρτιο, 10 τον Απρίλιο, 13 τον Μάιο, 10 τον Ιούνιο, 9 τον Ιούλιο, 16 τον Αύγουστο, 10 τον Σεπτέμβριο, 8 τον Οκτώβριο, 14 τον Νοέμβριο και 12 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2014, 94 ασθενείς: 9 τον Ιανουάριο, 4 τον Φεβρουάριο, 7 τον Μάρτιο, 8 τον Απρίλιο, 9 τον Μάιο, 7 τον Ιούνιο, 9 τον Ιούλιο, 9 τον Αύγουστο, 12 τον Σεπτέμβριο, 9 τον Οκτώβριο, 7 τον Νοέμβριο και 4 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2015, 79 ασθενείς: 7 τον Ιανουάριο, 3 τον Φεβρουάριο, 5 τον Μάρτιο, 6 τον Απρίλιο, 9 τον Μάιο, 7 τον Ιούνιο, 7 τον Ιούλιο, 9 τον Αύγουστο, 4 τον Σεπτέμβριο, 9 τον Οκτώβριο, 5 τον Νοέμβριο και 8 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2016, 129 ασθενείς: 9 τον Ιανουάριο, 7 τον Φεβρουάριο, 13 τον Μάρτιο, 12 τον Απρίλιο, 19 τον Μάιο, 11 τον Ιούνιο, 10 τον Ιούλιο, 11 τον Αύγουστο, 9 τον Σεπτέμβριο, 11 τον Οκτώβριο, 10 τον Νοέμβριο και 7 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2017, 112 ασθενείς: 9 τον Ιανουάριο, 11 τον Φεβρουάριο, 12 τον Μάρτιο, 11 τον Απρίλιο, 10 τον Μάιο, 5 τον Ιούνιο, 12 τον Ιούλιο, 8 τον Αύγουστο, 14 τον Σεπτέμβριο, 7 τον Οκτώβριο, 8 τον Νοέμβριο και 5 τον Δεκέμβριο,
- Για το 2018, 14 ασθενείς: 9 τον Ιανουάριο και 5 τον Φεβρουάριο και
- Για το 2019, 1 ασθενής εκτιμάται ότι θα εξέλθει από τη ΜΕΘ.

Συνεπώς, οι περισσότεροι ασθενείς συγκριτικά εξήλθαν από τη ΜΕΘ το 2016 και ο μήνας που συνολικά είχε τις περισσότερες εξόδους των ασθενών από τη ΜΕΘ ήταν ο Αύγουστος (176).

Τέλος, γραφικά, μπορεί να παρασταθεί η διαχρονική εξέλιξη του αριθμού των εισαγωγών και εξαγωγών των ασθενών στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Κέρκυρας. Στο παρακάτω γράφημα 4 τα σχετικά δεδομένα παρουσιάζονται για την περίοδο 2002-2017. Έχει

εξαιρεθεί το έτος 2018 καθώς αυτό δεν ολοκληρώθηκε πριν την πραγματοποίηση της έρευνας αυτής.

Το γράφημα δείχνει ότι ο αριθμός των εισαγωγών και των εξαγωγών των ασθενών στην και από τη ΜΕΘ κινούνται σχεδόν στα ίδια επίπεδα, σε ορισμένες όμως χρονιές παρατηρείται ότι ο αριθμός των εισαγωγών είναι ελαφρά μεγαλύτερος από τον αριθμό των εξόδων από τη ΜΕΘ, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς νοσηλεύτηκαν περισσότερο καιρό στη ΜΕΘ. Διαχρονικά πάντως, φαίνεται ότι ο αριθμός των εισαγωγών και των εξαγωγών ήταν σε περίπου σταθερά επίπεδα, ωστόσο από το 2013 έως το 2015 ο αριθμός και των δύο έπεσε σημαντικά αλλά στη συνέχεια αυξήθηκε και πάλι το 2016, πάνω από τα συνηθισμένα επίπεδα, ενώ το 2017 μειώθηκε και πάλι στα ίδια επίπεδα που ήταν πριν το 2013.



Γράφημα 8: Διαχρονική Εξέλιξη του αριθμού των εισαγωγών και εξαγωγών ασθενών στη και από τη ΜΕΘ του Γ.Ν. Κέρκυρας, 2002-2017

2.1.11 Ημέρες Νοσηλείας

Σε σχέση με τις ημέρες νοσηλείας, τα αποτελέσματα φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 26: Κατανομή των ημερών νοσηλείας στη ΜΕΘ

Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
-----------	-------------	--------------------	------------------------

	1-3	771	46,6	47,8	47,8
	4-15	610	36,9	37,8	85,6
	16+	233	14,1	14,4	100,0
	Σύνολο	1614	97,6	100,0	
Missing	-9999	39	2,4		
Σύνολο		1653	100,0		

Από αυτόν τον πίνακα διαπιστώνεται ότι 771 ασθενείς (47,8%) νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ από 1 έως 3 μέρες το πολύ, 610 ασθενείς (37,8%) νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ από 4 έως 15 ημέρες και, τέλος, 233 ασθενείς (14,4%) νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ από 16 μέρες και άνω. Σημειωτέον ότι για 39 ασθενείς δεν υπήρχαν πληροφορίες σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας των στη ΜΕΘ. Έτσι, η πλειοψηφία (85,6%) των ασθενών νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ μέχρι και 15 ημέρες.

2.1.11.1 Ημέρες Νοσηλείας-Φύλο

Ένα σημαντικό εύρημα μπορεί να προκύψει από τη σύγκριση μεταξύ των ημερών νοσηλείας και του φύλου, ώστε να διαπιστωθεί ο αριθμός των ημερών νοσηλείας των ανδρών και των γυναικών ασθενών στη ΜΕΘ. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα 15:

Πίνακας 27: Κατανομή των Ημερών Νοσηλείας στη ΜΕΘ με βάση το Φύλο

			Ημέρες Νοσηλείας			Σύνολο
			1-3	4-15	16+	
ΦΥΛΟ	ΘΗΛΥ	Συχνότητα	291	219	80	590
		Ποσοστό (%)	37,7%	35,9%	34,3%	36,6%
	ΑΡΡΕΝ	Συχνότητα	480	391	153	1024
		Ποσοστό (%)	62,3%	64,1%	65,7%	63,4%
Σύνολο		Συχνότητα	771	610	233	1614
		Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, για τις 3 πρώτες μέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ, νοσηλεύτηκαν 291 γυναίκες (37,7%) και 480 άνδρες (62,3%). Επίσης, από την 4η έως την 15η μέρα νοσηλείας στη ΜΕΘ, νοσηλεύτηκαν 219 γυναίκες (35,9%) και 391 άνδρες (64,1%). Τέλος, από 16 μέρες και άνω, νοσηλεύτηκαν 80 γυναίκες (34,3%) και 153 άνδρες (65,7%). Παρατηρείται επομένως ότι οι ημέρες νοσηλείας

στη ΜΕΘ όπου παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη συχνότητα, τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών, ήταν οι πρώτες 3 μέρες.

2.1.11.2 Ημέρες Νοσηλείας-Ηλικία

Συγκριτικά με την ηλικία, τα αποτελέσματα φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα 16. Από τον πίνακα αυτόν μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι, για τις 3 πρώτες μέρες νοσηλείας των ασθενών στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Κέρκυρας, από τους 746 νοσηλευόμενους ασθενείς (οι υπόλοιποι δεν είχαν διαθέσιμες πληροφορίες για την ηλικία), 21 ασθενείς (2,8%) ήταν κάτω των 16 ετών, 97 ασθενείς (13%) ήταν 17-32 ετών, 108 ασθενείς (14,5%) ήταν 33-48 ετών, 169 ασθενείς (22,7%) ήταν 49-64 ετών, 265 (35,5%) ήταν 65-80 ετών και 86 (11,5%) ήταν άνω των 80 ετών.

Επιπλέον, για την 4η-15η μέρα νοσηλείας στη ΜΕΘ, από τους 598 συνολικά νοσηλευόμενους ασθενείς, 2 ασθενείς (0,3%) ήταν κάτω των 16 ετών, 65 (10,9%) ήταν 17-32 ετών, 77 (12,9%) ήταν 33-48 ετών, 136 (22,7%) ήταν 49-64 ετών, 252 (42,1%) ήταν 65-80 ετών και 66 (11%) ήταν άνω των 80 ετών.

Τέλος, για 16 μέρες νοσηλείας και άνω στη ΜΕΘ, από τους 229 ασθενείς, 2 ασθενείς (0,9%) ήταν κάτω των 16 ετών, 19 (8,3%) ήταν 17-32 ετών, 31 (13,5%) ήταν 33-48 ετών, 59 (25,8%) ήταν 49-64 ετών, 106 (46,3%) ήταν 65-80 ετών και 12 (5,2%) ήταν άνω των 80 ετών.

Συνολικά, από τους 1.573 νοσηλευόμενους ασθενείς στη ΜΕΘ, 25 (1,6%) ήταν κάτω των 16 ετών, 181 (11,5%) ήταν 17-32 ετών, 216 (13,7%) ήταν 33-48 ετών, 364 (23,1%) ήταν 49-64 ετών, 623 (39,6%) ήταν 65-80 ετών και 164 (10,4%) ήταν άνω των 80 ετών.

Πίνακας 28: Κατανομή των Ημερών Νοσηλείας στη ΜΕΘ με βάση την Ηλικία

			Ημέρες Νοσηλείας			Σύνολο
			1-3	4-15	16+	
ΗΛΙΚΙΑ	<16	Συχνότητα	21	2	2	25
		Ποσοστό (%)	2,8%	0,3%	0,9%	1,6%
	17-32	Συχνότητα	97	65	19	181
		Ποσοστό (%)	13,0%	10,9%	8,3%	11,5%

33-48	Συχνότητα	108	77	31	216
	Ποσοστό (%)	14,5%	12,9%	13,5%	13,7%
49-64	Συχνότητα	169	136	59	364
	Ποσοστό (%)	22,7%	22,7%	25,8%	23,1%
65-80	Συχνότητα	265	252	106	623
	Ποσοστό (%)	35,5%	42,1%	46,3%	39,6%
>80	Συχνότητα	86	66	12	164
	Ποσοστό (%)	11,5%	11,0%	5,2%	10,4%
Σύνολο	Συχνότητα	746	598	229	1573
	Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2.1.11.3 Ημέρες Νοσηλείας-Διεύθυνση

Σε σύγκριση με τη διεύθυνση, ο παρακάτω πίνακας αποτυπώνει τα αντίστοιχα αποτελέσματα.

Πίνακας 29: Κατανομή των Ημερών Νοσηλείας στη ΜΕΘ με βάση την Ηλικία

			Ημέρες Νοσηλείας			Σύνολο
			1-3	4-15	16+	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Κέρκυρα	Συχνότητα	595	476	192	1263
		Ποσοστό (%)	77,3%	78,0%	82,4%	78,3%
	Αθήνα	Συχνότητα	5	1	0	6
		Ποσοστό (%)	0,6%	0,2%	0,0%	0,4%
	Θεσσαλονίκη	Συχνότητα	1	0	0	1
		Ποσοστό (%)	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
	Πάτρα	Συχνότητα	1	0	0	1
		Ποσοστό (%)	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
	Λοιπά Επάνησα	Συχνότητα	13	18	4	35
		Ποσοστό (%)	1,7%	3,0%	1,7%	2,2%
	Υπόλοιπη Ελλάδα	Συχνότητα	2	4	4	10
		Ποσοστό (%)	0,3%	0,7%	1,7%	0,6%
	Εξωτερικό	Συχνότητα	153	111	33	297
		Ποσοστό (%)	19,9%	18,2%	14,2%	18,4%
	Σύνολο	Συχνότητα	770	610	233	1613
		Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Προκύπτει ότι για τις 3 πρώτες ημέρες νοσηλείας, από τους 770 ασθενείς που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ, οι 595 (77,3%) κατάγονται από την Κέρκυρα, 5 (0,6%) από την Αθήνα, 1 (0,1%) από τη Θεσσαλονίκη, 1 (0,1%) από τη Πάτρα, 13 (1,7%) από άλλα νησιά των Επτανήσων, 2 (0,3%) από την λοιπή Ελλάδα και 153 (19,9%) από το εξωτερικό.

Επίσης, για την 4η-15η μέρα νοσηλείας, από τους 610 ασθενείς, οι 476 (78%) ήταν από τη Κέρκυρα, 1 (0,2%) από την Αθήνα, 18 (3%) από τα λοιπά Επτάνησα, 4 (0,7%) από την υπόλοιπη Ελλάδα και 111 (18,2%) από το εξωτερικό.

Επιπλέον, για τις 16 και άνω ημέρες νοσηλείας, από τους 233 ασθενείς, οι 192 (82,4%) ήταν από την Κέρκυρα, 4 (1,7%) από τα λοιπά Επτάνησα, 4 (1,7%) από την υπόλοιπη Ελλάδα και 33 (14,2%) ήταν από το εξωτερικό.

Τέλος, συνολικά από τους 1.613 νοσηλευόμενους ασθενείς, οι 1.263 (78,3%) ήταν από την Κέρκυρα, 6 (0,4%) από την Αθήνα, 1 (0,1%) από τη Θεσσαλονίκη, 1 (0,1%) από τη Πάτρα, 35 (2,2%) από τα λοιπά Επτάνησα, 10 (0,6%) από τη λοιπή Ελλάδα και 297 (18,4%) από το εξωτερικό.

2.1.11.4 Ημέρες Νοσηλείας-Εθνικότητα

Τέλος, όσον αφορά τη σχέση των ημερών νοσηλείας στη ΜΕΘ με την εθνικότητα, τα αποτελέσματα απεικονίζονται στον ακόλουθο πίνακα 18:

Πίνακας 30: Κατανομή των Ημερών Νοσηλείας στη ΜΕΘ με βάση την Εθνικότητα

			Ημέρες Νοσηλείας			Σύνολο
			1-3	4-15	16+	
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	Ελληνική	Συχνότητα	613	492	198	1303
		Ποσοστό (%)	79,6%	80,7%	85,0%	80,8%
	Αλλοδαπή	Συχνότητα	157	118	35	310
		Ποσοστό (%)	20,4%	19,3%	15,0%	19,2%
Σύνολο		Συχνότητα	770	610	233	1613
		Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Από τον πίνακα αυτόν παρατηρείται ότι για τις 3 πρώτες ημέρες νοσηλείας, από τους 770 ασθενείς που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ, οι 613 (79,6%) ήταν ελληνικής υπηκοότητας ενώ οι 157 (20,4%) ήταν ξένης υπηκοότητας. Επίσης, για την 4η έως την 15η μέρα νοσηλείας, από τους 610 ασθενείς, οι 492 (80,7%) ήταν ελληνικής υπηκοότητας και οι υπόλοιποι 118 (19,3%) ήταν ξένης υπηκοότητας. Τέλος, από τους 233 ασθενείς που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ για 16 μέρες και άνω, οι 198 (85%) ήταν ελληνικής υπηκοότητας και οι 35 (15%) ήταν ξένης υπηκοότητας.

2.1.12 Προέλευση

Σε αυτό το σημείο θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα που έχουν σχέση με την προέλευση του ασθενή, δηλαδή από πιο τμήμα του Γ.Ν. Κέρκυρας έκανε την εισαγωγή του στη ΜΕΘ. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα 19.

Πίνακας 31: Κατανομή της προέλευσης του τμήματος των ασθενών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
K/Δ	114	6,9	7,0
M/Γ	9	,5	,6
MTN	5	,3	,3
N/K	8	,5	,5
N/X	38	2,3	2,3
O/Π	24	1,5	1,5
Π/Δ	1	,1	,1
Π/Θ	150	9,1	9,2
Π/Ν	199	12,0	12,2
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ	1	,1	,1
ΤΕΠ	879	53,2	53,9
X/K	204	12,4	12,5
Σύνολο	1632	98,7	100,0
Missing	-9999,00	21	1,3
Σύνολο	1653	100,0	

Από τον πίνακα αυτόν φαίνεται ότι η πλειοψηφία (879 ασθενείς ή το 53,9%) των ασθενών εισήχθη στη ΜΕΘ από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Ακολούθως, 204 ασθενείς ή το 12,5% προήλθαν από το Χειρουργικό Τμήμα (Χ/Κ), ενώ 199 ασθενείς (12,2%) προήλθαν από το Πνευμονολογικό Τμήμα (Π/Ν). Επίσης, 114 ασθενείς (7%) προήλθαν από το Καρδιολογικό Τμήμα (Κ/Δ), 9 (0,5%) από το Γυναικολογικό (Μ/Γ), 5 (0,3%) από τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (ΜΤΝ), 8 (0,5%) από το Νευρολογικό (Ν/Κ), 38 (2,3%) από το Νευροχειρουργικό (Ν/Χ), 24 (1,5%) από το Ορθοπαιδικό (Ο/Π), 1 (0,1%) από το Παιδιατρικό, 150 (9,2%) από το Παθολογικό (Π/Θ) και 1 (0,1%) από την Πολυκλινική.

2.1.12.1 Προέλευση-Φύλο

Πίνακας 32: Κατανομή της Προέλευσης σε σχέση με το Φύλο

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			ΘΗΛΥ	ΑΡΡΕΝ	
ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ	Κ/Δ	Συχνότητα	49	65	114
		Ποσοστό (%)	8,2%	6,3%	7,0%
	Μ/Γ	Συχνότητα	8	1	9
		Ποσοστό (%)	1,3%	0,1%	0,6%
	MTN	Συχνότητα	2	3	5
		Ποσοστό (%)	0,3%	0,3%	0,3%
	Ν/Κ	Συχνότητα	4	4	8
		Ποσοστό (%)	0,7%	0,4%	0,5%
	Ν/Χ	Συχνότητα	14	24	38
		Ποσοστό (%)	2,4%	2,3%	2,3%
	Ο/Π	Συχνότητα	14	10	24
		Ποσοστό (%)	2,4%	1,0%	1,5%
	Π/Δ	Συχνότητα	0	1	1
		Ποσοστό (%)	0,0%	0,1%	0,1%
	Π/Θ	Συχνότητα	54	96	150
		Ποσοστό (%)	9,1%	9,2%	9,2%
	Π/Ν	Συχνότητα	61	138	199
		Ποσοστό (%)	10,3%	13,3%	12,2%
	ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ	Συχνότητα	0	1	1
		Ποσοστό (%)	0,0%	0,1%	0,1%
	ΤΕΠ	Συχνότητα	311	568	879
		Ποσοστό (%)	52,4%	54,7%	53,9%
	Χ/Κ	Συχνότητα	77	127	204
		Ποσοστό (%)	13,0%	12,2%	12,5%
Σύνολο		Συχνότητα	594	1038	1632

Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%
-------------	--------	--------	--------

Παρουσιάζοντας τη σχέση μεταξύ προέλευσης ασθενή και φύλου, ο παραπάνω πίνακας 20 δείχνει ότι, από τις 594 γυναίκες, η πλειοψηφία (311 γυναίκες ή 52,4%) προερχόταν από το ΤΕΠ, 77 (13%) από το Χ/Κ, 61 (10,3%) από το Π/Ν, 54 (9,1%) από το Π/Θ, 49 (8,2%) από το Κ/Δ, 14 (2,4%) από το Ν/Χ, 14 (2,4%) από το Ο/Π, 8 (1,3%) από το Μ/Γ, 4 (0,7%) από το Ν/Κ και 2 (0,3%) από το MTN.

Όσον αφορά τους άνδρες, από τους 1.038 που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ, οι 568 (54,7%) ήταν από το ΤΕΠ, 138 (13,3%) από το Π/Ν, 127 (12,2%) από το Χ/Κ, 96 (9,2%) από το Π/Θ, 65 (6,3%) από το Κ/Δ, 24 (2,3%) από το Ν/Χ, 10 (1%) από το Ο/Π, 4 (0,4%) από το Ν/Κ, 3 (0,3%) από το MTN, 1 (0,1%) από το Μ/Γ, 1 (0,1%) από το Π/Δ και 1 (0,1%) από την ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ.

2.1.12.2 Προέλευση-Ηλικία

Πίνακας 33: Κατανομή της Προέλευσης σε σχέση με την Ηλικία

			ΗΛΙΚΙΑ						Σύνολο
			<16	17-32	33-48	49-64	65-80	>80	
ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ	Κ/Δ	Συχνότητα	0	1	4	22	67	18	112
		Ποσοστό (%)	0,0%	0,5%	1,9%	5,9%	10,7%	10,8%	7,0%
	Μ/Γ	Συχνότητα	0	4	5	0	0	0	9
		Ποσοστό (%)	0,0%	2,2%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
	MTN	Συχνότητα	0	0	0	0	4	0	4
		Ποσοστό (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,3%
	Ν/Κ	Συχνότητα	0	0	1	4	3	0	8
		Ποσοστό (%)	0,0%	0,0%	0,5%	1,1%	0,5%	0,0%	0,5%
	Ν/Χ	Συχνότητα	0	2	7	9	19	1	38
		Ποσοστό (%)	0,0%	1,1%	3,2%	2,4%	3,0%	0,6%	2,4%
	Ο/Π	Συχνότητα	0	8	3	3	3	6	23
		Ποσοστό (%)	0,0%	4,4%	1,4%	0,8%	0,5%	3,6%	1,4%
	Π/Δ	Συχνότητα	1	0	0	0	0	0	1
		Ποσοστό (%)	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	Π/Θ	Συχνότητα	0	11	16	40	65	12	144
		Ποσοστό (%)	0,0%	6,0%	7,4%	10,7%	10,4%	7,2%	9,0%
	Π/Ν	Συχνότητα	1	2	17	54	99	21	194
		Ποσοστό (%)	4,0%	1,1%	7,9%	14,4%	15,8%	12,6%	12,2%
	ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ	Συχνότητα	0	0	0	0	1	0	1

	Ποσοστό (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
ΤΕΠ	Συχνότητα	22	132	144	203	283	78	862
	Ποσοστό (%)	88,0%	72,1%	66,7%	54,1%	45,1%	46,7%	54,1%
X/K	Συχνότητα	1	23	19	40	84	31	197
	Ποσοστό (%)	4,0%	12,6%	8,8%	10,7%	13,4%	18,6%	12,4%
Σύνολο	Συχνότητα	25	183	216	375	628	167	1594
	Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Σε σχέση τώρα με την ηλικία, όπως φαίνεται στον πίνακα 21, από τους 25 ασθενείς που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ και ήταν κάτω των 16 ετών, οι 22 (88%) προήλθαν από το ΤΕΠ, 1 (4%) από το Π/Δ, 1 (4%) από το Π/Ν και 1 (4%) από το Χ/Κ.

Επίσης, από τους 183 ασθενείς που ήταν 17-32 ετών, οι 132 (72,1%) προέρχονταν από το ΤΕΠ, οι 23 (12,6%) από το Χ/Κ, 11 (6%) από το Π/Θ, 8 (4,4%) από το Ο/Π, 4 (2,2%) από το Μ/Γ, 2 (1,1%) από το Ν/Χ, 2 (1,1%) από το Π/Ν και 1 (0,5%) από το Κ/Δ.

Επίσης, από τους 216 ασθενείς που ήταν 33-48 ετών, οι 144 (66,7%) προέρχονταν από το ΤΕΠ, οι 19 (8,8%) από το Χ/Κ, 17 (7,9%) από το Π/Ν, 16 (7,4%) από το Π/Θ, 7 (3,2%) από το Ν/Χ, 5 (2,3%) από το Μ/Γ, 4 (1,9%) από το Κ/Δ, 3 (1,4%) από το Ο/Π και 1 (0,5%) από το Ν/Κ.

Επιπλέον, από τους 375 ασθενείς που ήταν 49-64 ετών, οι 203 (54,1%) προέρχονταν από το ΤΕΠ, 54 (14,4%) από το Π/Ν, οι 40 (10,7%) από το Χ/Κ, 40 (10,7%) από το Π/Θ, 22 (5,9%) από το Κ/Δ, 9 (2,4%) από το Ν/Χ, 4 (1,1%) από το Ν/Κ, και 3 (0,8%) από το Ο/Π.

Συνεχίζοντας, από τους 628 ασθενείς που ήταν ηλικίας 65-80 ετών, οι 283 (45,1%) προέρχονταν από το ΤΕΠ, 99 (15,8%) από το Π/Ν, οι 84 (13,4%) από το Χ/Κ, 67 (10,7%) από το Κ/Δ, 65 (10,4%) από το Π/Θ, 19 (3%) από το Ν/Χ, 4 (0,6%) από το ΜΤΝ, 3 (0,5%) από το Ο/Π, 3 (0,5%) από το Ν/Κ και 1 (0,2%) από την ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ.

Τέλος, από τους 167 ασθενείς που ήταν ηλικίας άνω των 80 ετών, οι 78 (46,7%) προήλθαν από το ΤΕΠ, 31 (18,6%) από το Χ/Κ, 21 (12,6%) από το Π/Ν, 18 (10,8%) από το Κ/Δ, 12 (7,2%) από το Π/Θ, 6 (3,6%) από το Ο/Π και 1 (0,6%) από το Ν/Χ.

2.1.12.3 Προέλευση-Διεύθυνση

Σε σχέση με την διεύθυνση, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα 22:

Πίνακας 34: Κατανομή της Προέλευσης με βάση τη Διεύθυνση

		ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ							Σύνολο
		Κέρκυρα	Αθήνα	Θεσσαλονίκη	Πάτρα	Λοιπά Επτάνησα	Υπόλοιπη Ελλάδα	Εξωτερικό	
ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ	K/Δ	Συχνότητα	100	1	0	0	0	13	114
		Ποσοστό (%)	7,8%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	7,0%
	M/Γ	Συχνότητα	8	0	0	0	0	1	9
		Ποσοστό (%)	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,6%
	MTN	Συχνότητα	5	0	0	0	0	0	5
		Ποσοστό (%)	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
	N/Κ	Συχνότητα	6	0	0	0	0	2	8
		Ποσοστό (%)	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,5%
	N/X	Συχνότητα	29	1	0	0	1	7	38
		Ποσοστό (%)	2,3%	16,7%	0,0%	0,0%	3,0%	0,0%	2,3%
	O/Π	Συχνότητα	20	0	0	0	1	3	24
		Ποσοστό (%)	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%	0,0%	1,5%
	Π/Δ	Συχνότητα	1	0	0	0	0	0	1
		Ποσοστό (%)	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	Π/Θ	Συχνότητα	126	2	1	0	1	20	150
		Ποσοστό (%)	9,8%	33,3%	100,0%	0,0%	3,0%	0,0%	6,7%
	Π/Ν	Συχνότητα	169	0	0	0	3	1	199
		Ποσοστό (%)	13,2%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	10,0%	8,7%
	ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ	Συχνότητα	0	0	0	0	0	1	1
		Ποσοστό (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%

ΤΕΠ	Συχνότητα	651	2	0	1	24	9	192	879
	Ποσοστό (%)	50,8%	33,3%	0,0%	100,0%	72,7%	90,0%	64,0%	53,9%
Χ/Κ	Συχνότητα	166	0	0	0	3	0	35	203
	Ποσοστό (%)	13,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	11,7%	12,4%
Σύνολο	Συχνότητα	1281	6	1	1	33	10	300	1632
	Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα αυτόν, από τους 1.281 ασθενείς που διαμένουν στην Κέρκυρα, οι 651 (50,8%) προέρχονται από τη ΤΕΠ, οι 169 (13,2%) από το Χ/Κ, 166 (13%) από το Χ/Κ, 126 (9,8%) από το Π/Θ, 100 (7,85) από το Κ/Δ, 29 (2,3%) από το Ν/Χ, 20 (1,6%) από το Ο/Π, 8 (0,6%) από το Μ/Γ, 6 (0,5%) από το Ν/Κ, 5 (0,4%) από τη ΜΤΝ και 1 (0,1%) από το Π/Δ.

Επίσης, από τους 300 ασθενείς που διαμένουν στο εξωτερικό, οι 192 (64%) προέρχονται από το ΤΕΠ, 35 (11,7%) από το Χ/Κ, 26 (8,7%) από το Π/Ν, 20 (6,7%) από το Π/Θ, 13 (4,3%) από το Κ/Δ, 7 (2,3%) από το Ν/Χ, 3 (1%) από το Ο/Π, 2 (0,7%) από το Ν/Κ, 1 (0,3%) από το Μ/Γ και 1 (0,3%) από την ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ.

Από τους 6 ασθενείς που διαμένουν στην Αθήνα, 2 (33,3%) προέρχονταν από το ΤΕΠ, 2 (33,3%) από το Π/Θ, 1 (16,7%) από το Κ/Δ και 1 (16,7%) από το Ν/Χ. Επίσης, ο ασθενής που διαμένει στη Θεσσαλονίκη προήλθε από το Π/Θ ενώ ο ασθενής από την Πάτρα προήλθε από το ΤΕΠ.

Επιπλέον, από τους 33 ασθενείς που διαμένουν σε άλλα νησιά των Επτανήσων, οι 24 (72,7%) προήλθαν από το ΤΕΠ, οι 3 (9,1%) από το Χ/Κ, 3 (9,1%) από το Π/Ν και 3 ασθενείς προήλθαν από το Ν/Χ, το Ο/Π και το Π/Θ ο καθένας.

Τέλος, από τους 10 ασθενείς που διαμένουν στην υπόλοιπη Ελλάδα, οι 9 (90%) προήλθαν από το ΤΕΠ και 1 (10%) από το Π/Ν.

2.1.12.4 Προέλευση-Εθνικότητα

Τα αποτελέσματα της προέλευσης των ασθενών σε σχέση με την εθνικότητα τους παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί. Ο πίνακας αυτός δείχνει ότι, από

τους 1.318 ασθενείς που είναι ελληνικής υπηκοότητας, οι 681 (51,7%) προήλθαν από το ΤΕΠ, 171 (13%) από το Π/Ν, 168 (12,8%) από το Χ/Κ, 100 (7,6%) από το Κ/Δ, 29 (2,2%) από το Ν/Χ, 21 (1,6%) από το Ο/Π, 8 (0,6%) από το Μ/Γ, 6 (0,5%) από το Ν/Κ, 5 (0,4%) από το ΜΤΝ και 1 (0,1%) από το Π/Δ.

Όσον αφορά τους 314 ασθενείς που ήταν ξένης υπηκοότητας, οι 198 (63,1%) προέρχονταν από το ΤΕΠ, 36 (11,5%) από το Χ/Κ, 28 (8,9%) από το Π/Ν, 22 (7%) από το Π/Θ, 14 (4,5%) από το Κ/Δ, 9 (2,9%) από το Ν/Χ, 3 (1%) από το Ο/Π, 2 (0,6%) από το Ν/Κ, 1 (0,3%) από το Μ/Γ και 1 (0,3%) από την ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ.

Πίνακας 35: Κατανομή της Προέλευσης με βάση την Εθνικότητα

			ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ		Σύνολο
			Ελληνική	Αλλοδαπή	
ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ	Κ/Δ	Συχνότητα	100	14	114
		Ποσοστό (%)	7,6%	4,5%	7,0%
	Μ/Γ	Συχνότητα	8	1	9
		Ποσοστό (%)	0,6%	0,3%	0,6%
	ΜΤΝ	Συχνότητα	5	0	5
		Ποσοστό (%)	0,4%	0,0%	0,3%
	Ν/Κ	Συχνότητα	6	2	8
		Ποσοστό (%)	0,5%	0,6%	0,5%
	Ν/Χ	Συχνότητα	29	9	38
		Ποσοστό (%)	2,2%	2,9%	2,3%
	Ο/Π	Συχνότητα	21	3	24
		Ποσοστό (%)	1,6%	1,0%	1,5%
	Π/Δ	Συχνότητα	1	0	1
		Ποσοστό (%)	0,1%	0,0%	0,1%
	Π/Θ	Συχνότητα	128	22	150
		Ποσοστό (%)	9,7%	7,0%	9,2%
	Π/Ν	Συχνότητα	171	28	199
		Ποσοστό (%)	13,0%	8,9%	12,2%
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ		Συχνότητα	0	1	1
		Ποσοστό (%)	0,0%	0,3%	0,1%

ΤΕΠ	Συχνότητα	681	198	879
	Ποσοστό (%)	51,7%	63,1%	53,9%
Χ/Κ	Συχνότητα	168	36	204
	Ποσοστό (%)	12,8%	11,5%	12,5%
Σύνολο	Συχνότητα	1318	314	1632
	Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%

2.1.13 Διάγνωση

Στον επόμενο πίνακα 24 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που σχετίζονται με τη διάγνωση της ασθένειας των ασθενών στο Γ.Ν. Κέρκυρας, πράγμα που τους οδήγησε να μεταφερθούν στη ΜΕΘ.

Πίνακας 36: Κατανομή της Διάγνωσης των ασθενών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	130	7,9	8,2
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	120	7,3	7,5
ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ	117	7,1	7,4
ΣΗΠΤΙΚΟ ΣΟΚ	87	5,3	5,5
ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ	62	3,8	3,9
ΑΝΑΤΑΧΘΕΙΣΑ ΑΝΑΚΟΠΗ	92	5,6	5,8
ΚΩΜΑΤΩΔΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	57	3,4	3,6
ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ	57	3,4	3,6
ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ	41	2,5	2,6
ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΜΦΩ	32	1,9	2,0
ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ	31	1,9	1,9
ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ	31	1,9	1,9
ΛΟΙΠΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	733	44,3	46,1
Σύνολο	1590	96,2	100,0
Missing	-9999,00	63	3,8
Σύνολο	1653	100,0	

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι, 130 ασθενείς ή το 8,2% των ασθενών υπέστησαν εγκεφαλική αιμορραγία, 120 (7,5%) υπέστησαν αναπνευστική ανεπάρκεια, 117 (7,4%) κρανιοεγκεφαλική κάκωση, 87 (5,5%) σπηπτικό σοκ, 62 (3,9%) ήταν πολυτραυματίες, 92 (5,8%) είχαν αναταχθείσα ανακοπή, 57 (3,6%) ήταν σε κωματώδη κατάσταση, 57 (3,6%) είχαν πνευμονικό οίδημα, 41 (2,6%) είχαν υποσκληρίδιο αιμάτωμα, 32 (2%) είχαν πνευμονία άμφω, 31 (1,9%) είχαν υποστεί έμφραγμα μυοκαρδίου, 31 (1,9%) είχαν επιληπτικές κρίσεις και, τέλος, 733 (46,1%) είχαν διαγνωστεί με διάφορες άλλες ασθένειες. Επίσης, για 63 ασθενείς δεν υπήρχαν σαφείς πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια με την οποία διαγνώστηκαν. Οι ασθένειες με τις οποίες διαγνώστηκαν οι ασθενείς αυτοί, κατά αλφαβητική σειρά, ήταν οι εξής:

1. LEGIONELLA (αίτιο σοβαρής πνευμονίας)
2. ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ
3. ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΒΟΘΡΟΥ ΧΕΙΡ/ΘΕΝ
4. ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ
5. ΑΙΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΑΜΦΩ
6. ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ
7. ΑΙΜΟΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟ
8. ΑΙΜΟΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ
9. ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ
10. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΑΣ
11. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ
12. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ
13. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ
14. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ ΣΟΚ
15. ΑΚΟΥΣΤΙΚΟ ΝΕΥΡΙΝΩΜΑ ΧΕΙΡ/ΘΕΝ
16. ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ
17. ΑΛΛΕΡΓΙΚΟ ΣΟΚ
18. ΑΜΣΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ
19. ΑΝΑΤΑΧΘΕΙΣΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΙΣΧΥΟΥ
20. ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΣΟΚ
21. ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΑΟΡΤΗΣ
22. ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

23. ΑΟΡΤΙΚΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ
24. ΑΠΑΓΧΟΝΙΣΜΟΣ
25. ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ
26. ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ
27. ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ
28. ΑΤΟΝΙΑ ΜΗΤΡΑΣ
29. ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ
30. ΑΥΧΕΝΑΣ ΧΕΙΡ/ΘΕΝ
31. ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΓΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ
32. ΒΡΑΔΥΑΡΡΥΘΜΙΑ
33. ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ
34. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑ
35. ΔΗΓΜΑ ΟΦΕΩΣ
36. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ
37. ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΚΩΜΑ
38. ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ
39. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
40. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ
41. ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ
42. ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΕΝΤΕΡΟΥ
43. ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
44. ΔΙΑΧΩΡΙΣΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ
45. ΕΓΚΑΥΜΑ ΚΑΘΟΛΙΚΟ
46. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΘΛΑΣΕΙΣ
47. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ
48. ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ
49. ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΣΗΨΗ
50. ΕΙΣΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΕΓΚΑΥΜΑ
51. ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ
52. ΕΚΛΑΜΨΙΑ
53. ΕΜΒΟΛΗ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΟΥ
54. ΕΜΠΥΗΜΑ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ
55. ΕΜΠΥΡΕΤΟ
56. ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΠΟΛΛΑΠΛΑ
57. ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ
58. ΕΝΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΑΠΟ ΡΗΞΗ
59. ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ
60. ΕΝΤΕΡΟΚΥΣΤΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ
61. ΕΝΤΕΡΟΡΡΑΓΙΑ
62. ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ
63. ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ
64. ΕΡΥΣΙΠΕΛΛΑΣ
65. ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ ΚΩΜΑ
66. ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
67. ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ
68. ΗΠΑΤΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΣΗΨΗ

69. ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ
70. ΘΛΑΣΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ
71. ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΟΡΘΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ
72. ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ
73. ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ
74. ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ
75. ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΑΤΑΛΕΚΤΑΣΙΑ
76. ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΑΤΕΛΕΚΤΑΣΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ
77. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΘΩΡΑΚΑ
78. ΚΑΚΩΣΗ ΓΝΑΘΟΥ
79. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
80. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ-ΑΣΚΙΤΗΣ
81. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΑΜΨΗ
82. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΠΑΥΣΗ
83. ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟΣ
84. ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΕΣ ΣΟΚ
85. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΒΡΟΓΧΩΝ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ
86. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΧΕΙΡ/ΘΕΙΣ
87. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
88. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΠΑΤΟΣ
89. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΥΣΤΕΩΣ
90. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ
91. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΗΤΡΑΣ
92. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΝΕΦΡΟΥ
93. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ
94. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΡΘΟΥ
95. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΥΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΧΕΙΡ/ΘΕΙΣ
96. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ
97. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ
98. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
99. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ
100. ΚΑΤΑΓΜΑ Α1 Α2
101. ΚΑΤΑΓΜΑ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ
102. ΚΑΤΑΓΜΑ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ
103. ΚΑΤΑΓΜΑ Θ11
104. ΚΑΤΑΓΜΑ Θ9Θ10
105. ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΥΟΥ
106. ΚΑΤΑΓΜΑ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ
107. ΚΑΤΑΓΜΑ ΚΡΟΤΑΦΙΚΟΥ ΟΣΤΟΥ
108. ΚΑΤΑΓΜΑ ΜΗΡΟΥ ΚΝΗΜΗΣ
109. ΚΑΤΑΓΜΑ Ο3-Ο4-Ο5
110. ΚΑΤΑΓΜΑ ΠΥΕΛΟΥ
111. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΠΛΕΥΡΩΝ
112. ΚΑΤΑΓΝΜΑ ΑΥΧΕΝΙΚΟΥ ΣΠΟΝΔΥΛΟΥ
113. ΚΗΛΗ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ
114. ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

115. ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑ
116. ΚΟΙΛΗ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ ΧΕΙΡ/ΘΕΙΣΑ
117. ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ
118. ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ
119. ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ
120. ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ
121. ΚΡΙΣΗ ΠΑΝΙΚΟΥ
122. ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ
123. ΛΕΜΦΩΜΑ HODKING
124. ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ
125. ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ
126. ΛΗΨΗ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ
127. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ
128. ΚΩΜΑΤΩΔΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ
129. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ
130. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ
131. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ
132. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ
133. ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑ ΧΕΙΡ/ΘΕΝ
134. ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑ ΧΕΙΡΟΥ/ΘΕΙΣ
135. ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟΚΕΤΟ
136. ΜΟΡΦΩΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ
137. ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ
138. ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS
139. ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ
140. ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ
141. ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ
142. ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
143. ΝΕΦΡΟΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
144. ΝΟΣΟΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΩΝΑ
145. ΞΥΛΟΔΑΡΜΟΣ
146. Ο.Μ.Α.Α
147. ΟΓΚΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΧΕΙΡ/ΘΕΝ
148. ΟΙΔΗΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ
149. ΟΙΔΗΜΑ ΛΑΡΥΓΓΑ
150. ΟΙΔΗΜΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ
151. ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
152. ΟΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ
153. ΟΞΕΙΑ ΜΕΘΗ
154. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
155. ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ
156. ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ
157. ΟΡΘΟΚΟΛΠΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ
158. ΟΣΦΡΗΤΙΚΟ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑ
159. ΠΝΙΓΜΟΣ
160. ΠΑΡ ΟΛΙΓΟΝ ΠΝΙΓΜΟΣ

161. ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ
162. ΠΕΡΙΕΣΦΥΓΜΕΝΗ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗ
163. ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ
164. ΠΕΤΑΛΕΚΡΟΜΗ
165. ΠΛΑΓΙΑ ΜΥΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ
166. ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΥΣΠΝΟΙΑ
167. ΠΝΕΥΜΟΘΩΡΑΚΑΣ ΑΜΦΩ
168. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ
169. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΙΝΩΣΗ
170. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ
171. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ
172. ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ
173. ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
174. ΠΟΛΥΠΟΔΑΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΧΕΙΡ/ΘΕΙΣ
175. ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΗ ΝΕΚΡΟΣ
176. ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΥΨΟΥΣ
177. ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ
178. ΡΗΞΗ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ
179. ΡΗΞΗ ΕΚΚΟΛΙΣΜΑΤΩΝ
180. ΡΗΞΗ ΕΝΤΕΡΟΥ
181. ΡΗΞΗ ΕΝΤΕΡΟΥ ΧΕΙΡ/ΘΕΙΣ
182. ΡΗΞΗ ΕΞΩΜΗΤΡΙΑΣ ΚΥΗΣΕΩΣ
183. ΡΗΞΗ ΗΜΙΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ
184. ΡΗΞΗ ΗΠΑΤΟΣ
185. ΡΗΞΗ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ
186. ΡΗΞΗ ΝΕΦΡΟΥ
187. ΡΗΞΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ
188. ΡΗΞΗ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ
189. ΡΗΞΗ ΣΠΛΗΝΟΣ
190. ΣΙΓΜΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ
191. ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ
192. ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΕΣΙΑ
193. ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗ
194. ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
195. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ
196. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ
197. ΤΕΤΑΝΟΣ
198. ΤΟΞΙΚΟ ΜΕΓΑΚΟΛΟ ΧΕΙΡ/ΘΕΝ
199. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ
200. ΤΡΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ
201. ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΣ
202. ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ
203. ΥΠΕΡΚΑΠΝΙΚΗ ΚΡΙΣΗ
204. ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΡΙΣΗ
205. ΥΠΟΘΕΡΜΙΑ
206. ΥΠΟΚΕΦΑΛΙΚΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΥΟΥ

207.	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ
208.	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ
209.	ΧΑΠ
210.	ΧΕΙΡ/ΘΕΝ ΚΑΤΑΓΜΑ Α5
211.	ΧΕΙΡ/ΘΕΝ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑ
212.	ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ
213.	ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ
214.	ΧΡΗΣΗ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

2.1.14 Τομέας

Ο Τομέας αφορά, όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, το ανάλογο τμήμα στο οποίο νοσηλεύεται κάποιος λόγω του συγκεκριμένου νοσήματος. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 37: Κατανομή του Τομέα της ασθένειας για τους ασθενείς

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
	K/Δ	255	15,4	15,8
	M/Γ	16	1,0	1,0
	MTN	4	,2	,2
	N/K	71	4,3	4,4
	N/X	272	16,5	16,9
	O/Π	54	3,3	3,3
	Π/Δ	1	,1	,1
	Π/Θ	243	14,7	15,1
	Π/N	297	18,0	18,4
	X/K	398	24,1	24,7
	Ψ/X	2	,1	,1
	Σύνολο	1613	97,6	100,0
Missing	-9999,00	40	2,4	
	Σύνολο	1653	100,0	

Όπως προκύπτει, για 396 ασθενείς (24,7%) το είδος της ασθένειας τους νοσηλεύεται στο X/K, για 297 ασθενείς (18,4%) το είδος της ασθένειας τους κατατάσσεται στο Π/Ν, για 272 (16,9%) στο Ν/Χ, για 255 (15,8%) στο Κ/Δ, για 243 (15,1%) στο Π/Θ, για 71 (4,4%) στο Ν/Κ, για 54 (3,3%) στο Ο/Π, για 16 (1%) στο Μ/Γ, για 4 (0,2%) στο ΜΤΝ, για 2 (0,1%) στο Ψυχιατρικό Τμήμα (Ψ/Χ) και για 1 (0,1%) στο Π/Δ. Τέλος, για 40 ασθενείς δεν υπήρχαν σαφείς πληροφορίες σχετικά με τον τομέα της ασθένειας τους.

2.1.15 Έκβαση

Όσον αφορά την έκβαση της ασθένειας των ασθενών στο Γ.Ν. Κέρκυρας, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 38: Κατανομή της Έκβασης της ασθένειας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
ΑΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	185	11,2	11,3
ΒΕΛΤΙΩΣΗ	937	56,7	57,5
ΘΑΝΑΤΟΣ	503	30,4	30,9
ΙΑΣΗ	5	,3	,3
Σύνολο	1630	98,6	100,0
Missing	-9999,00	23	1,4
Σύνολο	1653	100,0	

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία (937 ασθενείς ή το 57,5%) των ασθενών κατάφερε να βελτιώσει το επίπεδο της υγείας του χάρη στις υπηρεσίες που του πρόσφερε το Γ.Ν. Κέρκυρας στη ΜΕΘ. Επίσης, 503 ασθενείς (30,9%) δεν κατάφεραν να "νικήσουν" την ασθένεια τους και απεβίωσαν. Τέλος, για

185 ασθενείς (11,3%) η κατάσταση τους παρέμεινε αμετάβλητη ενώ μόνο 5 ασθενείς (0,35) θεραπεύτηκαν εξολοκλήρου από την ασθένεια τους. Σημειώνεται και εδώ ότι για 23 ασθενείς δεν υπήρχαν πληροφορίες σχετικά με την ακριβή έκβαση της ασθένειας τους.

2.1.15.1 Έκβαση-Φύλο

Σε σχέση με το φύλο, τα αποτελέσματα αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα 27:

Πίνακας 39: Κατανομή της Έκβασης με βάση το Φύλο

			ΦΥΛΟ		Σύνολο
			ΘΗΛΥ	ΑΡΡΕΝ	
ΕΚΒΑΣΗ	ΑΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	Συχνότητα	69	116	185
		Ποσοστό (%)	11,6%	11,2%	11,3%
	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	Συχνότητα	348	589	937
		Ποσοστό (%)	58,4%	57,0%	57,5%
	ΘΑΝΑΤΟΣ	Συχνότητα	177	326	503
		Ποσοστό (%)	29,7%	31,5%	30,9%
	ΙΑΣΗ	Συχνότητα	2	3	5
		Ποσοστό (%)	0,3%	0,3%	0,3%
	Σύνολο	Συχνότητα	596	1034	1630
		Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Από αυτόν τον πίνακα, φαίνεται ότι από τις 596 γυναίκες, οι 348 (58,4%) παρουσίασαν βελτίωση, οι 177 (29,7%) απεβίωσαν, οι 69 (11,6%) δεν παρουσίασαν κάποια εξέλιξη και οι 2 (0,3%) θεραπεύτηκαν. Αντίστοιχα, από τους 1.034 άνδρες, οι 589 (57%) παρουσίασαν βελτίωση, οι 326 (31,5%) απεβίωσαν, οι 116 (11,2%) δεν παρουσίασαν κάποια βελτίωση ούτε χειροτέρευση και οι 3 (0,3%) θεραπεύτηκαν από την ασθένεια τους. Προκύπτει έτσι ότι, ανεξάρτητα από τον αριθμό των ανδρών και των γυναικών, οι γυναίκες υπερτερούν σε ποσοστά βελτίωσης της υγείας τους, όπως και της στασιμότητας ενώ είναι στα ίδια περίπου επίπεδα με τους άνδρες αναφορικά με την ίαση. Έτσι, οι άνδρες υπερβαίνουν σε ποσοστό τις γυναίκες μόνο στην περίπτωση του θανάτου.

2.1.15.2 Έκβαση-Ηλικία

Ως προς την ηλικία, τα αντίστοιχα αποτελέσματα φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα 28.

Πίνακας 40: Κατανομή της Έκβασης με βάση την Ηλικία

			ΗΛΙΚΙΑ						Σύνολο
			<16	17-32	33-48	49-64	65-80	>80	
ΕΚΒΑΣΗ	ΑΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	Συχνότητα	13	43	41	53	29	1	180
		Ποσοστό (%)	52,0%	23,6%	18,9%	14,3%	4,6%	0,6%	11,3%
	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	Συχνότητα	11	120	131	215	353	87	917
		Ποσοστό (%)	44,0%	65,9%	60,4%	58,0%	56,4%	51,5%	57,7%
	ΘΑΝΑΤΟΣ	Συχνότητα	1	17	43	103	243	81	488
		Ποσοστό (%)	4,0%	9,3%	19,8%	27,8%	38,8%	47,9%	30,7%
	ΙΑΣΗ	Συχνότητα	0	2	2	0	1	0	5
		Ποσοστό (%)	0,0%	1,1%	0,9%	0,0%	0,2%	0,0%	0,3%
	Σύνολο	Συχνότητα	25	182	217	371	626	169	1590
		Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Σε αυτόν τον πίνακα, μπορεί να διαπιστωθεί ότι από τους 25 ασθενείς που ήταν κάτω των 16 ετών, οι 13 (52%) δεν παρουσίασαν κάποια αλλαγή, οι 11 (44%) παρουσίασαν βελτίωση και 1 (4%) απεβίωσε. Για τους 182 ασθενείς ηλικίας 17-32 ετών, 120 (65,9%) παρουσίασαν βελτίωση, 43 (23,6%) δεν παρουσίασαν κάποια εξέλιξη, οι 17 (9,3%) απεβίωσαν και 2 (1,1%) θεραπεύτηκαν. Για τους 217 ασθενείς ηλικίας 33-48 ετών, οι 131 (60,4%) παρουσίασαν βελτίωση, οι 43 (19,8%) απεβίωσαν, οι 41 (18,9%) δεν παρουσίασαν κάποια αλλαγή στη κατάσταση τους και 2 (0,9%) θεραπεύτηκαν. Για τους 371 ασθενείς ηλικίας 49-64 ετών, οι 215 (58%) παρουσίασαν βελτίωση, οι 103 (27,8%) απεβίωσαν και οι 53 (14,3%) παρέμειναν σε αμετάβλητη κατάσταση. Για τους 626 ασθενείς ηλικίας 65-80 ετών, οι 353 (56,4%) παρουσίασαν βελτίωση, οι 243 (38,8%) απεβίωσαν, οι 29 (4,6%) δεν παρουσίασαν κάποια αλλαγή και 1 (0,2%) θεραπεύτηκε. Τέλος, για τους 169 ασθενείς ηλικίας 80 ετών και άνω, οι 87 (51,5%) παρουσίασαν βελτίωση, οι 81 (47,95) απεβίωσαν και 1 (0,6%) δεν παρουσίασε κάποια αλλαγή.

Επομένως, προκύπτει ότι κατά πλειοψηφία, η ηλικιακή ομάδα η οποία δεν παρουσίασε κάποια αλλαγή στην κατάσταση της υγείας της ήταν αυτή από 16 ετών

και κάτω (52%). Επίσης, η ηλικιακή ομάδα η οποία κατά πλειοψηφία παρουσίασε βελτίωση ήταν η 17-32 ετών (65,9%), ενώ η ηλικιακή ομάδα η οποία αντίστοιχα είχε τους περισσότερους θανάτους ήταν η 80 ετών και άνω (47,9%). Τέλος, η ηλικιακή ομάδα η οποία είχε τις περισσότερες θεραπείες ήταν η 17-32 ετών (1,1%).

2.1.15.3 Έκβαση-Διεύθυνση

Ως προς τη διεύθυνση, τα αντίστοιχα αποτελέσματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα 29.

Πίνακας 41: Κατανομή της Έκβασης με βάση την Διεύθυνση

		ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ							Σύνολο
		Κέρκυρα	Αθήνα	Θεσσαλονίκη	Πάτρα	Λοιπά Επτάνησα	Υπόλοιπη Ελλάδα	Εξωτερικό	
ΕΚΒΑΣΗ	ΑΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	Συχνότητα	117	2	0	0	2	0	184
		Ποσοστό (%)	9,1%	40,0%	0,0%	0,0%	5,7%	0,0%	11,3%
	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	Συχνότητα	740	2	0	1	24	6	937
		Ποσοστό (%)	57,9%	40,0%	0,0%	100,0%	68,6%	60,0%	57,5%
	ΘΑΝΑΤΟΣ	Συχνότητα	420	0	1	0	9	4	503
		Ποσοστό (%)	32,8%	0,0%	100,0%	0,0%	25,7%	40,0%	30,9%
	ΙΑΣΗ	Συχνότητα	2	1	0	0	0	2	5
		Ποσοστό (%)	0,2%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,3%
	Σύνολο	Συχνότητα	1279	5	1	1	35	10	1629
		Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Σε αυτή την περίπτωση φαίνεται ότι, από τους 1.279 ασθενείς που διαμένουν στη Κέρκυρα, οι 740 (57,95) παρουσίασαν βελτίωση, οι 420 (32,8%) απεβίωσαν, οι 117 (9,1%) δεν παρουσίασαν αλλαγή και οι 2 (0,2%) θεραπεύτηκαν. Για τους 298 ασθενείς που διαμένουν στο εξωτερικό, οι 164 (55%) παρουσίασαν βελτίωση, οι 69 (23,2%) απεβίωσαν, οι 63 (21,1%) δεν παρουσίασαν κάποια μεταβολή και οι 2 (0,7%) θεραπεύτηκαν. Για τους 35 ασθενείς που διαμένουν στα λοιπά Επτάνησα, οι 24 (68,6%) παρουσίασαν βελτίωση, οι 9 (25,7%) απεβίωσαν και οι 2 (5,7%) δεν παρουσίασαν μεταβολή. Επίσης, για τους 10 ασθενείς που διαμένουν στην υπόλοιπη Ελλάδα εκτός Αθήνας, Θεσσαλονίκης και Πάτρας, οι 6 (60%) παρουσίασαν βελτίωση και οι 4 (40%) απεβίωσαν. Για τους 5 ασθενείς που διαμένουν στην Αθήνα, οι 2 (40%) δεν παρουσίασαν κάποια μεταβολή, οι 2 (40%) παρουσίασαν βελτίωση και 1

(205) θεραπεύτηκε. Τέλος, ο ασθενής από τη Θεσσαλονίκη απεβίωσε ενώ ο ασθενής από την Πάτρα παρουσίασε βελτίωση.

2.1.15.4 Έκβαση-Εθνικότητα

Τέλος, σε σχέση με την εθνικότητα, τα αποτελέσματα φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα 30:

Πίνακας 42: Κατανομή της Έκβασης με βάση την Εθνικότητα

			ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ		Σύνολο
			Ελληνική	Αλλοδαπή	
ΕΚΒΑΣΗ	ΑΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	Συχνότητα	120	64	184
		Ποσοστό (%)	9,1%	20,5%	11,3%
	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	Συχνότητα	764	173	937
		Ποσοστό (%)	58,0%	55,4%	57,5%
	ΘΑΝΑΤΟΣ	Συχνότητα	430	73	503
		Ποσοστό (%)	32,6%	23,4%	30,9%
	ΙΑΣΗ	Συχνότητα	3	2	5
		Ποσοστό (%)	0,2%	0,6%	0,3%
	Σύνολο	Συχνότητα	1317	312	1629
		Ποσοστό (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Όπως προκύπτει, από τους 1.317 ασθενείς που είναι ελληνικής υπηκοότητας, οι 764 (585) παρουσίασαν βελτίωση της υγείας τους, οι 430 (32,6%) απεβίωσαν, οι 120 (9,1%) δεν παρουσίασαν κάποια αλλαγή και 3 (0,2%) θεραπεύτηκαν. Αντίστοιχα, για τους 312 ασθενείς που ήταν ξένης υπηκοότητας, οι 173 (55,4%) παρουσίασαν βελτίωση, οι 73 (23,4%) απεβίωσαν, οι 64 (20,5%) δεν παρουσίασαν αλλαγή και οι 2 (0,6%) θεραπεύτηκαν. Συνεπώς, φαίνεται ότι σε όλες τις περιπτώσεις, πλην της αμετάβλητης έκβασης και της ίασης, το ποσοστό των ασθενών με ελληνική υπηκοότητα υπερβαίνει αυτό των ασθενών με την ξένη υπηκοότητα, ανεξάρτητα από το μέγεθος του δείγματος των δύο ομάδων.

2.1.16 Παρατηρήσεις

Σε αυτό το σημείο παρουσιάζονται τυπικά ορισμένες παρατηρήσεις που διαπιστώθηκαν στους ασθενείς κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στη ΜΕΘ.

Πίνακας 43: Παρατηρήσεις για τους ασθενείς

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)
ΑΕΡΟΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΤΟΥ	67	4,1	6,0
ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΜΕ ΕΚΑΒ	198	12,0	17,6
ΙΑΣΗ	1	,1	,1
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗ Κ/Δ	116	7,0	10,3
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗ Χ/Κ	211	12,8	18,8
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΛΗΨΗ	1	,1	,1
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗ Ο/Π	46	2,8	4,1
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗ Ν/Χ	111	6,7	9,9
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗ Ν/Κ	28	1,7	2,5
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗ Π/Θ	152	9,2	13,5
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗ Μ/Γ	15	,9	1,3
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗ Π/Ν	176	10,6	15,6
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ	1	,1	,1
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗ Ψ/Χ	2	,1	,2
Σύνολο	1125	68,1	100,0
Missing	-9999,00	528	31,9
Σύνολο	1653	100,0	

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 31, παρατηρήσεις σημειώθηκαν για 1.125 ασθενείς ενώ για 528 δεν καταγράφηκε κάποια αξιοσημείωτη παρατήρηση. Επομένως, 211 ασθενείς (18,8%) μεταφέρθηκαν στη Χ/Κ, 198 (17,6%) διακομίστηκαν στη ΜΕΘ με ΕΚΑΒ, 176 (15,6%) μεταφέρθηκαν στη Π/Ν, 152 (13,5%) μεταφέρθηκαν στη Π/Θ, 116 (10,3%) μεταφέρθηκαν στη Κ/Δ, 111 (9,9%) μεταφέρθηκαν στη Ν/Χ, 67 (6%) μεταφέρθηκαν με αερομεταφορά στη χώρα τους επειδή διέμεναν στο εξωτερικό, 46 (4,1%) μεταφέρθηκαν στην Ο/Π, 28 (2,5%) μεταφέρθηκαν στην Ν/Κ, 15 (1,3%) μεταφέρθηκαν στην Μ/Γ, 2 (0,2%) μεταφέρθηκαν στη Ψ/Χ, 1 (0,15) μεταφέρθηκε στην ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ, 1 (0,1%) θεραπεύτηκε πλήρως και 1 (0,1%) προχώρησε σε μεταμόσχευση οργάνων, της οποίας ήταν ο λήπτης.

2.1.17 Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας

Τέλος, το κομμάτι της Περιγραφικής Στατιστικής ολοκληρώνεται με την παρουσίαση του λεγόμενου ημερήσιου κόστους νοσηλείας. Στην εισαγωγή αναφέρθηκε ότι σύμφωνα με την Κοινή Υπουργική Απόφαση Φ90380/25916/3294/2011 «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του ΕΟΠΥΥ», η τιμή του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσήλιου (Κ.Ε.Ν.) και Ημερήσιο Νοσήλιο (πακέτο) για ασθενείς νοσηλευόμενους σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) σε κρατικά νοσοκομεία και σε ιδιωτικές κλινικές, ορίζεται ως εξής :

Για ασφαλισμένους και ανασφάλιστους τις τρεις πρώτες ημέρες νοσηλείας στο ποσό ύψους 700 ευρώ ημερησίως, από την 4η έως και την 15η ημέρα νοσηλείας ορίζεται στο ποσό ύψους 500 ευρώ ημερησίως, από την 16η ημέρα και μετά το ποσό ορίζεται σε 350 ευρώ ημερησίως. Επιπλέον, αναφέρθηκε ότι στις περιπτώσεις πολιτών των κρατών - μελών της ΕΕ και των τρίτων χωρών, μη μόνιμων κατοίκων Ελλάδος, η τιμή των ΚΕΝ υπολογίζεται με συντελεστή μισθολογικού κόστους 2,09 επί την τιμή που αναγράφεται στον πίνακα Κ.Ε.Ν.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις πληροφορίες μπορούν να προκύψουν κάποια καινούργια δεδομένα σχετικά τόσο με το ημερήσιο όσο και με το συνολικό κόστος νοσηλείας. Αρχικά, τα παραπάνω δεδομένα παρουσιάζονται παρακάτω σε μορφή πίνακα:

Πίνακας 44: Ημέρες Νοσηλείας και Τιμές ΚΕΝ για μόνιμους και μη μόνιμους κατοίκους Ελλάδας

Ημέρες Νοσηλείας	ΚΕΝ (για μόνιμους κατοίκους Ελλάδας)	ΚΕΝ (για μη μόνιμους κατοίκους Ελλάδας)
1-3	700€/ημέρα	1.463€/ημέρα
4-15	500€/ημέρα	1.045€/ημέρα
16+	350€/ημέρα	731,5€/ημέρα

Πηγή: «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του ΕΟΠΥΥ»

Στον παραπάνω 32 πίνακα, οι αντίστοιχες τιμές για τους μη μόνιμους κατοίκους Ελλάδας υπολογίζονται με πολλαπλασιασμό της αντίστοιχης τιμής για τους μόνιμους κατοίκους Ελλάδας επί το συντελεστή μισθολογικού κόστους 2,09. Έτσι, για παράδειγμα, αν ένας ασθενής, μόνιμος κάτοικος Ελλάδας, νοσηλευθεί για 3 μέρες στη ΜΕΘ, το συνολικό κόστος νοσηλείας του θα ισούται με $700 \times 3 = 2.100\text{€}$, ενώ αντίστοιχα για τον ασθενή που είναι μη μόνιμος κάτοικος Ελλάδας, το συνολικό κόστος νοσηλείας του θα είναι ίσο με $1.463 \times 3 = 4.389\text{€}$.

Παίρνοντας άλλο παράδειγμα, αν ένας ασθενής (μόνιμος κάτοικος) νοσηλευτεί 10 μέρες, το συνολικό κόστος νοσηλείας του θα είναι 700€ για καθεμία από τις πρώτες 3 μέρες συν 500€ για τις υπόλοιπες 7 μέρες νοσηλείας του, επομένως θα είναι $2.100 + 500 \times 7 = 5.600\text{€}$, ενώ το αντίστοιχο κόστος για τον μη μόνιμο κάτοικο Ελλάδας θα είναι $4.389 + 1.045 \times 7 = 11.704\text{€}$.

Τέλος, αν ένας ασθενής (μόνιμος κάτοικος) νοσηλευτεί στη ΜΕΘ για 1 μήνα (30 ημέρες), τότε το συνολικό κόστος νοσηλείας του θα είναι $2.100 + 500 \times 12 + 350 \times 15 = 11.252,1\text{€}$ και το αντίστοιχο για τον μη μόνιμο κάτοικο θα είναι $4.389 + 1.045 \times 12 + 731,5 \times 15 = 27.901,5\text{€}$.

Επομένως, το συνολικό κόστος νοσηλείας στη ΜΕΘ για τη περίπτωση των ασθενών του Γ.Ν. Κέρκυρας παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα 33:

Πίνακας 45: Κατανομή του συνολικού κόστους νοσηλείας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
700-2100	701	42,4	43,4	43,4
2101-8100	506	30,6	31,4	74,8
>8100	407	24,6	25,2	100,0
Σύνολο	1614	97,6	100,0	
Missing -9999	39	2,4		
Σύνολο	1653	100,0		

Στον παραπάνω πίνακα, ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής είναι μόνιμος ή μη κάτοικος Ελλάδας, προκύπτει ότι για 701 ασθενείς (43,6%) το συνολικό κόστος νοσηλείας τους ήταν από 700 έως 2.100€. Επίσης, για 506 ασθενείς (31,2%), το συνολικό κόστος νοσηλείας τους ήταν από 2.101 έως 8.100€ και για 407 ασθενείς (25,2%) το κόστος νοσηλείας τους ξεπέρασε τα 8.100€. Αθροιστικά επομένως, για το 74,8% των ασθενών, είτε μόνιμων είτε μη μόνιμων κατοίκων Ελλάδος, το συνολικό κόστος νοσηλείας τους ήταν μέχρι 8.100€.

2.2 Επαγωγική Στατιστική

Στις σελίδες που ακολουθούν παρουσιάζονται ορισμένα στοιχεία επαγωγικής στατιστικής που πραγματοποιήθηκαν για την παρούσα ανάλυση. Υπενθυμίζεται ότι η στατιστική επαγωγή είναι ο κλάδος της Στατιστικής που ασχολείται με τη διαδικασία της χρήσης της ανάλυσης δεδομένων για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις ιδιότητες ενός συγκεκριμένου πληθυσμού. Η επαγωγική στατιστική, προκειμένου να οδηγηθεί σε συμπεράσματα σε σχέση με τις ιδιότητες ενός πληθυσμού, με βάση τα δεδομένα από ένα δείγμα, χρησιμοποιεί συγκεκριμένες μεθόδους οι οποίες

στρέφονται γύρω από την εκτίμηση διαστημάτων εμπιστοσύνης και τον έλεγχο υποθέσεων.

Στην ανάλυση αυτή παρουσιάζονται δυο ειδών τεχνικές επαγωγικής στατιστικής: 1) Έλεγχος Ύπαρξης Συσχέτισης μεταξύ μεταβλητών, 2) Έλεγχος Υποθέσεων .

2.2.1 Έλεγχος Ύπαρξης Συσχέτισης μεταξύ της Ηλικίας, του Συνολικού Κόστους Νοσηλείας και των Ημερών Νοσηλείας

Ένας πρώτος έλεγχος που μπορεί να διεξαχθεί σε αυτή τη περίπτωση είναι ο έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας, του συνολικού κόστους νοσηλείας και των ημερών νοσηλείας των ασθενών στη ΜΕΘ. Από τη περιγραφική στατιστική που προηγήθηκε, προέκυψε ότι υπάρχει σημαντική θετική σχέση μεταξύ των ημερών νοσηλείας και του συνολικού κόστους νοσηλείας, αφού όσο αυξάνονται οι μέρες αυτές τόσο περισσότερο θα είναι και το κόστος. Έτσι, η μηδενική και η εναλλακτική υπόθεση σε αυτή την περίπτωση είναι οι εξής:

H0: $r = 0$ (απορρίπτεται αν η τιμή πιθανότητας (p-value) είναι μικρότερη από 5%)

H1: $r \neq 0$ (δεν γίνεται δεκτή αν η τιμή πιθανότητας (p-value) είναι μεγαλύτερη με 5%)

όπου r ο συντελεστής συσχέτισης που προκύπτει από το δείγμα.

Πράγματι, από τον έλεγχο συσχέτισης που πραγματοποιήθηκε για τις δύο αυτές μεταβλητές, για το δείγμα 1.614 ατόμων, προέκυψε ότι η τιμή του συντελεστή συσχέτισης είναι ίση με $r=0,967$ και η τιμή πιθανότητας (p-value) που προκύπτει είναι πολύ κοντά στο μηδέν πίνακας 34. Επομένως, απορρίπτεται η H_0 και άρα υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των εν λόγω μεταβλητών

Πίνακας 46: Ανάλυση Συσχέτισης μεταξύ των Ημερών Νοσηλείας και του Συνολικού Κόστους αυτής

		HM ΝΟΣ
Συνολικό_Κόστος	Συσχέτιση	,967

p-value	,000
N	1614

Έπειτα, μπορεί να διεξαχθεί έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των ημερών νοσηλείας και της ηλικίας, έτσι ώστε να διαπιστωθεί αν οι μεγαλύτεροι άνθρωποι σε ηλικία νοσηλεύονται ή όχι περισσότερες ημέρες στη ΜΕΘ λόγω αυξημένων προβλημάτων υγείας. Ο έλεγχος που φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα έδειξε ότι $r = 0$ ($p=0,99$) και άρα δεν φαίνεται να υπάρχει καμία σχέση μεταξύ της ηλικίας και των ημερών νοσηλείας. Άρα, δεν απορρίπτεται η H_0 .

Πίνακας 47: Ανάλυση Συσχέτισης μεταξύ των Ημερών Νοσηλείας και της Ηλικίας των Ασθενών

		ΗΛΙΚΙΑ
HM_NOΣ	Συσχέτιση	,000
	p-value	,990
	N	1573

Τέλος, μπορεί να πραγματοποιηθεί και ο έλεγχος συσχέτισης μεταξύ του συνολικού κόστους νοσηλείας και της ηλικίας, ώστε να διαπιστωθεί αν έμμεσα το συνολικό κόστος νοσηλείας επηρεάζεται από την ηλικία.

Πίνακας 48: Ανάλυση Συσχέτισης μεταξύ του συνολικού κόστους νοσηλείας και της Ηλικίας των Ασθενών

		ΗΛΙΚΙΑ
Συνολικό_Κόστος	Συσχέτιση	-,002
	p-value	,936
	N	1573

Ο πίνακας αυτός δείχνει ότι η τιμή του συντελεστή συσχέτισης είναι ίσης με $r = -0,002$ ($p=0,936$) και άρα δεν απορρίπτεται η H_0 , συνεπώς δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ του συνολικού κόστους νοσηλείας και της ηλικίας. Έτσι, διαπιστώνεται ότι σοβαρά προβλήματα υγείας που αναγκάζουν τους ασθενείς να νοσηλεύονται περισσότερο χρόνο στη ΜΕΘ δεν σχετίζονται με την ηλικία η οποία, κατ' επέκταση, δεν συνδέεται με υψηλότερο κόστος νοσηλείας.

2.2.2 Έλεγχοι Υπόθεσης για τη διαφοροποίηση των Ημερών Νοσηλείας και του Συνολικού Κόστους Νοσηλείας ως προς το Φύλο, την Ηλικία, τη Διεύθυνση και την Εθνικότητα

Το δεύτερο είδος ελέγχων που μπορεί να γίνει σε αυτό το σημείο είναι οι λεγόμενοι έλεγχοι υπόθεσης για το αν κάποια μεταβλητή διαφοροποιείται ως προς έναν παράγοντα. Στη περίπτωση αυτή, εξετάζεται το αν οι ημέρες νοσηλείας και το συνολικό κόστος νοσηλείας διαφοροποιούνται ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, τη διεύθυνση και την εθνικότητα. Για τις μεταβλητές αυτές που υπάρχουν 2 μόνο κατηγορίες όπως π.χ. στο Φύλο (1=Ανδρας, 0=Γυναίκα), διεξήχθη έλεγχος ισότητας των μέσων (Independent Samples T-Test όπως αναφέρεται στο SPSS) ενώ για τις μεταβλητές που έχουν περισσότερες των 2 κατηγοριών διεξήχθη έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης (One Way ANOVA Test). Οι υποθέσεις που ελέγχονται είναι οι εξής:

Έλεγχος Ισότητας Μέσων

H0: $\mu_1 = \mu_2$ (απορρίπτεται αν $p < 0,05$)

H1: $\mu_1 \neq \mu_2$ (δεν γίνεται δεκτή αν $p \geq 0,05$)

Έλεγχος One Way ANOVA

H0: $\mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_k$ (απορρίπτεται αν $p < 0,05$)

H1: τουλάχιστον δύο μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους (δεν γίνεται δεκτή αν $p \geq 0,05$)

2.2.2.1 Διαφοροποίηση ως προς το Φύλο

Αρχικά, ως προς το Φύλο, τα αποτελέσματα του ελέγχου παρουσιάζονται στους ακόλουθους δύο πίνακες 37 και 38:

Πίνακας 49: Έλεγχος Ισότητας των Μέσων μεταξύ Ημερών Νοσηλείας, Συνολικού Κόστους Νοσηλείας και Φύλου

	ΦΥΛΟ	N	Μέσοι Όροι	Τυπ. Αποκλίσεις	Μέσος Τυπ. Σφάλματος
HM_NOΣ	ΘΗΛΥ	590	9,2678	47,70185	1,96385
	ΑΡΡΕΝ	1024	10,2422	64,76709	2,02397
Συνολικό_Κόστος	ΘΗΛΥ	590	6914,1941	18172,16962	748,13638
	ΑΡΡΕΝ	1024	7982,9409	47763,77974	1492,61812

Στον πίνακα 37 αυτόν παρουσιάζονται πληροφορίες σχετικά με τον μέσο όρο, την τυπική απόκλιση και τον μέσο τυπικού σφάλματος για κάθε φύλο, ως προς την ημέρα νοσηλείας και το συνολικό κόστος. Έτσι, ο μέσος αριθμός νοσηλείας των γυναικών ασθενών στη ΜΕΘ είναι περίπου 9 μέρες, ενώ για τους άνδρες περίπου 10. Αντίστοιχα, ως προς το συνολικό κόστος νοσηλείας, το μέσο κόστος για τις γυναίκες είναι περίπου 6.900€ ενώ για τους άνδρες περίπου 8.000€.

Πίνακας 50: Διάφορα αποτελέσματα του Ελέγχου

		Έλεγχος Levene για ισότητα διακυμάνσεων				t-test για Ισότητα των Μέσων				
		F	p-value	t	B.ε.	p-value (2- tailed)	Διαφορά Μέσων	Διαφορά Τυπικού Σφάλματος	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης της Διαφοράς	
									Κατώτερο	Ανώτερο
HM_NOΣ	Υπόθεση ισότητας Διακυμάνσεων	,107	,744	-,319	1612	,750	-,97439	3,05496	-6,96650	5,01772
	Υπόθεση μη ισότητας διακυμάνσεων			-,346	1518,4	,730	-,97439	2,82014	-6,50617	4,55739
Συνολικό_Κόστος	Υπόθεση ισότητας Διακυμάνσεων	,305	,581	-,522	1612	,602	-1068,746	2046,9736	-5083,756	2946,2623
	Υπόθεση μη ισότητας διακυμάνσεων			-,640	1443,3	,522	-1068,746	1669,6157	-4343,880	2206,3863

Στον παραπάνω πίνακα 38 παρουσιάζονται διάφορα αποτελέσματα όπως ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων και ο έλεγχος t για ισότητα των μέσων, στους οποίους γίνονται οι υποθέσεις περί ισότητας και μη των διακυμάνσεων. Στον έλεγχο Levene παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σύμφωνα με το κριτήριο F, η τιμή πιθανότητας p, το κριτήριο t και οι αντίστοιχοι βαθμοί ελευθερίας των μεταβλητών που αναγράφονται στον πίνακα. Όσο για τον έλεγχο ισότητας των μέσων, παρουσιάζεται η τιμή p σε δίπλευρο (2-tailed) έλεγχο, η διαφορά των μέσων

όρων, η διαφορά των τυπικών σφαλμάτων και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη διαφορά των μέσων, με το κατώτερο και το ανώτερο όριο.

Ανάλογα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene, επιλέγεται ποιο από τα δύο είδη του t-test είναι κατάλληλο, δηλαδή αν είναι περισσότερο κατάλληλος ο έλεγχος με ισότητα ή με ανισότητα διακυμάνσεων. Σε όλες τις περιπτώσεις, όπως προκύπτει, δεν απορρίπτεται η υπόθεση ισότητας διακυμάνσεων καθώς η τιμή p είναι αρκετά μεγάλη. Έτσι, σύμφωνα με την τιμή πιθανότητας στον έλεγχο t , και στις 2 περιπτώσεις είναι αρκετά μεγάλη ($p=0,750$ και $p=0,602$ αντίστοιχα για την περίπτωση των ίσων διακυμάνσεων) και άρα αυτό οδηγεί σε μη απόρριψη της H_0 και επομένως δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων για το συνολικό κόστος νοσηλείας και τις ημέρες νοσηλείας, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

2.2.2.2 Διαφοροποίηση ως προς την Ηλικία

Ως προς την ηλικία, τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA παρουσιάζονται στους ακόλουθους 2 πίνακες 39 και 40. Στον πρώτο πίνακα παρουσιάζονται πληροφορίες σχετικά με το άθροισμα τετραγώνων, τους αντίστοιχους βαθμούς ελευθερίας, τον μέσο τετραγώνου, τον έλεγχο F και τη τιμή p για τις αντίστοιχες μεταβλητές. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται για το σύνολο, μεταξύ των ομάδων και εντός των ομάδων, που είναι στοιχεία απαραίτητα για την διεξαγωγή του εν λόγω ελέγχου.

Πίνακας 51: Έλεγχος ANOVA μεταξύ Ημερών Νοσηλείας, Συνολικού Κόστους Νοσηλείας και Ηλικίας

		Άθροισμα Τετραγώνων	B.ε.	Μέσος Τετραγώνου	F	p-value
HM_NOΣ	Μεταξύ των ομάδων	9882,132	5	1976,426	,551	,737
	Εντός των ομάδων	5618401,777	1567	3585,451		

	Σύνολο	5628283,908	1572			
	Μεταξύ των ομάδων	3635371531,182	5	727074306,236	,452	,812
Συνολικό_Κόστος	Εντός των ομάδων	2521777388827,6	1567	1609302736,967		
	Σύνολο	2525412760358,8	1572			

Όπως φαίνεται από την τελευταία στήλη του παραπάνω πίνακα, η τιμή πιθανότητας και για τις 2 περιπτώσεις είναι αρκετά μεγάλη ($p=0,737$ και $p=0,812$ αντίστοιχα) επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 και άρα τόσο οι ημέρες νοσηλείας όσο και το συνολικό κόστος νοσηλείας δεν διαφοροποιούνται ως προς την ηλικία.

Στους παρακάτω δύο πίνακες 40 και 41 παρουσιάζονται πιο αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Στη στήλη με τις τιμές πιθανότητας (που είναι όλες αρκετά μεγάλες) επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι τόσο οι ημέρες νοσηλείας όσο και το συνολικό κόστος νοσηλείας δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται ως προς την ηλικία.

Πίνακας 52: Έλεγχος Post-Hoc για τις Ημέρες Νοσηλείας ως προς την Ηλικία

(I) ΗΛΙΚΙΑ	(J) ΗΛΙΚΙΑ	Διαφορά Μέσων (I-J)	Τυπ. Σφάλμα	p	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο Όριο	Ανώτατο Όριο
<16	17-32	-3,31823	12,77604	,795	-28,3782	21,7417
	33-48	-8,87778	12,64980	,483	-33,6901	15,9345

	49-64	-3,75659	12,38015	,762	-28,0400	20,5268
	65-80	-7,43628	12,21365	,543	-31,3931	16,5205
	>80	-1,69756	12,85615	,895	-26,9146	23,5195
17-32	<16	3,31823	12,77604	,795	-21,7417	28,3782
	33-48	-5,55955	6,03394	,357	-17,3950	6,2759
	49-64	-,43836	5,44603	,936	-11,1206	10,2439
	65-80	-4,11804	5,05611	,416	-14,0355	5,7994
	>80	1,62067	6,45536	,802	-11,0414	14,2827
33-48	<16	8,87778	12,64980	,483	-15,9345	33,6901
	17-32	5,55955	6,03394	,357	-6,2759	17,3950
	49-64	5,12118	5,14290	,320	-4,9665	15,2089
	65-80	1,44150	4,72805	,760	-7,8325	10,7155
	>80	7,18022	6,20176	,247	-4,9844	19,3448
49-64	<16	3,75659	12,38015	,762	-20,5268	28,0400
	17-32	,43836	5,44603	,936	-10,2439	11,1206
	33-48	-5,12118	5,14290	,320	-15,2089	4,9665
	65-80	-3,67968	3,95035	,352	-11,4282	4,0688
	>80	2,05903	5,63140	,715	-8,9868	13,1049
65-80	<16	7,43628	12,21365	,543	-16,5205	31,3931
	17-32	4,11804	5,05611	,416	-5,7994	14,0355
	33-48	-1,44150	4,72805	,760	-10,7155	7,8325
	49-64	3,67968	3,95035	,352	-4,0688	11,4282
	>80	5,73872	5,25525	,275	-4,5693	16,0468
>80	<16	1,69756	12,85615	,895	-23,5195	26,9146
	17-32	-1,62067	6,45536	,802	-14,2827	11,0414
	33-48	-7,18022	6,20176	,247	-19,3448	4,9844
	49-64	-2,05903	5,63140	,715	-13,1049	8,9868
	65-80	-5,73872	5,25525	,275	-16,0468	4,5693

Πίνακας 53: Έλεγχος Post-Hoc για το Συνολικό Κόστος Νοσηλείας ως προς την Ηλικία

(I) ΗΛΙΚΙΑ	(J) ΗΛΙΚΙΑ	Διαφορά Μέσων (I-J)	Τυπ. Σφάλμα	p	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
					Κατώτερο Όριο	Ανώτατο Όριο
<16	17-32	-2373,55006	8559,39746	,782	-19162,6287	14415,5286
	33-48	-4589,44056	8474,82065	,588	-21212,6235	12033,7424

	49-64	-2824,31632	8294,17090	,734	-19093,1586	13444,5259
	65-80	-4917,84668	8182,61938	,548	-20967,8830	11132,1896
	>80	-546,63500	8613,06746	,949	-17440,9862	16347,7162
17-32	<16	2373,55006	8559,39746	,782	-14415,5286	19162,6287
	33-48	-2215,89050	4042,48079	,584	-10145,1318	5713,3508
	49-64	-450,76626	3648,60750	,902	-7607,4334	6705,9008
	65-80	-2544,29662	3387,37742	,453	-9188,5664	4099,9732
	>80	1826,91506	4324,81178	,673	-6656,1125	10309,9427
33-48	<16	4589,44056	8474,82065	,588	-12033,7424	21212,6235
	17-32	2215,89050	4042,48079	,584	-5713,3508	10145,1318
	49-64	1765,12424	3445,52420	,609	-4993,1992	8523,4477
	65-80	-328,40612	3167,58995	,917	-6541,5674	5884,7551
	>80	4042,80556	4154,91242	,331	-4106,9680	12192,5791
49-64	<16	2824,31632	8294,17090	,734	-13444,5259	19093,1586
	17-32	450,76626	3648,60750	,902	-6705,9008	7607,4334
	33-48	-1765,12424	3445,52420	,609	-8523,4477	4993,1992
	65-80	-2093,53036	2646,56604	,429	-7284,7142	3097,6534
	>80	2277,68132	3772,79511	,546	-5122,5772	9677,9398
65-80	<16	4917,84668	8182,61938	,548	-11132,1896	20967,8830
	17-32	2544,29662	3387,37742	,453	-4099,9732	9188,5664
	33-48	328,40612	3167,58995	,917	-5884,7551	6541,5674
	49-64	2093,53036	2646,56604	,429	-3097,6534	7284,7142
	>80	4371,21168	3520,79139	,215	-2534,7468	11277,1702
>80	<16	546,63500	8613,06746	,949	-16347,7162	17440,9862
	17-32	-1826,91506	4324,81178	,673	-10309,9427	6656,1125
	33-48	-4042,80556	4154,91242	,331	-12192,5791	4106,9680
	49-64	-2277,68132	3772,79511	,546	-9677,9398	5122,5772
	65-80	-4371,21168	3520,79139	,215	-11277,1702	2534,7468

2.2.2.3 Διαφοροποίηση ως προς την Διεύθυνση

Ως προς τη διεύθυνση, ο έλεγχος ANOVA παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα 42. Σημειωτέον ότι σε αυτή τη περίπτωση δεν παρουσιάστηκε πίνακας Post-Hoc επειδή η Διεύθυνση δεν είναι κατηγορική μεταβλητή όπως είναι η ηλικία.

Πίνακας 54: Έλεγχος ANOVA μεταξύ Ημερών Νοσηλείας, Συνολικού Κόστους Νοσηλείας και Διεύθυνσης

	Άθροισμα Τετραγώνων	Β.ε.	Μέσος Τετραγώνου	F	p-value
--	------------------------	------	---------------------	---	---------

HM_NOΣ	Μεταξύ των ομάδων	5597,928	6	932,988	,266	,953
	Εντός των ομάδων	5626184,085	1606	3503,228		
	Σύνολο	5631782,014	1612			
Συνολικό_Κόστος	Μεταξύ των ομάδων	20660148300,310	6	3443358050,052	2,205	,040
	Εντός των ομάδων	2508074387748,7	1606	1561690154,265		
	Σύνολο	2528734536049,1	1612			

Στον πίνακα 42 παρατηρείται ότι η τιμή p είναι αρκετά μεγάλη για τις ημέρες νοσηλείας ($p=0,953$) και έτσι δεν απορρίπτεται η H_0 . Όμως, στη περίπτωση του ΣΚ νοσηλείας, η τιμή p είναι πολύ μικρή ($p=0,04$) και έτσι απορρίπτεται η H_0 . Συνεπώς, ενώ οι μέσοι όροι της νοσηλείας δεν διαφοροποιούνται ως προς την διεύθυνση, παρόλα αυτά οι μέσοι όροι για το ΣΚ διαφοροποιούνται καθώς είναι πράγματι μεγαλύτερο στην περίπτωση που ο ασθενής είναι μη μόνιμος κάτοικος Ελλάδος.

2.2.2.4 Διαφοροποίηση ως προς την Εθνικότητα

Τέλος, ως προς την εθνικότητα, ο έλεγχος ισότητας των μέσων παρουσιάζονται στους 2 ακόλουθους πίνακες 43 και 44:

Πίνακας 55: Έλεγχος Ισότητας των Μέσων μεταξύ Ημερών Νοσηλείας, Συνολικού Κόστους Νοσηλείας και Εθνικότητας

	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	N	Μέσοι Όροι	Τυπ. Αποκλίσεις	Μέσος Τυπ. Σφάλματος
HM_NOΣ	Ελληνική	1303	9,0430	33,33058	,92336
	Αλλοδαπή	310	13,4581	116,31440	6,60621
Συνολικό_Κόστος	Ελληνική	1303	5920,3826	12797,92814	354,54181
	Αλλοδαπή	310	14641,7661	86208,07614	4896,28971

Σύμφωνα με τον πρώτο πίνακα, ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας για τους ασθενείς στη ΜΕΘ, οι οποίοι είναι ελληνικής υπηκοότητας είναι ίσος με 9 μέρες περίπου, ενώ ο αντίστοιχος για τους αλλοδαπούς είναι περίπου 13,5 μέρες. Επίσης, αναφορικά με το συνολικό κόστος νοσηλείας στη ΜΕΘ, το μέσο κόστος για τους έλληνες ασθενείς είναι περίπου 6.000€ ενώ για τους αλλοδαπούς περίπου 14.642€.

Πίνακας 56: Διάφορα αποτελέσματα του Ελέγχου

Έλεγχος Levene για ισότητα διακυμάνσεων	t-test για Ισότητα των Μέσων
--	------------------------------

						p-value	Διαφορά	Διαφορά	95% Διάστημα	
						(2-tailed)	Μέσων	Τυπικού	Εμπιστοσύνης της	
								Σφάλματος	Διαφοράς	
									Κατώτερο	Ανώτερο
HM_NOΣ	Υπόθεση ισότητας	4,133	,042	-1,182	1611	,237	-4,41509	3,73466	-11,74039	2,91021
	Διακυμάνσεων									
	Υπόθεση μη									
	ισότητας									
	διακυμάνσεων			-,662	321,1	,509	-4,41509	6,67043	-17,53835	8,70817
Συνολικό_Κόστος	Υπόθεση ισότητας	15,925	,000	-3,497	1611	,000	-8721,38	2494,170	-13613,54	-3829,223
	Διακυμάνσεων									
	Υπόθεση μη									
	ισότητας									
	διακυμάνσεων			-1,777	312,2	,077	-8721,38	4909,109	-18380,49	937,7327

Σύμφωνα με τον δεύτερο πίνακα 44, τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene έδειξαν ότι η τιμή πιθανότητας είναι και στις 2 περιπτώσεις αρκετά μικρή και άρα απορρίπτεται η H_0 περί ισότητας διακυμάνσεων. Άρα, ο έλεγχος t για ισότητα των μέσων είναι κατάλληλος να γίνει αυτή τη φορά με την υπόθεση των άνισων διακυμάνσεων.

Επομένως, σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα, η τιμή πιθανότητας για τις ημέρες νοσηλείας είναι αρκετά μεγάλη ($p=0,509$) και άρα δεν απορρίπτεται η H_0 . Το ίδιο συμβαίνει και για το ΣΚ νοσηλείας ($p=0,077 > 0,05$) και άρα τόσο οι ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ όσο και το ΣΚ νοσηλείας σε αυτήν δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την εθνικότητα.

3 Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, με βάση όλη την ανάλυση που προηγήθηκε, τόσο από τη περιγραφική όσο και από την επαγωγική στατιστική ανάλυση, προκύπτουν τα εξής ευρήματα σχετικά με το Γ.Ν. Κέρκυρας, για την περίοδο 2002-2018:

- Η πλειοψηφία των ασθενών στη ΜΕΘ είναι άνδρες,
- Κατά μέσο όρο, η ηλικία των ασθενών είναι 59-60 έτη, δηλαδή μεσήλικες
- Κατά πλειοψηφία οι ασθενείς διαμένουν στην Κέρκυρα
- Κατά πλειοψηφία οι ασθενείς είναι ελληνικής υπηκοότητας
- Οι ημερομηνίες εισαγωγής στη ΜΕΘ κυμαίνονται από τις 15 Μαρτίου 2002 έως και τις 7 Φεβρουαρίου 2018 (χωρίς να υπολογιστεί το 2019)
- Οι ημερομηνίες εξαγωγής από τη ΜΕΘ κυμαίνονται από τις 15 Μαρτίου 2002 έως και τις 1 Φεβρουαρίου 2018 (χωρίς να υπολογιστεί το 2019)
- Η μεγαλύτερη συχνότητα εισαγωγών στη ΜΕΘ και εξόδων από αυτή παρατηρήθηκε το 2016,
- Κατά μέσο όρο, οι ημέρες νοσηλείας των ασθενών στη ΜΕΘ ήταν 9-10 μέρες
- Η πλειοψηφία των ασθενών εισήχθησαν στη ΜΕΘ από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών,
- Η πλειοψηφία των ασθενών διαγνώστηκαν με εγκεφαλική αιμορραγία, αναπνευστική ανεπάρκεια και κρανιοεγκεφαλική κάκωση
- Η πλειοψηφία των ασθενειών προέρχονται κυρίως από τα τμήματα Χ/Κ, Π/Ν, Ν/Χ, Κ/Δ και Π/Θ.
- Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσίασε βελτίωση του επιπέδου της υγείας του
- Το μέσο συνολικό κόστος νοσηλείας των ασθενών στη ΜΕΘ, ανεξάρτητα από το αν είναι μόνιμοι ή μη κάτοικοι της Ελλάδας, είναι κατά προσέγγιση 7.592€.
- Υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού κόστους νοσηλείας στη ΜΕΘ και των ημερών νοσηλείας σε αυτή, ενώ δεν παρατηρείται κάτι αντίστοιχο για την ηλικία και στις δύο περιπτώσεις
- Το συνολικό κόστος νοσηλείας διαφοροποιείται μόνο ως προς τη διεύθυνση ενώ οι ημέρες νοσηλείας δεν διαφοροποιούνται ως προς κανέναν παράγοντα και

- Υπάρχει θετική σχέση μεταξύ του συνολικού κόστους νοσηλείας στη ΜΕΘ και των ημερών νοσηλείας σε αυτή, ενώ δεν παρατηρείται κάτι τέτοιο σε σχέση με την ηλικία.

Βιβλιογραφία

Clarke, T., Mackinnon, E., England, K., Burr, G., Fowler, S., & Fairservice, L. (2000). A review of intensive care nurse staffing practices overseas: what lessons for Australia? *Intensive and Critical care Nursing* , 16, σσ. 228-242.

Grigorakos, L. (2017). Nursing Workers in the Intensive Care Unit in Greece. *Journal of Respiratory Medicine* , 1 (1), σσ. 1-2.

Gunn, S., & Grenvik, A. (2002). Emergency medicine and critical care certification. *Academic Emergency Medicine* , 9, σσ. 322-323.

ΦΕΚ 3054 (2012). *Τροποποίηση της υπ' αριθ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/Β'/3-11-2011) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Φ90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233/Β'/11-4-2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει.* Εθνικό Τυπογραφείο.

