

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Νοσηρότητα ταξιδιωτών που προέρχονται από χώρες του εξωτερικού, στην ευρύτερη περιοχή της Καλαμάτας, το χρονικό διάστημα 1/5/2015 έως 30/9/2015»

ΚΕΡΑΝΗ ΜΕΡΣΙΝΗ

Οικονομολόγος ΠΕ

Οκτώβριος 2017

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Νοσηρότητα ταξιδιωτών που προέρχονται από χώρες του εξωτερικού, στην ευρύτερη περιοχή της Καλαμάτας, το χρονικό διάστημα 1/5/2015 έως 30/9/2015»

ΚΕΡΑΝΗ ΜΕΡΣΙΝΗ

Οικονομολόγος ΠΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Παναγιώτης Ανδριόπουλος, Λέκτορας

Μέλος : Παναγιώτης Πρεζεράκος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Μαρία Τσιρώνη, Καθηγήτρια

Οκτώβριος 2017

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΚΕΡΑΝΗ ΜΕΡΣΙΝΗ, 2017

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει της πηγές τους και στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Παναγιώτης Ανδριόπουλος

Παναγιώτης Πρεζεράκος

Μαρία Τσιρώνη

Ευχαριστίες

Η έρευνα αυτή αποτελεί τη διπλωματική μου εργασία, στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και σηματοδοτεί το τέλος αυτής της πορείας στα φοιτητικά έδρανα.

Σε αυτό το σημείο αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε ορισμένους ανθρώπους, η συμβουλή και η συμπαράσταση των οποίων ήταν πολύτιμη και καθοριστική στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω, καταρχάς, στον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, κο Παναγιώτη Ανδριόπουλο, Λέκτορα του τμήματος, για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον αντικείμενο, που ανταποκρίνεται απολύτως στα επιστημονικά μου ενδιαφέροντα καθώς και για την αμέριστη συμπαράστασή του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης. Ευχαριστώ επίσης και τον κο Παναγιώτη Πρεζεράκο, αναπληρωτή καθηγητή και την κα Μαρία Τσιρώνη, καθηγήτρια που με τίμησαν με τη συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή. Ένα μεγάλο ευχαριστώ και σε όλους τους καθηγητές μου, οι οποίοι διεύρυναν τις επιστημονικές μου γνώσεις και μου δίδαξαν έναν νέο τρόπο σκέψης και προσέγγισης ακόμα και της καθημερινότητας.

Θερμές ευχαριστίες και σε όλους τους φίλους μου, που πίστεψαν σε μένα και με ενθάρρυναν σε κάθε στάδιο των σπουδών μου, καθώς και σε όσους συναδέλφους συμφοιτητές συνέβαλαν με τα σχόλια, την κριτική και τις γνώσεις τους στην αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Κλείνοντας ευχαριστώ ειλικρινά την οικογένειά μου και κυρίως το στήριγμά μου, μητέρα μου Καίτη, καθώς και τον αδερφό μου Παναγιώτη που με δίδαξαν όλα αυτά τα χρόνια να αγωνίζομαι και να μην τα παρατάω μέχρι τέλους. Τους ευγνωμονώ που στέκονται πάντα δίπλα μου τόσο στις επιτυχίες όσο και στις αποτυχίες, δίνοντάς μου ελπίδα και δύναμη να συνεχίσω να προσπαθώ για το καλύτερο.

Στον πατέρα μου,
που θα ήταν πολύ υπερήφανος...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι να αξιολογηθεί η νοσηρότητα των ξένων τουριστών που επισκέφτηκαν την Καλαμάτα, με βάση τις διαθέσιμες καταγραφές.

Υλικό και μέθοδος : Αυτή είναι μια αναδρομική ανάλυση δεδομένων, με τουρίστες από το εξωτερικό που επισκέφτηκαν την Καλαμάτα και ζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες από το Γενικό Νοσοκομείο της Καλαμάτας ή από το ξενοδοχείο στο οποίο διέμεναν, την περίοδο 1^η Μαΐου έως τις 30 Σεπτεμβρίου 2015. Αναλύθηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών τουριστών που δέχτηκαν ιατρικές υπηρεσίες, οι κλινικές κατηγορίες και οι διαγνώσεις των ασθενών καθώς και οι εισαγωγές στα ανάλογα τμήματα του νοσοκομείου.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 158 ασθενείς τουρίστες εκ των οποίων σε 11 περιπτώσεις έγινε εισαγωγή σε κλινική του νοσοκομείου (7,4%). Από το σύνολο των ασθενών 80 ήταν άνδρες (50,6%), 60 ήταν γυναίκες(38,0%), 13 ήταν τα αγόρια(8,2%) και 5 ήταν κορίτσια (3,2%). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 44,93 έτη με μικρότερο ηλικιακά ασθενή 2,5 ετών και μεγαλύτερο 84 ετών. Το 93,7% των ξένων ταξιδιωτών αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας ενώ το 6,3% αναζήτησε ιατρικές υπηρεσίες εντός των ξενοδοχειακών μονάδων που διέμενε. Το εύρος των διαγνώσεων που αφορούσε τη νοσηρότητα των ταξιδιωτών περιλάμβανε τραυματισμούς, λοιμώξεις του γαστρεντερικού, αναπνευστικές λοιμώξεις, ορθοπεδικά προβλήματα, δερματολογικές παθήσεις, νευρολογικές παθήσεις, παθήσεις των ώτων-ρινός-λάρυγγα, παθήσεις των οφθαλμών, καρδιολογικά προβλήματα και παθήσεις παιδικής ηλικίας. Οι τραυματισμοί (24,7%), οι λοιμώξεις του γαστρεντερικού (17,1%), οι αναπνευστικές λοιμώξεις (13,3%) και τα ορθοπεδικά προβλήματα(13,3%) ήταν οι τέσσερις πιο διαδεδομένες κατηγορίες μεταξύ των ασθενών. Το τραύμα ήταν η πιο κοινή διάγνωση($p<0,001$), τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες(25%). Τα παιδιά δεν αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες δερματολογικής, καρδιολογικής, νευρολογικής και οφθαλμολογικής φύσεως.

Συμπεράσματα:Το τραύμα ήταν η κυρίαρχη αιτία αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών από τους ξένους ασθενείς τουρίστες στην Καλαμάτα. Η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, η ενημέρωση του κοινού και η εξασφάλιση λήψης μέτρων

πρόληψης, μπορεί να αποτρέψει την παθογένεση αρκετών νοσηρών καταστάσεων κατά τη διάρκεια των διακοπών.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηρότητα, ταξιδιωτική ιατρική, τουρισμός, δημόσια υγεία, μέτρα πρόληψης

ABSTRACT

Purpose: Aim of the study is to evaluate the morbidity of foreign travelers who visited Kalamata, Messinia Greece, based on the available records.

Material and Methods: This is a retrospective analysis of data from foreign travelers who visited Kalamata and sought medical services from the General Hospital of Kalamata or from the hotels where they stayed, from May 1st to September 30th in 2015. Characteristics of patients-tourists who received medical services, clinical categories and diagnosis among patients and hospitalization were analyzed and comparisons with other published studies were made.

Results: 158 patients-tourists required medical services and 11 were admitted for hospital care (7,4%). 80 were male (50,6%), 60 were female (38,0%), 13 were boys (8,2 %) and 5 girls (3,2%). The mean age of the patients whom the age was recorded was 44.93 years, from 2.5 to 84 year old. 93.7 % of the travelers sought medical services from the General Hospital of Kalamata and 6,3% sought medical services from the hotels where they stayed. The range of diagnoses related to the morbidity of tourists, included injuries, gastrointestinal disorders, disorders of the respiratory track, musculoskeletal injuries, dermatologic conditions, neurologic disorders, childhood infections, otolaryngologists diseases, ophthalmologic disorders, genitourinary disorders and cardiovascular disorders. Traumatic injuries (24,7%), gastrointestinal disorders (17,1%), disorders of the respiratory track (13,3%) and musculoskeletal injuries (13,3%) were the four most prevalent clinical categories among patients. Injury was the most common specific diagnosis ($p < 0,001$) both for males and females (25%). Medical services for dermatologic conditions, cardiovascular disorders, neurologic and ophthalmologic disorders, were not sought by pediatric patients.

Conclusion: Injuries were the predominant causes of search for medical services among foreign travelers in Kalamata. Raising awareness of the population, informing the public and ensuring that preventive measures are taken, the pathogenesis of several diseases during the holiday season can be prevented.

Key Words: morbidity, travel medicine, tourism, public health, preventive measures

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	1
Περίληψη.....	2
Πίνακας Περιεχομένων.....	5
Εισαγωγή.....	9

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Τουρισμός.....	13
1.1 Η Έννοια του Τουρισμού.....	13
1.1.1 Ορισμός Τουρισμού.....	13
1.1.2 Διακρίσεις Τουρισμού.....	14
1.1.3 Μορφές Τουρισμού.....	14
1.1.4 Ταξινόμηση Ταξιδιωτών.....	15
1.2 Εξελίξεις στον Παγκόσμιο Τουρισμό.....	17
1.3 Εξελίξεις στον Τουρισμό στην Ελλάδα.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Νοσηρότητα και Ταξιδιώτες : Γενικά Ζητήματα.....	20
2.1 Η Έννοια της Νοσηρότητας.....	20
2.2 Νοσηρότητα και Ταξιδιώτες.....	20
2.3 Κίνδυνοι στο Ταξίδι για την Υγεία του Ταξιδιώτη.....	22
2.4 Ταξιδιωτική Ιατρική.....	25
2.4.1 Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής.....	25
2.4.2 Συμβουλευτική Πριν από το Ταξίδι.....	28
2.4.2 Εκτίμηση του Κινδύνου.....	30
2.4.3 Αξιολόγηση Μετά το Ταξίδι.....	31
2.5 Ο ρόλος των Επαγγελματιών της Ταξιδιωτικής Βιομηχανίας.....	32

2.6 Ευθύνες του Ταξιδιώτη.....	33
2.6.1 Ταξιδιωτική Ασφάλιση.....	34
2.6.2 Φαρμακείο Πρώτων Βοηθειών	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^οΕπιδημιολογία Ατυχημάτων και Τραυματισμών.....	38
3.1 Γενικά.....	38
3.2 Οδικά Τροχαία Ατυχήματα.....	39
3.2.1 Μέτρα Πρόληψης.....	40
3.3Ατυχήματα στον Υδάτινο Χώρο.....	41
3.3.1 Μέτρα Πρόληψης.....	42
3.4 Κίνδυνος από Εκδηλώσεις Διαπροσωπικής Βίας.....	42
3.4.1 Μέτρα Πρόληψης.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^οΕπιδημιολογία Λοιμωδών Νοσημάτων.....	44
4.1 Γενικά.....	44
4.2 Επιδημιολογικές Τάσεις Λοιμωδών Νοσημάτων στους Ταξιδιώτες.....	44
4.3 Νοσήματα που Προλαμβάνονται με τον Εμβολιασμό.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^οΠεριβαλλοντικοί Κίνδυνοι για την Υγεία.....	52
5.1 Υψόμετρο.....	52
5.2 Θερμοκρασία.....	54
5.2.1 Υψηλή Θερμοκρασία και Υγρασία.....	54
5.2.2 Χαμηλή Θερμοκρασία και Υγρασία.....	55
5.2.3 Ψύχος.....	55
5.3 Ηλιακή Ακτινοβολία.....	56
5.4 Φυσικές Καταστροφές- Πόλεμοι.....	57
5.5 Κίνδυνοι για την Υγεία από το Νερό και το Φαγητό.....	57
5.5.1 Η Διάρροια των Ταξιδιωτών.....	58
5.5.2 Προληπτικά Μέτρα Έναντι των Τροφιμογενών Νοσημάτων.....	59
5.5.3 Προληπτικά Μέτρα Έναντι Υδατογενών Νοσημάτων.....	60

5.6 Κίνδυνοι Κατά την Ψυχαγωγία σε Υδάτινους Χώρους.....	62
5.6.1 Κίνδυνοι από Λοιμώξεις	62
5.6.2 Κίνδυνοι από Χημικά, Τοξίνες και Δηλητήρια	63
5.6.3 Προληπτικά Μέτρα.....	63
5.7 Κίνδυνοι από Νύγματα και Δήγματα Εντόμων και Ζώων.....	64
5.7.1 Προληπτικά Μέτρα Έναντι Νυγμάτων και Δηγμάτων από Έντομα.....	65
5.7.2 Προληπτικά Μέτρα Έναντι Δηγμάτων από Ζώα.....	65

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο Μεθοδολογία Έρευνας.....	67
6.1 Σκοπός Μελέτης.....	67
6.2 Υλικό και Σχεδιασμός Έρευνας.....	67
6.3 Συλλογής Δεδομένων.....	68
6.4 Στατιστική Ανάλυση.....	68
6.5 Ηθική Δεοντολογία.....	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο Αποτελέσματα.....	70
7.1 Ανάλυση και Σχολιασμός Δημογραφικών Στοιχείων.....	70
7.2 Ανάλυση και Σχολιασμός Νοσηρότητας.....	73
7.3 Μελέτη Νοσηρότητας σε Σχέση με το Φύλο.....	75
7.4 Μελέτη Νοσηρότητας αν Τμήμα Αναζήτησης Ιατρικών Υπηρεσιών.....	77
7.5 Μελέτη Νοσηρότητας ανά Μήνα Αναζήτησης Ιατρικών Υπηρεσιών.....	81

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο Συζήτηση.....	84
8.1 Περιορισμοί Έρευνας.....	88

8.2 Διατύπωση Προτάσεων - Συμπεράσματα.....	89
Βιβλιογραφία/Αρθρογραφία.....	92
Παράρτημα 1 Λίστα Συντομογραφιών.....	98
Παράρτημα 2 Λίστα Πινάκων.....	99
Παράρτημα 3 Λίστα Εικόνων.....	100
Παράρτημα 4 Λίστα Γραφημάτων.....	101
Παράρτημα 5 Αίτημα Χορήγησης Άδειας Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων προς 6 ^ο ΥΠΕ.....	102
Παράρτημα 6 Χορήγηση Άδειας Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων από 6 ^ο ΥΠΕ.....	105
Ερωτηματολόγιο προς ξενοδοχειακές μονάδες.....	106

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηρότητα (morbidity) αποτελεί θεμελιώδη έννοια τόσο στην κλινική όσο και στην κοινοτική Ιατρική, αλλά και στις επιστήμες υγείας γενικότερα, αφού το νόσημα αποτελεί το αντικείμενο μελέτης των επιστημών υγείας. Νοσηρότητα ονομάζεται η συχνότητα των νόσων σε ανθρώπινους πληθυσμούς (Λ. Σπάρος, 2001). Η εικόνα της νοσηρότητας, που μελετάται με βάση τις ιατρικές εγγραφές των υπηρεσιών παροχής υγείας, αφορά όχι μόνο τους μόνιμους κατοίκους μιας περιοχής, αλλά και όσους περιστασιακά βρίσκονται εκεί όπως οι τουρίστες.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τουρισμού (ΠΟΤ-UNWTO), ως τουρίστας προσδιορίζεται ο επισκέπτης εκείνος, που διαμένει επί τουλάχιστον 24 ώρες σε μία περιοχή, για λόγους που αφορούν, μεταξύ άλλων, σε διακοπές, διασκέδαση προσκύνημα ιερών τόπων, αθλητικές εκδηλώσεις, επιχειρηματικά ενδιαφέροντα και παρακολούθηση συνεδρίων.

Στις μέρες μας όλο και περισσότεροι άνθρωποι πραγματοποιούν διεθνή ταξίδια μεγαλύτερων αποστάσεων. Χαρακτηριστική είναι η διεθνής αύξηση των μετακινήσεων στην πάροδο του χρόνου, παρά τις περιστασιακές κρίσεις αφού από 25 εκατομμύρια το 1950, αυξήθηκαν σε 278 εκατομμύρια το 1980, σε 674 εκατομμύρια το 2000 και έφτασαν τα 1260 εκατομμύρια το 2015. Οι διεθνείς αφίξεις τουριστών στην Ευρώπη το 2015 έφτασαν τα 608 εκατομμύρια καταλαμβάνοντας το 51% των συνολικών αφίξεων (UNWTO 2016).

Όσον αφορά την Ελλάδα συγκαταλέγεται στους πιο δημοφιλείς τουριστικούς προορισμούς παγκοσμίως λαμβάνοντας υπόψη των πληθυσμιακών μεγεθών. Ο τουρισμός αποτελεί για την οικονομία της χώρας έναν από τους πιο δυναμικούς παραγωγικούς τομείς, με σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της κοινωνικής και οικονομικής δομής των τουριστικών περιοχών της (Πολύζος 2002). Ειδικότερα μετά τη δεκαετία του '50, οι τουριστικές αφίξεις εμφάνισαν μια ταχεία και σταθερή αύξηση, εξέλιξη που είχε ως αποτέλεσμα να καταστεί ο τουρισμός η βάση της εθνικής οικονομίας (Polyzos and Sdrolias 2006).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (Ελληνική Στατιστική Αρχή) και της ΤτΕ (Τράπεζα της Ελλάδος), το 2013 η Ελλάδα υποδέχθηκε 17.919.581 τουρίστες, μόνιμους κατοίκους άλλων χωρών ενώ το 2014 οι αφίξεις έφτασαν τις 22.033.461 παρουσιάζοντας αύξηση κατά 23% (Μελέτη Ινστιτούτου ΣΕΤΕ, 2015). Το 2015 με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τουρισμού (ΠΟΤ-UNWTO) οι αφίξεις στην Ελλάδα έφτασαν τα 23.599.500.

Από τα παραπάνω στοιχεία γίνεται αντιληπτό ότι ο αριθμός των ανθρώπων που επισκέπτονται ένα άγνωστο, έως εκείνη τη στιγμή περιβάλλον, συνεχώς αυξάνεται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υπάρξει πιθανότητα να εκτεθούν σε διάφορους

κινδύνους που μπορούν να επηρεάσουν την ασφάλειά τους, την υγεία τους ακόμα και να απειληθεί η ίδια τους η ζωή. Οι ταξιδιώτες μπορούν να έρθουν αντιμέτωποι με κλιματολογικές συνθήκες που δεν είναι συνηθισμένοι, άγνωστες διατροφικές συνήθειες, διαφορετικό επίπεδο δημόσιας υγείας καθώς και διαφορετικό δημοπαθολογικό περιβάλλον. Οι νέες αυτές συνθήκες σε συνδυασμό με τα χαρακτηριστικά, την προσωπικότητα του ταξιδιώτη και την ψυχοσωματική καταπόνηση από το ταξίδι μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα υγείας τόσο κατά τη διάρκεια των διακοπών όσο και μετά την επιστροφή τους στη χώρα διαμονής. Ωστόσο οι περισσότεροι από αυτούς τους κινδύνους, μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με τις κατάλληλες προφυλάξεις πριν κατά την διάρκεια και μετά το ταξίδι. Βασική προϋπόθεση βέβαια για την πρόληψη είναι η έρευνα και η μελέτη των κινδύνων αυτών.

Έτσι λοιπόν παράλληλα με την αύξηση της ζήτησης για διεθνή ταξίδια και του αριθμού των ταξιδιωτών σε απομακρυσμένους εξωτικούς προορισμούς άρχισε να αναπτύσσεται και η μελέτη των νοσημάτων που αφορούν τον ταξιδιώτη, για να πάρει στις μέρες μας τη μορφή ενός εξειδικευμένου τομέα, την ταξιδιωτική ιατρική. Η ταξιδιωτική ιατρική σχετίζεται με ασθένειες που εμφανίζονται μεταξύ διεθνών ταξιδιωτών από τις αναπτυγμένες χώρες όταν επισκέπτονται αναπτυσσόμενες. Σύμφωνα με τον UNWTO το 2030 οι διεθνείς αφίξεις τουριστών παγκοσμίως αναμένεται να φτάσουν τα 1.800 εκατομμύρια. Σε έρευνες (HillDR. 2000; HSiiikamakietal 2015) που διεξήχθησαν πάνω από το 50% εκείνων που ταξιδεύουν από τις αναπτυγμένες προς τις αναπτυσσόμενες χώρες παρουσιάζουν προβλήματα υγείας ενώ βρίσκονται στο εξωτερικό, ενώ το 8% εξ' αυτών αναγκάζεται να παραμείνει στο κρεβάτι κατά τη διάρκεια του ταξιδιού του. Έχει υπολογιστεί ότι το 45% έως 70% των Αμερικανών που ταξίδεψαν στις αναπτυσσόμενες χώρες παρουσίασαν κάποια μη θανατηφόρο λοιμώδη ασθένεια, με πιο συχνές τη διάρροια των ταξιδιωτών και τις λοιμώξεις του αναπνευστικού (SteffenR. Etal 2003; BehrensRHetal 1995; CentersforDiseaseControlandPrevention 1997).

Μελέτες για τη νοσηρότητα στους ταξιδιώτες από την Ευρώπη έχουν δείξει ότι υπάρχει ανάγκη να ξεπεραστεί η αντίληψη ότι οι Ευρωπαίοι που ταξιδεύουν σε κοντινούς προορισμούς, «κοντά στο σπίτι τους στην Ευρώπη» δεν διατρέχουν κινδύνους για την υγεία τους. Επίσης επισημαίνεται ότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για τη δημόσια υγεία από την εισαγωγή λοιμώξεων και ότι θα πρέπει οι ταξιδιώτες να ενημερώνονται από τους αρμόδιους φορείς, οι οποίοι λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα των ερευνών θα πρέπει να ιεραρχήσουν τις στρατηγικές παρέμβασης πριν το ταξίδι και τη λήψη αποφάσεων για μετά(GautretP. etal 2009; VanessaFieldetal 2010;S.Odoliniatal 2011; GautretP. etal 2012;SchlagenhaufP. etal2014). Παρότι λοιπόν η Ευρώπη δέχεται πάνω από το 50% του τουρισμού παγκοσμίως(UNWTO 2016) έρευνες (FildV. etal 2010 ; GautretP. etal 2009) έχουν

δείξει ότι λίγα είναι γνωστά όσον αφορά τις ασθένειες που πλήττουν τους ταξιδιώτες στις αναπτυσσόμενες περιοχές του κόσμου όπως είναι η Ευρώπη.

Στην Ελλάδα, απ' την βιβλιογραφική και ορθογραφική ανασκόπηση, εντοπίστηκαν λίγες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έως σήμερα, οι οποίες περιγράφουν τη νοσηρότητα των ξένων ταξιδιωτών για διάφορες περιοχές της Ελλάδας.

Η έρευνα (S.Marakisetal 2010) είχε στόχο να διασαφηνισθεί το επιδημιολογικό πρότυπο της νοσηρότητας των τουριστών στη Νοτιοανατολική Κρήτη κατά τη διάρκεια των μηνών Μαΐου έως Σεπτεμβρίου του 2009. Στο διάστημα αυτό, δίκτυο συνεργαζόμενων ιατρών παρείχε ιατρικές υπηρεσίες στο σύνολο σχεδόν των ξενοδοχείων της Νοτιοανατολικής Κρήτης και εξετάστηκαν 163 τουρίστες. Τα ευρήματα από την έρευνα αυτή δείχνουν πως ισχνό αλλά υπαρκτό μέρος της νοσηρότητας αφορά τουρίστες και οι σχετικές διαγνώσεις ήταν κατά κύριο λόγο λοιμώδη νοσήματα και ατυχήματα.

Η επόμενη έρευνα (GeorgeTheocharisetal2012) η οποία περιγράφει τη νοσηρότητα των ξένων ταξιδιωτών στην Ελλάδα δόθηκε στη δημοσιότητα το 2012 και αναφέρεται στα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ξένων ταξιδιωτών στην Ελλάδα που ζήτησαν τις ιατρικές υπηρεσίες από ένα δίκτυο ιατρών (SOS ΙΑΤΡΟΙ) οι οποίοι εκτελούν κατοίκων επισκέψεις στην περιοχή της Αττικής από 1/1/2005 έως 31/12/2009. Η έρευνα έδειξε ότι η κύρια αιτία για την αναζήτηση πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια ενός ταξιδιού στην Ελλάδα είναι τα ήπια, αυτό-περιοριζόμενα αναπνευστικά περιστατικά.

Τέλος η τρίτη έρευνα(EleniPlessaetal 2014) πραγματοποιήθηκε στη Ζάκυνθο κατά το χρονικό διάστημα 1 Μαΐου με 30 Οκτωβρίου 2012 και αφορούσε ταξιδιώτες από το εξωτερικό που βρέθηκαν στη Ζάκυνθο το διάστημα αυτό και ζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες από τα ιδιωτικά ιατρεία της περιοχής. Οι κυρίαρχες αιτίες ασθενειών των ξένων ταξιδιωτών ήταν κυρίως του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος, καθώς επίσης και η διάρροια.

Με βάση όλα τα παραπάνω και με δεδομένο ότι η συμβολή του τουρισμού στην Ελληνική οικονομία είναι καθοριστικής σημασίας (Α. Ικκος ,2015) θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι είναι απαραίτητη η λήψη μέτρων πρόληψης που μπορούν να αποτρέψουν την παθογένεση αρκετών νοσηρών καταστάσεων κατά τη διάρκεια των διακοπών ώστε η νοσηρότητα να διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα. Θα πρέπει να τονιστεί ότι από τη διεθνή βιβλιογραφία, η τουριστική νοσηρότητα αποτιμάται πλέον ως ένας από τους παράγοντες επιλογής τουριστικού προορισμού και ταυτόχρονα εκλαμβάνεται ως δείκτης αξιολόγησης ποιοτικής παροχής υπηρεσιών και των τουριστικών γραφείων (touroperators) (MarcipG , 2009). Από το Μάιο του 1994 ,άλλωστε, στο 4^ο Διεθνές Συνέδριο της Παγκόσμιας οργάνωσης Υγείας που διεξήχθη στο Ρίμινι της Ιταλίας, συμφωνήθηκε ότι είναι απαραίτητη η ενίσχυση της

υγείας του ταξιδιώτη και συνεπώς πρέπει να εξαλειφθούν όπου είναι δυνατόν ή να ελαχιστοποιηθούν οι ανθρωπογενείς κίνδυνοι στα τουριστικά θέρετρα (PhillipRAND HodgkinsonG, 1194). Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια συνεχώς αυξανόμενη τάση του ταξιδιωτικού κοινού, να θέτει την ασφάλεια σαν μια από τις πολύ σημαντικές παραμέτρους επιλογής ξενοδοχειακού καταλύματος (Α.Μελετίου, 2007) και για το λόγο αυτό παρατηρείται ότι μελέτες που διεξάγονται για την μέτρηση ποιότητας των υπηρεσιών σε ξενοδοχεία συμπεριλαμβάνουν στους δείκτες ποιότητας και την ασφάλεια ή σιγουριά (E.Velissariosetal, 2009).

Στο πλαίσιο αυτό θεωρήθηκε πολύ ενδιαφέρον να διασαφηνισθεί το επιδημιολογικό πρότυπο της νοσηρότητας των ξένων τουριστών που επισκέφτηκαν την Καλαμάτα, έναν προορισμό με ραγδαίους ρυθμούς αύξησης αφίξεων από το εξωτερικό (M.Markakisetal, 2014; SETE, 2015), με βάση τις διαθέσιμες καταγραφές, με απώτερο σκοπό στο μέλλον να εκτιμηθούν οι φυσικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που την επηρεάζουν.

Επίσης θα μελετηθεί ο αριθμός των ξένων τουριστών που αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες εντός των ξενοδοχειακών μονάδων που διέμεναν και ο τρόπος διαχείρισης της κάθε περίπτωσης, ούτως ώστε να μελετηθεί και ο βαθμός ετοιμότητας σε τέτοιες περιπτώσεις από τα ξενοδοχεία της περιοχής. Με τον τρόπο αυτό γνωρίζοντας τους κινδύνους για την υγεία μπορούμε να έχουμε ορθολογικότερη προσέγγιση των αναγκαίων προληπτικών μέτρων, προσφορά ποιοτικότερης φιλοξενίας στους τουρίστες και συνεισφορά στη βελτίωση της εικόνας της Καλαμάτας ως ελκυστικού αλλά και ασφαλούς προορισμού.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Τουρισμός

1.1 Η Έννοια του Τουρισμού

Ο τουρισμός αποτελεί ένα πολυπρισματικό οικονομικό και κοινωνικό φαινόμενο, που συμβαίνει όταν τα άτομα αλλάζουν φυσικό περιβάλλον και ρυθμούς ζωής με σκοπό την ικανοποίηση των ψυχοσωματικών τους αναγκών και πνευματικών περιεργειών. Τα άτομα μετακινούνται πρόσκαιρα και συνειδητά - και αποκλειστικά για το λόγο που προαναφέρθηκε- σε ξένο γεωγραφικό χώρο παραμένουν εκεί για χρονικό διάστημα μέχρι και ένα έτος και αναπτύσσουν συγκεκριμένες δραστηριότητες αναψυχής, διακοπών, επιχειρηματικές κλπ (Λαγός Δ., 2005).

1.1.1 Ορισμός Τουρισμού

Αν ανατρέξει κανείς στη βιβλιογραφία θα διαπιστώσει ότι έως σήμερα έχουν δοθεί μια πληθώρα ορισμών σχετικά με τον τουρισμό τόσο από Έλληνες όσο και από ξένους επιστήμονες.

Ο πρώτος ορισμός για τον τουρισμό διατυπώθηκε το 1942 από τους Hunziker&Krapf σύμφωνα με τον οποίο “ο τουρισμός είναι το σύνολο των φαινομένων που δημιουργούνται από ένα ταξίδι και από την παραμονή σε ένα μέρος ατόμων που δεν είναι μόνιμοι κάτοικοι, εφόσον αυτοί δεν πάρουν άδεια παραμονής εκεί και δεν λαμβάνουν μέρος σε καμία εργασία-εκδήλωση στην περιοχή”.

Ιδιαίτερη αξία έχει ο ορισμός “ο τουρισμός ως δραστηριότητα περιλαμβάνει οτιδήποτε σχετίζεται με την προετοιμασία και την πραγματοποίηση του ταξιδιού, την παραμονή, την επιστροφή και τις αναμνήσεις από αυτό” (Mill,R.C&Morrison,A.M , 1992).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Τουρισμού (ΠΟΤ-UNWTO) δίνει τον παρακάτω ορισμό: “Ο τουρισμός περιλαμβάνει τις δραστηριότητες των ανθρώπων που ταξιδεύουν και διαμένουν σε προορισμούς και περιοχές άλλες εκτός από αυτές που αποτελούν το συνηθισμένο περιβάλλον τους (π.χ. τον τόπο της μόνιμης κατοικίας τους) και για χρονικό διάστημα που δεν ξεπερνά τον ένα χρόνο, με σκοπό την αναψυχή, την ικανοποίηση των επαγγελματικών τους αναγκών κ.α.”

1.1.2 Διακρίσεις Τουρισμού

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τουρισμού, ο τουρισμός διακρίνεται σε:

Εγχώριο:ο τουρισμός που αφορά κατοίκους μιας δεδομένης χώρας, που ταξιδεύουν μόνο εντός αυτής (λ.χ. Έλληνες εντός της Ελλάδας)

Εξερχόμενο:ο τουρισμός που αφορά τους κατοίκους μιας χώρας, που ταξιδεύουν σε άλλη χώρα(λ.χ. Έλληνες που πάνε στην Ιταλία)

Εισερχόμενο:ο τουρισμός που αφορά αλλοδαπούς, που ταξιδεύουν σε μία δεδομένη χώρα (λ.χ. Ιταλοί που έρχονται στην Ελλάδα)

Διεθνής:ο εξερχόμενος και εισερχόμενος τουρισμός μαζί

Εσωτερικός:ο τουρισμός που καλύπτει τον εγχώριο και τον εισερχόμενο τουρισμό

Εθνικός:ο τουρισμός που καλύπτει τον εγχώριο και τον εξερχόμενο τουρισμό

1.1.3 Μορφές Τουρισμού

Ο τουρισμός κατηγοριοποιείται σε τρεις γενικές μορφές (Λαγός Δ. ,2005) :

Μαζικός τουρισμός:είναι η πιο “παραδοσιακή” μορφή τουρισμού και η οποία περιλαμβάνει την πλειοψηφία των τουριστών που αναζητούν στο ταξίδι κυρίως ξεκούραση και διασκέδαση, σε ηλιοτροπικούς κυρίως προορισμούς

Τουρισμός Ειδικών Ενδιαφερόντων:σχετίζεται με ένα πλήθος επιμέρους μορφών τουρισμού που επιλέγουν τα άτομα ανάλογα με τα ειδικά ενδιαφέροντα και τα κίνητρα που έχουν (θρησκευτικός, επαγγελματικός, συνεδριακός, υγείας, θεματικός, εκπαιδευτικός, κοινωνικός, αστικός, κινήτρων)

Εναλλακτικός Τουρισμός:επίσης περιλαμβάνει ένα πλήθος επιμέρους μορφών τουρισμού, τις οποίες επιλέγουν οι άνθρωποι που αναζητούν ένα διαφορετικό τρόπο διακοπών (αγροτουρισμός, αθλητικός, θαλάσσιος, ορεινός, χειμερινός, ορειβατικός, οικοτουρισμός, υπαίθρου, περιπέτειας)

Ειδικές Μορφές Τουρισμού:είναι όρος που χρησιμοποιείται διεθνώς και περιλαμβάνει τον τουρισμό ειδικών ενδιαφερόντων και τον εναλλακτικό τουρισμό.

Με τον όρο αυτό υπονοούνται τουρίστες που επιθυμούν δράση και ενεργή συμμετοχή κατά τη διάρκεια των διακοπών τους.

1.1.4 Ταξινόμηση Ταξιδιωτών

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τουρισμού, ταξιδιώτες είναι όσοι πραγματοποιούν ένα ταξίδι για οποιοδήποτε σκοπό, εκτός της εργασίας, μεταξύ δυο γεωγραφικών τόπων είτε εντός της χώρας τους, είτε στο εξωτερικό.

Στους ταξιδιώτες εντάσσονται οι επισκέπτες, δηλαδή τα άτομα που μετακινούνται από τον τόπο μόνιμης κατοικίας τους σε έναν άλλο, για οποιοδήποτε σκοπό εκτός εργασίας και για διάστημα μικρότερο των 12 μηνών.

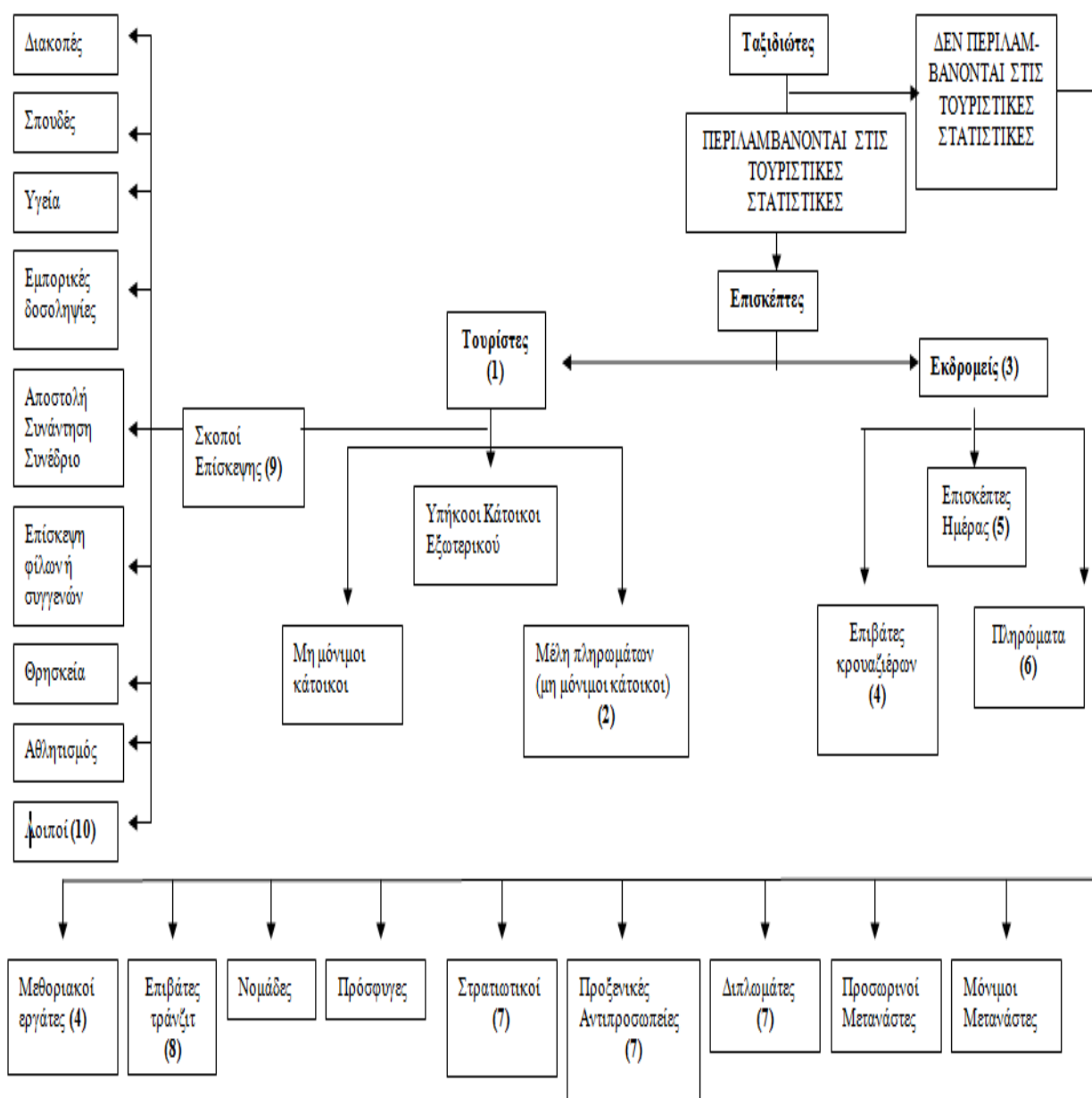
Στους επισκέπτες περιλαμβάνονται οι τουρίστες και οι εκδρομείς.

Οι τουρίστες μένουν στον τόπο προορισμού τουλάχιστον για 24 ώρες και οι σκοποί τους μπορεί να είναι η αναψυχή και οι διακοπές, επαγγελματική δραστηριότητα (συνέδρια κλπ) ή άλλο (άθληση, υγεία, θρησκεία κλπ). Στους τουρίστες περιλαμβάνονται οι αλλοδαποί τουρίστες, οι υπήκοοι κάτοικοι εξωτερικού και τα μέλη πληρωμάτων- μη μόνιμοι κάτοικοι.

Οι εκδρομείς, σε αντίθεση με τους τουρίστες, μένουν στον τόπο προορισμού για λιγότερο από 24 ώρες, δηλαδή δε διανυκτερεύουν. Στους εκδρομείς περιλαμβάνονται επιβάτες κρουαζιερόπλοιων, μέλη πληρωμάτων και διασυνοριακοί αγοραστές.

Οι κατηγορίες που δεν περιλαμβάνονται ούτε στους τουρίστες ούτε στους εκδρομείς, δηλαδή δεν περιλαμβάνονται στις τουριστικές στατιστικές είναι διασυνοριακοί εργάτες, οι επιβάτες transit, οι νομάδες, οι πρόσφυγες, τα μέλη των ενόπλων δυνάμεων - στρατιωτικοί, οι προξενικές αντιπροσωπείες, διπλωμάτες, προσωρινοί και μόνιμοι μετανάστες (βλ. Διάγραμμα 1.1).

Διάγραμμα 1.1 : Ταξιδιώτες, επισκέπτες, τουρίστες και εκδρομείς



Πηγή : Παγκόσμιος Οργανισμός Τουρισμού

Μεθοδολογικό Παράρτημα Τουρισμού της Στατιστικής του Παγκόσμιου εμπορίου, 1978

Προσαρμογή από Ηγουμενάκη (1991), Τουριστική Οικονομική. Αθήνα : Interbooks

Υπόμνημα Διαγράμματος 1.1

1. Επισκέπτες που περνούν μια νύχτα τουλάχιστον στη χώρα ή τον τόπο που επισκέπτονται.
2. Αλλοδαποί πληρώματα αεροπλάνων ή πλοίων ελλιμενισμένων ή σε «layover» που κάνουν χρήση των καταλυμάτων της χώρας που επισκέπτονται.
3. Επισκέπτες που δεν περνούν τουλάχιστον μια νύχτα στη χώρα που επισκέπτονται κατά τη διάρκεια μιας μέρας ή και περισσότερων ακόμα, αλλά επιστρέφουν στο πλοίο ή το τρένο με το οποίο ταξιδεύουν για να κοιμηθούν.
4. Συνήθως περιλαμβάνονται στους εκδρομείς. Παρόλα αυτά προτιμάται η χωριστή κατάταξη των επισκεπτών αυτών.
5. Επισκέπτες που έρχονται και φεύγουν την ίδια μέρα, δηλαδή που δεν διανυκτερεύουν (samedayvisitors).
6. Πληρώματα που δεν είναι κάτοικοι της χώρας που επισκέπτονται και μένουν σε αυτή ολόκληρη τη μέρα χωρίς να διανυκτερεύσουν.
7. Όταν ταξιδεύουν από τη χώρα προέλευσης τους στη χώρα που σταθμεύει η υπηρεσία τους και αντίστροφα.
8. Οι οποίοι δεν εγκαταλείπουν την περιοχή τράνζιτ του αερολιμένα ή του λιμανιού σε ορισμένες χώρες. Η ιδιότητα ενός ταξιδιώτη ως τράνζιτ μπορεί να συνεπάγεται παραμονή σε μια χώρα μιας ή και περισσότερων ημερών. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στους τουρίστες.
9. Κύριοι σκοποί επίσκεψης όπως καθορίστηκαν στη Διάσκεψη της Ρώμης το 1963.
10. Λοιποί λόγοι επίσκεψης είναι για παράδειγμα πολιτιστικοί, ειδικά ενδιαφέροντα κλπ.

1.2 Εξελίξεις για τον Παγκόσμιο Τουρισμό

Σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Τουρισμού (ΠΟΤ), το 2015 ήταν η 6^η συνεχόμενη χρονιά κατά την οποία παρατηρήθηκε αύξηση των διεθνών αφίξεων πάνω από το μέσο όρο των προβλέψεων.

Στις μέρες μας όλο και περισσότεροι άνθρωποι πραγματοποιούν διεθνή ταξίδια μεγαλύτερων αποστάσεων. Χαρακτηριστική είναι η διεθνής αύξηση των μετακινήσεων στην πάροδο του χρόνου, παρά τις περιστασιακές κρίσεις αφού από 25 εκατομμύρια το 1950, αυξήθηκαν σε 278 εκατομμύρια το 1980, σε 674

εκατομμύρια το 2000 και έφτασαν τα 1260 εκατομμύρια το 2015. Οι διεθνείς αφίξεις τουριστών στην Ευρώπη το 2015 έφτασαν τα 609 εκατομμύρια καταλαμβάνοντας το 51,4% των συνολικών αφίξεων(UNWTO 2016).

Πίνακας 1.2.1 : Διεθνείς Αφίξεις Τουριστών ανά Περιοχή

ΠΕΡΙΟΧΕΣ	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2015 (μερίδιο %)	13/12	14/13	15/14
	(σε εκατ.)									
ΚΟΣΜΟΣ	674	809	950	1.088	1.134	1.184	100,0	4,7	4,2	4,4
Αναπτυγμένες Οικονομίες	420	466	513	585	619	648	54,7	4,8	5,8	4,7
Αναδυόμενες Οικονομίες	254	343	437	503	515	536	45,3	4,7	2,3	4,1
Ευρώπη	386,6	453,2	489,4	566,8	580,3	609,1	51,4	5,0	2,4	5,0
ΕΕ-28	330,5	367,9	384,3	433,1	454,2	478,3	40,4	4,1	4,9	5,3
Βόρεια Ευρώπη	44,8	59,9	62,8	67,2	70,8	75,3	6,4	4,1	5,3	6,3
Δυτική Ευρώπη	139,7	141,7	154,4	170,8	174,5	180,9	15,3	2,7	2,2	3,7
Κεντρ. & Ανατ. Ευρώπη	69,6	95,3	98,9	127,8	120,1	127,8	10,8	7,6	-6,0	6,4
Νότ. & Μεσογ. Ευρώπη	132,6	156,4	173,3	201,0	214,9	225,1	19,0	5,6	6,9	4,8
Ασία και Ειρηνικός	110,4	154,0	205,5	249,9	264,4	177,0	23,4	6,8	5,8	4,8
Ωκεανία	9,6	10,9	11,4	12,5	13,2	14,2	1,2	4,6	6,0	7,3
Νότια Ασία	6,1	8,2	12,1	16,0	17,6	18,3	1,5	11,4	10,1	4,2
Αμερική	128,2	133,3	150,2	167,6	181,7	190,7	16,1	3,5	8,4	4,9
Βόρεια Αμερική	91,5	89,9	99,5	110,2	120,9	126,2	10,7	3,9	9,7	4,4
Καραϊβική	17,1	18,8	19,5	21,1	22,2	23,8	2,0	2,8	5,0	7,4
Αφρική	26,2	34,8	50,4	54,7	54,9	53,1	4,5	4,8	0,3	-3,3
Μέση Ανατολή	22,4	33,7	54,7	49,1	52,4	54,1	4,6	-3,4	6,7	3,1

Πηγή: UNWTO, Βαρόμετρο 14, Ιανουάριος 2016

Κατά την πρόσφατη αποτίμηση των παγκόσμιων τουριστικών εξελίξεων για το 2015 που έκανε τον Ιανουάριο του 2016 ο Γ.Γ. του ΠΟΤ κ. Rifaiδήλωσε ότι τη χρονιά που πέρασε οι διεθνείς αφίξεις έφτασαν σε νέο υψηλότερο επίπεδο. Οι ισχυρές επιδόσεις του τουριστικού τομέα σε πολλά μέρη του κόσμου συμβάλλουν ουσιαστικά στην οικονομική τους ανάπτυξη και στη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας.

Είναι επομένως σημαντικό οι χώρες να προωθούν πολιτικές που ενισχύουν τη συνεχή ανάπτυξη του τουρισμού, συμπεριλαμβάνοντας τουριστικές διευκολύνσεις και την ανάπτυξη και βιωσιμότητα των ανθρωπίνων πόρων (Ινστιτούτο Τουριστικών Ερευνών και Προβλέψεων, Απρίλιος 2016).

1.3 Εξελίξεις στον Τουρισμό στην Ελλάδα

Όσον αφορά την Ελλάδα συγκαταλέγεται στους πιο δημοφιλείς τουριστικούς προορισμούς παγκοσμίως λαμβάνοντας υπόψη των πληθυσμιακών μεγεθών. Ο τουρισμός αποτελεί για την οικονομία της χώρας έναν από τους πιο δυναμικούς παραγωγικούς τομείς, με σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της κοινωνικής και οικονομικής δομής των τουριστικών περιοχών της (Πολύζος, 2002). Ειδικότερα μετά τη δεκαετία του '50, οι τουριστικές αφίξεις εμφάνισαν μια ταχεία και σταθερή αύξηση, εξέλιξη που είχε ως αποτέλεσμα να καταστεί ο τουρισμός η βάση της εθνικής οικονομίας (Polyzos and Sdrolias 2006).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (Ελληνική Στατιστική Αρχή) και της ΤτΕ (Τράπεζα της Ελλάδος), το 2013 η Ελλάδα υποδέχθηκε 17.919.581 τουρίστες, μόνιμους κατοίκους άλλων χωρών ενώ το 2014 οι αφίξεις έφτασαν τις 22.033.461 παρουσιάζοντας αύξηση κατά 23% (Μελέτη Ινστιτούτου ΣΕΤΕ, 2015). Το 2015 με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τουρισμού (ΠΟΤ-UNWTO) οι αφίξεις στην Ελλάδα έφτασαν τα 23.599.500.

Πίνακας 1.3.1: Αφίξεις ξένων κατοίκων (έρευνα συνόρων Τραπέζης της Ελλάδος)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Q1	1,242.1	1,035.2	980.4	1,108.4	978.6	1,023.4	1,186.9	1,728.4	1,680.0
Q2	4,243.5	3,885.0	3,674.8	4,195.8	3,849.2	4,397.5	5,077.1	5,837.3	6,100.0
Q3	8,136.4	7,784.8	8,238.1	8,925.7	8,655.2	10,113.1	12,722.9	13,051.7	13,965.3
Q4	2,316.8	2,209.5	2,114.2	2,197.4	2,034.6	2,385.7	3,046.5	2,982.0	3,259.4
Σύνολο	15,938.8	14,914.5	15,007.5	16,427.2	15,517.6	17,919.6	22,033.5	23,599.5	25,004.7
% Δ έναντι του αντίστοιχου 3μήνου του προηγούμενου έτους									
Q1		-16.7%	-5.3%	13.1%	-11.7%	4.6%	16.0%	45.6%	-2.8%
Q2		-8.4%	-5.4%	14.2%	-8.3%	14.2%	15.5%	15.0%	4.5%
Q3		-4.3%	5.8%	8.3%	-3.0%	16.8%	25.8%	2.6%	7.0%
Q4		-4.6%	-4.3%	3.9%	-7.4%	17.3%	27.7%	-2.1%	9.3%
Σύνολο		-6.4%	0.6%	9.5%	-5.5%	15.5%	23.0%	7.1%	6.0%

Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ, Εκτιμήσεις SETE Intelligence για το 2016

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Νοσηρότητα και Ταξιδιώτες: Γενικά Ζητήματα

2.1 Η Έννοια της Νοσηρότητας

Η νοσηρότητα (morbidity) αποτελεί θεμελιώδη έννοια τόσο στην κλινική όσο και στην κοινοτική Ιατρική, αλλά και στις επιστήμες υγείας γενικότερα, αφού το νόσημα αποτελεί το αντικείμενο μελέτης των επιστημών υγείας. Η λέξη νοσηρότητα μαρτυρείται από το 1833.

Ο θάνατος και η θνησιμότητα (mortality) ενδιαφέρουν άμεσα τον ιατρό και μόνο εφόσον αποτελούν συνέπεια της νόσου και της νοσηρότητας. Το νόσημα σε αντίθεση με το θάνατο, δεν είναι φυσικό φαινόμενο. Δηλαδή ο θάνατος δεν είναι «συμβάν υγείας» (health event) και δεν αποτελεί εγγενή ιατρικό όρο (Miettinen Osetal, 1985)

Νοσηρότητα ονομάζεται η συχνότητα των νόσων σε ανθρώπινους πληθυσμούς (Λ. Σπάρος, 2001). Είναι πολύ σημαντικό βέβαια να υπάρχει διάκριση μεταξύ των εννοιών νόσου και νοσήματος. Νόσος σημαίνει η νοσηρή διαδικασία (morbus-i) έχει αρχή πέρας και διάρκεια ενώ το νόσημα αποτελεί το αποτέλεσμα ή το προϊόν της νοσηρής διαδικασίας. Η νοσηρότητα δηλαδή, δεν αναφέρεται άμεσα ή έμμεσα σε παρατηρήσιμες οντότητες, αλλά στην ένταση των νοσογόνων επιδράσεων σε ανθρώπινους πληθυσμούς.

Η μελέτη της συχνότητας των νοσημάτων, όπως επίσης και των χαρακτηριστικών (συστατικών, περιβαλλοντικών, συμπεριφοράς) των ατόμων από τα οποία εξαρτάται (συσχετίζεται ή συναρτάται), αποτελεί το αντικείμενο μελέτης της Επιδημιολογίας. Οι συναρτήσεις αυτές (αιτιολογικές, διαγνωστικές, προγνωστικές) αποτελούν την επιστημονική βάση της φροντίδας υγείας (πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης), είτε αυτή αφορά άτομα (κλινική Ιατρική), είτε την κοινότητα (κοινοτική Ιατρική). Με άλλη διατύπωση, μπορεί να λεχθεί ότι η εφαρμοσμένη ιατρική έρευνα, που αποτελεί τη γνωστική βάση της επιστημονικής ιατρικής πράξης, είναι ουσιαστικά επιδημιολογική (Miettinen Osetal, 1997).

2.2 Νοσηρότητα και Ταξιδιώτες

Η εικόνα της νοσηρότητας, που μελετάται με βάση τις ιατρικές εγγραφές των υπηρεσιών παροχής υγείας, αφορά όχι μόνο τους μόνιμους κατοίκους μιας περιοχής, αλλά και όσους περιστασιακά βρίσκονται εκεί όπως τους ταξιδιώτες.

Στις μέρες μας όλο και περισσότεροι άνθρωποι πραγματοποιούν διεθνή ταξίδια μεγαλύτερων αποστάσεων για επαγγελματικούς, κοινωνικούς ανθρωπιστικούς λόγους ή αναψυχής. Χαρακτηριστική είναι η διεθνής αύξηση των μετακινήσεων στην πάροδο του χρόνου, παρά τις περιστασιακές κρίσεις όπως αναλύθηκε στην παράγραφο 1.2. Σε αυτό συντέλεσαν η βελτίωση της ασφάλειας και η σύντμηση του χρόνου των μετακινήσεων, συνδυαστικά με την άνοδο του βιοτικού και οικονομικού επιπέδου των πολιτών, κυρίως των αναπτυγμένων χωρών.

Από τα παραπάνω στοιχεία γίνεται αντιληπτό ότι ο αριθμός των ανθρώπων που επισκέπτονται ένα άγνωστο, έως εκείνη τη στιγμή περιβάλλον, συνεχώς αυξάνεται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υπάρξει πιθανότητα να εκτεθούν σε διάφορους κινδύνους που μπορούν να επηρεάσουν την ασφάλεια τους, την υγεία τους ακόμα και να απειληθεί η ίδια τους η ζωή, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ταξιδιώτη και του ταξιδιού.

Οι ταξιδιώτες μπορούν να έρθουν αντιμέτωποι με κλιματολογικές συνθήκες που δεν είναι συνηθισμένοι, άγνωστες διατροφικές συνήθειες, διαφορετικό επίπεδο δημόσιας υγείας καθώς και διαφορετικό δημοπαθολογικό περιβάλλον. Οι νέες αυτές συνθήκες σε συνδυασμό με τα χαρακτηριστικά, την προσωπικότητα του ταξιδιώτη και την ψυχοσωματική καταπόνηση από το ταξίδι μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα υγείας τόσο κατά τη διάρκεια των διακοπών όσο και μετά την επιστροφή τους στη χώρα διαμονής.

Ωστόσο οι περισσότεροι από αυτούς τους κινδύνους, μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με τις κατάλληλες προφυλάξεις πριν κατά την διάρκεια και μετά το ταξίδι. Βασική προϋπόθεση βέβαια για την πρόληψη είναι η έρευνα και η μελέτη των κινδύνων αυτών .

Όσοι λοιπόν σχεδιάζουν να ταξιδέψουν πρέπει να γνωρίζουν τους πιθανούς κινδύνους που ελλοχεύουν στη χώρα προορισμού και να μάθουν με ποίο τρόπο θα μπορούσαν να μειώσουν τον επικείμενο κίνδυνο νόσησής τους.

Παρόλο που τα ιατρικά επαγγέλματα και η ταξιδιωτική βιομηχανία μπορούν να βοηθήσουν και να συμβουλέψουν σε μεγάλο βαθμό των ταξιδιώτη, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι τελικά εκείνος έχει την ευθύνη να ζητήσει πληροφορίες ώστε να κατανοήσει τους επικείμενους κινδύνους και να λάβει τα απαιτούμενα μέτρα πρόληψης για το ταξίδι.

2.3 Κίνδυνοι στο Ταξίδι για την Υγεία του Ταξιδιώτη

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι παράγοντες που καθορίζουν τους κινδύνους στους οποίους μπορεί να είναι εκτεθειμένος ο ταξιδιώτης περιλαμβάνουν τα εξής:

- Προορισμός
- Μέσο μεταφοράς
- Διάρκεια και εποχή ταξιδιού
- Σκοπός ταξιδιού
- Ποιότητα καταλύματος και υγιεινή τροφίμων
- Συμπεριφορά ταξιδιώτη
- Υγεία του ταξιδιώτη

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι προορισμοί στους οποίους τα καταλύματα, η υγιεινή, η ιατρική περίθαλψη και η ποιότητα του νερού είναι υψηλού επιπέδου έχουν σχετικά λιγότερο σημαντικούς κινδύνους για την υγεία των ταξιδιωτών, εκτός αν υπάρχει κάποια νόσος. Το ίδιο ισχύει και για εκείνους που κάνουν τουρισμό ή επαγγελματικά ταξίδια και επισκέπτονται μεγάλες πόλεις και τουριστικά κέντρα με καλής ποιότητας καταλύματα. Αντίθετα, οι προορισμοί στους οποίους τα καταλύματα είναι χαμηλής ποιότητας, η υγιεινή ανεπαρκής, δεν υπάρχουν ιατρικές παροχές, υπάρχει έλλειψη σε πόσιμο νερό, μπορεί να αποτελέσουν σοβαρό κίνδυνο για την υγεία του ταξιδιώτη (Gautret P. et al 2009; Vanessa Field et al 2010; S. Odolini et al 2011; Gautret P. et al 2012; Schlagenhauf P. et al 2014).

Στις συνθήκες αυτές η πιθανότητα έκθεσης ενός ταξιδιώτη σε διάφορα λοιμώδη νοσήματα έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια δεδομένου μάλιστα ότι πολλοί επιλέγουν εξωτικούς προορισμούς ταξιδιού. Ο κίνδυνος λοιπόν ταξιδιωτών να μολυνθούν από κάποιο λοιμώδες νόσημα ανάλογα με τη χώρα προορισμού δεν είναι αμελητέος, αφού τα λοιμώδη νοσήματα ευθύνονται για τις μισές περίπου νοσήσεις και θανάτους στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες (Steffen R. et al 2003).

Παράλληλα το μέσο μεταφοράς, η διάρκεια της επίσκεψης, καθώς και ο τρόπος ζωής του ταξιδιώτη είναι πολύ σημαντικοί παράμετροι όσον αφορά στην πιθανότητα έκθεσής του σε λοιμώδεις παράγοντες. Εξίσου σημαντικός παράγοντας θεωρείται ο σκοπός επίσκεψης διότι έχει άμεση σχέση με επικείμενους κινδύνους για την υγεία. Ακόμα η έκθεση σε έντομα τρωκτικά, διάφορα άλλα ζώα και λοιμογόνους παράγοντες καθιστά το ταξίδι πολύ επικίνδυνο (Steffen R. et al 2007).

Τέλος σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, για τη βία και τους τραυματισμούς, τα οδικά τροχαία ατυχήματα, οι τραυματισμοί που μπορούν να συμβούν και σε περιβάλλοντα όπως για παράδειγμα σε μέρη ψυχαγωγίας στη

θάλασσα και γενικότερα στο υδάτινο περιβάλλον, κατά την κολύμβηση, την κατάδυση, την ιστιοπλοΐα και άλλες δραστηριότητες, καθώς και στοιχεία που αποδεικνύουν ότι κατά τη διάρκεια των διακοπών αυξάνονται σημαντικά οι κίνδυνοι για βία όπως για παράδειγμα το αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών ουσιών, ειδικά από νεαρές ηλικίες, αποτελούν πολύ σοβαρούς παράγοντες που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία ακόμα και τη ζωή των ταξιδιωτών (ΠΟΤ-UNWTO 2010).

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία και την ζωή των ταξιδιωτών, θα αναλυθούν λεπτομερέστερα στα κεφάλαια που ακολουθούν.

2.4 Ταξιδιωτική Ιατρική

Παρά τους κινδύνους που ελλοχεύουν σε ένα ταξίδι για κάθε ταξιδιώτη, παρατηρείται ραγδαία αύξηση της ζήτησης για διεθνή ταξίδια και του αριθμού των ταξιδιωτών σε απομακρυσμένους εξωτικούς προορισμούς. Μαζί με την ανάγκη ελέγχου των στοιχείων μετάδοσης νοσημάτων, άρχισε να αναπτύσσεται και η μελέτη των νοσημάτων που αφορούν τον ταξιδιώτη για να πάρει στις μέρες μας τη μορφή ενός εξειδικευμένου τομέα, την ταξιδιωτική ιατρική. Η ταξιδιωτική ιατρική σχετίζεται με ασθένειες που εμφανίζονται μεταξύ διεθνών ταξιδιωτών από τις αναπτυγμένες χώρες όταν επισκέπτονται αναπτυσσόμενες.



Εικόνα 2.4 Ταξιδιωτική Ιατρική

Πηγή : <http://www.eumedline.eu/post/Taksidiwtikh-latrikh>

Ορισμένοι κλινικοί γιατροί άρχισαν από τη δεκαετία του 1980, να μελετούν τις αρχές και τις συστάσεις που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την προστασία της υγείας του ταξιδιώτη. Από το 1988 που πραγματοποιήθηκε το πρώτο διεθνές συνέδριο ταξιδιωτικής ιατρικής, ακολούθησαν πολλές διεθνείς επιστημονικές συναντήσεις (ΔΡ. Θ. Δερδαβέσης, 2009). Διεθνώς υπάρχουν πολλά μέσα και πηγές για την ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για ζητήματα που σχετίζονται με το ταξίδι. Εξειδικευμένα βιβλία, εθνικές εκδόσεις με συστάσεις, διαδικτυακοί τόποι, τηλεφωνικές γραμμές, εξειδικευμένα γραφεία ταξιδιωτικής ιατρικής, υποστηρίζουν διεθνώς το ασφαλές για την υγεία ταξίδι.

Η ταξιδιωτική ιατρική είναι ένας τομέας φροντίδας υγείας που ασχολείται κυρίως με την πρόληψη νοσημάτων για τον ταξιδιώτη και δευτερευόντως με την εκτίμηση και την αντιμετώπιση του ταξιδιώτη που νοσεί μετά την επιστροφή του (Waneret al 2000, Pasini 1989). Στην ουσία αποτελεί τομέα της δημόσιας υγείας, αφού εμπλέκεται στη διαχείριση εισαγόμενων νοσημάτων. Η ταξιδιωτική Ιατρική αποτελείται από πολλές ιατρικές ειδικότητες και υποειδικότητες όπως λοιμωξιολογία και τροπική ιατρική, δημόσια υγεία, προληπτική ιατρική, γεωγραφική ιατρική και γενική ιατρική. Υπηρεσίες υγείας παρέχονται τόσο από κλινικούς ιατρούς όσο και από νοσηλευτές και επόπτες υγείας. Άλλωστε αυτό που τη διαφοροποιεί από τους άλλους τομείς της ιατρικής είναι η ταχύτητα μεταβολής των δεδομένων που επικρατούν σε κάθε χώρα του κόσμου την δεδομένη στιγμή, αφού εξάρσεις επιδημιών, φυσικές καταστροφές και μεταναστεύσεις πληθυσμών μπορούν ανά πάσα στιγμή να αλλάξουν το σχετικό κίνδυνο του κάθε ταξιδιώτη (Juckelt G., 2005).

Η διαχείριση του ταξιδιώτη λοιπόν αποτελεί μία δυναμική διαδικασία αφού απαιτεί κατάλληλη εκπαίδευση, γνώση των κινδύνων και των εκάστοτε μεταβολών τους, εξατομικευμένη εκτίμηση του σχετικού κινδύνου και ενεργητική διαδικασία ενημέρωσης, προκειμένου να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή συμμόρφωση σε μέτρα προφύλαξης ή μακροχρόνια αγωγή. Αυτή η διαδικασία στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες έχει ενταχθεί σε δομές ιατρικών ταξιδιωτικής ιατρικής (Μυρτώ Αστρίτη, Νικολέτα Μαυροειδή , 2007, Provost&Soto 2001).

Το διεθνές νομοθετικό πλαίσιο που αφορά την Ταξιδιωτική Ιατρική τα τελευταία χρόνια έχει περιοριστεί σημαντικά όσον αφορά στον υποχρεωτικό εμβολιασμό. Συγκεκριμένα, ο υποχρεωτικός εμβολιασμός εφαρμόζεται μόνο για τον κίτρινο πυρετό, την πολιομυελίτιδα και τη μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο. Το διεθνές πιστοποιητικό εμβολιασμού για τον κίτρινο πυρετό είναι απαραίτητο για την είσοδο σε πάρα πολλές χώρες και έχει σκοπό την προστασία της κάθε χώρας από τη μετάδοση του ιού του κίτρινου πυρετού στον τοπικό πληθυσμό των ενδιάμεσων κουνουπιών ξενιστών ή των πρωτευόντων θηλαστικών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενδημικής ζώνης της νόσου.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει ρύθμιση για τη λειτουργία ιατρικών Ταξιδιωτικής Ιατρικής ενώ οι δομές που παρέχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες είναι κατά κύριο λόγο πρωτοβάθμιας φροντίδας και εντάσσονται σε υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.

2.4.1 Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής

Ανά τον κόσμο λειτουργούν διάφορα μοντέλα δομών ταξιδιωτικής ιατρικής. Ορισμένα από αυτά περιορίζονται στη χορήγηση των απαραίτητων εμβολίων, ενώ άλλα επεκτείνουν τις υπηρεσίες τους στην πλήρη εκτίμηση του κινδύνου για την υγεία, που συνεπάγεται έναν συγκεκριμένο ταξίδι, τη συνταγογράφηση συγκεκριμένων φαρμάκων και την παροχή εκτεταμένων ιατρικών συμβουλών στον ταξιδιώτη.

Οι συμβουλές που παρέχονται μεταξύ άλλων είναι:

- Για τους αναγκάσιους εμβολιασμούς, που πρέπει να πραγματοποιηθούν πριν από την αναχώρηση και ανάλογα με την υφιστάμενη δημοπαθολογία της περιοχής προορισμού
- Για την έγκαιρη λήψη φαρμάκων έναντι της ελονοσίας
- Για την πρόληψη άλλων απειλητικών για την υγεία λοιμώξεων και διάφορων πιθανών κινδύνων
- Για τις ακραίες μετεωρολογικές συνθήκες που επικρατούν σε ορισμένες περιοχές
- Για ειδικές προφυλάξεις όσων εκ των ταξιδιωτών πρόκειται να επιδοθούν σε ασυνήθιστες δραστηριότητες ή σε ακραία αθλήματα
- Για τους ταξιδιώτες που πάσχουν από χρόνια νοσήματα , ελεγχόμενα με χρόνια φαρμακευτική αγωγή
- Για τους πάσχοντες από κακοήθη νοσήματα ή AIDS
- Για τις έγκυες γυναίκες, τα παιδιά και τους υπερήλικες
- Για τα σημεία και τους τρόπους αναζήτησης βοήθειας σε διάφορες χώρες, εάν παραστεί ανάγκη

Σε κάθε περίπτωση οι οδηγίες εξατομικεύονται, παρέχονται 4-6 εβδομάδες πριν την κάθε αναχώρηση, εμπεδώνονται ανάλογα με την υπευθυνότητα των ταξιδιωτών και την πειθώ των ιατρών και εφαρμόζονται κατά την αποκλειστική ευθύνη των ταξιδιωτών.

Οι υπηρεσίες Ταξιδιωτικής ιατρικής στην Ευρώπη παρέχονται στις περισσότερες περιπτώσεις από δομές Δημόσιας Υγείας ή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είτε κρατικές ,είτε ιδιωτικές.

Στην Ελλάδα υπηρεσίες ταξιδιωτικής ιατρικής παρέχονται στις κατά τόπους Περιφέρειες από τις Διευθύνσεις Υγείας και σε ιατρεία ταξιδιωτικής ιατρικής.

Επίσης συμβουλευτική γίνεται μέσω του τηλεφώνου, από το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ).



Εικόνα2.4.1:Εξώφυλλο ενημερωτικού φυλλαδίου

Γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕΕΛΠΝΟ

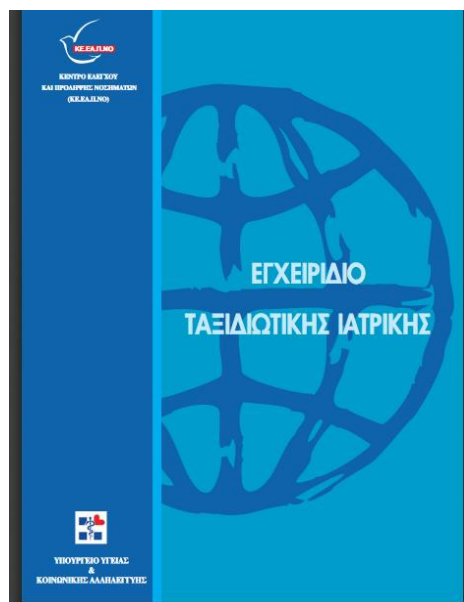
Πηγή: <http://www.keelpno.gr>

Το γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής υπάγεται στο Τμήμα Παρεμβάσεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας . Δραστηριοποιείται στον τομέα της Δημόσιας Υγείας που αφορά στην προστασία της υγείας των ταξιδιωτών .

Σύμφωνα με το Ενημερωτικό φυλλάδιο του Γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων οι δράσεις του γραφείου περιλαμβάνουν:

- Συμβουλευτική των επαγγελματιών υγείας μέσω της εκτίμησης και διαχείρισης κινδύνου υγείας για των ταξιδιώτη
- Συμβουλευτική των ταξιδιωτών
- Συγγραφή και έκδοση εκπαιδευτικού και ενημερωτικού υλικού για τους επαγγελματίες υγείας και τους ταξιδιώτες
- Συνεχιζόμενα εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες υγείας, τουρισμού/ ταξιδιωτικού τομέα και Ναυτιλιακών Εταιριών
- Διαχείριση εκτάκτων αναγκών
- Συμμετοχή σε ερευνητικά πρωτόκολλα και συγγραφή επιστημονικών άρθρων
- Στρατηγικό σχεδιασμό της ανάπτυξης των υπηρεσιών ταξιδιωτικής ιατρικής στην Ελλάδα

Με την προοπτική αναβάθμισης του τομέα της Ταξιδιωτικής Ιατρικής το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων συμβάλλει ουσιαστικά στην ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας. Για τα λόγο αυτό έχει δημιουργήσει εγχειρίδιο με βασικές πληροφορίες για τους επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται ή θα ήθελαν να ασχοληθούν με την ταξιδιωτική ιατρική.



Εικόνα 2.4.2: Εξώφυλλο Εγχειριδίου Ταξιδιωτικής Ιατρικής

Πηγή: <http://www.keelpno.gr>

Το εγχειρίδιο δεν στοχεύει στη διεξοδική κάλυψη όλων των θεμάτων της Ταξιδιωτικής Ιατρικής, αλλά αποτελεί ένα χρήσιμο, πρακτικό βοήθημα και ερέθισμα για κάθε επαγγελματία υγείας, που θα κληθεί να παράσχει υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής στην Ελλάδα.

Επίσης το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων έχει εκδώσει και τον Συνοπτικό Οδηγό Υγείας για ταξιδιώτες στο εξωτερικό, με στόχο να βοηθήσει όλους όσους σκοπεύουν να ταξιδέψουν στο εξωτερικό, να προετοιμαστούν κατάλληλα και να αποφύγουν τα απρόοπτα, ώστε το ταξίδι να είναι μια ευχάριστη εμπειρία.



Εικόνα 2.4.3: Εξώφυλλο Συνοπτικού Οδηγού

Υγείας για ταξιδιώτες στο εξωτερικό

Πηγή: <http://www.keelpno.gr>

2.4.2 Συμβουλευτική Πριν από το Ταξίδι

Πριν την αναχώρηση ο ταξιδιώτης θα πρέπει να ενημερωθεί για τους κινδύνους, που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία του στη χώρα που θα επισκεφτεί, τον εξατομικευμένο κίνδυνο που έχει αν ασθενήσει και ποιες ενέργειες πρέπει να κάνει για την πρόληψη ασθενειών και ατυχημάτων.

Σύμφωνα με τον συνοπτικό οδηγό υγείας για ταξιδιώτες στο εξωτερικό που έχει εκδοθεί από το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, η αντιμετώπιση του ταξιδιώτη πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να γίνεται κατόπιν αξιολόγησης κινδύνου και κλινικής εκτίμησης από τον επαγγελματία. Καλεί τους ταξιδιώτες 1-2 μήνες πριν το ταξίδι να προγραμματίζουν μια επίσκεψη στον επαγγελματία υγείας σε ένα από τα ιατρεία ταξιδιωτικής ιατρικής ή στην αντίστοιχη διεύθυνση υγείας της περιφέρειας στην πρωτεύουσα του νομού. Αν το ταξίδι πρόκειται να διαρκέσει περισσότερο από τρεις μήνες, η επίσκεψη χρειάζεται να γίνει τουλάχιστον 6 μήνες πριν την αναχώρηση. Ωστόσο, οι ταξιδιώτες της τελευταίας στιγμής μπορούν να επωφεληθούν από μία επίσκεψη ακόμα και μία ημέρα πριν από το ταξίδι. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να έχουν μαζί αντίγραφο του ιστορικού εμβολιασμών.

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο ο επαγγελματίας υγείας καλείται να αξιολογήσει όλους τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία και να:

- Παράσχει συμβουλές
- Συστήσκει γενικά μέτρα προφύλαξης
- Χορηγεί τους απαραίτητους εμβολιασμούς
- Συστήσκει την ενδεικνυόμενη αγωγή προφύλαξης για την ελονοσία, τη διάρροια των ταξιδιωτών ή άλλα νοσήματα
- Συστήσκει φάρμακα που μπορεί να χρειαστούν κατά τη διάρκεια του ταξιδιού
- Χορηγεί πιστοποιητικά εμβολιασμού

2.4.3 Εκτίμηση του Κινδύνου

Το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση του ταξιδιώτη, που μπορεί να προηγηθεί και του ιατρικού ιστορικού, είναι η λεπτομερής ενημέρωση του γιατρού για το ταξίδι.

Σύμφωνα με το Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής για τους επαγγελματίες υγείας που έχει εκδοθεί από το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων οι πληροφορίες που αφορούν το ταξίδι θα μπορούσαν να συνοψιστούν στις εξής ερωτήσεις :

- Ποιος είναι ο προορισμός του ταξιδιού;
- Πότε θα πραγματοποιηθεί το ταξίδι;
- Ποιος είναι ο σκοπός του ταξιδιού;
- Πόσο καιρό θα διαρκέσει το ταξίδι;
- Ποια μεταφορικά μέσα θα χρησιμοποιηθούν;
- Ποιες θα είναι οι συνθήκες διαμονής κατά τη διάρκεια του ταξιδιού;

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η εκτίμηση κινδύνων που μπορεί να απειλήσουν τον ταξιδιώτη έχουν άμεση σχέση με τα χαρακτηριστικά και την κατάσταση της υγείας του, ο γιατρός καλείται να λάβει ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό. Το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να περιλαμβάνει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, κτλ), το ιστορικό εγκυμοσύνης στις γυναίκες και κατά πόσο είναι πιθανή μία εγκυμοσύνη κατά τη διάρκεια του ταξιδιού ή το επόμενο τρίμηνο, το ιστορικό άλλων φαρμάκων που λαμβάνει ο ταξιδιώτης, το ιστορικό αλλεργίας σε προηγούμενο εμβολιασμό κ.α.. Ακολουθεί ενδεικτικό παράδειγμα ιατρικού ερωτηματολογίου το οποίο μπορεί να συμπληρώνει ο υποψήφιος ταξιδιώτης για να βοηθήσει το γιατρό για περαιτέρω διερεύνηση του ιατρικού ιστορικού.

Πίνακας 2.4.1: Παράδειγμα ιατρικού ερωτηματολογίου υποψήφιου ταξιδιώτη

Ερωτηματολόγιο για Ταξιδιώτες		
Γενικές πληροφορίες		Ημερομηνία: / /
Όνομα:	Ηλικία:	Φύλλο:
Χώρα(ες) προορισμού:		
Ημερομηνία αναχώρησης: / /		
Διάρκεια ταξιδιού (μέρες):		
Διαμονή σε		
Λόγος ταξιδιού:		
Ιστορικό εμβολιασμών:		
Έχετε ποτέ λιποθυμήσει κατά τη διάρκεια αιμοληψίας ή όταν κάνατε εμβόλιο στο παρελθόν;	Ναι	Όχι
Έχετε κάνει ποτέ αλλεργική αντίδραση σε κάποιο εμβόλιο;	Ναι	Όχι
Έχετε κάνει εμβόλιο για την ηπατίτιδα Α;	Ναι	Όχι
Έχετε κάνει σαρά εμβολίων για την ηπατίτιδα Β;	Ναι	Όχι
Έχετε κάνει αναμνηστική δόση για το εμβόλιο τετάνου / διφθερίτιδας τύπου ενήλικου τα τελευταία 10 χρόνια;	Ναι	Όχι
Έχετε κάνει 2 δόσεις του εμβολίου θάρας (MMR);	Ναι	Όχι
Έχετε κάνει ποτέ αναμνηστική δόση για το εμβόλιο πολιομυελίτιδας;	Ναι	Όχι
Έχετε ποτέ εμβολιαστεί για κίτρινο πυρετό;	Ναι	Όχι
Γενικό ιατρικό ιστορικό		
Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας;	Ναι	Όχι
Παίρνετε φάρμακα:	Ναι	Όχι
Είχατε πυρετό ή γαστρεντερίτιδα τις τελευταίες 2 μέρες;	Ναι	Όχι
Είστε έγκυος ή πιθανό να μείνετε έγκυος κατά τη διάρκεια του ταξιδιού ή στο επόμενο φέμνηνο;	Ναι	Όχι
Έχετε πρόβλημα της πήξης του αίματος;	Ναι	Όχι
Έχετε έλλειψη του ενζύμου G-6-PD;	Ναι	Όχι
Έχετε παράσει ηπατίτιδα στη ζωή σας (ίκτερος);	Ναι	Όχι
Έχετε ιστορικό καρδιαγγειακού νοσήματος;	Ναι	Όχι
Υπάρχει ιστορικό εκζέματος ή ατοπικής δερματίτιδας στην οικογένειά σας;	Ναι	Όχι
Ιστορικό αλλεργίας		
Έχετε αλλεργία σε κάποιο φάρμακο ή ουσία;		
Φαρμακευτική αγωγή		

Πηγή: Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής, Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2007

Τέλος η κλινική εξέταση εξαρτάται από το σκοπό και τη διάρκεια του ταξιδιού καθώς και την κατάσταση υγείας του ταξιδιώτη. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο γιατρός περιορίζεται στη λήψη του ιστορικού. Κλινική εξέταση χρειάζεται όμως όταν ο ταξιδιώτης πρόκειται να επιδοθεί σε δραστηριότητες που απαιτούν καλή φυσική κατάσταση ή πρόκειται να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα και φυσικά όταν πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα. Ο ιατρός μετά από όλα τα παραπάνω θα είναι σε θέση να καθορίσει κατά πόσο είναι εφικτό το ταξίδι συνυπολογίζοντας τους κινδύνους λόγω της κατάστασης της υγείας του, και εκτιμώντας τις ιατρικές ανάγκες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού(WolfeMSetal,2004).

2.4.4 Αξιολόγηση Μετά το Ταξίδι

Σύμφωνα με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στις περισσότερες περιπτώσεις, και εφόσον ο ταξιδιώτης δεν έχει προβλήματα υγείας ή αναφέρει ελάσσονα, αυτοπεριοριζόμενα προβλήματα μετά την επιστροφή του δεν χρειάζεται να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση.

Το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων προτρέπει τους ταξιδιώτες:

- να παρακολουθούν την υγεία τους
- εάν αρρώστησαν κατά τη διάρκεια του ταξιδιού ή μετά την επιστροφή, θα πρέπει να ενημερώσουν το γιατρό για το ταξίδι τους και τη θεραπεία που έλαβαν αν έλαβαν
- εάν λάμβαναν χημειοπροφύλαξη για ελονοσία, πρέπει να λάβουν ολόκληρο το σχήμα ακόμα και μετά την επιστροφή στην Ελλάδα
- εάν βρέθηκαν σε περιοχή ενδημική για ελονοσία και έκαναν πυρετό μέσα σε ένα χρόνο από την επιστροφή, να ενημερώσουν άμεσα το γιατρό ακόμα και αν έκαναν χημειοπροφύλαξη διότι δεν εγγυάται απόλυτη προστασίας έναντι της ελονοσίας

Σε κάθε περίπτωση εκδήλωσης συμπτωμάτων έως και μήνες μετά την επιστροφή από κάποιο ταξίδι, ο ταξιδιώτης θα πρέπει να αναφέρει στον γιατρό το ταξίδι του, τον προορισμό, τον σκοπό και τη χρονική διάρκεια. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται σε συμπτώματα όπως πυρετός, χρόνια διάρροια και απώλεια βάρους(ClerinxJC, etal,2004).

2.5 Ο ρόλος των Επαγγελματιών της Ταξιδιωτικής Βιομηχανίας

Θα πρέπει να τονιστεί ότι από τη διεθνή βιβλιογραφία, η τουριστική νοσηρότητα αποτιμάται πλέον ως ένας από τους παράγοντες επιλογής τουριστικού προορισμού και ταυτόχρονα εκλαμβάνεται ως δείκτης αξιολόγησης ποιοτικής παροχής υπηρεσιών και των τουριστικών γραφείων (touroperators) (MarcipG , 2009).

Από το Μάιο του 1994,άλλωστε, στο 4^ο Διεθνές Συνέδριο της Παγκόσμιας οργάνωσης Υγεία που διεξήχθη στο Ρίμινι της Ιταλίας , συμφωνήθηκε ότι είναι απαραίτητη η ενίσχυση της υγείας του ταξιδιώτη και συνεπώς πρέπει να εξαλειφθούν όπου είναι δυνατόν ή να ελαχιστοποιηθούν οι ανθρωπογενείς κίνδυνοι στα τουριστικά θέρετρα (PhillipRANDHodgkinsonG , 1994).

Τα ταξιδιωτικά γραφεία, οι πράκτορες, οι αεροπορικές και ναυτιλιακές εταιρίες έχουν τη δική τους ευθύνη σχετικά με την ασφάλεια της υγείας των ταξιδιωτών. Είναι προς το συμφέρον της ταξιδιωτικής βιομηχανίας ο ταξιδιώτης να έχει όσο το δυνατόν λιγότερα προβλήματα όταν ταξιδεύει και επισκέπτεται ξένες χώρες. Άλλωστε τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια συνεχώς αυξανόμενη τάση του ταξιδιωτικού κοινού, να θέτει την ασφάλεια σαν μια από τις πολύ σημαντικές παραμέτρους επιλογής ξενοδοχειακού καταλύματος (Α.Μελετίου ,2007)και για το λόγο αυτό παρατηρείται ότι μελέτες που διεξάγονται για την μέτρηση ποιότητας των υπηρεσιών σε ξενοδοχεία συμπεριλαμβάνουν στους δείκτες ποιότητας και την ασφάλεια ή σιγουριά(E.Velissariosetal , 2009).

Κατά την επαφή με τον ταξιδιώτη πριν από την αναχώρηση πρέπει να παρέχετε από τους ταξιδιωτικούς πράκτορες (touroperators) πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί στη χώρα που θα επισκεφτούν(ΧueminZetal,2014). Ο ταξιδιωτικός πράκτορας ή το ταξιδιωτικό γραφείο θα πρέπει να παρέχει συμβουλές για την προστασία της υγείας των ταξιδιωτών.

Αρχικά οι ταξιδιώτες θα πρέπει να έχουν πλήρη ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους υγείας και της προσωπικής ασφάλειας στον τόπο προορισμού. Στη συνέχεια θα πρέπει να συστήνεται στον ταξιδιώτη η επίσκεψη σε γιατρό, όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την απόφαση του να πραγματοποιήσει το ταξίδι σε οπουδήποτε προορισμό όπου υπάρχει το ενδεχόμενο σημαντικού κινδύνου υγείας ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες χώρες. Θα πρέπει να ενθαρρύνονται οι ταξιδιώτες να κάνουν μια ευρεία ασφάλιση υγείας, να πληροφορούνται για τα διαθέσιμα συμβόλαια και για τις διαδικασίες που ακολουθούνται ώστε να λάβουν αποζημίωση, ειδικά αν η ασφάλιση γίνει από το ταξιδιωτικό γραφείο ή την εταιρεία.

Όλοι όσοι ασχολούνται λοιπόν με τον τουρισμό ο καθένας από τη δική του μεριά θα πρέπει να βοηθούν στην ενίσχυση του αισθήματος ασφαλείας. Οι προσπάθειες θα πρέπει να εστιάζονται από τη μια μεριά στην πρόληψη και αποτροπή κινδύνων που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή και την υγεία του επισκέπτη και από την άλλη στη γρήγορη και άμεση αποκατάσταση οποιοδήποτε δυσάρεστου περιστατικού.

2.6 Ευθύνες του Ταξιδιώτη

Οι ταξιδιώτες πέρα από τις πληροφορίες και τις συμβουλές που μπορούν να λάβουν από τους γιατρούς και τους επαγγελματίες της ταξιδιωτικής βιομηχανίας, ώστε να είναι σε ετοιμότητα να αντιμετωπίσουν ενδεχόμενους κινδύνους για την υγεία τους στο εξωτερικό, πρέπει να κατανοήσουν το μέγεθος της προσωπικής τους ευθύνης(LongEC,1992). Θα πρέπει δηλαδή να αποδεχθούν ότι οι ίδιοι είναι υπεύθυνοι για την υγεία τους τόσο κατά τη διάρκεια του ταξιδιού όσο και κατά την επιστροφή τους. Παράλληλα είναι υπεύθυνοι για τυχόν μετάδοση νοσημάτων σε άλλους.

Αρχική ευθύνη του ταξιδιώτη, αφού ενημερωθεί πλήρως από τις αρμόδιες αρχές, είναι να αναγνωρίσει και να αποδεχθεί τους όποιους πιθανούς κινδύνους και να αποφασίσει βάση αυτών αν θα κάνει αυτό το ταξίδι. Στη συνέχεια και αφού λάβει τις ιατρικές συμβουλές στο ορισμένο χρονικό διάστημα ανάλογα με το ταξίδι του, να προχωρήσει σε έναν προσεκτικό σχεδιασμό.

Θα πρέπει να συμμορφωθεί με τους συνιστώμενους εμβολιασμούς και με όποια φάρμακα και υγειονομικά μέτρα του συσταθούν, φροντίζοντας να πάρει μαζί ένα πλήρες εξοπλισμένο φαρμακείο. Θα πρέπει να έχει φέρει μαζί του βεβαίωση από γιατρό σχετικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, σύριγγες κλπ που μπορεί να μεταφέρει. Θα πρέπει να λάβει μέτρα πρόληψης για την αποφυγή μετάδοσης από τον ίδιο κάποιου λοιμώδους νοσήματος ενεργώντας με σεβασμό στη χώρα φιλοξενίας του και του τοπικού πληθυσμού(SpireAM,2003).

Πάνω απ' όλα σε περίπτωση που συνοδεύει παιδιά θα πρέπει να καταλάβει ότι φέρει την ευθύνη τους και πως όλα τα παραπάνω θα πρέπει να εφαρμοστούν για όλα τα μέλη των συνταξιδευόντων. Μαζί με όλα αυτά θα πρέπει να έχει φροντίσει για την εξασφάλιση επαρκούς ασφαλιστικής κάλυψης τόσο κατά τη διάρκεια του ταξιδιού όσο και στον τόπο προορισμού(WolfeMS,1997).

Τέλος μετά την επιστροφή από το ταξίδι θα πρέπει να φροντίσει για την προσεκτική αναφορά οποιασδήποτε νόσου στον γιατρό του, καθώς επίσης και για όλα τα πρόσφατα ταξίδια που έχει πραγματοποιήσει με λεπτομερή περιγραφή τόπου ημερών διαμονής κλπ.

2.6.1 Ταξιδιωτική Ασφάλιση

Πριν το ταξίδι ο ταξιδιώτης θα πρέπει να φροντίσει να επικοινωνήσει με τον ασφαλιστικό του φορέα ή την ιδιωτική του ασφαλιστική εταιρεία ώστε να ενημερωθεί για την ασφαλιστική κάλυψη που του παρέχουν, ενώ ταξιδεύει. Ταξιδιωτικά γραφεία και πράκτορες συνήθως παρέχουν πληροφορίες για την ασφάλιση των ταξιδιωτών. Όταν ταξιδεύει θα πρέπει να φροντίσει να έχει μαζί του αποδεικτικά της ασφαλιστικής κάλυψης και να έχει ενημερώσει εκ των προτέρων τον τουριστικό πράκτορα, κάποιον συνταξιδιώτη συγγενή ή φίλο πώς να επικοινωνήσει με τον ασφαλιστή. Πρέπει να σημειωθεί ότι μερικές χώρες απαιτούν πλέον ως όρο εισόδου στοιχεία που δηλώνουν επαρκή ασφάλιση υγείας. Κάθε ταξιδιώτης θα πρέπει να είναι προσεκτικός ώστε αν λάβει οποιαδήποτε ιατρική φροντίδα στο εξωτερικό, να ζητήσει αναλυτικό τιμολόγιο πριν φύγει από την χώρα, διότι οι περισσότερες ασφαλιστικές δεν αποδέχονται αντίγραφα, φαξ ή αποδείξεις.

Το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων στον συνοπτικό οδηγό υγείας για τους ταξιδιώτες στο εξωτερικό, προτρέπει του ταξιδιώτες να ελέγχουν αν το πρόγραμμα ασφάλισης ταξιδιού περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- παροχή συνεχούς κάλυψης πριν την αναχώρηση και μετά την άφιξη
- ανανεώσιμη κάλυψη από το εξωτερικό και κάλυψη για τη μέγιστη παραμονή
- αριθμό επικοινωνίας για επείγοντα περιστατικά 24 ώρες/ 7 ημέρες στα αγγλικά ή μετάφραση υπηρεσιών για τους ιατρούς στη χώρα προορισμού
- κάλυψη των εξόδων της νοσοκομειακής περίθαλψης για ασθένεια/ τραυματισμό
- κάλυψη επίσκεψης του ιατρού και συνταγογράφησης φαρμάκων
- απευθείας κάλυψη λογαριασμών, ώστε να μην χρειαστεί η πληρωμή να γίνει με μετρητά
- κάλυψη επείγουσας μεταφοράς πχ με ασθενοφόρο
- κάλυψη πρόωρου τοκετού και φροντίδα του νεογνού
- κάλυψη επείγουσας ιατρικής φροντίδας
- αναλυτική αναφορά στις δαπάνες που καλύπτονται
- κάλυψη διακομιδής στην Ελλάδα αν επέλθει θάνατος κατά τη διάρκεια του ταξιδιού

2.6.2 Φαρμακείο Πρώτων Βοηθειών

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει ότι ένα φαρμακείο πρώτων βοηθειών είναι χρήσιμο για όλους τους προορισμούς όπου υπάρχει σημαντικός κίνδυνος για την υγεία, ειδικά όταν το ταξίδι προγραμματίζεται προς κάποιο αναπτυσσόμενο κράτος όπου η τοπική διαθεσιμότητα συγκεκριμένων φαρμάκων δεν είναι βέβαιη.

Το φαρμακείο θα πρέπει να περιλαμβάνει τα βασικά φάρμακα για την αντιμετώπιση κοινών παθήσεων, εξοπλισμό για τις πρώτες βοήθειες και όποιο άλλο ιατρικό αντικείμενο κρίνεται απαραίτητο πχ σύριγγες και βελόνες.



Εικόνα 2.6.2 Φαρμακείο πρώτων Βοηθειών

Πηγή : <http://www.eumedline.eu/post/Taksidiwtikh-latrikh>

Το φαρμακείο χρειάζεται να περιλαμβάνει τα εξής:

Φάρμακα

- Ανθελονοσιακά
- Φάρμακα για την πρόληψη ή τη θεραπεία συμπτωμάτων λόγω υψομέτρου
- Πausίπονα ή αντιπυρετικά
- Αντιδιαρροικά
- Αντιισταμινικά
- Αποσυμφορητικά
- Φάρμακα κατά της ναυτίας
- Όλα τα φάρμακα που ο ταξιδιώτης λαμβάνει συστηματικά

Είδη πρώτων βοηθειών

- Γάντια μιας χρήσης
- Γάζες
- Ελαστικό επίδεσμο για διαστρέμματα
- Αυτοκόλλητοι επίδεσμοι
- Αντισηπτικό
- Βαμβάκι

- Ψαλίδι
- Λαβίδα ή τσιμπιδάκι
- Θερμόμετρο
- Αντιβακτηριακές και αντιμυκητιακές αλοιφές και κρέμες
- Γέλη αλόης για τα ηλιακά εγκαύματα
- Αντικνησμώνδη ή αντιφλεγμονώδη αλοιφή ή κρέμα
- Κολλύριο

Άλλα σημαντικά είδη

- Εντομοαπωθητικά
- Αντηλιακό
- Αντιβακτηριακά μαντιλάκια χεριών και αλκοολούχο απολυμαντικό χεριών
- Αντικείμενα στοματικής υγιεινής
- Προφυλακτικά

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί σε κάποιες κατηγορίες συνταγογραφούμενων φαρμάκων να συνοδεύονται από ιατρικό πιστοποιητικό υπογεγραμμένο από το γιατρό, που να βεβαιώνει ότι ο ταξιδιώτης χρειάζεται το φάρμακο για ιατρικούς λόγους.

Τέλος το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων προτρέπει τους ταξιδιώτες πέρα από το φαρμακείο να έχουν μαζί τους διεύθυνση /τηλέφωνο της Ελληνικής Πρεσβείας ή του Προξενείου, των νοσοκομείων ή των κλινών στον τόπο προορισμού καθώς και το τηλέφωνο επικοινωνίας του οικογενειακού γιατρού.

Ακολουθεί πίνακας με τα φάρμακα που συστήνονται στο Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής από το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Πίνακας 2.6.1: Φάρμακα που συστήνεται να έχει μαζί του ο ταξιδιώτης

Αναλγητικά	Αντιισταμινικά	Αντισπασμωδικά	Αντιεμετικά	Αντιβιοτικά	Διάφορα
<p>Παρακεταμόλη (Deron, Panadol) Tablet 500mg Syrup 120mg/5ml <i>Δοσολογία:</i> Ενήλικες: 0.5-1 g 3 φορές την ημέρα, παιδιά <1 έτους: 60 mg x 4/ημ, 1-6 ετών 60-120mg ημερησίως, 6-12 ετών 150-300mg x 4/ημ</p>	<p>Προμεθαζίνη (Phenergan) Tablet 25mg Syrup 5mg/5ml <i>Δοσολογία:</i> Ενήλικες: 25mg 2 φορές ημερησίως Παιδιά: 2-5 ετών: 5-15mg σε 1-2 διαφερέμενες δόσεις 5-10 ετών: 10-25mg σε 1-2 διαφερέμενες δόσεις</p>	<p>Hyoscine Butylbromide (Buscopan) Tablet 10mg <i>Δοσολογία:</i> Ενήλικες: 20 mg 3 φορές ημερησίως, παιδιά 6-12 ετών: 10 mg 3 φορές ημερησίως</p>	<p>Μετοκλοπραμίδη (Primperan) Tablet 10mg Syrup 5mg /5ml <i>Δοσολογία:</i> Ενήλικες: 10 mg 3-4 φορές ημερησίως, Παιδιά 6-14 ετών 2.5-5mg 3 φορές ημερησίως</p>	<p>Αμοξυκαλλίνη (Amoxil) (για λοίμωξη του αναπνευστικού) Tablet 250mg, 500mg, 1000mg <i>Δοσολογία:</i> Ενήλικες: 500-1000mg 3 φορές ημερησίως, παιδιά: 40-50 mg/kg/24ωρο</p>	<p>Διάλυμα ηλεκτρολυτών (π.χ. Αιμογα, για ενυδάτωση)</p>
<p>Ακετυλοσαλικυλικό οξύ (Aspirin) 300mg tablet <i>Δοσολογία:</i> Ενήλικες, παιδιά >12 ετών: 300-900mg x 4-6/ημ, μέγιστη ημερήσια δόση 4g. Παιδιά < 12 ετών: 10-15mg/kg x 6/ημ</p>	<p>Cetirizine (Zirtec) Tablet 10mg oral solution 10mg/ml <i>Δοσολογία:</i> Ενήλικες, παιδιά >12 ετών, σωματικού βάρους >30kg : 10mg ημερησίως, παιδιά <12 ετών, σωματικού βάρους <30kg : 5mg ημερησίως</p>			<p>Συπροφλοξασίνη (Ciproxin) Tablet 250mg, 750mg (για διάρροια ταξιδιωτών) <i>Δοσολογία:</i> Ενήλικες: 500 mg 2 φορές ημερησίως για 3 μέρες ή 750 mg εφάπαξ (στη περίπτωση ελαφριάς ως μέτριας διάρροιας)</p>	<p>Αντιόξινα (Maalox, για γαστρικές ενοχλήσεις)</p>
<p>Αντιφλεγμονώδη Ibuprofen (Brufen) Tablet 200mg, 400mg, 600mg Syrup 100 mg <i>Δοσολογία:</i> 1-2g/24ωρο</p>	<p>Loratadine (Clarityne) Tablet 10mg Syrup 5mg/5ml <i>Δοσολογία:</i> Ενήλικες, παιδιά > 12 ετών: 10mg ημερησίως, παιδιά 2-12 ετών, σωματικού βάρους <30 kg: 5mg ημερησίως</p>				<p>Ρινικά αποσυμφορητικά Xylometazoline (Otrivin, για κρυολογήματα)</p>
					<p>Κορτιζονούχες αλοιφές (Diprosone, Betnovate)</p>

Πηγή: Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής, Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2007

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Επιδημιολογία Ατυχημάτων και Τραυματισμών

3.1 Γενικά

Σε πολλές μελέτες παρατηρείται ότι οι ταξιδιώτες έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να σκοτωθούν ή να τραυματιστούν κατά τη διάρκεια ενός ταξιδιού λόγω κάποιου λόγου κάποιου βίαιου συμβάντος ή μη εσκεμμένου τραυματισμού, παρά να προσβληθούν από κάποιο λοιμώδες νόσημα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, για τη βία και τους τραυματισμούς οι συγκρούσεις οχημάτων είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου στους ταξιδιώτες. Τραυματισμοί μπορούν να συμβούν και σε άλλα περιβάλλοντα, πέρα από τους δρόμους όπως για παράδειγμα σε μέρη ψυχαγωγίας στη θάλασσα και γενικότερα στο υδάτινο περιβάλλον, κατά την κολύμβηση, την κατάδυση, την ιστιοπλοΐα και άλλες δραστηριότητες. Τέλος υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι κατά τη διάρκεια των διακοπών αυξάνονται σημαντικά οι κίνδυνοι για βία όπως για παράδειγμα το αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών ουσιών, ειδικά από νεαρές ηλικίες. (ΠΟΤ-UNWTO 2010)

Πιο συγκεκριμένα σε μια έρευνα (Steffen R. Etal 2004) τα τροχαία ατυχήματα είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου στους ταξιδιώτες ακολουθώντας οι πνιγμοί και οι φόνοι-αυτοκτονίες.

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνονται οι αιτίες θανάτων σε διαφορετικούς πληθυσμούς ταξιδιωτών.

Πίνακας 3.1 Αιτίες θανάτου σε ταξιδιώτες διαφορετικών χωρών

Χώρα προέλευσης ταξιδιώτη	Η.Π.Α.	Η.Π.Α.	Ελβετία	Ελβετία	Εξωτερικό	Αυστραλία	Σκωτία
Προορισμός ταξιδιώτη	Αναπτ-γμένη χώρα	Οπουδή-ποτε	Ευρώπη	Υπερπόντια ταξίδια	Η.Π.Α	Υπερπόντια ταξίδια	Εξωτερικό
Έτος ταξιδιού	1962-1983	1975-1984	1987	1987	1991		1991
Συνολικός αριθμός θανάτων	185	2463	247	68	17,98	421	952
Καρδ/κα νοσήματα	8.0	49.0	14.0	15.0	45.0	35.0	68.9
Λοιμώξεις	5.0	1.0	-	3.0	-	2.4	3.6
Άλλες ασθένειες	8.0	;	2.0	9.0	-	-	-
Ατυχήματα -τροχαία	36.0	7.0	13.0	12.0	37.0	28.3	-
-αερ-/κα	5.0	2.0	4.0	12.0	7.0	-	-
-πνιγμοί	14.0	4.0	4.0	9.0	15.0	-	-
-άλλοι τραυματισμοί	23.0	12.0	2.0	11.0	23.0	26.0	20.7
Άγνωστες αιτίες	-	25.0	58.0	29.0	-	17.0	7.0

Πηγή:Steffen R. Epidemiology : Morbidity and Mortality in Travelers. In : Keystone JS, Kozarsky PE, Freedman DO, Nothdurft HP, Connor BA. TravelMedicine. Spain : Elsevier;2004.p.5-13

3.2Οδικά Τροχαία Ατυχήματα

Ήδη από το 1995 ο Γενικός Διευθυντής του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας έκρουε τον κώδωνα ότι τα οδικά τροχαία ατυχήματα αποτελούν μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου και πρόκλησης μόνιμης αναπηρίας παγκοσμίως (NakajimaH. 1995). Παρόλα αυτά , σήμερα σύμφωνα με παγκόσμια στοιχεία 1,3 εκατομμύρια άνθρωποι σκοτώνονται κάθε χρόνο σε οδικά δυστυχήματα και 50 εκατομμύρια επιπλέον τραυματίζονται. Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι αυτοί οι αριθμοί θα αυξηθούν γύρω στο 65% τα επόμενα 20 χρόνια, εκτός αν ληφθούν μέτρα πρόληψης (ΠΟΤ-UNWTO 2010) .

Το μέγεθος του προβλήματος γίνεται ακόμα μεγαλύτερο αφού τα οδικά τροχαία ατυχήματα αφορούν κυρίως άτομα νεαρής ηλικίας , με σημαντικές επιπτώσεις στις δαπάνες της δημόσιας υγείας καθώς και την παραγωγικότητα κάθε χώρας(Connellyetal 2006).

Τα τροχαία ατυχήματα σύμφωνα με έρευνες είναι αποτέλεσμα ποικιλίας παραγόντων όπως του ανεπαρκούς σχεδιασμού των δρόμων, των επικίνδυνων συνθηκών , της ανεπάρκειας συντήρησης των οχημάτων, της απειρίας των οδηγών και της έλλειψης θεωρητικών γνώσεων, της απροσεξίας των πεζών και των ποδηλατών, καθώς επίσης και της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών. Επόμενο είναι λοιπόν αν σε αυτούς τους παράγοντες προσθέσουμε τις διαφορετικές συνθήκες οδήγησης των ξένων τουριστών στη χώρα τους, όπως επίσης ότι βρίσκονται και σε ένα νέο-ξένο για αυτούς περιβάλλον ,να αυξάνεται ο κίνδυνος ατυχημάτων.

Στην Ελλάδα εμφανίζεται υψηλή συχνότητα τροχαίων ατυχημάτων, καθώς συμβαίνουν κατά μέσω όρο 219 θάνατοι ανά εκατομμύριο πληθυσμού, ενώ στις χώρες της Ευρώπης είναι μόλις 131 θάνατοι. Τα οδικά τροχαία ατυχήματα στη χώρα μας αποτελούν την Τρίτη αιτία θανάτου στο γενικό πληθυσμό μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα νεοπλάσματα (Επιτροπή Έρευνες Ελληνικού Κοινοβουλίου). Αξιοσημείωτα είναι τα αποτελέσματα μελέτης (YannisG. etal, 2007) που έδειξε υψηλή συχνότητα τροχαίων ατυχημάτων μεταξύ μεταναστών που ζουν στη χώρα μας , δίνοντας ως πιθανή εξήγηση την αδυναμία προσαρμογής στους κανόνες οδικής κυκλοφορίας καθώς και στο υπάρχον οδικό δίκτυο. Παρομοίως με παλαιότερη μελέτη (PetridouE. etal, 1999) στη χώρα μας βρέθηκε ότι οι ξένοι τουρίστες εμπλέκονται συχνότερα και μάλιστα σε σοβαρότερα τροχαία σε σχέση με τους Έλληνες τουρίστες.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές πως οι ταξιδιώτες , είτε είναι οδηγοί ή πεζοί , θα πρέπει να είναι ιδιαίτερος προσεκτικοί στους δρόμους και να είναι ενήμεροι από πριν τόσο για τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο επίσκεψής όσο και για τα ατομικά μέτρα πρόληψης που πρέπει να λαμβάνουν.

3.2.1 Μέτρα Πρόληψης

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη παράγραφο τα οδικά τροχαία ατυχήματα αποτελούν σημαντική αιτία θνησιμότητας και μόνιμης αναπηρίας τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του οδηγού, η χρήση οινοπνεύματος ή εξαρτησιογόνων ουσιών, τα χαρακτηριστικά του οχήματος, καθώς και το υπάρχον οδικό δίκτυο και η σήμανση του αποτελούν τους βασικότερους παράγοντες που ενέχονται στην πρόκληση των οδικών τροχαίων ατυχημάτων. Η πρόληψή τους είναι δυνατή μόνο αν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι παραπάνω παράγοντες προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός των ανθρώπινων ζώων που χάνονται καθημερινά στην άσφαλτο (M.Kardaraetal, 2009).

Όσον αφορά τους τουρίστες που επισκέπτονται μια ξένη χώρα θα πρέπει από πριν να λάβουν κάποιες πρακτικές συμβουλές, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος να εμπλακούν ή να προκαλέσουν τροχαίο ατύχημα.

Αρχικά θα πρέπει να έχουν πλήρη ιατρική- ασφαλιστική σε περίπτωση ασθένειας ή ατυχήματος. Θα πρέπει να έχουν μαζί τους απαραίτητα την διεθνή άδεια οδήγησής τους. Πολύ βασικό είναι να έχουν ενημερωθεί τόσο για τους κανόνες οδικής συμπεριφοράς που εφαρμόζονται στη χώρα προορισμού όσο και για τους ανεπίσημους κανόνες ανά περιοχή που έχουν οι ντόπιοι κάτοικοι, όπως για παράδειγμα η χρήση κόρνας ή το ότι αναβοσβήνουν τα φώτα.

Πριν ξεκινήσουν για οποιοδήποτε προορισμό θα πρέπει να λαμβάνουν πληροφορίες για την κατάσταση των δρόμων και να μην οδηγούν σε επαρχιακούς δρόμους με ανεπαρκή φωτισμό κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Όσον αφορά την ενοικίαση οχημάτων θα πρέπει να ελέγχουν προσεκτικά αν το αυτοκίνητο διαθέτει ζώνες ασφαλείας και αερόσακους, αν οι τροχοί είναι σε καλή κατάσταση και αν υπάρχει διαθέσιμη ρεζέρβα, αν τα φρένα και τα φώτα λειτουργούν σωστά. Πολύ σημαντικό επίσης είναι αν υπάρχουν παιδιά να μεριμνήσουν για τις κατάλληλες ζώνες ασφαλείας και για την ύπαρξη παιδικών καθισμάτων.

Βασικοί κανόνες όπως να μην οδηγούν μετά τη χρήση αλκοόλ ή εξαρτησιογόνων ουσιών, να οδηγούν πάντα εντός των ορίων ταχύτητας, να φορούν πάντα ζώνη ασφαλείας είναι αδιαπραγμάτευτοι.

Τέλος θα πρέπει όταν οδηγούν ποδήλατα ή μοτοσυκλέτες να έχουν φροντίσει να προμηθευτούν ειδικό κράνος και απαραίτητο ρουχισμό.

3.3 Ατυχήματα στον Υδάτινο Χώρο

Οι υδάτινοι χώροι όπου μπορούν να αναπτυχθούν ψυχαγωγικές δραστηριότητες είναι οι παραλίες, οι λίμνες τα ποτάμια, οι κολυμβητικές πισίνες και τα spa (πισίνες υδρομασάζ). Οι πιο σημαντικοί κίνδυνοι στο νερό από φυσικά αίτια είναι ο πνιγμός, ο τραυματισμός από πρόσκρουση κυρίως στο κεφάλι και τη σπονδυλική στήλη καθώς επίσης και κίνδυνοι από μικροβιολογικούς/ χημικούς με τους οποίους θα ασχοληθούμε εκτενέστερα στο κεφάλαιο 5.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) κάθε χρόνο σχεδόν 400.000 θάνατοι προκαλούνται από πνιγμό. Επιπλέον, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις πνιγμού που μπορεί να μην κατέληξαν στο θάνατο όμως προκάλεσαν διά βίου προβλήματα στην υγεία.

Στα παιδιά ο κίνδυνος είναι πολύ μεγαλύτερος αφού ο πνιγμός μπορεί να συμβεί σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα και με σχετικά πολύ μικρή ποσότητα νερού. Ο βασικός λόγος της αυξημένης συχνότητας είναι η έλλειψη προσοχής από τους ενήλικες. Για το λόγο αυτό τα παιδιά που βρίσκονται μέσα ή κοντά στο νερό πρέπει να βρίσκονται συνεχώς υπό την επιτήρηση ενήλικου.

Πέρα από τα άτομα που κολυμπούν ο πνιγμός αποτελεί κίνδυνο και για τα άτομα που περπατούν στο νερό όσο και γι' αυτούς που ψαρεύουν, αφού η πτώση σε νερό φορώντας βαριά ρούχα, εμποδίζει την ικανότητα κολύμβησης με αποτέλεσμα τον πνιγμό.

Όσον αφορά τους τραυματισμούς από πρόσκρουση οφείλονται συνήθως σε καταδυτικά ατυχήματα, ειδικά όταν η κατάδυση γίνεται σε ρηχά νερά ή όταν η πρόσκρουση γίνει με υποθαλάσσιο εμπόδιο π.χ βράχο. Τραυματισμοί από πρόσκρουση του κεφαλιού σε σκληρή επιφάνεια μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα και τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης οι οποίοι με τη σειρά τους μπορούν να έχουν ως πιθανό αποτέλεσμα διάφορους βαθμούς παραπληγίας ή τετραπληγίας.

Επίσης τραυματισμοί μπορούν να συμβούν σε πισίνες όπου ο περίγυρος είναι αρκετά γλιστερός και μπορούν να προκληθούν πτώσεις ή ακόμα και άλματα στο νερό που μπορούν να προκαλέσουν αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, που με τη σειρά της ενδέχεται να οδηγήσει σε ολική ή μερική τύφλωση.

Τέλος από μελέτες που έχουν διεξαχθεί το συμπέρασμα ότι οι πνιγμοί στους ενήλικες οφείλονται πολύ συχνά στην κατανάλωση αλκοόλ, το οποίο μειώνει την ικανότητα κρίσης και αποτελεσματικής αντίδρασης.

Όσον αφορά την Ελλάδα διαθέτει περισσότερα από 15.000 χιλιόμετρα ακτογραμμών και περίπου 3.000 νησιά. Κάθε χρόνο εκατομμύρια ξένοι Έλληνες τουρίστες την επισκέπτονται κυρίως τους καλοκαιρινούς μήνες, λόγω του

φαινομένου της εποχικότητας, οπότε υπάρχει μεγάλη χρήση ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων σε υδάτινους χώρους. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με αυτές τις δραστηριότητες μπορούν να μειωθούν λαμβάνοντας απλές προφυλάξεις η εκάστοτε χώρα με χρήση ναυαγοσωστών, ενημερωτικών πινακίδων επικινδυνότητας, βάθους νερού κ.α. καθώς επίσης και οι ίδιοι οι επισκέπτες υιοθετώντας ασφαλή συμπεριφορά.

3.3.1 Μέτρα Πρόληψης

Όταν οι ταξιδιώτες επιθυμούν να δραστηριοποιηθούν κοντά σε υδάτινο περιβάλλον θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τις συνθήκες που επικρατούν και να λάβουν μέτρα προφύλαξης για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων που ελλοχεύουν.

Αρχικά θα πρέπει να υιοθετούν μια ασφαλή συμπεριφορά σε όλες τις δραστηριότητές τους στο νερό. Άτομα που δεν γνωρίζουν κολύμβηση θα πρέπει απαραίτητα να χρησιμοποιούν σωσίβια. Επίσης θα πρέπει να συμμορφώνονται με τις υποδείξεις των πινακίδων που βρίσκονται στις παραλίες. Οι ενήλικες θα πρέπει να φροντίζουν για την συνεχή και επαρκή επιτήρηση των παιδιών όταν είναι μέσα ή ακόμα και κοντά σε νερό. Θα πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση τροφής και αλκοόλ πριν από οποιαδήποτε δραστηριότητα έχει να κάνει με το νερό.

Όσον αφορά τις καταδύσεις θα πρέπει να ελέγχουν προσεκτικά το βάθος του νερού και να αποφεύγονται όταν το νερό είναι θολό διότι μπορεί να υπάρχουν αντικείμενα κάτω από αυτό που δεν είναι ορατά.

Παράλληλα θα πρέπει να προτιμώνται ασφαλής ελεγμένοι χώροι, που υπάρχει και η παρουσία ναυαγοσωστών και να αποφεύγουν να κολυμπούν κατά τη διάρκεια της νύχτας.

3.4 Κίνδυνος από Εκδηλώσεις Διαπροσωπικής Βίας

Η διαπροσωπική βία αποτελεί σημαντικό κίνδυνο σε πολλές χώρες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας από τις 500.000 ανθρωποκτονίες που συμβαίνουν κάθε χρόνο, πάνω από 90% λαμβάνουν χώρα σε αναπτυσσόμενες χώρες.

Πέρα όμως από τους φόνους, πολυάριθμοι είναι εκείνοι οι άνθρωποι που γίνονται αποδέκτες μη θανατηφόρων τραυματισμών και χρίζουν ιατρικής περίθαλψης, και εκατοντάδες είναι αυτοί που βιώνουν πιο ύπουλες μορφές βίας και κακοποίησης, οι οποίες οδηγούν σε μακροχρόνιες σωματικές και ψυχικές συνέπειες, σε διαταραχές συμπεριφοράς και σε κοινωνικά προβλήματα.

Οι τουρίστες, όπως και οι ταξιδιώτες που κάνουν επαγγελματικά ταξίδια αποτελούν συχνό στόχο, ιδιαίτερα σε περιοχές με αυξημένη εγκληματικότητα (Robert Steffen et al, 2004). Παράλληλα αν και δεν υπάρχουν επιδημιολογικές έρευνες που να εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο ενδέχεται τα ταξίδια για διακοπές να αυξήσουν ή να μειώσουν τη συμμετοχή στη βία, υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι αυξάνονται σημαντικά οι γνωστοί κίνδυνοι για βία, όπως για παράδειγμα το αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών ουσιών από νεαρούς ενήλικες (Saroglou G. Et al, 2010).

3.4.1 Μέτρα Πρόληψης

Υπάρχουν κάποια βασικά μέτρα πρόληψης που αν εφαρμόζονται από τους τουρίστες μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο από εκδηλώσεις βίας.

Αρχικά θα πρέπει να αποφεύγονται οι λεκτικοί διαπληκτισμοί που μπορεί να εξελιχθούν σε τσακωμό και να απομακρύνονται έγκαιρα από κάποιο μέρος εάν πιστεύουν ότι απειλούνται από τον τόνο και την συμπεριφορά άλλων. Επειδή αυτές οι καταστάσεις θέλουν ψυχραιμία και καθαρό νου θα πρέπει να αποφεύγουν την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ και γενικότερα την χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να αποφεύγεται η επίσκεψη σε δωμάτια ή σπίτια ξένων καθώς και η επίσκεψη σε απομονωμένες παραλίες ή απομακρυσμένες περιοχές ιδιαίτερα τις βραδινές ώρες. Γενικότερα θα πρέπει να αποφεύγεται η νυχτερινή οδήγηση σε τέτοιες περιοχές και πάντα να γίνεται με ασφαλισμένες τις πόρτες του αυτοκινήτου και τα παράθυρα κλειστά. Παράλληλα τα οχήματα θα πρέπει να τα παρκάρουν σε περιοχές με καλό φωτισμό, ο οδηγός να παραμένει σε εγρήγορση όταν αναμένει στο φανάρι και ποτέ να μην μεταφέρει άγνωστους που βρέθηκαν στο δρόμο.

Όσον αφορά τα αντικείμενα αξίας όπως κοσμήματα κάμερες και άλλα τιμαλφή θα πρέπει να κρατούνται κρυμμένα και να μην παίρνουν μαζί στις μεταφορές μεγάλα χρηματικά ποσά.

Τέλος καλό είναι να επιλέγονται υπηρεσίες κάποιου τοπικού ξεναγού ή διερμηνέα όταν ταξιδεύουν σε απομακρυσμένες περιοχές και η χρήση ταξί να γίνεται μόνο από ενδεδειγμένα σημεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^οΕπιδημιολογία Λοιμωδών Νοσημάτων

4.1 Γενικά

Στην εποχή μας, η ραγδαία αύξηση της τεχνολογίας έχει ως αποτέλεσμα τα διεθνή ταξίδια να αυξάνονται συνεχώς, καθώς όλο και περισσότεροι άνθρωποι ταξιδεύουν για επαγγελματικούς, κοινωνικούς, ανθρωπιστικούς λόγους ή για αναψυχή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η πιθανότητα έκθεσης ενός ταξιδιώτη σε διάφορα λοιμώδη νοσήματα να έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια δεδομένου ότι πολλοί επιλέγουν εξωτικές περιοχές ως προορισμούς.

Ανάλογα με τον προορισμό, οι ταξιδιώτες ενδέχεται να εκτεθούν σε διάφορα λοιμώδη νοσήματα. Η έκθεση εξαρτάται από την παρουσία λοιμωδών παραγόντων στην περιοχή επίσκεψης και ο κίνδυνος λοίμωξης διαφέρει ανάλογα με το σκοπό του ταξιδιού και το δρομολόγιο που ακολουθείται στην περιοχή, την ποιότητα του καταλύματος, την απολύμανση και την υγιεινή καθώς φυσικά και από την συμπεριφορά του ταξιδιώτη (WHO 2010).

Γενικότερα μέτρα πρόληψης μπορούν να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο έκθεσης σε λοιμώδη παράγοντες. Σε ορισμένες περιπτώσεις η νόσος μπορεί να προληφθεί με εμβολιασμό, αλλά υπάρχουν και μερικά λοιμώδη νοσήματα, για τα οποία δεν υφίσταται εμβολιασμός. Οι ταξιδιώτες όμως θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να είναι ενήμεροι και πολύ προσεκτικοί, ανεξαρτήτως από το αν έχει πραγματοποιηθεί οποιοσδήποτε εμβολιασμός ή φαρμακευτική αγωγή. Παρακάτω περιγράφονται όλες οι σύγχρονες επιδημιολογικές τάσεις λοιμωδών νοσημάτων σχετικά με τους ταξιδιώτες.

4.2 Επιδημιολογικές Τάσεις Λοιμωδών Νοσημάτων στους Ταξιδιώτες

Νοσήματα από φαγητό – Νερό

Μεγάλο είναι το ενδεχόμενο μετάδοσης νοσημάτων από την κατανάλωση μολυσμένου φαγητού και νερού. Η συχνότερη νόσος στους ταξιδιώτες είναι η λοίμωξη του γαστρεντερικού (Steffen 2004) εξαιτίας μολυσμένης τροφής ή νερού, γνωστής ως διάρροιας των ταξιδιωτών (Steffenetal. 1983, Steffenetal. 1987)(Βλέπε Κεφάλαιο 5).

Αναπνευστικές λοιμώξεις

Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού είναι συχνές σε όλες τις χώρες και προσβάλλουν όλους τους ταξιδιώτες και μη (Steffen R. et al, 2003). Οι περισσότερες είναι ήπιες και γι' αυτό είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η έκταση του προβλήματος, ειδικά στους ταξιδιώτες. Σε μια μελέτη εκτιμάται η επίπτωση οξέος εμπύρετου νοσήματος του αναπνευστικού σε 1.261 κρούσματα ανά 100.000 ταξιδιώτες για διαμονή ενός μηνός σε μία αναπτυσσόμενη χώρα (Steffen R. , 1989). Συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι τα παθογόνα που προκαλούν αναπνευστικές λοιμώξεις στους ταξιδιώτες είναι ίδια με αυτά των κατοίκων.

Κοινό κρουολόγημα

Σύμφωνα με μελέτη το κοινό κρουολόγημα είναι από τα συχνότερα προβλήματα υγείας στους ταξιδιώτες με δείκτη προσβολής (attackrate) 13% για ταξίδια βραχείας διάρκειας (Steffen 2004). Οι μισοί περίπου απ' αυτούς που προσβάλλονται αδυνατούν να συνεχίσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες κατά μέσο όρο 2,6 μέρες.

Γρίπη

Επιδημίες γρίπης έχουν περιγραφεί συχνά σε ταξιδιώτες, ενώ βρίσκονται σε πλοία ή αεροπλάνα, όπου οι συνθήκες υποβοηθούν τη γρήγορη εξάπλωση της νόσου. Τα διεθνή ταξίδια επηρεάζουν σημαντικά την επιδημιολογία της γρίπης, αφού αποτελούν το σπουδαιότερο παράγοντα για την παγκόσμια διασπορά νέων στελεχών (antigen variants) του ιού της γρίπης. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η επιδημία γρίπης από τον ιό τύπου A (H3N2) στο Σύδνεϋ το 1997 σε κρουαζιερόπλοιο και εισήγαγε αυτό το στέλεχος στις ΗΠΑ και τον Καναδά (C.D.C 1997).

Λεγιονέλλωση

Η νόσος των λεγεωνάριων προκαλεί περιστασιακά επιδημίες μεταξύ των τουριστών, συχνά σχετιζόμενες με το μολυσμένο σύστημα ύδρευσης ενός ξενοδοχείου. Χαρακτηριστική μελέτη έδειξε ότι κατά τη διάρκεια του 1999, αναφέρθηκαν 289 περιπτώσεις στην Ευρώπη και η θνησιμότητα ήταν σημαντική. Η μεγαλύτερη επίπτωση (1:100.000) παρατηρήθηκε σε Βρετανούς ταξιδιώτες μετά από διαμονή τους στην Τουρκία (Joseph CA et al. 1998).

Φυματίωση

Σύμφωνα με μελέτες η φυματίωση στους ταξιδιώτες είναι σπάνια και οι περισσότερες λοιμώξεις συμβαίνουν σε αυτούς που επισκέπτονται φίλους ή την οικογένεια τους σε ενδημικές περιοχές ή σε αυτούς που εργάζονται στο εξωτερικό για μεγάλο χρονικό διάστημα (Matteelli et al. 2001 , Rieder 2001).

Στην ιατρική βιβλιογραφία, περιγράφεται η μετάδοση της φυματίωσης και κατά τη διάρκεια πτήσης (WHO 1998), με μεγαλύτερο κίνδυνο σε πτήσεις που διαρκούν πάνω από οκτώ ώρες. Επίσης έχει περιγραφεί ο κίνδυνος μετάδοσης φυματίωσης σε πλοίο (Houketal. 1968) και σε τρένο (Mooreetal. 1999), αλλά είναι μικρής επιδημιολογικής σημασίας.

Ελονοσία

Η ελονοσία δεν ενδημεί πλέον στις αναπτυσσόμενες χώρες της Βορείου Αμερικής, της Ευρώπης, της Αυστραλίας, της Νέας Ζηλανδίας και της Ιαπωνίας (Steffen 2004).

Η αύξηση όμως των ταξιδιών, για δουλειά ή αναψυχή, καθώς επίσης και η μετακίνηση πληθυσμού ενδημικών περιοχών σε μη, οδήγησε στην αναγωγή της ελονοσίας ως παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Σχεδόν ο μισός πληθυσμός της γης ζει σε περιοχές όπου ενδημεί η ελονοσία. Η σημασία της ως ασθένεια των ταξιδιωτών οφείλεται στον υψηλό δείκτη προσβολής της, στη βαρύτητα της νόσου και τη δυνατότητα αποφυγής δηγμάτων από κουνούπια και λήψη χημειοπροφύλαξης.

Ο κίνδυνος προσβολής ενός ταξιδιώτη εξαρτάται από τη χώρα που επισκέπτεται, την περιοχή της χώρας (αστική ή αγροτική), την εποχή (αυξημένος κίνδυνος την εποχή των βροχοπτώσεων), τις συνθήκες διαμονής (π.χ. κλιματιζόμενα δωμάτια ξενοδοχείου ή σκηνές στην ύπαιθρο), τη διάρκεια της επίσκεψης και την αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης.

Εκτιμάται ότι 50-70 εκατομμύρια ταξιδιωτών από τις αναπτυσσόμενες χώρες εκτίθεται στη νόσο ετησίως (UNWTO 2000). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας καταγράφονται περισσότερες από 300 εκατομμύρια περιπτώσεις ελονοσίας και τουλάχιστον ένα εκατομμύριο θάνατοι ετησίως στον κόσμο.

Σύμφωνα με μελέτες περίπου 30.000 ταξιδιώτες από την Αμερική και την Ευρώπη νοσούν από ελονοσία κάθε χρόνο, με τη θνητότητα να κυμαίνεται στο 1-4% , και ο κίνδυνος έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, με την διασπορά του ανθεκτικού στη χλωροκίνη πλασμοδίου της ελονοσίας (*P. Falciparum*)(Kain 1999, Greenberg&Lobel 1990, Newmanetal. 2002, Bradleyetal. 1998, Kainetal. 2001, Reidetal. 1998).

Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί

Αιμορραγικοί πυρετοί έχουν εμφανιστεί ή επανεμφανιστεί τα τελευταία χρόνια.

Οι αιμορραγικοί πυρετοί είναι σοβαρές οξείες ιογενείς λοιμώξεις, συνήθως με αιφνίδια εμφάνιση συμπτωμάτων πυρετού, γενικής αδιαθεσίας, κεφαλαλγίας και μυαλγίας , που ακολουθούνται από φαρυγγίτιδα, εμετούς, διάρροια, εξανθήματα και αιμορραγικές εκδηλώσεις. Σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων (άνω του 50%) η κατάληξη είναι ο θάνατος(WHO 2010).

Ο δάγκειος πυρετός είχε σχεδόν εκριζωθεί από την Αμερική πριν το 1981. Η επίπτωση του όμως, έχει αυξηθεί δραματικά από τότε. Η αυξημένη επίπτωση του τα τελευταία χρόνια αντικατοπτρίζεται στην αύξηση των αναφερόμενων κρουσμάτων σε ταξιδιώτες (Jelinek 2000). Το κουνούπι *Aedes aegypti* είναι το κοινό υπόδοχο τόσο για το δάγκειο όσο και για τον κίτρινο πυρετό, το οποίο τσιμπά την ημέρα.

Έχουν επίσης συμβεί διάφορες επιδημίες πυρετού Ebola στην Κεντρική Αφρική, χωρίς να έχουν αναφερθεί κρούσματα σε ταξιδιώτες (Francesconi et al. 2003).

Ο πυρετός της Lassa που εντοπίστηκε για πρώτη φορά το 1969 στη Νιγηρία, ενδημεί ακόμη και σήμερα σε περιοχές της Δυτικής Αφρικής, όπως η Γουινέα και η Σιέρα Λεόνε. Εκτιμάται ότι ο ετήσιος αριθμός των κρουσμάτων κυμαίνεται μεταξύ 100.000 - 300.000 (Bausch et al. 2001)

Το 1999 αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ένας παραμυξοϊός, που ονομάστηκε ιός Nirah, και ταχτοποιήθηκε ως η αιτία μεγάλης επιδημίας εμπύρετης εγκεφαλίτιδας και αναπνευστικής νόσου στη Μαλαισία και στη Σιγκαπούρη. Η μόλυνση των ανθρώπων αποδόθηκε στην έκθεση σε χοίρους. Ο τρόπος μετάδοσης δεν είναι ακόμα γνωστός, αλλά μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο δεν έχει επιβεβαιωθεί. Ο κίνδυνος για τους ταξιδιώτες αν υπάρχει, είναι άγνωστος (Chua et al. 1999, Paton et al. 1999).

Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν.)

Οι ταξιδιώτες διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο να προσβληθούν από ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα όταν έχουν τυχαίες, ελεύθερες ή αγοραίες σεξουαλικές επαφές. Σύμφωνα με μελέτες περίπου 4-19% των ταξιδιωτών αναφέρουν τουλάχιστον μία τυχαία σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια του ταξιδιού, οι μισοί εκ των οποίων χωρίς τη χρήση προφυλακτικού (Hawkes et al. 1994). Οι σεξουαλικές επαφές χωρίς τη λήψη των απαιτούμενων προφυλακτικών μέτρων θέτουν σε κίνδυνο τους ταξιδιώτες για πολλά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως η ηπατίτιδα Β, η HIV λοίμωξη, η σύφιλη, η γονόρροια, το μαλακό έλκος, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, ο έρπητας των γεννητικών οργάνων, η λοίμωξη με χλαμύδια κ.α.

Επειδή τα σεξουαλικά νοσήματα είναι κοινά και στις χώρες προέλευσης των ταξιδιωτών δεν είναι εύκολο να καθοριστεί αν ο ταξιδιώτης μολύνθηκε κατά τη διάρκεια του ταξιδιού, ιδιαίτερα όταν ο χρόνος επώασης είναι μεγάλος. Για το λόγο αυτό δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για τη σχέση των ταξιδιών με τα Σ.Μ.Ν.

Μελέτες όμως δείχνουν ότι η κατανομή του φύλου και της ηλικίας των ατόμων που μολύνονται από Σ.Μ.Ν. κατά τη διάρκεια ενός ταξιδιού διαφέρει από τα άτομα που μολύνονται στη χώρα προέλευσης τους. Στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες η επίπτωση των Σ.Μ.Ν. είναι υψηλότερη σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες ενώ όταν

σχετίζονται με το ταξίδι είναι συχνότερα σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, κυρίως άντρες.

Αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα

Κίνδυνο προσβολής από αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα έχουν τόσο οι ταξιδιώτες οι οποίοι κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους σε χώρες με χαμηλές υγειονομικές συνθήκες μπορεί να χρειαστούν ιατρονοσηλευτική φροντίδα, είτε άτομα που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ουσιών και ταξιδεύουν είτε οι επαγγελματίες υγείας που μεταβαίνουν σε τέτοιες χώρες για παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας(WHO 2010).

Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες το αίμα και τα παράγωγα τους δεν θεωρούνται ασφαλή και επίσης δεν υπάρχει η ανάλογη εμπειρία ώστε να γίνει η μετάγγιση με ασφαλή τρόπο. Το ίδιο ισχύει και για άλλες ιατρικές πράξεις όπως ενέσεις ράμματα κλπ, οι οποίες μπορεί να εκθέσουν τους ταξιδιώτες σε κίνδυνο όπως επίσης και οι υγειονομικοί εκτίθενται σε υψηλότερο κίνδυνο, κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους, σε τέτοιες χώρες, μια και η επίπτωση νοσημάτων όπως ηπατίτιδα Β, η ηπατίτιδα C, η HIV λοίμωξη, η ελονοσία κλπ είναι πολύ μεγαλύτερη από ότι στις αναπτυγμένες χώρες.

4.3 Νοσήματα που Προλαμβάνονται με τον Εμβολιασμό

Κορυφαίο μέτρο προστασίας κάθε διεθνούς ταξιδιώτη είναι ο εμβολιασμός και η προληπτική λήψη φαρμάκων, οι οδηγίες περί των οποίων, πρέπει να παρέχονται 4-6 εβδομάδες πριν την αναχώρηση, καθώς πολλά λοιμώδη νοσήματα που προσβάλλουν ταξιδιώτες μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό.

Το πιο συχνό νόσημα είναι η ηπατίτιδα Α. (Βλέπε πίνακα 4.3.1)

Μελέτες έδειξαν ότι στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη, περίπου 30 - 50% όλων των περιπτώσεων της ηπατίτιδας Α σχετίζονται με ταξίδι. Επίσης, εισαγόμενη ηπατίτιδα Α μπορεί να είναι πηγή μετάδοσης στην κοινότητα. Ο σχετικός κίνδυνος της ηπατίτιδας Α σε ταξιδιώτες, συγκρινόμενος με τους μη ταξιδιώτες, υπολογίστηκε σε μελέτη στη Μεγάλη Βρετανία σε 20 για τους ταξιδεύοντες στην Ανατολική Ευρώπη, 235 για την Αφρική και 1.835 για την Ινδία (Behrens et al. 1995).

Σε άλλη μελέτη, ο κίνδυνος υπολογίστηκε σε 300 περιπτώσεις/ 100.000 ταξιδιώτες ανά μήνα παραμονής σε τουριστικό ξενοδοχείο, ενώ έφτανε μέχρι 2.000 περιπτώσεις/100.000 ταξιδιώτες ανά μήνα για διαμονή σε πρόχειρα καταλύματα (Steffen & Connor 2004). (Βλέπε πίνακα 4.3.1)

Οι ταξιδιώτες επίσης κινδυνεύουν δυνητικά από ηπατίτιδα Β, από την οποία μπορεί να μολυνθούν μέσω σεξουαλικής επαφής, κατά τη διάρκεια ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών, μετάγγισης ή από τατουάζ.

Ο κίνδυνος για ταξιδιώτες με μικρή παραμονή στις χώρες προορισμού δεν είναι απολύτως τεκμηριωμένος, όμως κατά τη μακρά διαμονή (άνω των έξι μηνών), λόγω της στενής επαφής με τους ντόπιους ή λόγω χαλάρωσης των συνθηκών υγιεινής, μπορεί ο ταξιδιώτης να αντιμετωπίσει πρόβλημα. Η μηνιαία επίπτωση υπολογίζεται σε 25/ 100.000 για τις συμπτωματικές λοιμώξεις και σε 80 - 420/ 100.000 για το σύνολο (συμπεριλαμβανομένων και των μη συμπτωματικών) (Steffen&Connor 2004). (Βλέπε πίνακα 4.3.1)

Ο τυφοειδής πυρετός είναι συχνός σε πολλές χώρες και σχετίζεται με χαμηλές υγειονομικές συνθήκες και μολυσμένα τρόφιμα ή νερό. Ο κίνδυνος για τους ταξιδιώτες είναι υψηλός στην Ινδική Χερσόνησο (Caumesetal. 2001, Ackersetal. 2000) και ακολουθούν περιοχές της Νοτιοανατολικής Ασίας, της Νοτιοδυτικής Αμερικής, όπως το Περού, της Βόρειας και της Δυτικής Αφρικής, καθώς και περιοχές της Μέσης Ανατολής. Ο συνολικός κίνδυνος για τους ταξιδιώτες στην Ινδική Χερσόνησο εκτιμήθηκε σε 30 περιπτώσεις ανά 100.000 ταξιδιώτες ανά μήνα (Steffen 2004). (Βλέπε πίνακα 4.3.1)

Η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος απαιτεί στενή επαφή για να μεταδοθεί. Είναι επομένως σπάνια στους ταξιδιώτες, εκτός από τους προσκυνητές ή αυτούς που έρχονται σε στενή επαφή με τους κατοίκους σε περιοχές όπου επιδημίες είναι συχνές όπως και σε αυτούς που μένουν σε συγγενείς στις περιοχές της Αφρικής ή σε αυτούς που κατασκηνώνουν στο Νεπάλ. Εμβόλια είναι διαθέσιμα έναντι των οροτύπων A, C, W-135 και Y της ναισσερίας της μηνιγγίτιδας. Σε μελέτη του Steffen το 2004, ο συνολικός κίνδυνος για τους ταξιδιώτες σε αναπτυσσόμενη χώρα εκτιμήθηκε σε 0,04 περιπτώσεις ανά 100.000 ταξιδιώτες ανά μήνα. (Βλέπε πίνακα 4.3.1)

Ο κίτρινος πυρετός είναι ιογενής νόσος που μεταδίδεται με το δήγμα κουνουπιού και χαρακτηρίζεται από πυρετό και αιμορραγίες. Απαντάται στην τροπική και υποτροπική ζώνη της Αφρικής και Αμερικής ως ενδημική νόσος ή υπό μορφή επιδημιών παρόλα αυτά υπάρχει ανησυχία εξάπλωσής του, μέσω πασχόντων ταξιδιωτών σε περιοχές της Ασίας, όπως η Ινδία, όπου ζει το κουνούπι Aedes, το οποίο είναι ο ενδιάμεσος ξενιστής της νόσου. Λοιμώξεις από κίτρινο πυρετό αναφέρονται σε ταξιδιώτες που δεν εμβολιάστηκαν πριν το ταξίδι σε ενδημικές περιοχές. Για κίτρινο πυρετό, σε ορισμένες χώρες απαιτείται βεβαίωση εμβολιασμού για το ταξίδι με σκοπό να εμποδιστεί διασπορά της νόσου.

Εμβολιασμός για χαχολέρα δεν συνίσταται στους ταξιδιώτες επειδή ο κίνδυνος είναι μικρός (Βλέπε πίνακα 4.3.1) και η αποτελεσματικότητα του εμβολίου χαμηλή. Συνιστάται απλώς να τηρούν τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης κατά την κατανάλωση τροφίμων και νερού.

Η μετάδοση της πολιομυελίτιδας γίνεται σήμερα κατά κύριο λόγο σε έξι χώρες (Αίγυπτος, Αφγανιστάν, Ινδία, Πακιστάν, Νιγηρία και Νίγηρας) από τις οποίες η Νιγηρία θεωρείται ότι αποτελεί την κύρια πηγή τροφοδότησης κρουσμάτων στον κόσμο. Ο κίνδυνος μειώνεται συνεχώς, ως αποτέλεσμα της παγκόσμιας εκστρατείας εκρίζωσης της πολιομυελίτιδας. Εμβολιασμός ακόμα ενδείκνυται για όλους τους ενήλικες που δεν έχουν εμβολιασθεί ή που δεν έχουν λάβει μία αναμνηστική δόση του εμβολίου και πρόκειται να ταξιδέψουν σε μια από τις έξι αυτές χώρες, καθώς και στις χώρες που συνορεύουν με αυτές, λόγω της συχνής εμφάνισης μεμονωμένων κρουσμάτων και σε αυτές (CDC 2008).

Η διφθερίτιδα εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας σε πολλές χώρες με χαμηλές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Η διφθερίτιδα είναι σπάνια σε ταξιδιώτες, αν και παγκόσμια εκτίμηση του κινδύνου δεν έχει γίνει. Όπως φάνηκε από μια μεγάλη επιδημία σε χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, τη χρονική περίοδο 1990 - 1997, η διφθερίτιδα μπορεί να ενδημήσει κάτω από ορισμένες συνθήκες (Galazka 2000). Κατά τη διάρκεια της επιδημίας παρατηρήθηκε ο θάνατος ταξιδιωτών στη Ρωσία.

Σε χώρες όπου η ιλαρά έχει σχεδόν εξαλειφθεί, τα εισαγόμενα κρούσματα αποτελούν σημαντικό ποσοστό του συνολικού αριθμού των κρουσμάτων. Ο κίνδυνος για το μη εμβολιασμένο ταξιδιώτη είναι αυξημένος αν πρόκειται να επισκεφτεί αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το επίπεδο εμβολιασμού είναι χαμηλό (CDC 2008).

Η ιαπωνική εγκεφαλίτιδα είναι σπάνια σε ταξιδιώτες. Ο κίνδυνος είναι περίπου 0,1 ανά 100.000 ταξιδιώτες ανά μήνα (Βλέπε πίνακα 4.3.1). Εμβολιασμός συνίσταται μόνο σε ταξιδιώτες που πρόκειται να παραμείνουν για μακρό χρονικό διάστημα σε αγροτικές περιοχές της Νοτιοανατολικής Ασίας και της Άπω Ανατολής.

Ένα άλλο σπάνιο νόσημα που προλαμβάνεται με εμβολιασμό είναι η εγκεφαλίτιδα που μεταδίδεται από κρότνες. Ο κίνδυνος για τον ταξιδιώτη είναι σχεδόν μηδαμινός, αλλά αυξάνεται αναλόγως της εποχής που θα πραγματοποιηθεί το ταξίδι και του είδους του ταξιδιού. Γενικά, στην πλειονότητα των ταξιδιωτών, αρκούν μόνο τα προφυλακτικά μέτρα που συνιστανται στην αποφυγή δηγμάτων από κρότνες κατά τη διαμονή στα δάση και στην έγκαιρη αποκόλλησή τους σε περίπτωση δήγματος, ενώ το εμβόλιο ενδείκνυται μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις ταξιδιωτών. Ο κίνδυνος περιορίζεται σε δασώδεις περιοχές της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και τμήματα της Σκανδιναβίας και της Ρωσίας.

Πίνακας 4.3.1: Επίπτωση νοσημάτων σχετικά με το ταξίδι (περιπτώσεις/100.000 ταξιδιώτες/μήνα)

Νόσος	Επίπτωση (περιπτώσεις/ 100.000 ταξιδιώτες/ ανά μήνα παραμονής)
Διάρροια ταξιδιωτών	30-80.000
Διάρροια από E.coli (ETEC)	10.000
Ελονοσία (Δυτική Αφρική χωρίς χημειοπροφύλαξη)	2-3.000
Αναπνευστική λοίμωξη	1.000
Φυματίωση	3.000
Φυματίωση ενεργή	60
Λεγιονέλλωση	1
Ηπατίτιδα Α	300
Δάγκειος πυρετός	200
Τυφοειδής πυρετός (Ινδία, Βόρεια και Βορειοδυτική Αφρική, Περού)	30
Τυφοειδής πυρετός	3
HIV λοίμωξη	10
Ηπατίτιδα Β (συμπτωματικοί και ασυμπτωματικοί)	80-420
Χολέρα	0,2
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	0,04
Ιαπωνική εγκεφαλίτιδα	0,1

Πηγή: Steffen R. Epidemiology: Morbidity and Mortality in Travelers. In: Keystone JS, Kozarsky PE, Freedman DO, Nothdurft HP, Connor BA. TravelMedicine. Spain: Elsevier; 2004.p. 5-13.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο Περιβαλλοντικοί Κίνδυνοι για την Υγεία

Οι ταξιδιώτες πολύ συχνά έρχονται αντιμέτωποι με σημαντικές αλλαγές στις περιβαλλοντικές και κλιματολογικές συνθήκες στην χώρα προορισμού σε σχέση με τη χώρα διαμονής τους.

Οι αλλαγές αυτές μπορούν να επηρεάσουν την κατάσταση της υγείας του ταξιδιώτη. Τέτοιες αλλαγές μπορεί να παρουσιαστούν στο υψόμετρο, στη θερμοκρασία και στην υγρασία καθώς επίσης και στην έκθεση του ταξιδιώτη σε μικρόβια, ζώα και έντομα.

Με τη σωστή ενημέρωση των ταξιδιωτών και τη λήψη προληπτικών μέτρων μπορεί η αρνητική επίδραση των ξαφνικών αυτών αλλαγών στο περιβάλλον να ελαχιστοποιηθεί.

5.1 Υψόμετρο

Ένα ταξίδι σε ορεινές περιοχές μπορεί να συνοδεύεται από κίνδυνο εκδήλωσης συμπτωμάτων, ως αποτέλεσμα της αύξησης υψομέτρου με γρηγορότερο ρυθμό απότι ο ανθρώπινος οργανισμός μπορεί να προσαρμοστεί στη μείωση της ατμοσφαιρικής πίεσης (HackettPH, 2001).

Το υψόμετρο ορίζεται από την παρακάτω κλίμακα:

Μεγάλο 2.450-3650 μέτρα

Πολύ μεγάλο: 3650-5850 μέτρα

Εξαιρετικά μεγάλο: 5500+ μέτρα

Δεν υπάρχουν ακριβείς παράγοντες, όπως ηλικία, φύλο ή φυσική κατάσταση, που να σχετίζονται με την ευαισθησία στην ασθένεια του υψομέτρου (FrankHubble,1995).

Τα συμπτώματα που εκδηλώνονται λόγω της ταχείας ανόδου σε υψόμετρο μπορούν να χωριστούν σε 3 στάδια:

1. Εμφάνιση οξέων συμπτωμάτων, κεφαλαλγία, ανορεξία και κόπωση τάση για εμετό αποτελούν τα συνηθέστερα συμπτώματα. Εκδηλώνονται σε υψόμετρο πάνω από 2743 μέτρα και αρχίζουν 6-12 ώρες μετά την άνοδο σε μεγαλύτερο υψόμετρο.
2. Πνευμονικό οίδημα που αρχικά εκδηλώνεται ως μειωμένη ανοχή σε άσκηση ενώ προοδευτικά μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή δύσπνοια στην προσπάθεια, δύσπνοια ηρεμίας και βήχα.

3. Εγκεφαλικό οίδημα με εμφάνιση των οξέων συμπτωμάτων του πρώτου σταδίου που προοδευτικά συνοδεύονται από μειωμένο επίπεδο συνείδησης, αταξίας κ.α. . Αν εκδηλωθούν σε συνδυασμό με πνευμονικό οίδημα η τελική εξέλιξη είναι η καταπληξία και ο θάνατος.

Αν και η πρόληψη της εμφάνισης των συμπτωμάτων λόγω του υψόμετρου δεν είναι δυνατή γιατί εξαρτάται από την ευαισθησία κάθε ατόμου, σύμφωνα με τις συστάσεις του παγκόσμιου οργανισμού υγείας για να μη θέσουν τη ζωή τους σε κίνδυνο οι ταξιδιώτες πρέπει να ακολουθούν τρεις κανόνες:

- Να γνωρίζουν τα πρώιμα συμπτώματα και να έχουν την ικανότητα να τα αναγνωρίζουν μόλις εμφανιστούν
- Να μην προγραμματίζουν να κοιμηθούν σε μέρος με μεγαλύτερο υψόμετρο όταν ήδη υπάρχουν τα συμπτώματα
- Να μετακινηθούν σε χαμηλότερο υψόμετρο, αν τα συμπτώματα επιδεινώνονται σε κατάσταση ηρεμίας, ενώ βρίσκονται στο ίδιο υψόμετρο

Η φαρμακευτική αγωγή που συστήνεται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι η ακόλουθη:

1. Ακεταζολαμίδη (Diamox)

Δόση

Προφύλαξη: 125mg-250mgκάθε 12 ώρες. Θεραπεία : 250 mg κάθε 12 ώρες

Ενδείξεις

Χημειοπροφύλαξη και θεραπεία των οξέων συμπτωμάτων λόγω της ανόδου σε υψόμετρο. Όταν χρησιμοποιείται για προφύλαξη πρέπει να λαμβάνεται μια μέρα πριν, την ίδια μέρα και μια μέρα μετά την άνοδο σε υψόμετρο.

Προφυλάξεις

Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από άτομα που έχουν αλλεργία στη σουφλαμίδη αν και σπάνια έχουν αναφερθεί αλλεργικές αντιδράσεις.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Σχεδόν πάντα προκαλεί παραισθησίες των δακτύλων των χεριών και των ποδιών, ενώ περιστασιακά μπορεί να προκαλέσει ναυτία.

2. Δεξαμεθαζόνη (Decadron)

Δόση

4mg κάθε 6 ώρες

Ενδείξεις

Θεραπεία των συμπτωμάτων του εγκεφαλικού οιδήματος. Αν και είναι αποτελεσματική και για χημειοπροφύλαξη δεν συστήνεται για αυτό το σκοπό.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Ευφορία. Μπορεί να προκαλέσει αύξηση της ανάγκης για ινσουλίνη.

3. Νιφεδιπίνη (Adalat)

Δόση

10mg κάθε 8 ώρες

Ενδείξεις

Θεραπεία του πνευμονικού οιδήματος

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Υπέρταση, κεφαλαλγία, εξάνθημα

5.2 Θερμοκρασία

Τόσο οι υψηλές όσο και οι χαμηλές θερμοκρασίες μπορούν να θεωρηθούν άμεσα ή έμμεσα υπεύθυνες για την εμφάνιση κάποιων ασθενειών, καθώς και για την επιδείνωση προϋπαρχόντων δερματικών βλαβών. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ξαφνικές αλλαγές στη θερμοκρασία και την υγρασία μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς την υγεία.

5.2.1 Υψηλή Θερμοκρασία και Υγρασία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η έκθεση σε υψηλές θερμοκρασίες σε συνδυασμό με υγρασία μπορούν να προκαλέσουν ερεθισμούς του δέρματος ή να αποτελέσουν προδιαθεσιακό παράγοντα για μυκητιασικές λοιμώξεις.

Παράλληλα η επίπονη δραστηριότητα κάτω από συνθήκες υψηλής θερμοκρασίας και υγρασίας μπορεί να οδηγήσει σε θερμική εξάντληση ή σε θερμοπληξία. Γι αυτό οι ταξιδιώτες θα πρέπει να είναι ενήμεροι όσον αφορά τα συμπτώματα της θερμικής εξάντλησης.

Σύμφωνα με το Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕΕΛΠΝΟ η θερμική εξάντληση χαρακτηρίζεται από μεγάλη αύξηση της σωματικής θερμοκρασίας, μέχρι και 42°C, με άφθονη εφίδρωση και ξηρότητα του δέρματος . Ο πάσχων εμφανίζει ταχύπνοια, αδυναμία, ιλίγγους , δύσπνοια, κυάνωση, εμετούς, σπασμούς, θόλωση διάνοιας και κρίσης, παραλήρημα ,κώμα.

Για την αποφυγή των ανωτέρω, σε όσους ταξιδιώτες πρόκειται να εκτεθούν σε συνθήκες υψηλής θερμοκρασίας και υγρασίας , προτείνεται να ακολουθούν τα εξής:

- Εφαρμογή βαμβακερού ή ανοιχτόχρωμου ρουχισμού που να καλύπτει το δέρμα όσο το δυνατόν περισσότερο. Τα ρούχα να είναι άνετα και χαλαρά και η χρήση καπέλου με μεγάλο γείσο κρίνεται απαραίτητη.
- Χρήση αντηλιακής κρέμας με υψηλό δείκτη προστασίας σε καθημερινή βάση.
- Αποφυγή παραμονής σε εξωτερικούς χώρους μεταξύ 10π.μ. και 2μ.μ. όπου η ηλιακή ακτινοβολία είναι έντονη.
- Προσοχή όσον αφορά την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία σε άτομα που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, διότι κάποια φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν φωτοευαισθησία και συνεπώς να αυξήσουν την πιθανότητα εγκαυμάτων.
- Μείωση της πρόσληψης αλκοόλ και αύξηση της πρόσληψης άλλων ποτών
- Παραμονή σε κλιματιζόμενους χώρους και οχήματα.

5.2.2 Χαμηλή Θερμοκρασία και Υγρασία

Σύμφωνα με μελέτες οι χαμηλές θερμοκρασίες σε συνδυασμό με την υγρασία μπορούν να θεωρηθούν άμεσα υπεύθυνες για εμφάνιση ασθενειών. Κατά καιρούς έχει κινήσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για δεκαετίες η πιθανή επίδραση των διαφόρων μετεωρολογικών παραμέτρων στην επίπτωση των λοιμώξεων του ανωτέρου και κατωτέρου αναπνευστικού.

Αναδρομική μελέτη(M.Falaggas, etal,2008) που διενεργήθηκε σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ των μετεωρολογικών παραγόντων και κλινικών δεδομένων για λοιμώξεις του ανωτέρου και κατωτέρου αναπνευστικού στην περιοχή της Αττικής, έδειξε ότι όταν η θερμοκρασία περιβάλλοντος πέφτει ιδιαίτερα κάτω από τους 10° C και ανεβαίνει η σχετική υγρασία και η αίσθηση ψύχους λόγω του ανέμου τότε 4 μέρες μετά αυξάνει ο αριθμός των λοιμώξεων του αναπνευστικού.

5.2.3 Ψύχος

Στο εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕΕΛΠΝΟ ενημερώνει τους ταξιδιώτες ότι «Η έκθεση σε πολύ χαμηλές θερμοκρασίες μπορεί να οδηγήσει σε υποθερμία, η οποία σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Το ψύχος μπορεί να επηρεάσει είτε άτομα που δεν είναι επαρκώς ντυμένα για τις συνθήκες του περιβάλλοντος, είτε άτομα που εκτίθενται σε χαμηλές θερμοκρασίες για μεγάλο χρονικό διάστημα».

Οι οδηγίες που δίνει στους ταξιδιώτες που πρόκειται να βρεθούν σε περιοχές με πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, χιόνι ή πολικό ψύχος είναι οι ακόλουθες:

- Αποφυγή καταστάσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε πτώση σε παγωμένο νερό από ατύχημα (πχ ψάρεμα κοντά σε όχθη ποταμού ή θάλασσας)
- Ένδυση με και πολλά κατάλληλα ενδύματα όταν επισκέπτονται περιοχές με χαμηλές θερμοκρασίες
- Εάν βρίσκονται σε περιοχές με χιόνι, εκτός από την προστασία από το ψύχος, προστασία του δέρματος και των ματιών από την υπεριώδη ακτινοβολία η οποία αντανακλάται από το χιόνι
- Επί υποψίας κρουσπαγήματος ή υποθερμίας αναζήτηση κάποιου ζεστού καταφυγίου και ιατρικής συμβουλής. Αποφυγή οποιοδήποτε μέσου μπορεί να προκαλέσει απότομη αύξηση της θερμοκρασίας γιατί μπορεί να προκαλέσει επιπλοκή

5.3 Ηλιακή Ακτινοβολία

Η υπεριώδης ακτινοβολία (UV) από τον ήλιο περιλαμβάνει τις ακτινοβολίες UVA(μήκος κύματος 315-400nm) και UVB(280-315nm) οι οποίες μπορούν και προκαλέσουν βλάβες στο δέρμα και σε άλλους ιστούς του σώματος όπως τους οφθαλμούς.

Βραχυπρόθεσμα η ηλιακή ακτινοβολία προκαλεί ηλιακά εγκαύματα, φωτοευαισθησία στο δέρμα λόγω αλληλεπίδρασης με διάφορα φάρμακα ή καλλυντικά και θερμική εξάντληση(ηλίαση). Επίσης η έκθεση στον ήλιο μπορεί βραχυπρόθεσμα να προκαλέσει κερατίτιδα των οφθαλμών.

Μακροπρόθεσμα η παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο μπορεί να προκαλέσει γήρανση του δέρματος, καταρράκτη στα μάτια και καρκίνο του δέρματος.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για αποφυγή των παραπάνω συστήνει:

- Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο κατά τις μεσημβρινές ώρες
- Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο χωρίς προφυλάξεις, όπως γυαλιά ηλίου που προστατεύουν από την ακτινοβολία UV και καλύπτουν όλο τον οφθαλμό και καπέλα με φαρδύ γείσο
- Τα ρούχα θα πρέπει να είναι ανοιχτόχρωμα και να καλύπτουν τα χέρια και τα πόδια
- Να εφαρμόζεται αντηλιακό ευρέος φάσματος και με βαθμό προστασίας (SPF) 15+ σε μέρη του σώματος που δεν καλύπτονται από ρουχισμό και να επαναλαμβάνεται συχνά η χρήση
- Βεβαιωθείτε ότι τα παιδιά είναι προστατευμένα

- Αποφυγή της έκθεσης στον ήλιο κατά την κύηση
- Να παίρνονται μέτρα πρόληψης και κατά την παραμονή στο νερό
- Έλεγχος της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθείται, ώστε να μην προκαλεί ευαισθησία στην ακτινοβολία UV
- Να αποφεύγεται η έκθεση στον ήλιο σε περίπτωση που έχουν παρουσιασθεί κατά το παρελθόν ανεπιθύμητες δερματικές αντιδράσεις, καθώς και προϊόντα τα οποία έχουν προκαλέσει παλαιότερα αντιδράσεις

5.4 Φυσικές Καταστροφές - Πόλεμοι

Οι ταξιδιώτες θα πρέπει να είναι ενήμεροι για την πιθανότητα να ξεσπάσει μια κρίση, όπως να εκδηλωθούν φυσικά φαινόμενα όπως τυφώνες, σεισμοί, πλημμύρες κ.α. κατά τη διάρκεια του ταξιδιού είτε ακόμα να εκδηλωθούν τρομοκρατικές επιθέσεις και πολιτικές αναταραχές.

Οι κρατικοί φορείς, όπως για παράδειγμα το Υπουργείο Εξωτερικών, έχουν αναλάβει το έργο της ενημέρωσης των πολιτών, ενώ σε περιπτώσεις που θεωρείται έκτακτη ανάγκη μπορεί τη διαδικασία αυτή να την πραγματοποιήσουν διεθνείς οργανισμοί, όπως ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας στις περιπτώσεις μετάδοσης μιας σοβαρής μολυσματικής ασθένειας (Μοίρα & Μυλωνόπουλος, 2007). Κάθε χώρα που έχει υιοθετήσει αυτό τον τρόπο προστασίας των πολιτών της ακολουθεί διαφορετικό σχέδιο καθώς και διαφορετική συχνότητα έκδοσης ταξιδιωτικών οδηγιών και συστάσεων.

Οι φυσικές καταστροφές μπορούν να συντελέσουν στη μετάδοση κάποιων νοσημάτων, ιδιαίτερα αν υπάρχουν βλάβες στο σύστημα αποθήκευσης νερού και στο σύστημα αποχέτευσης. Ο ασφαλέστερος τρόπος να προληφθεί η μετάδοση κάποιας νόσου είναι να επιβεβαιωθεί κατά πόσο οι προμήθειες νερού και τροφής είναι κατάλληλες για κατανάλωση. Τέλος τα ποτάμια και οι λίμνες μπορεί να έχουν μολυνθεί από οργανικά ή ανόργανα χημικά απόβλητα που μπορεί να είναι βλαβερά τόσο για τους ίδιους που μπορεί να κολυμπήσουν στο νερό όσο και για όσους καταναλώσουν ψάρια που προέρχονται από την περιοχή (KeystoneJS, KozarskyPEetal. ,2004).

5.5 Κίνδυνοι για την Υγεία από τα Φαγητό και το Νερό

Πολλά από τα σημαντικότερα λοιμώδη νοσήματα (όπως χολέρα, κρυπτοσποριδίωση, κυκλοσπορίωση, λαμβλίαση, ηπατίτιδα Α, λιστερίωση, σαρμονέλα, σιγκέλα, καμπυλοβακτηρίδιο και τυφώδης πυρετός) μεταδίδονται από μολυσμένο φαγητό και νερό (WHO 2010). Οι ταξιδιώτες ειδικά έχουν πρόσθετο κίνδυνο, αφού

επισκεπτόμενοι μια ξένη χώρα καταναλώνουν τροφές και ποτά για πρώτη φορά, που πολλές φορές είναι αγνώστου προελεύσεως και η παρασκευή τους γίνεται κάτω από αμφίβολες συνθήκες υγιεινής.

Η ασφάλεια των τροφίμων, των ποτών και του πόσιμου νερού εξαρτάται κυρίως από τους κανόνες υγιεινής που εφαρμόζονται στο μέρος που γίνεται η παραγωγή, η προετοιμασία και η επεξεργασία. Σε χώρες όπου τα επίπεδα υγιεινής είναι χαμηλά και οι υποδομές ελέγχου της ασφάλειας τροφίμων, των ποτών και του πόσιμου νερού είναι ανεπαρκείς υπάρχει ο κίνδυνος προσβολής από τη διάρροια των ταξιδιωτών. Σε τέτοιες χώρες θα πρέπει οι ταξιδιώτες να λαμβάνουν προληπτικά μέτρα για το σύνολο των τροφών και των ποτών, ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος μόλυνσης από φαγητό ή νερό.

5.5.1 Η Διάρροια των Ταξιδιωτών

Η συχνότερη νόσος στους ταξιδιώτες είναι η λοίμωξη του γαστρεντερικού (Steffen 2004) εξαιτίας μολυσμένης τροφής ή νερού, γνωστής ως διάρροιας των ταξιδιωτών (Steffenetal. 1983, Steffenetal. 1987). Μελέτες δείχνουν ότι η διάρροια των ταξιδιωτών προσβάλλει περίπου το 40% των ταξιδιωτών των αναπτυγμένων χωρών (Steffenetal. 1983, VonSonnenburgetal. 2000, Guerrantetal. 1980, Mersonetal. 1976, Hill 2000, Echeverriaetal. 1981).

Οι μελέτες αποδεικνύουν ότι το εντεροτοξινογόνο κολοβακτηρίδιο E. Coly (ETEC) είναι η συνηθέστερη αιτία, αλλά ένα μεγάλο εύρος παθογόνων μπορεί να είναι υπεύθυνα. Τέτοια είναι το καμπυλοβακτηρίδιο (Campylobacterjejuni), η σιγκέλλωση (Shigella) ή βακτηριακή δυσεντερία, η σαρμονέλα (Sarmonellatyphi), διάφορα πρωτόζωα ή παράσιτα όπως η λαμβλίαση (Giardialamblia) και η αμοιβάδωση (Amebiasis) καθώς και ιοί όπως οι ροταιοί, οι εντεροιοί και οι καλσιιοί.

Η διάρροια των ταξιδιωτών συνήθως προσβάλλει άτομα που προέρχονται από χώρες με υψηλά επίπεδα υγιεινής και τα οποία μεταβαίνουν σε μια λιγότερο αναπτυγμένη περιοχή (WHO 2010). Ο κίνδυνος για τη διάρροια των ταξιδιωτών συνήθως κατατάσσεται σε τρία επίπεδα, ανάλογα με τον προορισμό. Ταξιδιώτες από αναπτυγμένες χώρες μετά από διαμονή δύο εβδομάδων στον Καναδά, στις ΗΠΑ, στη Βόρεια και Κεντρική Ευρώπη, στην Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία έχουν μικρή πιθανότητα να προσληφθούν, της τάξης του 8%. Αν ο προορισμός των ταξιδιωτών είναι η Καραϊβική, η Νότια Ευρώπη, το Ισραήλ, η Ιαπωνία ή η Νότια Αφρική, ο κίνδυνος κυμαίνεται μεταξύ 8-20%. Για προορισμούς σε αναπτυσσόμενες χώρες ο κίνδυνος ποικίλλει από 20-60% κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων εβδομάδων διαμονής (VonSonnenburgetal. 2000).

Ομάδες υψηλού κινδύνου για τη νόσο είναι νεαρές ηλικίες, τα βρέφη και τα άτομα με ελαττωμένη έκκριση γαστρικού υγρού. Αν και η νοσηρότητα είναι υψηλή, θνησιμότητα παρατηρείται πολύ σπάνια. Οι περισσότεροι ασθενείς περνούν μια ήπια αυτοπεριοριζόμενη νόσο και λιγότερο του 15 των περιπτώσεων εισάγεται στο νοσοκομείο (Steffen & Lobel 1994). Η διάρροια ενδέχεται να ακολουθείται από ναυτία, εμετούς, κοιλιακές κράμπες και πυρετό.

Το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων στον συνοπτικό οδηγό υγείας που έχει εκδώσει για τους ταξιδιώτες στο εξωτερικό, σε περίπτωση που νοσήσουν από τη διάρροια των ταξιδιωτών, τους προτρέπει να:

- Λάβουν ασφαλή υγρά για την αντικατάσταση υγρών και ηλεκτρολυτών. Τα από το στόματος διαλύματα ενυδάτωσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αν η διάρροια συνοδεύεται από εμετό. Να έχουν μαζί τους ειδικά φακελάκια ή ταμπλέτες που διαλύονται στο νερό, ειδικά εάν ταξιδεύουν με παιδιά.
- Ακολουθείτε μια ελαφριά δίαιτα : αποφυγή σε λίπη, άβραστα λαχανικά και φρούτα, του καφέ του αλκοόλ και των καρυκευμάτων.
- Να χρησιμοποιηθεί κάποιο αντιδιαρροϊκό που έχει συνταγογραφηθεί από το γιατρό πριν την αναχώρηση, αν οι διαρροϊκές κενώσεις είναι περισσότερες από 4 την ημέρα. Προσοχή αντιδιαρροϊκό απαγορεύεται σε παιδιά κάτω των 2 ετών και σε περίπτωση που η διάρροια συνοδεύεται από πυρετό μεγαλύτερο του 38,5° C ή αίμα/ βλέννη στα κόπρανα. Εάν τα συμπτώματα επιμένουν περισσότερο από 2 ημέρες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού ή μετά την επιστροφή, ή αν έχετε αιματηρή διάρροια ή πυρετό, επισκεφθείτε άμεσα ένα γιατρό.
- Χρησιμοποιηθούν αντιβιοτικά, που έχουν συνταγογραφηθεί από το γιατρό σας πριν την αναχώρηση, αν η διάρροια είναι έντονη (>6 κενώσεις/ημέρα) ή αν συνοδεύεται από πυρετό.

5.5.2 Προληπτικά Μέτρα Έναντι των Τροφιμογενών Νοσημάτων

Η ασφάλεια των τροφών που καταναλώνονται στο ταξίδι είναι δύσκολο να εξασφαλισθεί ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες. Απαιτούνται ιδιαίτερα αυστηρά πρότυπα μέτρα δημόσιας υγείας έτσι ώστε τα βακτήρια ή τα παράσιτα να μη μολύνουν τις τροφές. Η τήρηση γενικών προφυλακτικών μέτρων όσον αφορά στα τρόφιμα μπορούν να δώσουν στον ταξιδιώτη την ευκαιρία να απολαμβάνει άφοβα τα τοπικά εδέσματα στη χώρα προορισμού.

Για το λόγο αυτό υπάρχουν απλές γενικές κατευθυντήριες οδηγίες οι οποίες αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της πρόληψης τροφιμογενών νοσημάτων. Ωστόσο

όπως αναφέρεται στο Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής για Επαγγελματίες Υγείας που έχει εκδώσει το Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, σύμφωνα με μελέτες από τη μία μόνο ένα μικρό τμήμα συμμορφώνεται με τα μέτρα αυτά και από την άλλη πολλοί επαγγελματίες υγείας που αντιμετωπίζουν ταξιδιώτες εστιάζουν την προσοχή τους στη χορήγηση ανθελονοσιακών φαρμάκων και εμβολίων, παραβλέποντας ή θεωρώντας «δεδομένη» την εκπαίδευση του ταξιδιώτη σχετικά με τους κανόνες ασφαλούς κατανάλωσης φαγητού.

Σύμφωνα με το Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής για Επαγγελματίες Υγείας ως προς τις τροφές 3 είναι οι βασικοί κανόνες που πρέπει να ακολουθούνται :

- Γενική συμβουλή «Βράσε το, μαγείρεψε το, ξεφλούδισε το ή ξέχνα το» («boilit, peelitorforgetit»)
- Ασφαλές προς βρώση είναι οτιδήποτε ζεστό, αποξηραμένο ή ξεφλουδισμένο
- Αποφυγή κρύων, ωμών ή μισοψημένων, μη παστεριωμένων τροφών

Σε αυτούς τους κανόνες έρχονται να προστεθούν τα εξής σύμφωνα με το συνοπτικό οδηγό υγείας για ταξιδιώτες:

- Τα χέρια πρέπει να πλένονται πάντα πριν τη βρώση
- Να αποφεύγετε το φαγητό από τους πλανόδιους πωλητές και το σερβίρισμα από μπουφέ, αν δεν χρησιμοποιούνται προστατευτικά καλύμματα για το φαγητό
- Να αποφεύγετε την κατανάλωση κρύων σαλτσών όπως μαγιονέζα και συνοδευτικά σαλάτας (dressing) , που συνήθως είναι ωμά και χειροποίητα. Από τα γλυκά, να αποφεύγετε κυρίως τα επιδόρπια, που περιέχουν κρέμα και τις συνοδευτικές σάλτσες.
- Να αποφεύγετε τα μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά προϊόντα και παγωτά

5.5.3 Προληπτικά Μέτρα Έναντι Υδατογενών Νοσημάτων

Στις αναπτυγμένες χώρες το νερό της βρύσης είναι καθαρό και πόσιμο και οι βλάβες στο σύστημα ύδρευσης είναι σπάνιο. Αντίθετα όμως στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν υπάρχουν πάντα οι πηγές που απαιτούνται για τη διασφάλιση παροχής καθαρού νερού με αποτέλεσμα το νερό να μην είναι πάντα ασφαλές προς πόση.

Σύμφωνα με μελέτες το νερό που είναι επαρκώς χλωριωμένο σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα παρέχει σημαντική προστασία για τα νοσήματα που οφείλονται σε μολυσμένο νερό και προκαλούνται από ιούς και βακτήρια. Ωστόσο η χλωρίωση του νερού μπορεί να μην εξουδετερώσει κάποιους εντερικούς ιούς και κάποια

παράσιτα όπως αυτά που προκαλούν τη λαμβλίαση, την αμοιβάδωση και την κρυπτοσποριδίωση.

Σύμφωνα με το Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής για Επαγγελματίες Υγείας ως προς τα ποτά γενικά ασφαλή είναι:

- Το εμφιαλωμένο, σφραγισμένο νερό
- Τα ανθρακούχα ποτά
- Τα ζεστά ροφήματα από βρασμένο νερό

Σε αυτούς τους κανόνες έρχονται να προστεθούν τα εξής σύμφωνα με το συνοπτικό οδηγό υγείας για ταξιδιώτες:

- Η κατανάλωση ανθρακούχων ποτών, συμπεριλαμβανόμενης της μπίρας, συνήθως είναι ασφαλής επιλογή
- Οι χυμοί φρούτων θα πρέπει να αποφεύγονται, αν ο ταξιδιώτης δεν είναι σίγουρος ότι προέρχονται από σφραγισμένο δοχείο διότι διαφορετικά μπορεί να είναι διαλυμένοι με νερό βρύσης
- Αποφύγετε τον πάγο εκτός αν είναι από εμφιαλωμένο νερό
- Πλένετε τα δόντια σας με εμφιαλωμένο νερό

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνονται διαγραμματικά οι κυριότερες συστάσεις που μπορούν να δοθούν σε ταξιδιώτες σχετικά με την κατανάλωση τροφών και ποτών.

Πίνακας 5.1: Συστάσεις κατανάλωσης τροφίμων και ποτών από τους ταξιδιώτες

	Ικανοποιητικό επίπεδο ασφάλειας	Μέτριο επίπεδο ασφάλειας	Χαμηλό επίπεδο ασφάλειας
Τόπος	Γνωστά και αναγνωρισμένα εστιατόρια	Τοπικά εστιατόρια	Πλανόδιοι πωλητές Φαγητό από μπουφέ σε θερμοκρασία δωματίου
Ποτά	Ανθρακούχα αναψυκτικά Ανθρακούχο ή βρασμένο νερό Ιωδιωμένο νερό Παστεριωμένο γάλα	Φρέσκοι χυμοί Πάγος από μηχανή Εμφιαλωμένο νερό	Νερό της βρύσης Μη ανθρακούχοι εμφιαλωμένοι χυμοί φρούτων Θρυμματισμένος πάγος Μη παστεριωμένο γάλα
Τροφές	Αχνιστά φαγητά, επαρκώς ψημένα ή βρασμένα Ξεφλουδισμένα ή μαγειρεμένα φρούτα Τυποποιημένα ή κονσερβοποιημένα φαγητά Μαγειρεμένα λαχανικά	Ξηρά τροφή Ζελέ / σιρόπι Πλυμένα λαχανικά	Κρύες σαλάτες Μη μαγειρευμένες, κρύες σάλτσες Μη επαρκώς μαγειρευμένα hamburgers Μη ξεφλουδισμένα φρούτα Μερικά κρύα επιδόρπια Φρέσκο μαλακό τυρί Φράουλες / μούρα

Πηγή: Luis Ostrosky-Zeichner, Charles D. Ericsson. Travelers' Diarrhea. In : Principles and Practice of Travel Medicine. Edited by Jane N. Zeckerman. 2001 John Wiley & Sons Ltd

5.6 Κίνδυνοι Κατά την Ψυχαγωγία σε Υδάτινους Χώρους

Αν και η ψυχαγωγία στα νερά θαλασσών, λιμνών, ποταμών επιδρά θετικά στην ψυχολογία λόγω της άσκησης, της ξεκούρασης και της χαλάρωσης, ελλοχεύουν διάφοροι κίνδυνοι που έχουν να κάνουν τόσο με το νερό όσο και με το γενικότερο περιβάλλον.

Οι κυριότεροι κίνδυνοι είναι είτε φυσικοί όπως τραυματισμοί στον υδάτινο χώρο (παράγραφοι 3.3.1) και περιβαλλοντικοί κίνδυνοι για την υγεία (παράγραφοι 5.2,5.3), είτε κίνδυνοι από λοιμώξεις ή από χημικά, τοξίνες και δηλητήρια.

5.6.1 Κίνδυνοι από Λοιμώξεις

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας λοιμώξεις κατά τη διάρκεια της κολύμβησης είτε αθλημάτων στο νερό μπορούν να εμφανιστούν μετά από κατάποση, εισπνοή ή επαφή με παθογόνα βακτήρια, μύκητες παράσιτα και ιούς.

Οι μικροοργανισμοί είτε υπάρχουν φυσιολογικά στο νερό είτε μεταδίδονται από ανθρώπους ή ζώα που χρησιμοποιούν το νερό είτε, ανευρίσκονται στο νερό λόγω μόλυνσης με κόπρανα. Σύμφωνα με το Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής για Επαγγελματίες Υγείας του ΚΕΛΠΝΟ οι πιο συχνά απαντώμενες λοιμώξεις είναι

- Σχιστοσυνίαση και λεπτοσπείρωση, μετά από δραστηριότητες σε νερό (πλην θαλασσινού), που μπορεί να είναι μολυσμένο στις περιοχές που ενδημούν τα ανωτέρω νοσήματα
- Διάρροια, γαστρεντερίτιδα και φαρυγγίτιδα, μετά από κολύμβηση σε πισίνες και δραστηριότητες σε spa, που δεν έχουν επαρκώς απολυμανθεί
- Λοιμώξεις από Legionella (λοιμώξεις του αναπνευστικού) και Pseudomonas aeruginosa (εξωτερική ωτίτιδα, λοιμώξεις ουροποιητικού, επιμόλυνση τραυμάτων και κερατίτιδα) μετά από δραστηριότητες σε spa και whirlpool
- Αμοιβαδική μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, μετά από κολύμβηση σε θερμό νερό λιμνών ή ποταμών, σε περιοχές με θερμό νερό (θερμική μόλυνση) λόγω συνύπαρξης βιομηχανικών εγκαταστάσεων, καθώς και σε περιοχές θερμών πηγών
- Λοιμώξεις από ιούς που προκαλούν τη μολυσματική τέρμινθα και τις μυρμηγκιές, καθώς και μυκητιάσεις δέρματος και ονύχων μετά από άμεση επαφή με άλλα άτομα ή από επαφή με μολυσμένες επιφάνειες που βρίσκονται δίπλα σε πισίνες και spa

Επίσης μετάδοση λοιμώξεων (κυρίως μυκητιάσεων-παρασιτώσεων σε τροπικές χώρες) μπορεί να γίνει κατά την επαφή γυμνού δέρματος με άμμο ή των ματιών με άμμου μέσω του αέρα.

Τέλος υπάρχει η περίπτωση λοιμώξεων από δήγματα εντόμων (βλέπε παράγραφο 5.7) που είναι φορείς λοιμωδών νοσημάτων και συγκεντρώνονται στις περιοχές που υπάρχουν λιμνάζοντα νερά.

5.6.2 Κίνδυνοι από Χημικά, Τοξίνες και Δηλητήρια

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προειδοποιεί ότι υπάρχουν 3 βασικές περιπτώσεις όπου οι λουόμενοι μπορεί να κινδυνεύσουν από χημικά, τοξίνες και δηλητήρια.

Αρχικά οι ταξιδιώτες κατά την κολύμβηση μπορεί να καταπιούν, να εισπνεύσουν ή απλά να έρθουν σε επαφή με μολυσμένο από χημικά νερό συμπεριλαμβανομένης και πετρελαιοκηλίδας.

Επίσης κίνδυνος μπορεί να υπάρξει από δήγματα ή ακόμα και απλή επαφή με δηλητηριώδεις θαλάσσιους οργανισμούς. Πιο επικίνδυνες θεωρούνται οι τροπικές θάλασσες και ειδικά ο Δυτικός Ειρηνικός , στις οποίες απαντώνται κάποια είδη τσούχτρας, θαλάσσιας ανεμώνας, κοραλλιών, ψαριών που φέρουν αγκάθια, σπόγγων, μαλακίων, θαλάσσιων φιδιών, αστεριών, αχινών, που μπορεί να προκαλέσουν τοπικές ή και σοβαρές συστηματικές αντιδράσεις.

Τέλος ιδιαίτερα επικίνδυνη κρίνεται η κατάποση, εισπνοή ή επαφή με τοξινογόνο πλαγκτόν.

5.6.3 Προληπτικά Μέτρα

Για την αποφυγή των προαναφερθέντων κινδύνων κατά την κολύμβηση, την ενασχόληση με αθλήματα στο νερό και την επαφή με την άμμο οι ταξιδιώτες πρέπει να ακολουθούν κάποιες πρακτικές συμβουλές.

Οι ταξιδιώτες θα πρέπει να αποφεύγουν την κολύμβηση σε παραλίες, όπου είναι πιθανό να υπάρχει μόλυνση από λύματα ή κόπρανα ζώων και να αποφεύγεται η κατάποση νερού κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων αναψυχής , ακόμα και αν το νερό είναι επαρκώς χλωριωμένο. Επίσης θα πρέπει να χρησιμοποιούν πάντα υποδήματα κατά τη βόλτα στις όχθες λιμνών, ποταμών και σε υγρό έδαφος. Θα πρέπει εκ των προτέρων να έχουν ενημερωθεί από τις τοπικές αρχές σχετικά με τους κινδύνους που ελλοχεύουν, όσον αφορά τους θαλάσσιους οργανισμούς αποφεύγοντας την επαφή με όλους τους επικίνδυνους θαλάσσιους

οργανισμούς. Τέλος δεν θα πρέπει να αφήνουν τις πετσέτες τους να στεγνώνουν έξω ή επάνω στο χώμα και ποτέ να μην τις απλώνουν απευθείας πάνω στην άμμο.

5.7 Κίνδυνοι από Νύγματα και Δήγματα Εντόμων και Ζώων

Τα έντομα και κυρίως τα κουνούπια αποτελούν ένα σημαντικό κίνδυνο για τους ταξιδιώτες που ταξιδεύουν σε προορισμούς όπου ενδημούν νοσήματα που μεταδίδονται με το νύγμα ή το δήγμα ενός εντόμου. Υπάρχουν νοσήματα που μεταδίδονται με το νύγμα ενός κουνουπιού όπως η ελενοσία, ο κίτρινος πυρετός, ο δάγγειος πυρετός, η ιαπωνική εγκεφαλίτιδα. Επίσης μπορεί να προκληθούν νύγματα από κρότωνα τα οποία μπορούν να προκαλέσουν διάφορες ιογενείς εγκεφαλίτιδες, αιμορραγικό πυρετό και άλλα. (WHO 2004).

Τα δήγματα ενός σκορπιού ή μιας αράχνης εκτός από επώδυνα μπορεί να είναι και επικίνδυνα αφού στο δηλητήριο τους υπάρχουν νευροτοξίνες παρόμοιες με εκείνες των φιδιών, οι οποίες προκαλούν αδυναμία, παράλυση και άλλα συμπτώματα. Όσον αφορά τα φίδια μεγαλύτερος κίνδυνος υπάρχει για τους ταξιδιώτες σε τροπικές και υποτροπικές χώρες καθώς επίσης και στις ερήμους. Τα περισσότερα δηλητηριώδη είδη δραστηριοποιούνται περισσότερο τη νύχτα. Όταν το δηλητήριο έρθει σε επαφή με τα μάτια προκαλεί σοβαρή βλάβη και μπορεί να επιφέρει και τύφλωση. Τα περισσότερα δηλητήρια φιδιών επηρεάζουν την πήξη του αίματος, γεγονός που οδηγεί σε αιμορραγία και υπόταση. Τέλος οι τοξίνες στις τρίχες αραχνών, όπως η ταραντούλα, ενδέχεται να προκαλέσουν έντονους ερεθισμούς στην επαφή με το δέρμα. Η δηλητηρίαση από σκορπιό, αράχνη ή φίδι αποτελεί επείγουσα ιατρική κατάσταση χρήζοντας άμεσης φροντίδας και ο ασθενής πρέπει να διακομιστεί στο πλησιέστερο νοσοκομείο το γρηγορότερο δυνατόν.

Τα θηλαστικά έχουν την τάση να αποφεύγουν την επαφή με τον άνθρωπο και τα περισσότερα δεν επιτίθενται αν δεν προκληθούν, με εξαίρεση κάποια μεγάλα σαρκοφάγα ζώα, ζώα που υπερασπίζονται το ζωικό τους χώρο ή τα μικρά τους καθώς επίσης και τα ζώα που νοσούν από λύσσα. Τα ζώα που νοσούν από λύσσα ακόμα και χωρίς καμία πρόκληση γίνονται επιθετικά και σε περιοχές που ενδημεί η νόσος, η λύσσα μπορεί να γίνει ο σημαντικότερος μολυσματικός κίνδυνος για την υγεία, από δείγμα ζώου. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες η λύσσα μεταδίδεται κυρίως από τα σκυλιά, αλλά και από πολλά άλλα θηλαστικά που έχουν προσβληθεί από τον ιό όπως ο πίθηκος, ακόμα και από την νυχτερίδα.

5.7.1 Προληπτικά Μέτρα Έναντι Νυγμάτων και Δηγημάτων από Έντομα

Η λήψη απαραίτητων προληπτικών μέτρων πριν, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το ταξίδι είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αποφυγή των νοσημάτων που προκαλούνται τόσο από τα νύγματα κουνουπιών και κροτώνων όσο και από τα δήγματα δηλητηριώδους φιδιού, σκορπιού ή αράχνης.

Τα προληπτικά μέτρα αφορούν στον εμβολιασμό των ταξιδιωτών έναντι των νοσημάτων, τη χημειοπροφύλαξη για κάποια νοσήματα και την τήρηση γενικών κανόνων πρόληψης.

Παρακάτω παρατίθενται γενικές συμβουλές που προτείνονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να δίνονται στους ταξιδιώτες.

- Αποφυγή ενδυμάτων που αφήνουν ακάλυπτα μέρη του σώματος
- Κάλυψη με εντομοαπωθητικά
- Χρησιμοποίηση εντομοκτόνων σκευασμάτων
- Χρησιμοποίηση κουνουπιέρας κατά τις ώρες του ύπνου, τοποθέτηση σίτας στα παράθυρα και τις πόρτες του δωματίου
- Αποφυγή περιπάτου με γυμνά πόδια ή με ανοιχτά σανδάλια εκεί που υπάρχει ο κίνδυνος ύπαρξης δηλητηριώδους φιδιού, σκορπιού ή αράχνης
- Ελέγχετε το σώμα σας και τα ρούχα σας για κρότνες κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων στη φύση και στο τέλος της μέρας , προτιμώντας να φοράτε ανοιχτόχρωμα ρούχα που κάνουν πιο εύκολο τον εντοπισμό τους.

5.7.2 Προληπτικά Μέτρα Έναντι Δηγημάτων από Ζώα

Η λύσσα αποτελεί τον πιο σημαντικό κίνδυνο από δήγματα ζώων στις περιοχές που ενδημεί. Πέρα από την αντιμετώπιση του τραύματος από δήγμα ζώου ύποπτου για λύσσα , που θα αναπτυχθεί παρακάτω, στους ταξιδιώτες θα πρέπει να δίνονται συμβουλές που ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο δήγματος από ζώα, όπως:

- Αποφυγή επαφής με κατοικίδια και άγρια ζώα, ειδικά σκύλους και μαϊμούδες σε αναπτυσσόμενες χώρες
- Μην αγγίζετε, ταιΐζετε ή προσελκύετε άγρια ζώα με ανοιχτά σκουπίδια
- Επιτηρείτε τα παιδιά, ώστε να μην πλησιάζουν, αγγίζουν, ταιΐζουν ή προκαλούν άγρια ζώα
- Εμβολιαστείτε κατά της λύσσας στην περίπτωση αυξημένου κινδύνου έκθεσης

Μετά από δήγμα ζώου, η πληγή πρέπει να καθαριστεί προσεκτικά με απολυμαντικό ή με σαπούνι ή απορρυπαντικό και νερό. Θα πρέπει να αναζητηθεί άμεσα (εντός 24 ωρών) ιατρική βοήθεια για το ενδεχόμενο λύσσας. Όταν υπάρχει σοβαρό

ενδεχόμενο λύσσας, στον ασθενή θα πρέπει να χορηγείται το μετά την έκθεση εμβολιαστικό σχήμα του αντιλυσσικού εμβολίου και ανοσοσφαιρίνη. Συστήνεται, επίσης, μετά το δήγμα του ζώου μια αναμνηστική δόση τοξοειδούς τετάνου.

Τέλος οι ταξιδιώτες που έχουν ζώα συντροφιάς θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι σκύλοι και σε μερικές χώρες και οι γάτες πρέπει να εμβολιαστούν κατά της λύσσας ώστε να μπορέσουν να ακολουθήσουν σε κάποιο διεθνές ταξίδι, γνωρίζοντας με βεβαιότητα τους κανονισμούς της χώρας προορισμού , αφού σε διάφορες χώρες όπου δεν έχει παρουσιαστεί κρούσμα λύσσας υπάρχουν και επιπρόσθετες προϋποθέσεις.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο Μεθοδολογία Έρευνας

6.1 Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής έρευνας, ήταν να διασαφηνισθεί το επιδημιολογικό πρότυπο της νοσηρότητας των τουριστών από το εξωτερικό που επισκέφτηκαν την ευρύτερη περιοχή της Καλαμάτας με βάση τις διαθέσιμες καταγραφές.

6.2 Υλικό και Σχεδιασμός Έρευνας

Αυτή είναι μια αναδρομική μελέτη αξιολόγησης δεδομένων ξένων τουριστών που επισκέφτηκαν την ευρύτερη περιοχή της Καλαμάτας στο χρονικό διάστημα 1/5/2015-30/9/2015 και ζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες. Υλικό μελέτης επιλέχθηκε το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας και τα ξενοδοχεία τριών, τεσσάρων και πέντε αστέρων της ευρύτερης περιοχής.

Στην αρχή της διερευνητικής έρευνας, διατυπώθηκε με σαφήνεια το ερευνητικό ερώτημα. Πραγματοποιήθηκε μια περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση ερευνητικών και επιστημονικών άρθρων, ώστε να αποσαφηνισθούν οι κύριες έννοιες, το περιεχόμενο και τα όρια του θέματος.

Αρχικά δόθηκαν ερωτηματολόγια στα ξενοδοχεία της ευρύτερη περιοχής, για να μελετηθεί ο αριθμός των ξένων τουριστών που αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες εντός των ξενοδοχειακών μονάδων που διέμεναν για το χρονικό διάστημα 1/5/2015-30/9/2015 και ο τρόπος διαχείρισης της κάθε περίπτωσης. Συλλέχτηκαν συμπληρωμένα 10 ερωτηματολόγια περιπτώσεων αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών εντός των ξενοδοχειακών μονάδων.

Εν συνεχεία και κατόπιν σχετικής άδειας από την 6^η ΥΠΕ ακολούθησε συλλογή δεδομένων από τα αρχεία των Τ.Ε.Π. του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας όπου κατεγράφησαν 148 περιπτώσεις ξένων τουριστών που απευθύνθηκαν στο Γ.Ν.Κ. το χρονικό διάστημα 1/5/2015-30/9/2015 . Ακολούθησε η κωδικοποίηση στοιχείων και δεδομένων που κατεγράφησαν, η στατιστική τους επεξεργασία, η διεξαγωγή αποτελεσμάτων και η ερμηνεία τους.

6.3 Συλλογή Δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων έγινε τόσο από το τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας όσο και από ξενοδοχεία τριών, τεσσάρων και πέντε αστέρων της ευρύτερης περιοχής στα οποία διέμεναν τουρίστες από το εξωτερικό και αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες.

Για κάθε ασθενή συλλέχθηκαν τα εξής δεδομένα: ηλικία, φύλο, χώρα προέλευσης, τόπος αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών-σημείο εξέτασης, μήνας επίσκεψης, ιατρική διάγνωση.

Ως τόπος αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών κατηγοριοποιήθηκαν τα εξής σημεία εξέτασης: ξενοδοχείο, παθολογικό ΤΕΠ, χειρουργικό ΤΕΠ, ορθοπεδικό ΤΕΠ, οφθαλμολογικό ΤΕΠ, παιδιατρικό ΤΕΠ.

Όλες οι ιατρικές διαγνώσεις κατηγοριοποιήθηκαν σε μία από τις ακόλουθες κλινικές κατηγορίες : αναπνευστικό, δερματολογικό, πεπτικό, καρδιολογικό, νευρολογικό, ουρολογικό, τραύμα, ορθοπεδικό, οφθαλμολογικό, Ω.Ρ.Λ. και παιδιατρικό. Για το παιδιατρικό ορίσθηκαν ασθενείς ηλικίας κάτω των 18 ετών.

6.4 Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSSStatistics 23 για Windows.Χρησιμοποιήθηκε απλή περιγραφική στατιστική, με τη χρήση κατανομής συχνοτήτων και επαγωγική για τις διάφορες συσχετίσεις. Στα διάφορα βήματα της διαδικασίας η ερμηνεία των αποτελεσμάτων διερευνήθηκε με την περιγραφή στατιστικών πινάκων.

Αρχικά αναλύθηκαν και μελετήθηκαν οι σχετικές συχνότητες των ασθενών ως προς το φύλο, την ηλικία τη χώρα προέλευσης, τη νοσηρότητα , το μήνα επίσκεψης, το σημείο εξέτασης και την προέλευση των δεδομένων(ξενοδοχεία- ΤΕΠ). Στη συνέχεια μελετήθηκε η συσχέτιση του φύλου και του σημείου εξέτασης, του φύλου με τη νοσηρότητα και του φύλου με τον μήνα της επίσκεψης. Τέλος πραγματοποιήθηκε ανάλυση σε σχέση του τύπου εξέτασης, του φύλου και της νοσηρότητας.

Η κατανομή των μεταβλητών στις συγκεκριμένες ομάδες έχει γίνει με έλεγχο χ^2 και MannWhitneytest. Για τον αμφίπλευρο έλεγχο υποθέσεων ορίστηκαν P-values. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο $P < 0.05$.

6.5 Ηθική Δεοντολογία

Κατά τη διάρκεια σχεδιασμού και διεξαγωγή της παρούσας έρευνας τηρήθηκαν όλες οι θεμελιώδεις ηθικές και δεοντολογικές αρχές. Ειδικότερα η συμμετοχή των ξενοδοχειακών μονάδων ήταν εθελοντική και εξασφαλίστηκε η ανωνυμία τους. Όσον αφορά τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων από το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, ζητήθηκε και παραχωρήθηκε ειδική άδεια από την 6η ΥΠΕ. Τηρήθηκε πλήρη εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούσαν τους συμμετέχοντες και διαφυλάχτηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^οΑποτελέσματα

7.1 Ανάλυση και Σχολιασμός Δημογραφικών Στοιχείων

Αρχικά για την επίτευξη των στόχων της μελέτης επιλέχθηκαν τυχαία ξενοδοχεία τριών, τεσσάρων και πέντε αστέρων της ευρύτερης περιοχής της Καλαμάτας τα οποία κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με πελάτες τους, μόνο τουρίστες από το εξωτερικό, που αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες εντός των ξενοδοχειακών μονάδων το χρονικό διάστημα 1/5/2015-30/9/2015. Συλλέχθηκαν συμπληρωμένα 10 ερωτηματολόγια περιπτώσεων αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών εντός των ξενοδοχειακών μονάδων.

Παράλληλα συλλέχθηκαν από το τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας 148 περιπτώσεις τουριστών από το εξωτερικό που αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Από τον πίνακα 7.1.1 συμπεραίνουμε ότι στο σύνολο των 158 ασθενών-τουριστών της παρούσας μελέτης, το 93,7% ασθενών τουριστών αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας ενώ μόλις το 6,3 % αναζήτησαν υπηρεσίες εντός της ξενοδοχειακής μονάδας που διέμεναν.

Πίνακας 7.1.1 Κατανομή ασθενών- τουριστών τόπου αναζήτησης ιατρικής βοήθειας

ΤΟΠΟΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΤΟΥΡΙΣΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ	10	6,3
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	148	93,7
ΣΥΝΟΛΟ	158	100,00

Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Όσον αφορά το φύλο των ασθενών το 50,6% ήταν άνδρες, το 38,0 % γυναίκες, το 8,2 % αγόρια και το 3,2 % κορίτσια. Ως αγόρια ή κορίτσια ορίστηκαν ασθενείς που δεν είχαν συμπληρώσει το 18 έτος της ηλικίας τους. Ακολουθεί σχετικός πίνακας της κατανομής ασθενών ανά φύλο(πίνακας 7.1.2).

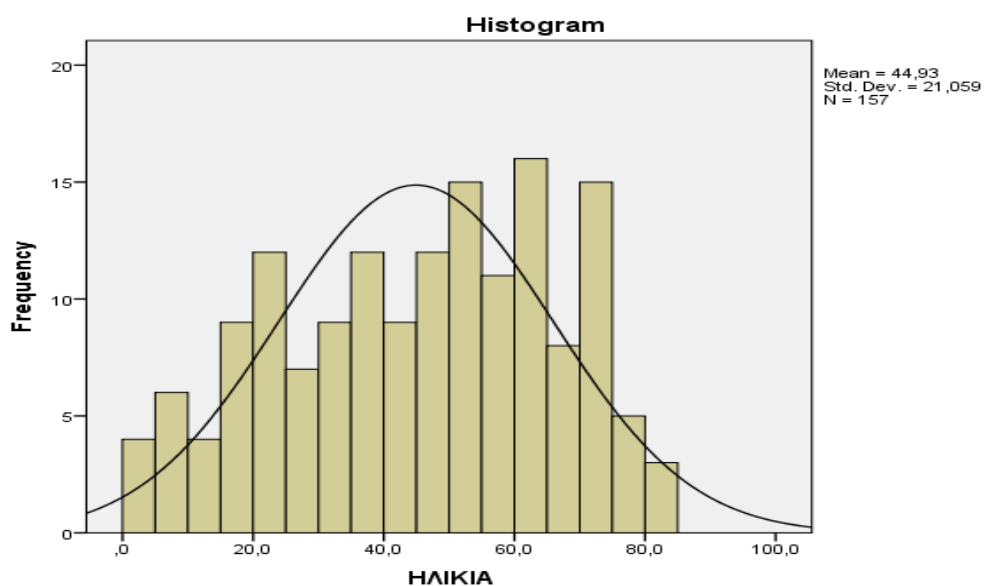
Πίνακας 7.1.2 Κατανομή ασθενών ανά Φύλο

ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΑΣ	80	50,6
ΓΥΝΑΙΚΑ	60	38,0
ΑΓΟΡΙ	13	8,2
ΚΟΡΙΤΣΙ	5	3,2
ΣΥΝΟΛΟ	158	100,00

Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Από όλους τους ασθενείς μόνο ένας βρέθηκε χωρίς στοιχεία για την ηλικία του. Η διερεύνηση του ηλικιακού προτύπου των ασθενών τουριστών έδειξε ότι η μέση ηλικία ήταν 44,93 έτη με μικρότερο ηλικιακά ασθενή 2,5 ετών και μεγαλύτερο 84 ετών. Ακολουθεί σχετικό ιστόγραμμα συχνοτήτων της κατανομής της ηλικίας των ασθενών- τουριστών (Διάγραμμα 7.1.1).

Διάγραμμα 7.1.1 Ιστόγραμμα συχνοτήτων ηλικίας ασθενών-τουριστών



Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Η ταξινόμηση των ασθενών κατά εθνικότητα έγινε με βάση την καταγραφή της χώρας προέλευσης τους. Για 24 ασθενείς-τουρίστες (15,2 % του δείγματος) αν και γινόταν αναφορά πως πρόκειται για κατοίκους εξωτερικού στα βιβλία ασθενών των ΤΕΠ, δεν είχε καταγραφεί η χώρα προέλευσης τους.

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των περιστατικών κατέχουν Γερμανοί, Άγγλοι και Ιταλοί με ποσοστά 25,9 %, 15,8 % και 13,9% αντίστοιχα. Ακολουθούν οι Ρώσοι με 8,9%, οι Γάλλοι με 4,4 %, οι Αυστριακοί και οι Ολλανδοί με 3,2%, οι Σουηδοί με 2,5% , οι Αμερικάνοι, οι Καναδοί και οι Τούρκοι με ποσοστό 1,3%. Τέλος με ποσοστό 0,6 % υπήρξαν περιστατικά από Αρμενία, Αυστραλία, Δανία και Ρουμανία. Ακολουθεί σχετικός πίνακας (7.1.3).

Πίνακας 7.1.3 Αριθμός ασθενών ανά χώρα προέλευσης

ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΝΩΣΤΗ	24	15,2
ΑΓΓΛΙΑ	25	15,8
ΑΜΕΡΙΚΗ	2	1,3
ΑΡΜΕΝΙΑ	1	0,6
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	1	0,6
ΑΥΣΤΡΙΑ	5	3,2
ΓΑΛΛΙΑ	7	4,4
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	41	25,9
ΔΑΝΙΑ	1	0,6
ΙΤΑΛΙΑ	22	13,9
ΚΑΝΑΔΑ	2	1,3
ΛΕΥΚΩΡΩΣΙΑ	1	0,6
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	5	3,2
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	1	0,6
ΡΩΣΙΑ	14	8,9
ΣΟΥΗΔΙΑ	4	2,5
ΤΟΥΡΚΙΑ	2	1,3
ΣΥΝΟΛΟ	158	100,00

Πηγή : Ιδία επεξεργασία

7.2 Ανάλυση και Σχολιασμός Νοσηρότητας

Το εύρος των διαγνώσεων που αφορούσε τη νοσηρότητα των τουριστών στην ευρύτερη περιοχή της Καλαμάτας τη χρονική περίοδο από 11/5/2015-30/9/2015 συμπεριλάμβανε : Αναπνευστικές λοιμώξεις, δερματολογικές λοιμώξεις, λοιμώξεις πεπτικού, καρδιολογικά και νευρολογικά προβλήματα, λοιμώξεις ουροποιητικού, τραύματα και μυοσκελετικά προβλήματα, παθήσεις των οφθαλμών, παιδιατρικά καθώς επίσης και παθήσεις ώτων . Ακολουθεί ο σχετικός πίνακας 7.2.1.

Πίνακας 7.2.1 Κατανομή τύπου νοσηρότητας στο σύνολο των προσελθέντων ασθενών

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	21	13,3
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	18	11,4
ΠΕΠΤΙΚΟ	27	17,1
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	2	1,3
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	10	6,3
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	4	2,5
ΤΡΑΥΜΑ	39	24,7
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	13,3
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	4	2,5
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	7	4,4
Ω.Ρ.Λ.	5	3,2
ΣΥΝΟΛΟ	158	100,0

Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Πιο συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό 24,7% του συνόλου των περιστατικών ήταν τραύματα μετά από πτώση κυρίως από ίδιο ύψος και από ποδήλατα.

Οι λοιμώξεις του γαστρεντερικού αποτελούσαν το 17,1% του συνόλου των περιστατικών με ή χωρίς συνοδό εμπύρετου.

Τόσο οι αναπνευστικές λοιμώξεις όσο και τα ορθοπεδικά προβλήματα συγκέντρωσαν ποσοστό 13,3% του συνόλου των περιστατικών. Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού αντιπροσωπεύονταν κυρίως από ιογενείς συνδρομές που αφορούσαν το ανώτερο αναπνευστικό, ενώ τα ορθοπεδικά αφορούσαν κυρίως θλαστικά τραύματα, κακώσεις αρθρώσεων διαστρέμματα και κατάγματα που προέρχονταν είτε από πτώσεις είτε από τροχαία ατυχήματα.

Ακολούθησαν οι δερματολογικές παθήσεις με ποσοστό 11,4% και νευρολογικής φύσεως προβλήματα με ποσοστό 6,3% του συνόλου των περιστατικών. Όσον αφορά τις δερματολογικές παθήσεις από τα 18 άτομα τα 5 περιστατικά ήταν μετά από έκθεση στον ήλιο και τα 7 παρουσίασαν δερματικά εξανθήματα μετά από αλλεργίες.

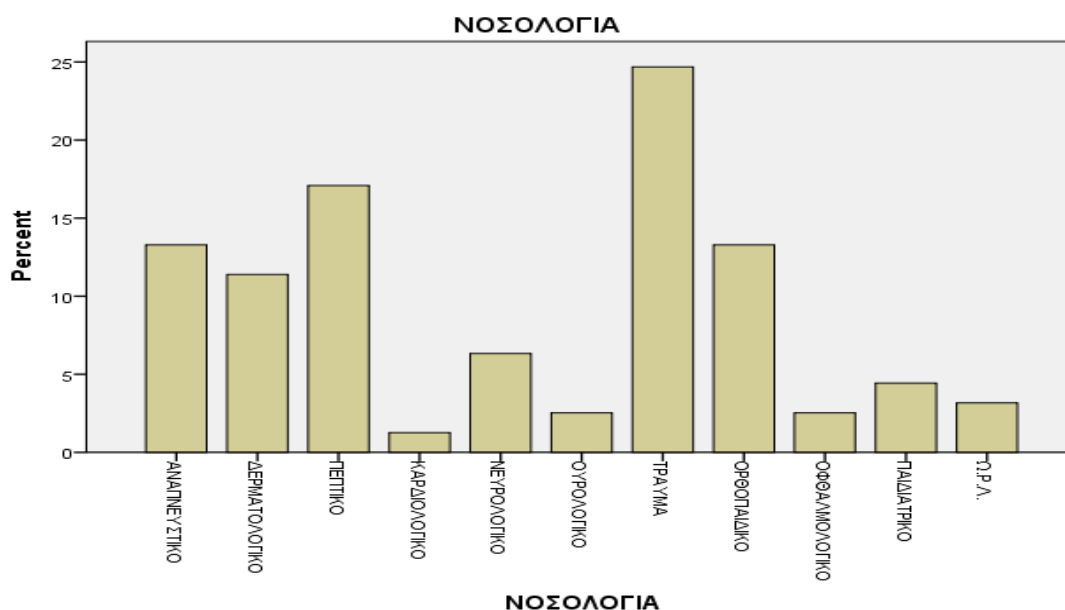
Οι παθήσεις των ώτων-ρινός-λάρυγγα αποτελούσαν το 3,2 % του συνόλου των περιστατικών.

Οι παθήσεις των οφθαλμών αποτελούσαν το 2,5% του συνόλου των περιστατικών εκ των οποίων το 50% αφορούσε επιπεφυκίτιδες αλλεργικής αιτιολογίας και το υπόλοιπο 50% τραυματισμό. Στο ίδιο ποσοστό ήταν και οι παθήσεις του ουροποιητικού που αφορούσαν παθήσεις όπως ουρολοιμώξεις και κολικούς νεφρών.

Καρδιολογικά προβλήματα παρουσίασαν 2 ασθενείς, δηλαδή το 1,3% του συνόλου των περιστατικών.

Τέλος όσον αφορά τα παιδιατρικά περιστατικά που εισήχθησαν στο παιδιατρικό τμήμα ήταν 7 περιπτώσεις 4,4% του συνόλου των περιστατικών εκ των οποίων 2 παιδιά είχαν προβλήματα ώτων, 2 γαστρεντερικά, 2 αναπνευστικά και 1 δερματολογικό μετά από υπερβολική έκθεση στον ήλιο. Ακολουθεί το σχετικό Διάγραμμα 7.2.1.

Διάγραμμα 7.2.1 Κατανομή τύπου νοσηρότητας στο σύνολο των προσελθέντων ασθενών



Πηγή : Ιδία επεξεργασία

7.3 Μελέτη Νοσηρότητας σε Σχέση με το Φύλο

Η συχνότητα στην εμφάνιση ορισμένων νόσων ήταν μεγαλύτερη ή αποκλειστική για τους ενήλικες (άνδρες, γυναίκες >18 ετών) σε σχέση με τα παιδιά (αγόρια, κορίτσια < 18 ετών).

Συγκεκριμένα στους άνδρες παρατηρήθηκε το τραύμα ως στατιστικά σημαντικό ($p < 0,001$) με 20 περιπτώσεις ασθενών, ενώ ακολούθησαν τα αναπνευστικά προβλήματα με 14 περιπτώσεις, τα πεπτικά με 12, δερματολογικά με 10, και κάτω των 10 περιπτώσεων ορθοπεδικά, νευρολογικά, ουρολογικά, οφθαλμολογικά και Ω.Ρ.Λ. Κανένα καρδιολογικό περιστατικό δεν παρατηρήθηκε.

Όσον αφορά τις γυναίκες το τραύμα θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό ($p < 0,001$) με 15 περιπτώσεις και ακολούθησαν οι λοιμώξεις του πεπτικού με 14 περιστατικά και τα ορθοπεδικά προβλήματα με 10 περιστατικά. Κάτω των 10 περιστατικών ακολούθησαν δερματολογικά, αναπνευστικά, νευρολογικά, καρδιολογικά και οφθαλμολογικής φύσεως προβλήματα. Δεν υπήρξε καμία περίπτωση ουρολογικού και Ω.Ρ.Λ. περιστατικού. Ακολουθεί ο σχετικός πίνακας 7.3.1

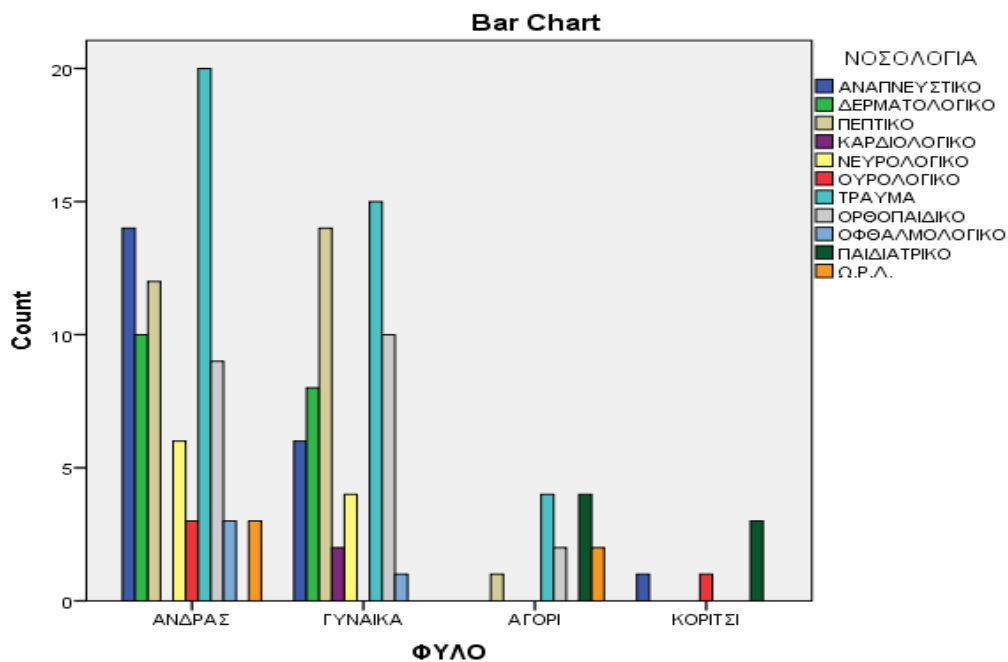
Πίνακας 7.3.1 Νοσηρότητα σε σχέση με το φύλο

ΦΥΛΟ	ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ											Σύν/Λο
	ΑΝΑΠ/ΛΙΚΟ	ΔΕΡ/ΓΙΚΟ	ΠΕΠΤΙΚΟ	ΚΑΡΔ/ΙΚΟ	ΝΕΥ/ΙΚΟ	ΟΥΡ/ΙΚΟ	ΤΡΑΥΜΑ	ΟΡΘ/ΔΙΚΟ	ΟΦΘ/ΙΚΟ	ΠΑΙΔ/ΙΚΟ	Ω.Ρ.Λ.	
ΑΝΔ	14	10	12	0	6	3	20	9	3	0	3	80
ΓΥΝ	6	8	14	2	4	0	15	10	1	0	0	60
ΑΓΟ	0	0	1	0	0	0	4	2	0	4	2	13
ΚΟΡ	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	5
Συν/Λο	21	18	27	2	10	4	39	21	4	7	5	158

Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Όσον αφορά τα παιδιά τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια δεν αναζήτησαν καθόλου υπηρεσίες δερματολογικής, καρδιολογικής, νευρολογικής και οφθαλμολογικής φύσεως.

Διάγραμμα 7.3.1 Νοσηρότητα σε σχέση με το φύλο



Πηγή : Ιδία επεξεργασία

7.4 Μελέτη Νοσηρότητας αν Τμήμα Αναζήτησης Ιατρικών Υπηρεσιών

Το 6,3% του συνόλου των περιπτώσεων αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες εντός των ξενοδοχειακών μονάδων στις οποίες διέμεναν. Από αυτούς 2 ήταν παιδιά και 8 ενήλικες. Τα 4 περιστατικά παρουσίασαν λοίμωξη πεπτικού, τα 2 λοίμωξη αναπνευστικού και από ένα περιστατικό δερματολογική, ουροποιητική, νευρολογική πάθηση και μία κάκωση μετά από πτώση. Το 50 % των περιπτώσεων δεν μπόρεσαν να αντιμετωπιστούν εντός των ξενοδοχειακών μονάδων πραγματοποιήθηκε διακομιδή στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας.

Το παθολογικό καθώς και το χειρουργικό τμήμα των ΤΕΠ του νοσοκομείου Καλαμάτας δέχθηκαν ισάριθμα τους περισσότερους ασθενείς (51 περιπτώσεις στο καθένα) εξυπηρετώντας το 64,6% του συνόλου των περιπτώσεων. Επίσης μεγάλο ποσοστό ασθενών εξυπηρέτησε το ορθοπεδικό τμήμα των ΤΕΠ (22,2%), ενώ ακολούθησαν το παιδιατρικό και το οφθαλμολογικό τμήμα των ΤΕΠ με 4,4 % και 2,5% ποσοστά αντίστοιχα. Ακολουθεί ο σχετικός πίνακας 7.4.1.

Πίνακας 7.4.1 Νοσηρότητα ανά τμήμα αντιμετώπισης περιστατικού

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ	10	6,3
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΕΠ	51	32,3
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΕΠ	51	32,3
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΤΕΠ	35	22,2
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΤΕΠ	4	2,5
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΤΕΠ	7	4,4
ΣΥΝΟΛΟ	158	100,0

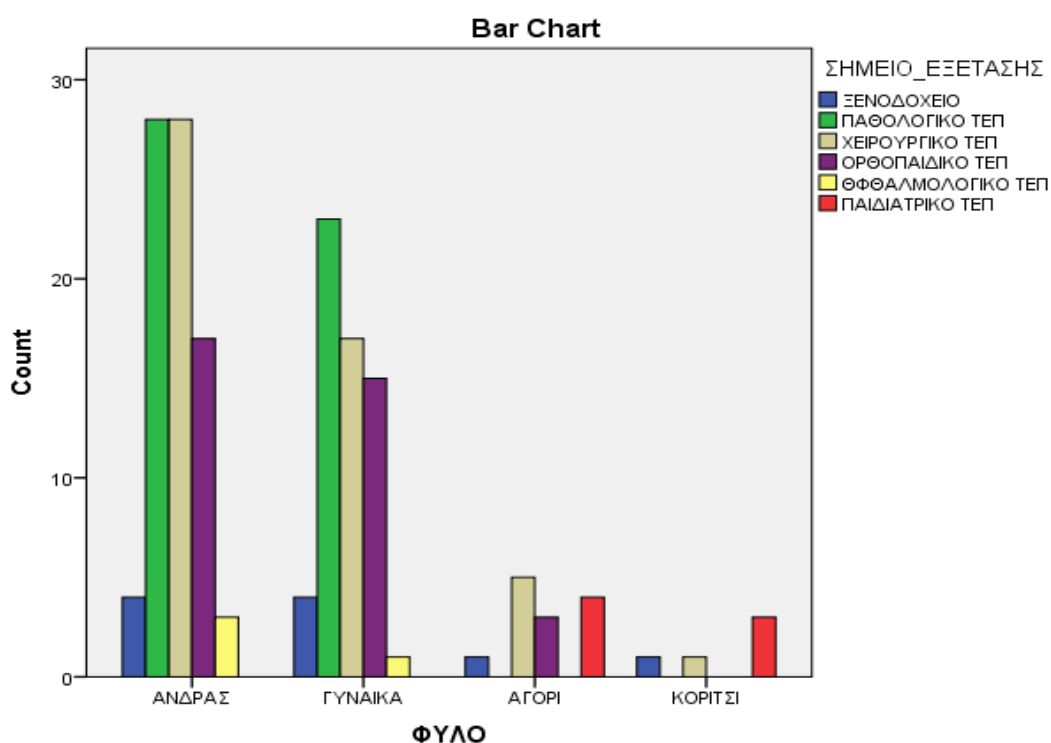
Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Από τους συνολικά 148 ασθενείς που αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες στο Τ.Ε.Π. του Γ.Ν.Κ., μόλις στις 11 περιπτώσεις έγινε εισαγωγή στην αντίστοιχη κλινική δηλαδή το 7,4 % των συνολικών περιπτώσεων. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι οι περισσότερες

από τις περιπτώσεις αυτές θα μπορούσαν με σωστή καθοδήγηση- ενημέρωση, να αντιμετωπιστούν είτε εντός των ξενοδοχειακών μονάδων από ιατρικό προσωπικό που οι ίδιες διαθέτουν είτε από ιδιώτες ιατρούς της ευρύτερης περιοχής της Καλαμάτας.

Παράλληλα μελετήθηκε η σχέση μεταξύ του φύλου και του σημείου εξέτασης χωρίς να προκύπτει στατιστική σημαντική διαφορά ($p > 0,001$). Ως φύλο ορίστηκαν άνδρες, γυναίκες, αγόρια, κορίτσια και ως σημείο εξέτασης ξενοδοχείο, Παθολογικό Τ.Ε.Π., Χειρουργικό Τ.Ε.Π., Ορθοπεδικό Τ.Ε.Π., Οφθαλμολογικό Τ.Ε.Π. και Παιδιατρικό Τ.Ε.Π.. Ακολουθεί το σχετικό διάγραμμα 7.4.1.

Διάγραμμα 7.4.1 Σχέση φύλου και σημείου εξέτασης



Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Από τους άνδρες 4 περιπτώσεις αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες στο ξενοδοχείο, 28 στο Παθολογικό Τ.Ε.Π., 28 στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π., 17 στο Ορθοπεδικό Τ.Ε.Π., 3 στο Οφθαλμολογικό Τ.Ε.Π. και κανένας στο Παιδιατρικό Τ.Ε.Π.

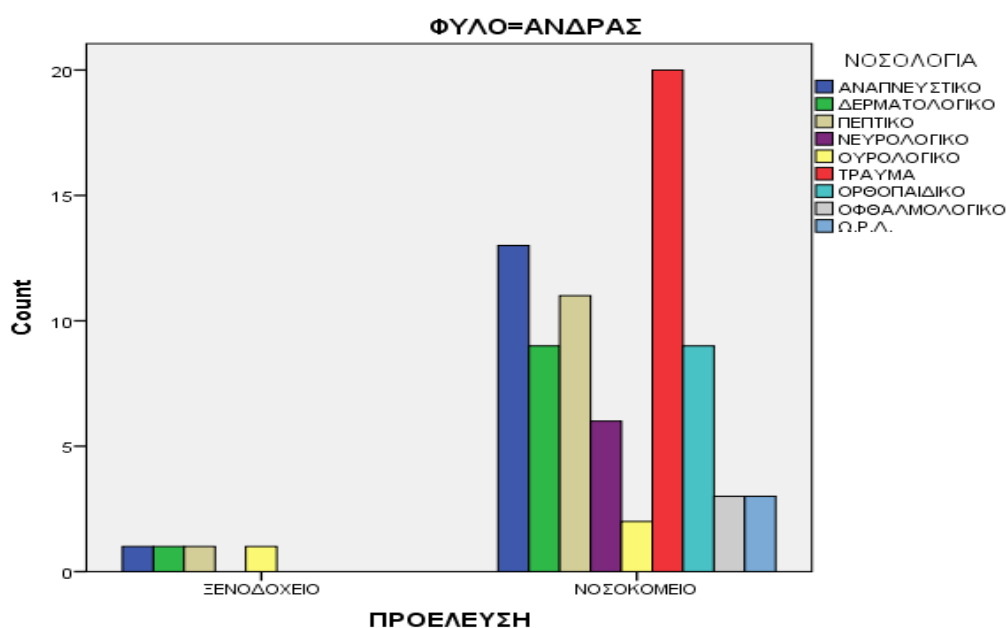
Από τις γυναίκες 4 περιπτώσεις αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες στο ξενοδοχείο, 23 στο Παθολογικό Τ.Ε.Π., 17 στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π., 15 στο Ορθοπεδικό Τ.Ε.Π., 1 στο Οφθαλμολογικό Τ.Ε.Π. και καμία στο Παιδιατρικό Τ.Ε.Π.

Από τα αγόρια 1 περίπτωση αναζήτησε ιατρικές υπηρεσίες στο ξενοδοχείο, κανένα στο Παθολογικό Τ.Ε.Π., 5 στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π., 3 στο Ορθοπαιδικό Τ.Ε.Π., κανένα στο Οφθαλμολογικό Τ.Ε.Π. και 4 στο Παιδιατρικό Τ.Ε.Π.

Από τα κορίτσια ένα αναζήτησε ιατρικές υπηρεσίες στο ξενοδοχείο, κανένα στο Παθολογικό Τ.Ε.Π., 1 στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π., κανένα στο Ορθοπαιδικό Τ.Ε.Π., κανένα στο Οφθαλμολογικό Τ.Ε.Π. και 3 στο Παιδιατρικό Τ.Ε.Π.

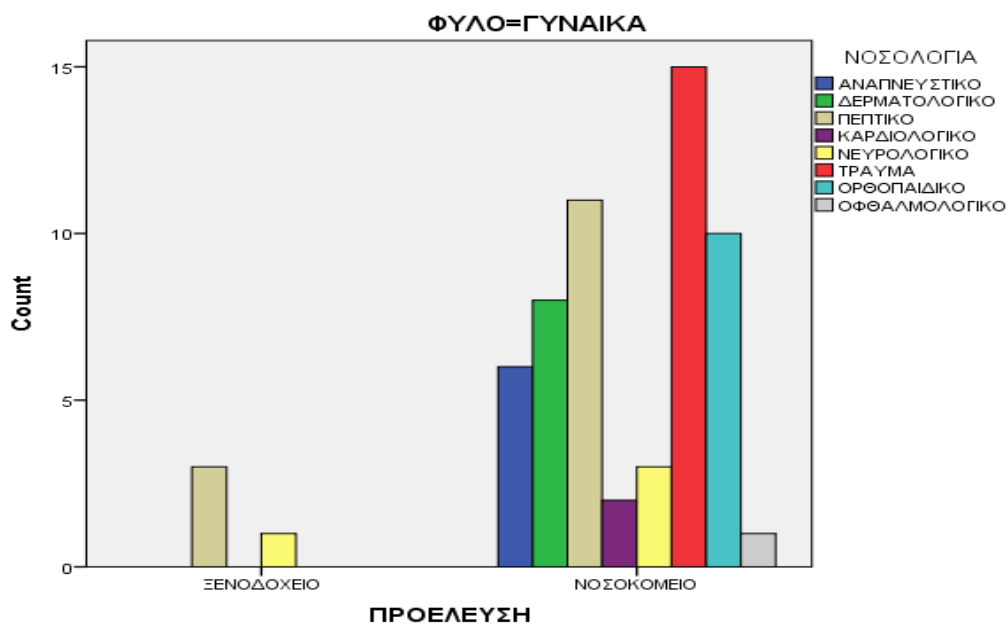
Μελετήθηκε επίσης ο τύπος της νοσηρότητα σε σχέση με το αν οι ιατρικές υπηρεσίες αναζητήθηκαν από τους ασθενείς - τουρίστες εντός των ξενοδοχειακών μονάδων είτε στο σύνολο των Τ.Ε.Π του Γ.Ν.Κ. χωρίς στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p>0,001$) και για τα 4 φύλα (άνδρες, γυναίκες, αγόρια, κορίτσια). Ακολουθούν τα 4 σχετικά διαγράμματα.

Διάγραμμα 7.4.2 Σχέση νοσηρότητας ανδρών με σημείο εξέτασης



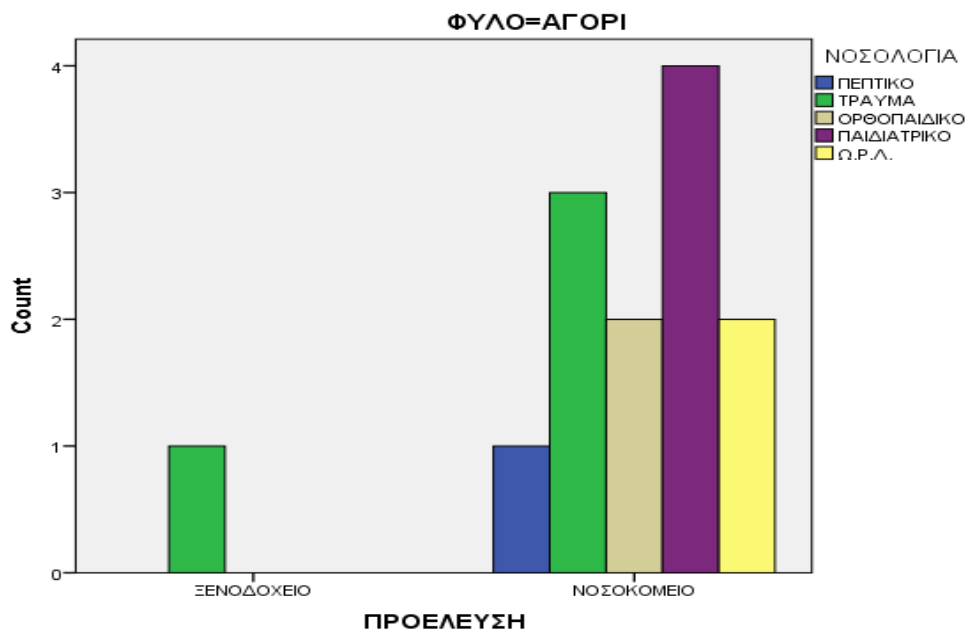
Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Διάγραμμα 7.4.3 Σχέση νοσηρότητας γυναικών με σημείο εξέτασης



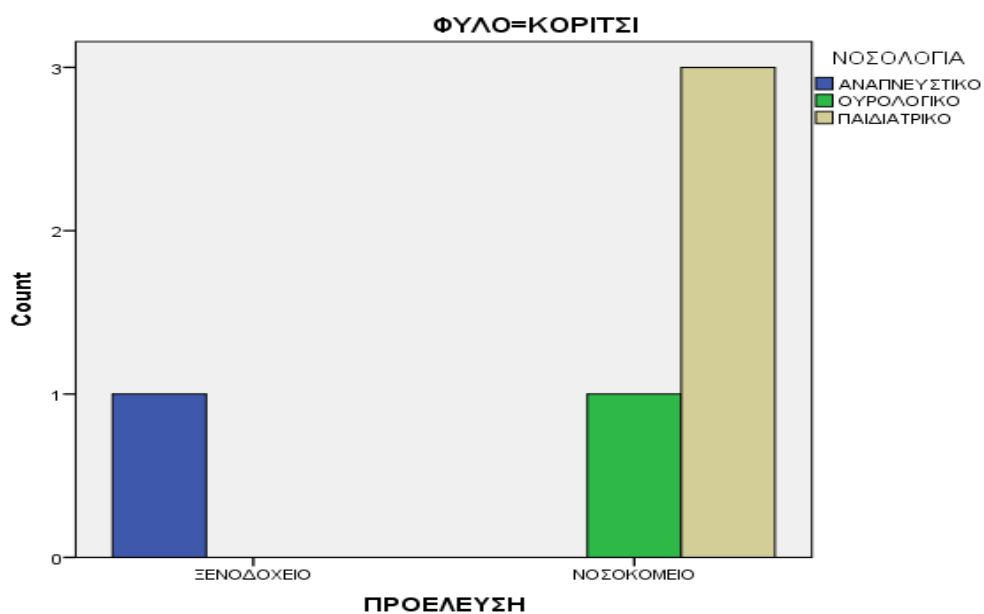
Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Διάγραμμα 7.4.4 Σχέση νοσηρότητας αγοριών με σημείο εξέτασης



Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Διάγραμμα 7.4.5 Σχέση νοσηρότητας κοριτσιών με σημείο εξέτασης



Πηγή : Ιδία επεξεργασία

7.5 Μελέτη Νοσηρότητας ανά Μήνα Αναζήτησης Ιατρικών Υπηρεσιών

Το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού αριθμού των ξένων τουριστών αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες στο Τ.Ε.Π. του Γ.Ν.Κ. το μήνα Ιούλιο (26,6%) και ακολούθησε ο Αύγουστος(24,7%),ο Ιούνιος(19,6%),ο Μάιος (17,1%) και τέλος ο Σεπτέμβριος(5,7%). Ακολουθεί ο σχετικός πίνακας 7.5.1.

Σημειώνεται ότι όσον αφορά τους ξένους τουρίστες που αναζήτησαν υπηρεσίες εντός των ξενοδοχειακών μονάδων δεν υπήρξαν πληροφορίες για το μήνα αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών. Γι' αυτό το 6,3% των συνολικών περιπτώσεων δεν λήφθηκε υπόψη στις μετρήσεις που έχουν να κάνουν με το μήνα αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών.

Πίνακας 7.5.1 Περιστατικά ασθενών-τουριστών ανά μήνα

ΜΗΝΑΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΤΟΥΡΙΣΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΜΑΙΟΣ	27	17,1
ΙΟΥΝΙΟΣ	31	19,6
ΙΟΥΛΙΟΣ	42	26,6
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	39	24,7
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	9	5,7
ΣΥΝΟΛΟ	148	93,7
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΩΝ	10	6,3
ΣΥΝΟΛΟ	158	100,0

Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Από τη μελέτη επίσης που πραγματοποιήθηκε σε σχέση με το φύλο και το μήνα αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών, συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά ($p=0.481>0.001$), άρα ανάγκη για ιατρικές υπηρεσίες υπάρχει όλους τους μήνες(Μάιο, Ιούνιο, Ιούλιο, Αύγουστο, Σεπτέμβριο).

Πίνακας 7.5.2 Περιστατικά ασθενών-τουριστών ανά φύλο σε σχέση με το μήνα

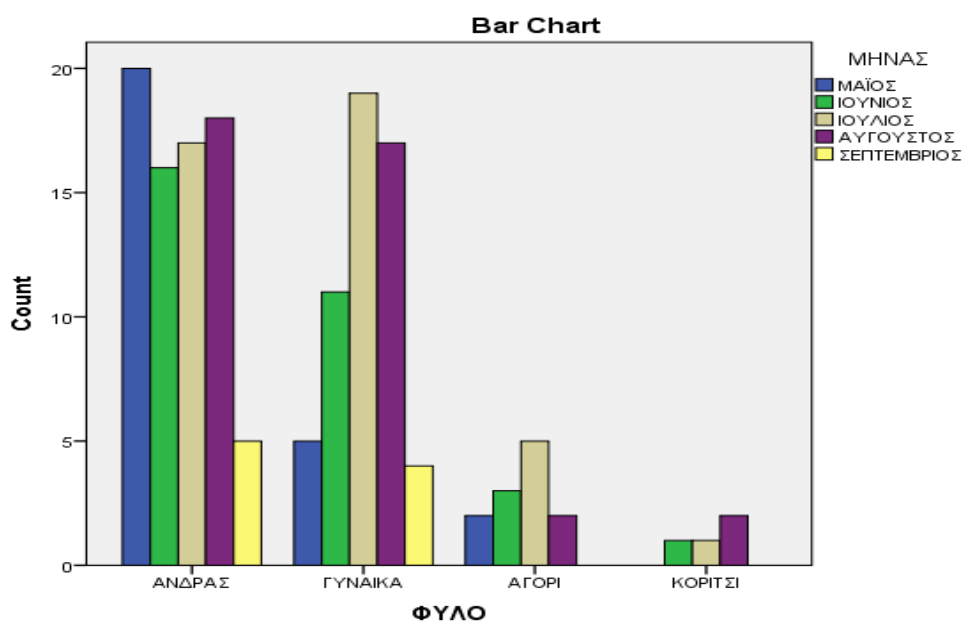
	ΜΗΝΑΣ					ΣΥΝΟΛΟ
	ΜΑΪΟΣ	ΙΟΥΝΙΟΣ	ΙΟΥΛΙΟΣ	ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	
ΑΝΔΡΑΣ	20	16	17	18	5	76
ΓΥΝΑΙΚΑ	5	11	19	17	4	56
ΑΓΟΡΙ	2	3	5	2	0	12
ΚΟΡΙΤΣΙ	0	1	1	2	0	4
ΣΥΝΟΛΟ	27	31	42	39	9	148

Πηγή : Ιδία επεξεργασία

Πιο συγκεκριμένα στις 76 περιπτώσεις ανδρών, οι 20 αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες το Μάιο, οι 16 τον Ιούνιο, 17 τον Αύγουστο και 5 το Σεπτέμβριο. Στις 56 γυναίκες οι 5 αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες το Μάιο, οι 11 τον Ιούνιο, 19 τον

Αύγουστο και 17 το Σεπτέμβριο. Αντίστοιχα στα αγόρια 2 αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες το Μάιο, 3 τον Ιούνιο, 5 τον Αύγουστο και 2 το Σεπτέμβριο και στα κορίτσια 0 το Μάιο, 1 τον Ιούνιο, 1 τον Αύγουστο και 1 το Σεπτέμβριο. Ακολουθεί σχετικό διάγραμμα 7.5.1

Διάγραμμα 7.5.1 Περιστατικά ασθενών-τουριστών ανά φύλο σε σχέση με το μήνα



Πηγή : Ιδία επεξεργασία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο Συζήτηση

Σε έρευνες (HillDR. 2000; HSiikamakietal 2015) που διεξήχθησαν πάνω από το 50% εκείνων που ταξιδεύουν από τις αναπτυγμένες προς τις αναπτυσσόμενες χώρες παρουσιάζουν προβλήματα υγείας ενώ βρίσκονται στο εξωτερικό, ενώ το 8% εξ' αυτών αναγκάζεται να παραμείνει στο κρεβάτι κατά τη διάρκεια του ταξιδιού του.

Όσον αφορά τους ταξιδιώτες αυτούς ελλοχεύει ο κίνδυνος να μολυνθούν από κάποιο λοιμώδες νόσημα, αφού τα λοιμώδη νοσήματα ευθύνονται για τις μισές περίπου νοσήσεις και θανάτους στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες. Έχει υπολογιστεί ότι το 45% έως 70% των Αμερικανών που ταξίδεψαν στις αναπτυσσόμενες χώρες παρουσίασαν κάποια μη θανατηφόρο λοιμώδη ασθένεια, με πιο συχνές τη διάρροια των ταξιδιωτών και τις λοιμώξεις του αναπνευστικού (SteffenR. Etal 2003; BehrensRHetal 1995; CentersforDiseaseControlandPrevention 1997).

Μελέτες για τη νοσηρότητα στους ταξιδιώτες από την Ευρώπη έχουν δείξει ότι υπάρχει ανάγκη να ξεπεραστεί η αντίληψη ότι οι Ευρωπαίοι που ταξιδεύουν σε κοντινούς προορισμούς, «κοντά στο σπίτι τους στην Ευρώπη» δεν διατρέχουν κινδύνους για την υγεία τους. Επίσης επισημαίνεται ότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για τη δημόσια υγεία από την εισαγωγή λοιμώξεων και ότι θα πρέπει οι ταξιδιώτες να ενημερώνονται από τους αρμόδιους φορείς, οι οποίοι λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα των ερευνών θα πρέπει να ιεραρχήσουν τις στρατηγικές παρέμβασης πριν το ταξίδι και τη λήψη αποφάσεων για μετά(GautretP. etal 2009; VanessaFieldatal 2010;S.Odoliniatal 2011; GautretP. etal 2012;SchlagenhaufP. etal2014). Παρότι λοιπόν η Ευρώπη δέχεται πάνω από το 50% του τουρισμού παγκοσμίως(UNWTO 2016) έρευνες (FildV. etal 2010 ; GautretP. etal 2009) έχουν δείξει ότι λίγα είναι γνωστά όσον αφορά τις ασθένειες που πλήττουν τους ταξιδιώτες στις αναπτυγμένες περιοχές του κόσμου όπως είναι η Ευρώπη.

Στην Ελλάδα, απ' την βιβλιογραφική και ορθογραφική ανασκόπηση, εντοπίστηκαν λίγες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έως σήμερα, οι οποίες περιγράφουν τη νοσηρότητα των ξένων ταξιδιωτών για διάφορες περιοχές της Ελλάδας.

Στο πλαίσιο αυτό θεωρήθηκε πολύ ενδιαφέρον να διασαφηνισθεί το επιδημιολογικό πρότυπο της νοσηρότητας των ξένων τουριστών που επισκέφτηκαν την Καλαμάτα, έναν προορισμό με ραγδαίους ρυθμούς αύξησης αφίξεων από το εξωτερικό (M.Markakisetal,2014;SETE ,2015), με βάση τις διαθέσιμες καταγραφές, με απώτερο σκοπό στο μέλλον να εκτιμηθούν οι φυσικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που την επηρεάζουν.

Το δείγμα της παρούσας έρευνας ήταν στο σύνολο του 158 ασθενείς-τουρίστες, από το οποίο το 93,7% ασθενών τουριστών αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες στο Τ.Ε.Π. του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, ενώ μόλις το 6,3 % αναζήτησαν υπηρεσίες εντός της ξενοδοχειακής μονάδας που διέμενε. Όσον αφορά το φύλο των ασθενών το 50,6% ήταν άνδρες, το 38,0 % γυναίκες, το 8,2 % αγόρια και το 3,2 % κορίτσια. Ως αγόρια ή κορίτσια ορίστηκαν ασθενείς που δεν είχαν συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας τους.

Η μελέτη αυτή έδειξε ότι οι 4 πιο συχνές παθήσεις στο σύνολο του δείγματος ήταν:

24,7% του συνόλου των περιστατικών τραύματα μετά από πτώση κυρίως από ίδιο ύψος και από ποδήλατα

17,1 % του συνόλου των περιστατικών λοιμώξεις του γαστρεντερικού με ή χωρίς συνοδό εμπύρετου

13,3% του συνόλου των περιστατικών τόσο οι αναπνευστικές λοιμώξεις όσο και τα ορθοπεδικά προβλήματα. Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού αντιπροσωπεύονταν κυρίως από ιογενείς συνδρομές που αφορούσαν το ανώτερο αναπνευστικό, ενώ τα ορθοπεδικά αφορούσαν κυρίως θλαστικά τραύματα, κακώσεις αρθρώσεων διαστρέμματα και κατάγματα που προέρχονταν είτε από πτώσεις είτε από τροχαία ατυχήματα.

Οι διαπιστώσεις αυτές συμφωνούν με παρόμοιες έρευνες που έχουν γίνει με σκοπό να διασαφηνισθεί το επιδημιολογικό πρότυπο της νοσηρότητας των τουριστών, τόσο στο εξωτερικό όσο και στο εσωτερικό.

Σύμφωνα με έρευνες το πρότυπο τουριστικής νοσηρότητας των αναπτυγμένων περιοχών περιλαμβάνει κυρίως ελαφριάς μορφής γαστρεντερίτιδες και τραυματισμούς, σε μικρότερο βαθμό ωτορινολαρυγγολογικές παθήσεις και δερματοπάθειες και πολύ χαμηλά ποσοστά σοβαρών μολυσματικών ασθενειών.

Το πρότυπο αυτό, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία, επιβεβαιώνεται και από τα δεδομένα της παρούσας έρευνας.

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι προορισμοί στους οποίους τα καταλύματα, η υγιεινή, η ιατρική περίθαλψη και η ποιότητα του νερού είναι υψηλού επιπέδου έχουν σχετικά λιγότερο σημαντικούς κινδύνους για την υγεία των ταξιδιωτών, εκτός αν υπάρχει κάποια νόσος. Το ίδιο ισχύει και για εκείνους που κάνουν τουρισμό ή επαγγελματικά ταξίδια και επισκέπτονται μεγάλες πόλεις και τουριστικά κέντρα με καλής ποιότητας καταλύματα. Αντίθετα, οι προορισμοί στους οποίους τα καταλύματα είναι χαμηλής ποιότητας, η υγιεινή ανεπαρκής, δεν υπάρχουν ιατρικές παροχές, υπάρχει έλλειψη σε πόσιμο νερό, μπορεί να αποτελέσουν σοβαρό κίνδυνο

για την υγεία του ταξιδιώτη (Gautret P. et al 2009; Vanessa Field et al 2010; S. Odolini et al 2011; Gautret P. et al 2012; Schlagenhauf P. et al 2014).

Στην παρούσα έρευνα το 17,1 % του συνόλου των περιστατικών εμφάνισε λοιμώξεις του γαστρεντερικού με ή χωρίς συνοδό εμπύρετου κάτι που συμπίπτει με προηγούμενη έρευνα (Eleni Plessa et al 2014) που πραγματοποιήθηκε στη Ζάκυνθο κατά το χρονικό διάστημα 1 Μαΐου με 30 Οκτωβρίου 2012 και αφορούσε ταξιδιώτες από το εξωτερικό που βρέθηκαν στη Ζάκυνθο το διάστημα αυτό και ζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες από τα ιδιωτικά ιατρεία της περιοχής, στην οποία γαστρεντερικές διαταραχές παρουσίασε το 16,3% των ασθενών.

Έχει αποδειχθεί ότι η Ελλάδα είναι ένας τουριστικός προορισμός, όπου η επικράτηση γαστρεντερικών προβλημάτων, όπως η διάρροια των ταξιδιωτών, δεν είναι πολύ υψηλή. Ο επιπολασμός που εντοπίστηκε στην παρούσα μελέτη όπως και σε προηγούμενες σύμφωνα με το C.D.C (Centers for Disease Control and Prevention), θα μπορούσε να εξηγηθεί από την αύξηση της τροφικής δηλητηρίασης των τροφών λόγω της *Salmonella* και του *Campylobacter* κατά τη διάρκεια των ζεστών καλοκαιρινών μηνών ή λόγω σπιτών νοογόνων που μπορούν να εντοπιστούν σε υπερπλήρεις χώρους κατά τη διάρκεια όλου του χρόνου. Αποφεύγοντας τα τρόφιμα και το νερό από μέρη αμφιβόλου συνθηκών υγιεινής, μπορεί να μειωθούν στο ελάχιστο γαστρεντερικά προβλήματα, όπως η διάρροια των ταξιδιωτών, στους τουρίστες που επισκέπτονται την Ελλάδα κυρίως τους καλοκαιρινούς μήνες.

Επίσης στην παρούσα μελέτη το 24,7% του συνόλου των περιστατικών ήταν τραύματα μετά από πτώση κυρίως από ίδιο ύψος και από ποδήλατα και το 13,3% του συνόλου των εμφάνισε τα ορθοπεδικά προβλήματα κυρίως θλαστικά τραύματα, κακώσεις αρθρώσεων διαστρέμματα και κατάγματα που προέρχονταν είτε από πτώσεις είτε από τροχαία ατυχήματα. Συγκεκριμένα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες παρατηρήθηκε το τραύμα ως στατιστικά σημαντικό ($p < 0,001$). Παρόμοια εικόνα παρουσιάζεται και σε προηγούμενη έρευνα (S. Marakis et al 2010) που είχε στόχο να διασαφηνισθεί το επιδημιολογικό πρότυπο της νοσηρότητας των τουριστών στη Νοτιοανατολική Κρήτη κατά τη διάρκεια των μηνών Μαΐου έως Σεπτεμβρίου του 2009 και εξετάστηκαν 163 τουρίστες. Οι σχετικές διαγνώσεις ήταν κατά κύριο λόγο ατυχήματα στο 28% του συνόλου των περιστατικών και αφορούσαν κυρίως θλαστικά τραύματα, κακώσεις αρθρώσεων διαστρέμματα και κατάγματα καθώς και μυοσκελετικά προβλήματα μετά από πτώσεις και τροχαία .

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, για τη βία και τους τραυματισμούς, τα οδικά τροχαία ατυχήματα, οι τραυματισμοί που μπορούν να συμβούν και σε

περιβάλλοντα όπως για παράδειγμα σε μέρη ψυχαγωγίας στη θάλασσα και γενικότερα στο υδάτινο περιβάλλον, κατά την κολύμβηση, την κατάδυση, την ιστιοπλοΐα και άλλες δραστηριότητες, καθώς και στοιχεία που αποδεικνύουν ότι κατά τη διάρκεια των διακοπών αυξάνονται σημαντικά οι κίνδυνοι για βία όπως για παράδειγμα το αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών ουσιών, ειδικά από νεαρές ηλικίες, αποτελούν πολύ σοβαρούς παράγοντες που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία ακόμα και τη ζωή των ταξιδιωτών(ΠΟΤ-UNWTO 2010).

Σε έρευνα (SteffenR. Etal 2004) αποδείχτηκε ότι τα τροχαία ατυχήματα είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου στους ταξιδιώτες ακολουθώντας οι πνιγμοί και οι φόνοι-αυτοκτονίες.

Σε παλαιότερη μελέτη (PetridouE. etal, 1999) στη χώρα μας βρέθηκε ότι οι ξένοι τουρίστες εμπλέκονται συχνότερα και μάλιστα σε σοβαρότερα τροχαία σε σχέση με τους Έλληνες τουρίστες.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές πως οι ταξιδιώτες, είτε είναι οδηγοί ή πεζοί, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερος προσεκτικοί στους δρόμους και να είναι ενήμεροι από πριν τόσο για τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο επίσκεψής όσο και για τα ατομικά μέτρα πρόληψης που πρέπει να λαμβάνουν.

Στην παρούσα έρευνα το 13,3 % του συνόλου των περιστατικών παρουσίασε λοιμώξεις του αναπνευστικού και αντιπροσωπεύονταν κυρίως από ιογενείς συνδρομές που αφορούσαν το ανώτερο αναπνευστικό. Σε παρόμοιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Κρήτη και στη Ζάκυνθο, τα ποσοστά ήταν 7,0% και 32,7% αντίστοιχα. Σε άλλη έρευνα (GeorgeTheocharisetal2012) η οποία περιγράφει τη νοσηρότητα των ξένων ταξιδιωτών στην Ελλάδα που ζήτησαν τις ιατρικές υπηρεσίες από ένα δίκτυο ιατρών (SOS ΙΑΤΡΟΙ) οι οποίοι εκτελούν κατοίκων επισκέψεις στην περιοχή της Αττικής από 1/1/2005έως 31/12/2009, η κύρια αιτία για την αναζήτηση πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ήταν τα ήπια, αυτό-περιοριζόμενα αναπνευστικά περιστατικά με ποσοστό 13,7% τα οποία παρατηρήθηκαν πιο συχνά το χειμώνα απ ότι άλλες εποχές.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι από τους συνολικά 148 ασθενείς που αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες στο Τ.Ε.Π. του Γ.Ν.Κ., μόλις στις 11 περιπτώσεις έγινε εισαγωγή στην αντίστοιχη κλινική δηλαδή το 7,4 % των συνολικών περιπτώσεων. Σε παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη με περιστατικά ξένων τουριστών που απευθύνθηκαν σε ιδιώτες ιατρούς μόλις στο 4,9 % του συνόλου των περιστατικών απαιτήθηκε πρόσθετη νοσοκομειακή φροντίδα. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι οι περισσότεροι ασθενείς τουρίστες στην περίπτωση της Καλαμάτας, θα μπορούσαν

με σωστή καθοδήγηση - ενημέρωση, να αντιμετωπιστούν είτε εντός των ξενοδοχειακών μονάδων από ιατρικό προσωπικό που οι ίδιες διαθέτουν, είτε από ιδιώτες ιατρούς της ευρύτερης περιοχής της Καλαμάτας.

Επίσης από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε σχέση με το φύλο και το μήνα αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών, συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά ($p=0.481>0.001$) άρα ανάγκη για ιατρικές υπηρεσίες υπάρχει όλους τους μήνες(Μάιο, Ιούνιο, Ιούλιο, Αύγουστο, Σεπτέμβριο).

Παράλληλα μελετήθηκε η σχέση μεταξύ του φύλου και του σημείου εξέτασης χωρίς να προκύπτει ούτε σε αυτή την περίπτωση στατιστική σημαντική διαφορά ($p>0,001$). Ως φύλο ορίστηκαν άνδρες, γυναίκες, αγόρια, κορίτσια και ως σημείο εξέτασης ξενοδοχείο, Παθολογικό Τ.Ε.Π., Χειρουργικό Τ.Ε.Π., Ορθοπαιδικό Τ.Ε.Π., Οφθαλμολογικό Τ.Ε.Π. και Παιδιατρικό Τ.Ε.Π.

Τέλος μελετήθηκε ο τύπος της νοσηρότητα σε σχέση με το αν οι ιατρικές υπηρεσίες αναζητήθηκαν από τους ασθενείς- τουρίστες εντός των ξενοδοχειακών μονάδων είτε στο σύνολο των Τ.Ε.Π του Γ.Ν.Κ. χωρίς στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p>0,001$) και για τα 4 φύλα (άνδρες, γυναίκες, αγόρια, κορίτσια).

8.1 Περιορισμοί Έρευνας

Τα ευρήματα της μελέτης θα πρέπει να ερμηνευτούν λαμβάνοντας υπόψη ορισμένους περιορισμούς. Η έρευνα είχε κάποια όρια. Αποτελεί μια αναδρομική ανάλυση με έμφυτους όλους τους περιορισμούς στον σχεδιασμό της. Κατά συνέπεια, οι διερευνητικές ερωτήσεις διαμορφώθηκαν μετά τη συλλογή των δεδομένων, γεγονός που σχετίζεται με την έλλειψη πληροφοριών για ορισμένες κατηγορίες ή για μερίδα ασθενών που συμπεριλαμβάνονται στην ανάλυση.

Επίσης στην μελέτη, προφανώς δεν μπόρεσε να συμπεριληφθεί όλος ο αριθμός των ταξιδιωτών από το εξωτερικό που επισπεύτηκε την ευρύτερη περιοχή της Καλαμάτας από 1/5/2015-30/9/2015, διότι κάποιοι από αυτούς, μπορεί να αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες σε ιδιώτες γιατρούς και να μην ενημέρωσαν τις ξενοδοχειακές μονάδες στις οποίες διέμεναν. Ακόμα θα μπορούσαν να έχουν επισκεφτεί άλλες νοσοκομειακές μονάδες ή τοπικές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως του Νοσοκομείου Κυπαρισσίας είτε του Αγίου Νικολάου που ίσως απείχαν λιγότερο από το Γ.Ν.Κ. από το σημείο κάποιου συμβάντος.

Τέλος στη μελέτη δεν θα μπορούσαν να μελετηθούν ασθένειες με μεγάλη περίοδο επώασης που οι ασθενείς ίσως εμφάνισαν συμπτώματα μετά την επιστροφή τους στον τόπο κατοικίας τους.

Το κύριο πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης, σε σχέση με προηγούμενες, κυρίως από το εξωτερικό, είναι η μελέτη της νοσηρότητας των τουριστών από το εξωτερικό ενώ βρίσκονται σε διακοπές. Αυτό δίνει την ευκαιρία να μελετηθούν δεδομένα εστιάζοντας σε ασθένειες με μικρή περίοδο επώασης και ατυχήματα - τραυματισμούς που δεν έχουν μελετηθεί ακόμα επαρκώς στη δημοσιευμένη βιβλιογραφία, μιας και η περισσότερες σχετικές μελέτες ασχολούνται κατά κύριο λόγο με δεδομένα που έχουν να κάνουν με ταξιδιώτες που εμφάνισαν συμπτώματα μετά την επιστροφή τους, λόγο ασθενειών με μακρά διάρκεια επώασης.

8.2 Διατύπωση Προτάσεων- Συμπεράσματα

Με βάση όλα τα παραπάνω και με δεδομένο ότι η συμβολή του τουρισμού στην Ελληνική οικονομία είναι καθοριστικής σημασίας (A. Ikkos ,2015) θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι είναι απαραίτητη η λήψη μέτρων πρόληψης που μπορούν να αποτρέψουν την παθογένεση αρκετών νοσηρών καταστάσεων κατά τη διάρκεια των διακοπών ώστε η νοσηρότητα να διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα. Θα πρέπει να τονιστεί ότι από τη διεθνή βιβλιογραφία, η τουριστική νοσηρότητα αποτιμάται πλέον ως ένας από τους παράγοντες επιλογής τουριστικού προορισμού και ταυτόχρονα εκλαμβάνεται ως δείκτης αξιολόγησης ποιοτικής παροχής υπηρεσιών και των τουριστικών γραφείων (touroperators) (MarcipG, 2009).

Από το Μάιο του 1994,άλλωστε, στο 4^ο Διεθνές Συνέδριο της Παγκόσμιας οργάνωσης Υγείας που διεξήχθη στο Ρίμινι της Ιταλίας, συμφωνήθηκε ότι είναι απαραίτητη η ενίσχυση της υγείας του ταξιδιώτη και συνεπώς πρέπει να εξαιρεθούν όπου είναι δυνατόν ή να ελαχιστοποιηθούν οι ανθρωπογενείς κίνδυνοι στα τουριστικά θέρετρα (PhillipRANDHodgkinsonG, 1994). Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια συνεχώς αυξανόμενη τάση του ταξιδιωτικού κοινού, να θέτει την ασφάλεια σαν μια από τις πολύ σημαντικές παραμέτρους επιλογής ξενοδοχειακού καταλύματος (A.Μελετίου,2007) και για το λόγο αυτό παρατηρείται ότι μελέτες που διεξάγονται για την μέτρηση ποιότητας των υπηρεσιών σε ξενοδοχεία συμπεριλαμβάνουν στους δείκτες ποιότητας και την ασφάλεια ή σιγουριά(E.Velissariosetal , 2009).

Είναι προς το συμφέρον της ταξιδιωτικής βιομηχανίας ο ταξιδιώτης να έχει όσο το δυνατόν λιγότερα προβλήματα όταν ταξιδεύει και επισκέπτεται ξένες χώρες. Τα ταξιδιωτικά γραφεία, οι πράκτορες, οι αεροπορικές και ναυτιλιακές εταιρίες έχουν τη δική τους ευθύνη σχετικά με την ασφάλεια της υγείας των ταξιδιωτών.

Πριν την αναχώρηση ο ταξιδιώτης θα πρέπει να ενημερωθεί για τους κινδύνους, που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία του στη χώρα που θα επισκεφτεί, τον

εξατομικευμένο κίνδυνο που έχει αν ασθενήσει και ποιες ενέργειες πρέπει να κάνει για την πρόληψη ασθενειών και ατυχημάτων.

Κατά την επαφή με τον ταξιδιώτη πριν από την αναχώρηση πρέπει να παρέχετε από τους ταξιδιωτικούς πράκτορες (touroperators) πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί στη χώρα που θα επισκεφτούν (XueminZetal,2014). Ο ταξιδιωτικός πράκτορας ή το ταξιδιωτικό γραφείο θα πρέπει να παρέχει συμβουλές για την προστασία της υγείας των ταξιδιωτών και να συστήνεται στον ταξιδιώτη η επίσκεψη σε γιατρό, όσο το δυνατόν συντομότερα μετά την απόφαση του να πραγματοποιήσει το ταξίδι σε οπουδήποτε προορισμό όπου υπάρχει το ενδεχόμενο σημαντικού κινδύνου υγείας ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες χώρες.

Το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση του ταξιδιώτη, που μπορεί να προηγηθεί και του ιατρικού ιστορικού, είναι η λεπτομερής ενημέρωση του γιατρού για το ταξίδι. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η εκτίμηση κινδύνων που μπορεί να απειλήσουν τον ταξιδιώτη έχουν άμεση σχέση με τα χαρακτηριστικά και την κατάσταση της υγείας του, ο γιατρός καλείται να λάβει ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό και η κλινική εξέταση εξαρτάται από το σκοπό και τη διάρκεια του ταξιδιού καθώς και την κατάσταση υγείας του ταξιδιώτη. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο γιατρός περιορίζεται στη λήψη του ιστορικού.

Ο ιατρός μετά από όλα τα παραπάνω θα είναι σε θέση να καθορίσει κατά πόσο είναι εφικτό το ταξίδι συνυπολογίζοντας τους κινδύνους λόγω της κατάστασης της υγείας του, και εκτιμώντας τις ιατρικές ανάγκες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού(WolfeMSetal,2004).

Ο ταξιδιώτης θα πρέπει να ενημερωθεί πως μετά την επιστροφή του, σε κάθε περίπτωση εκδήλωσης συμπτωμάτων έως και μήνες μετά, θα πρέπει να αναφέρει στον γιατρό το ταξίδι του, τον προορισμό, τον σκοπό και τη χρονική διάρκεια. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται σε συμπτώματα όπως πυρετός, χρόνια διάρροια και απώλεια βάρους(ClerinxJC, etal,2004). Σύμφωνα βέβαια με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στις περισσότερες περιπτώσεις, και εφόσον ο ταξιδιώτης δεν έχει προβλήματα υγείας ή αναφέρει ελάχιστα, αυτοπεριοριζόμενα προβλήματα μετά την επιστροφή του δεν χρειάζεται να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση.

Ο ταξιδιώτης θα πρέπει από πριν να έχει πληροφορηθεί για τα συστήματα υγείας στην περιοχή που πρόκειται να επισκεφτεί. Παράλληλα θα πρέπει να ενθαρρύνονται οι ταξιδιώτες να κάνουν μια ευρεία ασφάλιση υγείας, να πληροφορούνται για τα διαθέσιμα συμβόλαια και για τις διαδικασίες που ακολουθούνται ώστε να λάβουν αποζημίωση, ειδικά αν η ασφάλιση γίνει από το ταξιδιωτικό γραφείο ή την εταιρεία.

Οι ταξιδιώτες πέρα από τις πληροφορίες και τις συμβουλές που μπορούν να λάβουν από τους γιατρούς και τους επαγγελματίες της ταξιδιωτικής βιομηχανίας, ώστε να είναι σε ετοιμότητα να αντιμετωπίσουν ενδεχόμενους κινδύνους για την υγεία τους στο εξωτερικό, πρέπει να κατανοήσουν το μέγεθος της προσωπικής τους ευθύνης(LongEC,1992). Θα πρέπει δηλαδή να αποδεχθούν ότι οι ίδιοι είναι υπεύθυνοι για την υγεία τους τόσο κατά τη διάρκεια του ταξιδιού όσο και κατά την επιστροφή τους. Παράλληλα είναι υπεύθυνοι για τυχόν μετάδοση νοσημάτων σε άλλους.

Αρχική ευθύνη του ταξιδιώτη, αφού ενημερωθεί πλήρως από τις αρμόδιες αρχές, είναι να αναγνωρίσει και να αποδεχθεί τους όποιους πιθανούς κινδύνους και να αποφασίσει βάση αυτών αν θα κάνει αυτό το ταξίδι. Στη συνέχεια και αφού λάβει τις ιατρικές συμβουλές στο ορισμένο χρονικό διάστημα ανάλογα με το ταξίδι του, να προχωρήσει σε έναν προσεκτικό σχεδιασμό.

Θα πρέπει να συμμορφωθεί με τους συνιστώμενους εμβολιασμούς και με όποια φάρμακα και υγειονομικά μέτρα του συσταθούν, φροντίζοντας να πάρει μαζί ένα πλήρες εξοπλισμένο φαρμακείο. Θα πρέπει να έχει φέρει μαζί του βεβαίωση από γιατρό σχετικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, σύριγγες κλπ που μπορεί να μεταφέρει. Θα πρέπει να λάβει μέτρα πρόληψης για την αποφυγή μετάδοσης από τον ίδιο κάποιου λοιμώδους νοσήματος ενεργώντας με σεβασμό στη χώρα φιλοξενίας του και του τοπικού πληθυσμού(SpireAM,2003).

Πάνω απ' όλα σε περίπτωση που συνοδεύει παιδιά θα πρέπει να καταλάβει ότι φέρει την ευθύνη τους και πως όλα τα παραπάνω θα πρέπει να εφαρμοστούν για όλα τα μέλη των συνταξιδευόντων. Μαζί με όλα αυτά θα πρέπει να έχει φροντίσει για την εξασφάλιση επαρκούς ασφαλιστικής κάλυψης τόσο κατά τη διάρκεια του ταξιδιού όσο και στον τόπο προορισμού(WolfeMS,1997).

Τέλος μετά την επιστροφή από το ταξίδι θα πρέπει να φροντίσει για την προσεκτική αναφορά οποιασδήποτε νόσου στον γιατρό του, καθώς επίσης και για όλα τα πρόσφατα ταξίδια που έχει πραγματοποιήσει με λεπτομερή περιγραφή τόπου ημερών διαμονής κλπ.

Όλοι όσοι ασχολούνται λοιπόν με τον τουρισμό ο καθένας από τη δική του μεριά θα πρέπει να βοηθούν στην ενίσχυση του αισθήματος ασφαλείας. Οι προσπάθειες θα πρέπει να εστιάζονται από τη μια μεριά στην πρόληψη και αποτροπή κινδύνων που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή και την υγεία του επισκέπτη και από την άλλη στη γρήγορη και άμεση αποκατάσταση οποιοδήποτε δυσάρεστου περιστατικού.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνική Βιβλιογραφία/ Αρθρογραφία

1. Λ.Σπάρος, Η έννοια της νοσηρότητας, αρχεία ελληνικής ιατρικής (2001), 18(3): 303-311.
2. Σ.Μαράκης, Ι.Αγγέλη, Δ.Χαδόλιας, Β.Μακρόπουλος, [Θ.Κ.Κωνσταντινίδης\(2012\) ,Νοσηρότητα τουριστών στην Κρήτη με βάση εγγραφές δικτύου ιδιωτών ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.hugeia@ergasia](#) 1(2) : 135-144.
3. Α.Μελετίου, (2007) Ασφάλεια στα Ξενοδοχεία, Security Manager, Special Edition: 14-18.
4. Λαγός Δ. (2005), Τουριστική Οικονομική, σπ.π. σελ.42,62
5. Δρ. Θεόδωρος Ι. Δαρδαβέσης, (2009) Ταξιδιωτική Ιατρική , Η Ιατρική Σήμερα, τεύχος 43, 20-25.
6. ΝΑΚΑΙΜΑΗ. (1995) «Προσοχή! Προστατέψτε την υγεία σας από τις συνέπειες της βίας και της αδιαφορίας.» Μήνυμα του Γενικού Διευθυντή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Γενική Ιατρική 1995,1:5-15.
7. Μ.Καρδαρά, Α.Παπαζαφειροπούλου, Σ.Παππάς. (2009) Οδικά τροχαία ατυχήματα Επιδημιολογία, παράγοντες κινδύνου και μέτρα πρόληψης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2009, 26(6):751-758.
8. Πολύζος, Σ. (2002), «Ανάλυση Παραγόντων Επιρροής και Εμπειρική Διερεύνηση των Εσωτερικών Τουριστικών Ροών στην Ελλάδα» , 18-19, 87-108.
9. Επιτροπή Έρευνας του Ελληνικού Κοινοβουλίου. 1996
10. Παναγιώτης Ι. Παπαστεργίου (2005) «Διερεύνηση των Φυσικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων στις θαλάσσιες ακτές αναψυχής.» ,1-11.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία/ Αρθρογραφία

1. E.Plessa,G.S.Tansarli,D.Xanthopoulos,M.E.Falagas,(2014) Morbidity and Outcomes of foreign Travelers in Zakynthos Island , Greece: A Retrospective Study.
2. S.Odolini, P.Parola, E. Gkrania-Klotsas, E. Caumes, P.Schiagenhaur, R.Lopez-Velez, et al. (2009) Travel-related imported infections in Europe, EuroTravNet 2009, Clin Microbial Infect 2012; 18: 468-474.

3. P.Gautret,P.Schlagenhauf,J.Gaudart,etal.(2009) MulticentrerEurotravNet/ Geosentinel Study of Travel-related Infectious Diseases in Europe.Emerg Infect Dis 15: 1783-90.
4. Theocharis G., Polyzos KA, Vouloumanou EK, Peppas G, Spiropoulos T, et al. (2012) Morbidity of foreign travelers in Attica, Greece: a retrospective study.EurJClinMicrobiol Infect Dis 31:2141-6.
5. Marci PG(2009). Tour operator liability in health protection for not informing travelers about health risks they could be exposed. Ann Ig.2009;21(6):587-98.
6. Behrens RH, Collins M, Botto B et al. (1995) Risk for British travelers of acquiring hepatitis A.BMJ,311,193.
7. Centers for Disease Control and Prevention (1997) Update: influenza activity: United States,1997-1998 season. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 48, 335-337.
8. Gautret P, Schlagenhauf P, Gaudart J, Castelli F, Brouqui P, et al. (2009) Multicenter EuroTravNet/GeoSentinel study of travel-related infectious diseases in Europe. Emerg Infect Dis 15: 1783–90.
9. Field V, Gautret P, Schlagenhauf P, Burchard GD, Caumes E, et al. (2010) Travel and migration associated infectious diseases morbidity in Europe, 2008. BMC Infect Dis 10: 330.
10. Mill, RC and Morrison, A. M (1992), The tourism system, 2^η έκδοση, London : Prentice- Hall International.
11. Polyzos, S. Sdrolias, L. (2006), “ Strategic Method of Confrontation of Tourism Competition: The Case of Greece”, Journal of Travel and Tourism Research, 6(1), 12-28.
12. Miettinen Os. (1985) Theoretical epidemiology. Principles of occurrence research in medicine. John Wiley and Sons, New York, 1985.
13. Miettinen Os.(1997) Advanced Study Design. The Erasmus Summer Programme. Erasmus University, Rotterdam, 1997:25-29.
14. Steffen R, Dupont HL, Wilder- Smith A (2007) Manual of travel medicine and health. 2nd ed. London, BC Decker.
15. Steffen R, Bernardis C, Banos A (2003) Travel epidemiology- a global perspective, International Journal of Antimicrobial Agents(2003) 89-95.
16. Juckett G. (2005) Travel medicine . W V Med J 2004, 100,6:222-5.
17. Wolfe MS. (1997)Protection of travelers. Clin Infect, 25,2:177-84.

18. Clerinx JC, Gompel AV et al.(2004) Post-Travel Care. In: Keystone JS, Kozarsky PE, et al. Travel Medicine. Mosby; 2004: 473-549.
19. [Phillip R](#), [Hodgkinson G](#). (1994) The management of health and safety hazards in tourist resorts. World Tourism Organization. [Int J Occup Med Environ Health](#). 1994;7(3):207-19.
20. Long EC, McMullen R. (1992) General advice for the international traveler. Infect Dis Clin North Am 1992, 6, 2:275-80.
21. Spire AM.(2003) Preparing the traveler. Lancet 2003, 19, 361:1368-81.
22. Wolfe MS, Acosta RW(2004). Thw Pre-Travel Consultation. In: Kozarsky PE, et al. Travel Medicine. Mosby; 2004: 37-48.
23. Steffen R.(2004) Epidemiology: Morbidity and Mortality in Travelers. In: Travel Medicine(eds) Mosby. Edinburg 2004, pages Keystone JS, Kozarsky PE, Freedman DO, Nothdurft HD, Connor BA. Travel Medicine. Spain : Elsevier;2004.p.5-13
24. Connelly LB, Supangan R. (2006) The economic costs of road traffic crashes: Australia, states and territories. Accid Anal Prev 2006, 38:1087-1093
25. WHO. World report on road traffic injury prevention. World Health Organization, Geneva, 2004
26. YannisG,Golias J, Papadimitriou E.(2007) Accident risk of foreign drivers in various road environments. J.Safety Res 2007, 38:471-480.
27. Petridou E, Dessypris N, Skalidou A, Trichopoulos D. (1999) Are traffic injuries disproportionately more common among tourists in Greece? Struggling with incomplete data. Accid Anal Prev 1999,31:611-615.
28. Steffen R, De Bernardis C, Banos A (2003) Travel epidemiology-a global perspective,International Journal of Antimicrobial Agents 21 (2003) 89-95.
29. Rack J, Wichmann O, Kamara B, et al. (2005) Risk and spectrum of disease in travelers to popular tourist destinations. J Travel Med 2005, 12, 5:248-59.
30. *Behrens RH, Steffen R. (2003) Travel Medicine. In: Cook G &Zumhla A. Manson's Tropical Diseases. 21st Ed. Saunders; 2003.*
31. George Peppas, George Theocharis, Efthymia A Karveli and Matthew E Falagas(2006) An analysis of patient house calls in the area of Attica, Greece. BMC Health Services Research 2006, 6:112.
32. Falafas ME, Theocharis G, Spanos A, Vlara LA, Issaris EA, et al. (2008) Effect of meteorological variables on the incidence of respiratory tract infections. Respir Med 102:733-7.

33. H Siikamaki, P Kivela, M Fotopoulos, J Ollgren, A Kantele(2015) Illness and injury travelers abroad : Finnish nationwide data from 2010 to 2012, with incidences in various regions of the world. 1-12.
34. Joseph CA et al. (1998) Legionnaires' disease in residents of England and Wales : 1997. Communicable Disease Public Health, 1(4):252:257.
35. Hawkes S. Hart GJ, Johnson AM et al. (1994) Risk behavior and HIV prevalence in international travelers. Aids 1994:8:247-52.
36. Behrens RH, Collins M. Botto B et al. (1995) Risk for British travelers of acquiring hepatitis A. BMJ,311,193.
37. Hackett PH, Roach R.C. (2001) Hight – altitude illness. New England. Journal of Medicine,2001.345:P107-114.
38. Jane Zuckerman.(2001) Principles and practices of travel medicine. Ed. Willey, 2001:pg:234-242.

Διαδικτυακές Πηγές

1. Δρ.Αΐκος, (2015) Η συμβολή του τουρισμού στην ελληνική οικονομία το 2014-συνοπτική απεικόνιση βασικών μεγεθών. Διαθέσιμο στο:http://sete.gr/media/3004/simasia_tourismou_sete_intelligence_report.pdf Ανακτήθηκε την 22/8/2015.
2. Ε.Βελισσάριος, Ε.Γώγου, (2009) Ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ποιότητας. Αποτελέσματα έρευνας πελατών αστικών ξενοδοχείων της Λάρισας .Διαθέσιμο στο:<http://esdo.teilar.gr/files/proceedings/2009/ORAL/VELISSARIOU-GWGOU.pdf> Ανακτήθηκε την : 29/8/2015.
3. Μ.Μαρκάκης , Σ.Πανούση, Γ.Σώκλης , Α.Χριστίδου, Α.Ψάλτη, (2014) Εξελίξεις στον τουρισμό και στην ελληνική ξενοδοχεία, Διαθέσιμο στο :<http://www.grhotels.gr> Ανακτήθηκε την : 30/8/2015.
4. ΣΕΤΕ, Στατιστικά στοιχεία , Διεθνείς τουριστικές αφίξεις αεροδρομίων Ιανουάριος2014- Δεκέμβριος 2014/ Ιανουάριος-Ιούλιος 2015 Διαθέσιμο στο: <http://sete.gr/el/statistika-vivliothiki/statistika/>, Ανακτήθηκε την 28/8/2015.
5. World Tourism Organization UNWTO. Annual Report 2014. Διαθέσιμο στο :http://dtxtg4w60xqpw.cloudfront.net/sites/all/files/pdf/unwto_annual_report_2014.pdf Accessed 22 Ανακτήθηκε την 5/8/2015.

6. UNWTO World Tourism Barometer UNWTO January 2015, Διαθέσιμο στο :http://dtxqtq4w60xqpw.cloudfront.net/sites/all/files/pdf/unwto_barom15_01_january_excerpt_1.pdf Ανακτήθηκε την 24/8/2015.
7. P.Gautret, J P Cramer,VField,ECaumes, MJensenius, Infectious diseases among travelers and migrants in Europe, EuroTravNet 2010, Διαθέσιμο στο [http:// archive-ouverte.unige.ch/unige:33444](http://archive-ouverte.unige.ch/unige:33444) Ανακτήθηκε την 22/8/2015.
8. World Tourism Organization (UNWTO). UNWTO tourism highlights, 2013 edition. Madrid: UNWTO; 2013. 2014 version Διαθέσιμο στο <http://mkt.unwto.org/en/publication/unwto-tourism-highlights-2013-edition>Ανακτήθηκε την 26/11/2016.
9. Hill DR. Health problems in a large cohort of Americans traveling to developing countries. JTravelMed. 2000;7(5):259-66. Διαθέσιμο στο : <http://dx.doi.org/10.2310/7060.2000.00075> PMID:11231210 Ανακτήθηκε την 22/1/2016.
10. Illness and injury of travellers abroad: Finnish nationwide data from 2010 to 2012, with incidences in various regions of the world H Siikamäki, P Kivelä, M Fotopoulos, J Ollgren, A Kantele Διαθέσιμο στο: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21128>Ανακτήθηκε την 1/12/2016.
11. http://www.who.int/violence_injury_prevention/en Accessed 22/8/2015
12. *Accidents, Injuries and violence: Διαθέσιμο στο:* www.travax.com/travinfo/travinfo_articles/showcontent.aspΑνακτήθηκε την 19/11/2016.
13. *Natural disasters and environmental hazards, The yellow book: Διαθέσιμο στο :* www.cdc.gov/travel/diseasesΑνακτήθηκε 11/10/2016.
14. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής : Εγχειρίδιο Ταξιδιωτικής Ιατρικής, Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2007 Διαθέσιμο στο: www.keelpno.gr Ανακτήθηκε 15/10/2016.
15. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής : Συνοπτικός Οδηγός Υγείας για ταξιδιώτες στο εξωτερικό. Διαθέσιμο στο: www.keelpno.gr Ανακτήθηκε 15/10/2016.
16. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής : Ενημερωτικό φυλλάδιο του ΚΕΕΛΠΝΟ Διαθέσιμο στο: www.keelpno.gr Ανακτήθηκε 15/10/2016.

17. Ζητήματα Υγείας Ταξιδεύοντας στον Κόσμο. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Πετρούλα Χατζηπανταζή. Παγκόσμιος Οργανισμός Τουρισμού.2010 Διαθέσιμο στο :

apps.who.int/iris/bitstream/10665/75329/7/9789604521166_gre.pdf

Ανακτήθηκε 15/10/2016.

18. Διεθνής Εταιρεία Ταξιδιωτικής Ιατρικής. International Society of Travel Medicine (ISTM) : www.istm.org

19. Special Needs Traveler: www.cdc.gov/travel/spec_needs.htm

20. Εικόνα 2.4, 2.6.2 Διαθέσιμες στο:

<http://www.eumedline.eu/post/Taksidiwtikh-latrikh>

Ανακτήθηκαν

18/10/2016.

Παράρτημα 1^ο

Λίστα Συντομογραφιών

Συντομογραφία	Επεξήγηση
ΠΟΤ	Παγκόσμιος Οργανισμός Τουρισμού
UNWTO	World Tourism Organization
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΤτΕ	Τράπεζα της Ελλάδος
ΣΕΤΕ	Σύνδεσμος Ελληνικών Τουριστικών Επιχειρήσεων
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
C.D.C	Centers for Disease Control and Prevention
Η.Π.Α.	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Γ.Ν.Κ	Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
Τ.Ε.Π.	Τμήμα Επαγόντων Περιστατικών

Παράρτημα 2^ο

Λίστα Πινάκων

Πίνακας	Ονοματολογία Πινάκων	Σελίδα
1.2.1	Διεθνείς Αφίξεις Τουριστών ανά Περιοχή	19
1.3.1	Αφίξεις ξένων κατοίκων (έρευνα συνόρων Τραπεζης της Ελλάδος)	20
2.4.1	Παράδειγμα ιατρικού ερωτηματολογίου υποψήφιου ταξιδιώτη	31
2.6.1	Φάρμακα που συστήνεται να έχει μαζί του ο ταξιδιώτης	38
3.1	Αιτίες θανάτου σε ταξιδιώτες διαφορετικών χωρών	39
4.3.1	Επίπτωση νοσημάτων σχετικά με το ταξίδι (περιπτώσεις/100.000 ταξιδιώτες/μήνα)	52
5.1	Συστάσεις κατανάλωσης τροφίμων και ποτών από τους ταξιδιώτες	62
7.1.1	Κατανομή ασθενών- τουριστών τόπου αναζήτησης ιατρικής βοήθειας	71
7.1.2	Κατανομή ασθενών ανά Φύλο	72
7.1.3	Αριθμός ασθενών ανά χώρα προέλευσης	73
7.2.1	Κατανομή τύπου νοσηρότητας στο σύνολο των προσελθέντων ασθενών	74
7.3.1	Νοσηρότητα σε σχέση με το φύλο	77

7.4.1	Νοσηρότητα ανά αντιμετώπισης περιστατικού τμήμα	78
7.5.1	Περιστατικά ασθενών-τουριστών ανά μήνα	83
7.5.2	Περιστατικά ασθενών-τουριστών ανά φύλο σε σχέση με το μήνα	83

Παράρτημα 3^ο

Λίστα Εικόνων

Εικόνα	Ονοματολογία Εικόνων	Σελίδα
2.4	Ταξιδιωτική Ιατρική	24
2.4.1	Εξώφυλλο ενημερωτικού φυλλαδίου Γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής του ΚΕΕΛΠΝΟ	27
2.4.2	Εξώφυλλο Εγχειριδίου Ταξιδιωτικής Ιατρικής ΚΕΕΛΠΝΟ	28
2.4.3	Εξώφυλλο Συνοπτικού Οδηγού Υγείας για ταξιδιώτες στο Εξωτερικό ΚΕΕΛΠΝΟ	29
2.6.2	Φαρμακείο πρώτων Βοηθειών	36

Παράρτημα 4^ο

Λίστα Γραφημάτων/Διαγραμμάτων

Γράφημα	Ονοματολογία Γραφημάτων/Διαγραμμάτων	Σελίδα
1.1	Ταξιδιώτες, επισκέπτες, τουρίστες και εκδρομείς	17
7.1.1	Ιστόγραμμα συχνοτήτων ηλικίας ασθενών-τουριστών	72
7.2.1	Κατανομή τύπου νοσηρότητας στο σύνολο των προσελθέντων ασθενών	76
7.3.1	Νοσηρότητα σε σχέση με το φύλο	77
7.4.1	Σχέση φύλου και σημείου εξέτασης	79
7.4.2	Σχέση νοσηρότητας ανδρών με σημείο εξέτασης	80
7.4.3	Σχέση νοσηρότητας γυναικών με σημείο εξέτασης	81
7.4.4	Σχέση νοσηρότητας αγοριών με σημείο εξέτασης	81
7.4.5	Σχέση νοσηρότητας κοριτσιών με σημείο εξέτασης	82
7.5.1	Περιστατικά ασθενών-τουριστών ανά φύλο σε σχέση με το μήνα	84

Παράρτημα 5^ο

Αίτημα Χορήγησης Άδειας Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων προς 6^η ΥΠΕ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ

ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων»

Σπάρτη 14/1/2016

Αρ. Πρωτ. 290

Προς: Γρ. Έγκριση Ερευνητών 6^{ης} ΥΠΕ

Θέμα: «Χορήγηση άδειας πρόσβασης σε δεδομένα για την πραγματοποίηση έρευνας με θέμα Νοσηρότητα ταξιδιωτών που προέρχονται από χώρες του εξωτερικού, στην ευρύτερη περιοχή της Καλαμάτας το χρονικό διάστημα 1/5/2015 έως 30/9/2015»

Η νοσηρότητα (morbidity) αποτελεί θεμελιώδη έννοια τόσο στην κλινική πράξη, όσο και στις επιστήμες υγείας γενικότερα, αφού το νόσημα αποτελεί το αντικείμενο μελέτης των ελλοιωμένων υγείας. Νοσηρότητα ονομάζεται η συχνότητα των νόσων σε ανθρώπινους πληθυσμούς.[1] Η εικόνα της νοσηρότητας, που μελετάται με βάση τις ιατρικές εγγραφές των υπηρεσιών παραχής υγείας, αφορά όχι μόνο τους μόνιμους κατοίκους μιας περιοχής, αλλά και άσους περιστασιακά βρίσκονται εκεί όπως οι τουρίστες [2].

Η ιατρική των τουριστών συνήθως σχετίζεται με ασθένειες που εμφανίζονται μεταξύ διεθνών ταξιδιωτών από τις αναπτυγμένες χώρες όταν επισκέπτονται αναπτυσσόμενες[3]. Λίγα είναι γνωστά όσον αφορά τις ασθένειες που πλήττουν τους ταξιδιώτες στις αναπτυγμένες περιοχές του κόσμου όπως είναι η Ευρώπη[4],[5],[6], παρότι η Ευρώπη δέχεται πάνω από το 50% του τουρισμού παγκοσμίως[7].

Η Ελλάδα είναι ένας από τους πιο δημοφιλείς τουριστικούς προορισμούς στην Ευρώπη[8] ειδικά το καλοκαίρι. Έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες οι οποίες περιγράφουν τη νοσηρότητα των ξένων ταξιδιωτών για διάφορες περιοχές της Ελλάδας, όπως για την Κρήτη που δημοσιεύτηκε το 2012[2], για την περιοχή της Αττικής όπου δημοσιεύτηκε το 2012[9] και της Ζακύνθου που δημοσιεύτηκε το 2014[3].

νοσηρότητα αποτιμάται πλέον ως ένας από τους παράγοντες επιλογής τουριστικού προορισμού και ταυτόχρονα εκλαμβάνεται ως δείκτης αξιολόγησης ποιότητας παραχής υπηρεσιών και των τουριστικών γραφείων (touroperators)[11] θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες η νοσηρότητα να διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια συνεχώς αυξανόμενη τάση του ταξιδιωτικού κοινού, να θέτει την ασφάλεια σαν μια από τις πολύ σημαντικές παραμέτρους επιλογής ξενοδοχειακού καταλύματος[12] και για το λόγο αυτό παρατηρείται ότι μελέτες που διεξάγονται για την μέτρηση ποιότητας των υπηρεσιών σε ξενοδοχεία συμπεριλαμβάνουν στους δείκτες ποιότητας και την ασφάλεια ή σιγουριά[13]. Στο πλαίσιο αυτό η εργασία έχει ως στόχο να περιγράψει τη νοσηρότητα των ξένων τουριστών που επισκέφθηκαν την Καλαμάτα, έναν προορισμό με ραγδαίους ρυθμούς αύξησης αφίξεων από το εξωτερικό[14],[15].

Βασικός σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διασαφηνισθεί το επιδημιολογικό πρότυπο της νοσηρότητας των τουριστών στην ευρύτερη περιοχή της Καλαμάτας με βάση τις διαθέσιμες καταγραφές, με απώτερο σκοπό στο μέλλον να εκτιμηθούν οι φυσικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που την επηρεάζουν. Επίσης θα μελετηθεί ο αριθμός των ξένων τουριστών που αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες εντός των ξενοδοχειακών μονάδων που διέμεναν και ο τρόπος διαχείρισης της κάθε περίπτωσης, ούτως ώστε να μελετηθεί και ο βαθμός ετοιμότητας σε τέτοιες περιπτώσεις από τα ξενοδοχεία της περιοχής. Με τον τρόπο αυτό γνωρίζοντας τους κινδύνους για την υγεία μπορούμε να έχουμε ορθολογικότερη προσέγγιση των αναγκών προληπτικών μέτρων, προσφορά ποιτικότερης φιλοξενίας στους τουρίστες και συνεισφορά στη βελτίωση της εικόνας της Καλαμάτας ως ελκυστικού αλλά και ασφαλή προορισμού.

Κατόπιν αυτών ζητούμε την άδεια για την πρόσβαση στα αρχεία του τμήματος επειγόντων περιστατικών και των ραντεβού των εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείο Καλαμάτας για την χρονική περίοδο που μελετούμε, έτσι ώστε να μπορέσουμε να καταγράψουμε όσο το δυνατόν πληρέστερα την νοσηρότητα των επισκεπτών της περιοχής. Επισυνάπτουμε και το ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει όλες τις πληροφορίες που θα αναζητήσουμε.

Μετά τιμής

Μ. Κεράνη

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια τμήματος
Νοσηλευτικής



ΚΕΡΑΝΗ ΜΕΡΣΙΝΗ

κιν. 6973062724

e-mail: mersini88@gmail.com

Α/νδρ: ΑΚΡΟΤΑ 142

τ.κ. 24100

ΚΑΛΑΜΑΤΑ

fax: 2721080020

Π. Ανδριόπουλος

Λέκτορας Επιδημιολογίας και Πρόληψης
Νόσημάτων

Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο
Πελοποννήσου





ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ:	ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΕΡΕΥΝΩΝ 6 ^{ος} ΥΠΕ		
Ο - Η Ονομα:	ΜΕΡΣΙΝΗ	Επώνυμο:	ΚΕΡΑΜΗ
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:	ΧΡΗΣΤΟΣ ΚΕΡΑΜΗΣ		
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:	ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΙΦΟΥΔΗ		
Ημερομηνία γέννησης ⁽¹⁾ :	9/3/1988		
Τόπος Γέννησης:	ΚΑΛΑΜΑΤΑ		
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:	X 433994	Τηλ:	6973062524
Τόπος Κατοικίας:	ΚΑΛΑΜΑΤΑ	οδός:	ΑΕΛΙΤΑ
		Αριθμ. Πλ/Τκ:	142 / ΤΚ 24100
Αδ. Τηλεομοσπίτου (Fax):	2791080020	Δίψη Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):	mersini88@ymail.com

Με στοιχεία μου ευθύνω και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽²⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986 δηλώνω ότι:

ΔΕΝ ΘΑ ΣΠΙΒΑΡΗΘΕΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΚΑΙ ΔΕΝ ΘΑ ΠΑΡΑΚΟΛΥΘΗ Η ΟΜΑΔΗ ΠΕΙΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΤΑ
ΤΗ ΔΙΑΔΕΞΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΣΙΣΚΥΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΣΜΕΝΩΝ.

(4)

Ημερομηνία 4/2/2016
Ο-Η ΔΕΛΤΟΣΑ

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που αιτιώνεται η αίτηση
(2) Αναγράφεται ολογράφως
(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών»
(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα

Παράρτημα 6°

Χορήγηση Άδειας Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων από 6^η ΥΠΕ

05-FEB-2016 10:33 From:EH DYPE

2510438790

To:EUROLINE ΚΑΛΑΜΑΤΑ P.1/1



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

ΠΑΤΡΑ 04/02/2016
Αριθμ. Πρωτ. 3099

ΠΡΟΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: Το υπ'αριθμ. 290/14.01.2016 έγγραφό σας

Σε απάντηση του παραπάνω εγγράφου σας, εγκρίνουμε στη μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», κα *Κεράνη Μερσίνη*, τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο: «*Νοσηρότητα ταξιδιωτών που προέρχονται από χώρες του εξωτερικού, στην ευρύτερη περιοχή της Καλαμάτας το χρονικό διάστημα 01/05/2015 έως 30/09/2015*», με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ



ΓΕΩΡΓΙΟΣ Α. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

Παρακαλώ διαβάστε πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας και η συμπλήρωσή του χρειάζεται μόνο 10 λεπτά από το χρόνο σας.

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μια μελέτη που σκοπό έχει να διασαφηνισθεί το επιδημιολογικό πρότυπο της νοσηρότητας των τουριστών στην ευρύτερη περιοχή της Καλαμάτας με βάση τις διαθέσιμες καταγραφές, με απώτερο σκοπό στο μέλλον να εκτιμηθούν οι φυσικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που την επηρεάζουν.

Θα μελετηθεί ο αριθμός των ξένων τουριστών που αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες εντός των ξενοδοχειακών μονάδων που διέμεναν και ο τρόπος διαχείρισης της κάθε περίπτωσης, ούτως ώστε να μελετηθεί και ο βαθμός ετοιμότητας σε τέτοιες περιπτώσεις από τα ξενοδοχεία της περιοχής.

Με τον τρόπο αυτό γνωρίζοντας τους κινδύνους για την υγεία μπορούμε να έχουμε ορθολογικότερη προσέγγιση των αναγκαίων προληπτικών μέτρων, προσφορά ποιοτικότερης φιλοξενίας στους τουρίστες και συνεισφορά στη βελτίωση της.

Η διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, είναι εγγυημένη, καθώς το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και η συμμετοχή σας εθελοντική. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας μου τα αποτελέσματα θα ανακοινωθούν.

Σας ευχαριστώ από καρδιάς για τη βοήθεια σας.

Κεράνη Μερσίνη, Οικονομολόγος

Νοσηρότητα ταξιδιωτών που προέρχονται από χώρες του εξωτερικού, στην ευρύτερη περιοχή της Καλαμάτας το χρονικό διάστημα 1/5/2015 έως 30/9/2015

Φύλο _____ **Ηλικία** _____ **Χώρα προέλευσης** _____

Τύπος διαμονής: Ξενοδοχείο 5ασ _____ Ξενοδοχείο 4ασ _____

Δωμάτιο _____ Άλλο _____

Ημέρες διαμονής _____

Είδη υπηρεσίας: Επίσκεψη στο δωμάτιο _____

Παραπομπή στο νοσοκομείο _____

Είδος Υπηρεσίας:

Τραύμα _____ Λοίμωξη πεπτικού _____

Λοίμωξη αναπνευστικού _____ Λοίμωξη ουροποιητικού _____

Αναπνευστικά προβλήματα _____ Δερματολογικές παθήσεις _____

Καρδιολογικά προβλήματα _____ ΩΡΛ προβλήματα _____

Άλλο _____

Ασφαλιστική κάλυψη : Ιδιωτική _____ Κάρτα ΕΕ _____ Καμία _____

Ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας

Αριθμός ερωτ _____