



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Η χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας  
από τον Κυπριακό πληθυσμό**

Ελένη Σατσιά

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. Όλγα Σίσκου

Λευκωσία, Απρίλιος, 2011



## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Η χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας  
από τον Κυπριακό πληθυσμό**

Ελένη Σατσιά

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. Όλγα Σίσκου

Λευκωσία, Απρίλιος, 2011

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	15
1.1. Κοινωνία της Πληροφορίας.....	15
1.2. Κοινωνική πολιτική και ηλεκτρονική υγεία.....	18
1.3. Ηλεκτρονική Υγεία.....	19
1.3.1. Ηλεκτρονική Υγεία και Διαδίκτυο.....	21
1.3.1.1. Τα πλεονεκτήματα χρήσης του διαδικτύου ως εφαρμογή της η-Υγείας.....	23
1.3.1.2. Τα μειονεκτήματα χρήσης του διαδικτύου ως εφαρμογή η-Υγείας.....	24
1.4. Ποιοτικά κριτήρια ιστοτόπων που αφορούν την υγεία των πολιτών.....	28
1.5. Η ηλεκτρονική υγεία και η οικονομική της αποδοτικότητα.....	30
2. ΟΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	33
2.1. Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος.....	33
2.1.1. Τα πλεονεκτήματα του ΗΙΦ ως εφαρμογή η-Υγείας.....	36
2.1.2. Τα μειονεκτήματα του ΗΙΦ ως εφαρμογή η-Υγείας.....	38
2.2. «Εξυπνες κάρτες».....	40
2.3. Τηλε-υγεία και Τηλε-ιατρική.....	42
2.4. Η προστασία των προσωπικών δεδομένων. ....	46
3. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	48
3.1. Εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας στην Κύπρο.....	48
3.2. Παραδείγματα άλλων ευρωπαϊκών χωρών.....	54
3.3. Έρευνες για τη χρήση του διαδικτύου για θέματα Υγείας.....	61
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	64
4.1. Το αντικείμενο της έρευνα.....	64

4.2.	Η επιλογή του δείγματος. ....	65
4.3.	Το ερωτηματολόγιο της έρευνας.....	66
4.4.	Η διαδικασία των συνεντεύξεων.....	67
4.5.	Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.....	68
4.6.	Περιορισμοί και Παραδοχές της Έρευνας.....	68
4.7.	Η σημαντικότητα της έρευνας.....	69
5.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	70
5.1.	Περιγραφική Στατιστική.....	70
5.1.1.	Δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού.....	71
5.1.2.	Η θέση του διαδικτύου ως πηγή πληροφόρησης για θέματα γενικού ενδιαφέροντος και για θέματα υγείας.....	74
5.1.3.	Λεπτομερής ανάλυση της χρήσης του διαδικτύου για θέματα υγείας.....	82
5.2.	Οι Έλεγχοι Συνάφειας.....	87
5.2.1.	Παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η γενική χρήση του διαδικτύου..	88
5.2.2.	Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας.....	91
5.2.3.	Διερεύνηση της δυνατότητας ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να απαιτείται η προσέλευση σε νοσοκομείο ή ιατρείο.....	92
5.2.4.	Πρόθεση πληρωμής 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο – τηλεφώνου.....	93
5.2.5.	Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου ή από το εξωτερικό.....	95
6.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	97
7.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	117
8.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	126
8.1.	Ερωτηματολόγιο.....	126
8.2.	Άλλοι Έλεγχοι Συνάφειας.....	132
8.3.	Πίνακας 24, απογραφή (2008) του Κυπριακού πληθυσμού.....	169
8.4.	Εφαρμογές η-Υγείας στην Κύπρο.....	170
8.5.	Χρήση του διαδικτύου στην Κύπρο.....	171

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στον Αντώνη, που έφυγε τόσο νωρίς.

Η πορεία μου ως φοιτήτρια στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου κράτησε σχεδόν τέσσερα ολόκληρα χρόνια. Ήταν μια πορεία γεμάτη από εμπειρίες, ένας τρόπος ζωής που μου πρόσφερε την ευκαιρία να διευρύνω τους ορίζοντες των γνώσεων μου τόσο στη Διοίκηση των Μονάδων Υγείας όσο και στην επαγγελματική και καθημερινή ζωή.

Όντας πάντα ένθερμος οπαδός της φιλοσοφικής ρήσης του αρχαίου φιλόσοφου Σόλωνα «γηράσκω αεί διδασκόμενος», καθώς και της φιλοσοφικής αντίληψης της «Δια Βίου Μάθησης» φοίτησα στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, το οποίο και ευχαριστώ για την πολύτιμη προσφορά του σε εμένα ιδιαίτερα αλλά και σε ολόκληρη την κοινωνία του τόπου μας.

Ευχαριστώ όλους τους καθηγητές μου και ιδιαίτερα την επιβλέπουσα της μεταπτυχιακής διατριβής μου Δρ Όλγα Σίσκου για την πολύτιμη βοήθεια της. Ικανή και πρόθυμη, με εύστοχες παρατηρήσεις και εποικοδομητικές συζητήσεις με στήριζε πάντα, τόσο στη προσέγγιση του επιστημονικού όσο και του ερευνητικού μέρους της παρούσας διατριβής. Θα ήθελα επίσης να την ευχαριστήσω ιδιαίτερα για την ψυχολογική συμπαράσταση και πίστη που έδειξε σε μένα τις στιγμές που την χρειαζόμουν.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους εκείνους τους πολίτες που δέχτηκαν ευγενικά να συνεισφέρουν στην ολοκλήρωση της έρευνας και ιδιαίτερα τους ανθρώπους που ήταν κοντά μου σε κάθε στιγμή της πορείας αυτής. Η συμπαράσταση και βοήθεια τους ήταν πάντα πολύτιμη.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, τον Αντώνη, το Χάρη, τη Μαρίσα και τη Νέλλη για την κατανόηση που έδειξαν καθόλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Η ερευνητική προσπάθεια σκοπεύει να καταγράψει τις θέσεις και απόψεις του κυπριακού πληθυσμού, σχετικά με τη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας και τον εντοπισμό των παραγόντων από τους οποίους εξαρτάται η χρήση αυτή..

**Υλικό-Μέθοδος:** Τα δεδομένα έχουν συλλεχθεί από την έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε από 15/09/2010 έως 15/10/2010, μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Το δείγμα αποτέλεσαν 300 άτομα άνω των 15 ετών και ήταν στρωματοποιημένο με βάση το τόπο διαμονής. Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου της WHO/eHealth Consumer Trends Survey (2007) για το οποίο εξασφαλίστηκε άδεια χρήσης.

**Αποτελέσματα:** Το διαδίκτυο αποτελεί για τους Κύπριους πολίτες την τρίτη δημοφιλέστερη πηγή γενικής πληροφόρησης (39,7%), μετά από την άμεση επαφή με επαγγελματίες υγείας, το κοινωνικό περιβάλλον και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η γενική χρήση του διαδικτύου ανέρχεται στο 58,6% (40% καθημερινά), ενώ για θέματα υγείας στο 51,5% (μόνο 8% καθημερινά). Οι πιο συχνοί χρήστες διαδικτύου είναι νέοι της ηλικιακής ομάδας των 15-24 χρόνων με ποσοστό 95,5% και ακολουθεί η κατηγορία των 25-36 χρόνων με 88,6% ( $p=0,00$ ), οι ελεύθεροι επαγγελματίες (79,6%) ( $p=0,00$ ), οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου (97,5%), ( $p=0,001$ ) και οι πολίτες (60,8%) που θεωρούν την υγεία τους πολύ καλή ( $p=0,074$ ). Εξάλλου πιο συχνοί χρήστες διαδικτύου για θέματα υγείας είναι οι κάτοχοι πτυχίου και μεταπτυχιακού με συντριπτική πλειοψηφία (97,5%) ( $p=0,014$ ) και οι εργαζόμενοι-ελεύθεροι επαγγελματίες με περίπου 90% χρήση ( $p=0,033$ ).

Οι Κύπριοι κατά πλειοψηφία δε χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για να επικοινωνήσουν με γιατρούς ή να συμμετέχουν σε ομάδες συζήτησης ή αλληλοβοήθειας, αλλά και ούτε για να παραγγείλουν φάρμακα.. Επίσης οι Κύπριοι δεν προσεγγίζουν επαγγελματίες υγείας μέσω Διαδικτύου αφού η πλειοψηφία (70,3%) δεν εξέφρασε αυτή την επιθυμία. Ο σημαντικότερος παράγοντας κατά την αξιολόγηση μιας ιατρικής ιστοσελίδας είναι το ενημερωμένο περιεχόμενο αυτής και ακολουθεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων του χρήστη.

Η επίδραση της πληροφόρησης μέσω διαδικτύου είναι θετική, ώστε το 68% να επιθυμεί να αλλάξει τρόπο ζωής / διατροφής και το 59,1% να νοιώθει ανακούφιση. Ανησυχία καθώς και ερωτήσεις για εναλλακτικές λύσεις σχετικά με μια διάγνωση ή θεραπεία δημιουργείται σε ποσοστό μικρότερο του 50%.

Στο μέλλον, τα 2/3 του υπό μελέτη πληθυσμού θεωρούν καθόλου πιθανό το ενδεχόμενο να παραγγείλουν φάρμακα ή άλλα ιατρικά προϊόντα μέσω διαδικτύου. Ωστόσο, περίπου το 1/2 του υπό μελέτη πληθυσμού, δηλώνει ως πολύ πιθανό να συνεχίσει την αναζήτηση πληροφοριών για θέματα υγείας στο διαδίκτυο.

Το 49,8% των ερωτηθέντων θεωρεί θετική τη δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να απαιτείται η προσέλευση σε νοσοκομείο ή γιατρό και αποδέχεται (70,9%) την πληρωμή των 10 ευρώ για την υπηρεσία ανεξάρτητα από το ποιος θα πληρώσει. Επίσης, θεωρείται θετική η πρόσβαση στον ΗΙΦ από επαγγελματίες υγείας (86,2%) καθώς και από τους ίδιους τους ασθενείς (79,3%). Το 68% % δε των ερωτηθέντων είναι διατεθειμένοι οι ίδιοι να καλύψουν το κόστος των 30 ευρώ ετησίως για την υπηρεσία αυτή ενώ το 17,8% μέσω ασφαλιστικού φορέα ή ιδιωτικής ασφάλειας.

**Συμπεράσματα:** Το διαδίκτυο και οι υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας αλλάζουν το πλαίσιο παροχής υγείας διεθνώς. Η χρήση του διαδικτύου γενικά, καθώς επίσης και για θέματα υγείας είναι ιδιαίτερα δημοφιλής στους νέους, εργαζόμενους και ανώτερης-ανώτατης εκπαίδευσης πολίτες της Κύπρου και μπορεί να συνεισφέρει στην ενδυνάμωση του τομέα υγείας.

Η σύγχρονη τεχνολογία μας παρέχει ένα πολύ χρήσιμο μέσο για την ορθή ενημέρωση του ευρύτερου κοινού σε θέματα υγείας. Η χρήση του διαδικτύου έχει τη δυνατότητα να επιφέρει αλλαγές στη διαχείριση της νόσου δημιουργώντας «πληροφορημένους» πολίτες σε θέματα υγείας. Το διαδίκτυο μπορεί να εξελιχθεί σε σημαντικότερο φορέα αγωγής υγείας προσβάσιμο σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού αλλά δεν αντικαθιστά την προσωπική επαφή του λειτουργού υγείας με τον ασθενή.



## ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Objective:** This study aims to investigate the attitude and perceptions that the Cypriot population has about the use of the Internet for health matters and to identify the factors that affect its use.

**Material (Data)-Method:** Data was collected from a survey, held from 15/09/2010 to 15/10/2010, through telephone interviews. The sample consisted of 300 people aged above 15 years and was stratified on the basis of residence. We used the Greek version of the questionnaire of WHO / eHealth Consumer Trends Survey (2007) for which the license was secured.

**Results:** For Cypriot citizens, the Internet is the third most popular source of general information (39.7%). The most popular sources are: direct contact with health professionals, social circles and mass media.

The general usage of the Internet is at 58.6% (40% daily), whereas for Health matters usage is at 51.5% (only 8% daily). The most frequent Internet users are in the age group 15-24 with a 95.5%, followed by the 25-36 group with 88.6% ( $p = 0,00$ ), self-employed (79,6%) ( $p = 0, 00$ ), holders of a Masters degree (97, 5%), ( $p = 0,001$ ) and individuals (60.8%) who consider their health very good ( $p = 0,074$ ). In addition, the most frequent users of the Internet for Health matters are the holders of undergraduate and postgraduate degrees, forming an overwhelming majority (97, 5%) ( $p = 0,014$ ) and freelancers with about 90% use ( $p = 0,033$ ).

The majority of Cypriots does not use the Internet to communicate with doctors or to participate in discussion groups/mutual aid, nor to order drugs. Also, Cypriots seem reluctant to approach health professionals on the Internet; 70.3% of the participants have not expressed any desire to do it.

The most important factor in the evaluation of a medical website is whether the content is updated. What follows is the privacy of the user's personal data.

The impact of receiving information via the Internet is positive, since 68% wants to change lifestyle/diet and 59.1% want to feel relief. Any concerns and questions about alternative solutions, about diagnosis or treatment, are expressed in less than 50%.

Two out of three participants in the study do not consider it as possible to order medicine and other medical products through the Internet. However, about 50% of the study population state that they are likely to continue to search for information on health matters on the Internet.

The majority of respondents (49.8%) welcomes the opportunity of medical visits via videophones or computer without required attendance at hospital or doctor and accept (70.9%) payment of 10 Euros for the service regardless of who pays for it. Also, the majority of the participants positively consider the access to the Electronic Health Record (HER) by health professionals (86.2%) and by patients themselves (79.3%), being prepared (66%) themselves or through private insurance carrier or security to cover the cost of 30 Euros per year for the service.

**Conclusions:** The Internet and e-Health services are changing the framework for international health. The use of the Internet, in general, as well as for health matters, is increasingly popular among young people, employees and citizens with higher education and it is demonstrated that it can contribute to strengthening the health sector.

Modern technology gives us a very useful tool for correctly informing the broader public about health issues. The use of the Internet may lead to changes in disease management by creating "knowledgeable" and informed people as to issues affecting health. The Internet can become a major operator of health education accessible to much of the population. However, it does not replace personal contact of health professionals with the patient.

## ΛΙΣΤΑ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ

- Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών (ΤΠΕ)
- Κοινωνία της Πληροφορίας (ΚτΠ)
- Νέες Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών (ΝΤΠΕ)
- Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ)
- Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής (ΣΚΠ)
- Ηλεκτρονική Υγεία (η -Υγεία )
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)
- Ηλεκτρονική κάρτα υγείας (ΗΚΥ)
- Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΤΕΠΑΚ)
- Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (ΣΥΚ)

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το διαδίκτυο και οι υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας (η-Υγεία) έχουν τη δυναμική να αλλάξουν το πλαίσιο παροχής υγείας διεθνώς. Η σύγχρονη τεχνολογία παρέχει τη δυνατότητα για την ενημέρωση του πολίτη σε θέματα υγείας. Η δε χρήση του διαδικτύου επιφέρει αλλαγές στη διαχείριση της νόσου: δημιουργεί «πληροφορημένους» πολίτες σε θέματα υγείας και αποτελεί σημαντικό φορέα αγωγής υγείας προσβάσιμο σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Το διαδίκτυο ως πηγή πληροφοριών μπορεί να ενέχει πολλούς κινδύνους, αλλά παρουσιάζει και πολλά πλεονεκτήματα .

Η ερευνητική προσπάθεια σκοπεύει να καταγράψει τις θέσεις και απόψεις του κυπριακού πληθυσμού, σχετικά με τη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας και να λειτουργήσει συμπληρωματικά προς τις υπάρχουσες έρευνες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, WHO eHealth Consumer Trends Survey, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε επτά ευρωπαϊκές χώρες (Γερμανία, Δανία, Ελλάδα, Λετονία, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία) τον Οκτώβριο του 2005 και το Μάιο του 2007.

Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας δεν είναι μόνο η εκτίμηση του ποσοστού του κυπριακού πληθυσμού που κάνει χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας αλλά και ο εντοπισμός των παραγόντων από τους οποίους εξαρτάται η χρήση αυτή. Οι συγκεκριμένοι στόχοι της έρευνας είναι οι ακόλουθοι: α) Ο προσδιορισμός της συχνότητας χρήσης του διαδικτύου για γενική πληροφόρηση σε σχέση με άλλες πηγές πληροφόρησης και για θέματα υγείας, ανά λόγο χρήσης β) Η διερεύνηση της μελλοντικής χρήσης του διαδικτύου από τον κυπριακό πληθυσμό και της πρόθεσης πραγματοποίησης «ιατρικής επίσκεψης» μέσω υπολογιστή ή βίντεο-τηλεφώνου γ) Η εκτίμηση της άποψης του κυπριακού πληθυσμού αναφορικά με τη δυνατότητα πρόσβασης στον Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο (ΗΙΦ) από επαγγελματίες υγείας ή από τους ίδιους τους ασθενείς δ) Η διερεύνηση των κριτηρίων αξιολόγησης των ιατρικών ιστοσελίδων και εντοπισμός των παραγόντων που επιδρούν στην επιλογή επαγγελματία υγείας.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία ως προς τον τόπο διαμονής. Στη μελέτη συμμετείχαν 300 άτομα από όλες τις πόλεις της Κύπρου τόσο από αστικές όσο και από αγροτικές / ημιαστικές περιοχές. Για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο επιλέχτηκε μετά από προσεκτική ανασκόπηση της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας, που αφορούσε στη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της WHO/eHealth Consumer Trends Survey (2007). Η έρευνα ήταν τηλεφωνική και τα ερωτηματολόγια ανώνυμα. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v.13 και μέσω αυτού πραγματοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και οι έλεγχοι συνάφειας

Στην παρούσα εργασία στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ξεκινώντας από την εννοιολογική αποσαφήνιση των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΗ) και ειδικότερα της Κοινωνίας της Πληροφορίας (ΚτΠ), της Κοινωνικής πολιτικής και της η-Υγείας. Η η-Υγεία έχει άμεση σχέση με το διαδίκτυο και πολλές εφαρμογές της, που αφορούν ειδικά τους πολίτες, εξαρτώνται από αυτό. Στη συνέχεια αφού αναλύθηκε αυτή τη σχέση γίνεται προσπάθεια να εντοπισθούν τόσο τα πλεονεκτήματα όσο και τα μειονεκτήματα του διαδικτύου, καθώς και λύσεις που μπορούν να γεφυρώσουν το χάσμα στις τεχνολογίες των πληροφοριών. Ακολούθως αναφέρονται τα ποιοτικά κριτήρια των ιστότοπων που αφορούν την υγεία των πολιτών και τους κώδικες ηθικής για την η-Υγεία. Η η-Υγεία όμως για να εφαρμοστεί απαιτεί κόστος (πόρους, κέρδος) και έτσι στη συνέχεια μελετάται η οικονομική αποδοτικότητα των εφαρμογών της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας αναλύονται οι εφαρμογές της η-Υγείας (ΗΙΦ, «Εξυπνες κάρτες» Τηλε-υγεία και Τηλε-ϊατρική) που στη συνέχεια, στο ειδικό μέρος, οι πολίτες της Κύπρου καλούνται να εκφέρουν τη γνώμη τους. Η προστασία των προσωπικών δεδομένων, με αναφορά στον Νόμο Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της Κύπρου, αναλύονται ακολούθως καθώς είναι αδιαμφισβήτητο, ότι η δημιουργία εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας είναι το προαπαιτούμενο για την ανάπτυξη της η-Υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο, προκειμένου να διερευνήσουμε το βαθμό εξοικείωσης των πολιτών με τη χρήση των υπηρεσιών η-Υγείας, κρίνεται σκόπιμο να γίνει αναφορά στη διάχυση των εφαρμογών της η-Υγείας στην Κύπρο καθώς και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης αναφέρονται συναφείς έρευνες που διερεύνησαν τη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας από πολίτες άλλων χωρών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρατίθεται αρχικά η μεθοδολογία της έρευνας και ακολουθεί η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα ξεκινώντας από την περιγραφή του δείγματος του υπό μελέτη πληθυσμού και ακολουθεί η ανάλυση των αποτελεσμάτων από τους ελέγχους που έγιναν για να διαπιστωθεί η συσχέτιση μεταξύ της χρήσης του διαδικτύου για θέματα υγείας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση της υγείας.

Τέλος στο έκτο κεφάλαιο συζητούνται τα αποτελέσματα της έρευνας με την αντιπαράθεση άλλων πρόσφατων ερευνών που διενεργήθηκαν τόσο στην Κύπρο όσο και στην Ελλάδα και Ευρώπη.

## 1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ (ΤΠΤ) ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μέσα από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε η χρήση ποικίλων συναφών ορισμών που αφορούν στην ΤΠΤ. Οι πιο κάτω προσεγγίσεις τυγχάνουν ευρείας χρήσης και καταγράφονται, εναλλακτικά είτε συμπληρωματικά, ανάλογα με τις κατευθύνσεις που λαμβάνει η επιστημονική προσέγγιση και αναζήτηση.

### 1.1 Κοινωνία της Πληροφορίας

«Ο όρος ΚτΠ αναφέρεται σε μια μορφή κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης όπου η απόκτηση, αποθήκευση, επεξεργασία, αποτίμηση, μεταβίβαση και διάχυση πληροφοριών οδηγεί στη δημιουργία γνώσης και στην ικανοποίηση αναγκών ατόμων και επιχειρήσεων, παίζοντας έτσι κεντρικό ρόλο στην οικονομική δραστηριότητα, την παραγωγή πλούτου και τη διαμόρφωση της ποιότητας της ζωής των πολιτών» (Washington State Department of Health, Glossary).

Σύμφωνα με το γλωσσάριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) η έννοια της ΚτΠ είναι συνώνυμη με τον όρο Νέες Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών (ΝΤΠΕ). Από τις αρχές της δεκαετίας του '90 οι ΝΤΠΕ γνωρίζουν θεαματική ανάπτυξη, η οποία εκδηλώνεται με τη γενίκευση της ηλεκτρονικής ανταλλαγής πληροφοριών, τη σύγκλιση προς τις ψηφιακές τεχνολογίες, τη ραγδαία εξάπλωση του Διαδικτύου και με την ελευθέρωση των τηλεπικοινωνιακών υπηρεσιών.

Άμεσα συνδεδεμένες με την ΚτΠ είναι οι Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών (ΤΠΕ): «Οι ΤΠΕ περιλαμβάνουν οποιαδήποτε συσκευή επικοινωνίας ή εφαρμογή που περιέχει: ραδιόφωνο, τηλεόραση, κινητά τηλέφωνα, υπολογιστές, hardware και software δικτύων, δορυφορικά συστήματα καθώς και ποικίλες υπηρεσίες και εφαρμογές που έχουν σχέση με τα παραπάνω όπως τηλεσυνδιασκέψεις και εκπαίδευση από απόσταση. Οι ΤΠΕ έχουν συγκεκριμένο περιεχόμενο, όπως για παράδειγμα ΤΠΕ στην εκπαίδευση, στη φροντίδα υγείας, στις βιβλιοθήκες» (Whatis Encyclopedia).

Η ΚτΠ (COM, 2002) ανοίγει συναρπαστικούς ορίζοντες, τόσο για την οικονομική, όσο και για την κοινωνική ανάπτυξη. Η ανάπτυξη και αξιοποίηση της αποτελεί κεντρικής σημασίας υποχρέωση κάθε κράτους με άμεσες κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Μέσα από τη τεχνολογία στην οποία βασίζεται, αποτελεί το πιο αποτελεσματικό μέσο για την εξίσωση των ευκαιριών όλων των πολιτών και παρέχει την ευκαιρία να αντιμετωπίσουμε, όχι μόνο την οικονομική ανισότητα, αλλά και την ανισότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες, ευκαιρίες και πόρους (Κασουλίδης, 2007).

Η ανθρωποκεντρική πολιτική της Στρατηγικής της Λισαβόνας (2005 ) αποτελεί τον κεντρικό άξονα των προσπαθειών της ΕΕ να κτίσει τα θεμέλια μιας πιο δυναμικής και πιο δημοκρατικής κοινωνίας. Για αυτό το λόγο, η ΕΕ προσβλέπει στην αξιοποίηση της ΚτΠ, ούτως ώστε οι πολίτες να αποκτήσουν πλήρη πρόσβαση στις υπηρεσίες που τους αφορούν, αλλά και να μπορέσουν να εκμεταλλευτούν οι ίδιοι τις πάμπολλες ευκαιρίες που προσφέρει ,άσχετα με το βιοτικό τους επίπεδο, τον χώρο διαμονής, την ηλικία, το φύλο ή εθνότητα. Η ΚτΠ αποτελεί το πιο σημαντικό μέσο για την προώθηση και ενδυνάμωση της Κοινωνίας των Πολιτών.

Μια πολύ σημαντική προσπάθεια η οποία εμπίπτει σε αυτό το πλαίσιο, είναι το πρόγραμμα e-Europe (2005) το οποίο αποσκοπεί στην ευρεία προσφορά ασφαλών υπηρεσιών ευρυζωνικής σύνδεσης του διαδικτύου. Η δυνατότητα εύκολης και γρήγορης σύνδεσης με το διαδίκτυο αποτελεί τον πιο καθοριστικό παράγοντα στη προσπάθεια της ΕΕ να δημιουργήσει ίσες ευκαιρίες για όλους και να επιτύχει τους στόχους της Λισαβόνας. Η ανάπτυξη της ΚτΠ, της οποίας προϋπόθεση είναι η διαθεσιμότητα ευρυζωνικού διαδικτύου, έχει το μοναδικό χαρακτηριστικό ότι μπορεί να εξισώσει τα πιο σημαντικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν εκείνες οι κατηγορίες του πληθυσμού οι οποίες δεν απολαμβάνουν ίσες ευκαιρίες.

Η ΚτΠ έχει και το επιπλέον χαρακτηριστικό ότι είναι ουδέτερη ως προς το φύλο, τη φυλή, και άλλα χαρακτηριστικά, και οι ευκαιρίες που προσφέρει είναι ίσες για όλους. Για αυτό το σκοπό, και στο πλαίσιο του προγράμματος e-Europe, η ΕΕ έχει αναπτύξει και το πρόγραμμα e-Inclusion που επικεντρώνεται στην παροχή υπηρεσιών μάθησης,



ιδιαίτερα σε κατηγορίες πολιτών οι οποίες βιώνουν το ψηφιακό χάσμα, και κινδυνεύουν με ηλεκτρονικό, ή τεχνολογικό αναλφαβητισμό.<sup>1</sup>

Το διαδίκτυο και γενικότερα η ΚτΠ αποτελεί μέσο ισοπέδωσης των εμποδίων που αντιμετωπίζουν διάφορα μέλη της Κοινωνίας. Η Ευρωπαϊκή προσέγγιση είναι ότι θα πρέπει να προωθηθούν τόσο οι υπηρεσίες μέσω διαδικτύου όσο και η αναγκαία υποδομή. Το θέμα της ανάπτυξης της ΚτΠ δεν απευθύνεται αποκλειστικά σε κοινωνικές ομάδες που αντιμετωπίζουν προβλήματα. Το ζήτημα είναι πολύ πιο γενικό και καθολικό. Πολίτες των απομακρυσμένων ή φτωχών περιφερειών, αντιμετωπίζουν προβλήματα τα οποία μπορούν να απαβλυνθούν μέσα από τις ευκαιρίες που προσφέρει η ΚτΠ.

Παράλληλα, η πολύ σημαντική στρατηγική i2010 προσβλέπει στην αντιμετώπιση της περιφερειακής διάστασης του ψηφιακού χάσματος με μια σειρά από μέτρα τα οποία οι κυβερνήσεις έχουν δεσμευτεί να λάβουν. Έτσι οι πολίτες που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές θα μπορούν, μέσα από αυτές τις δράσεις (π.χ. τηλεϊατρική) να απολαμβάνουν τη πρόσβαση στις ίδιες υπηρεσίες που έχουν και οι πολίτες των αστικών κέντρων.

Πρόσθετα, πολίτες που αντιμετωπίζουν προβλήματα κινητικότητας μπορούν χάρη στις δυνατότητες που προσφέρει η σύγχρονη τεχνολογία να έχουν δυνατότητες επιστημονικής ανέλιξης και κοινωνικής διασύνδεσης. Ως παράδειγμα αναφέρεται ότι στο πανεπιστήμιο του Cambridge, κατέχει την έδρα του Νεύτωνα ένας επιστήμονας που μπορεί να κινήσει μόνο, το μικρό δάκτυλο του αριστερού του χεριού. Αυτός ο επιστήμονας, ανίκανος να κάνει τα πιο απλά πράγματα στη ζωή, είναι ο πιο επιφανής φυσικός των τελευταίων γενιών. Αυτό, είναι η παρακαταθήκη της εποχής της ΚτΠ: ένας τετραπληγικός μπορεί να ζήσει μια ολοκληρωμένη ζωή, και ολόκληρη η ανθρωπότητα να απολαμβάνει τα μέγιστα από την αξιοποίηση του πνεύματος του.

---

<sup>1</sup> δηλαδή δεν κατέχουν τις κατάλληλες γνώσεις που τους χρειάζονται για να εκμεταλλευτούν την καινούργια τεχνολογία.

## 1.2 Κοινωνική πολιτική και ηλεκτρονική υγεία

Βάση για τη μελέτη της ηλεκτρονικής υγείας (η-Υγείας) αποτελεί ο Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής (ΣΚΠ), που καθορίζεται ως ο χώρος και η διαδικασία για τη λύση προβλημάτων του κοινωνικού συστήματος, κυρίως με ορθολογική βάση και ως μέσο που κατευθύνει τη σχεδιασμένη κοινωνική αλλαγή και εξέλιξη. Ο ΣΚΠ θεμελιώνεται σε ιδεολογία, κοινωνική δικαιοσύνη και αξίες όπως είναι οι φυσικοί πόροι και η τεχνολογία, καθώς μέσα σ' αυτό το κλίμα πραγματοποιείται η παρέμβαση για την κοινωνική αλλαγή.

Ο χώρος των κοινωνικών παροχών: υγεία, παιδεία, πρόνοια, κατοικία και κοινωνική ασφάλιση αποτελεί πεδίο εφαρμογής του ΣΚΠ. Στα πλαίσια της κρατικής κοινωνικής πολιτικής αλλά και του ΣΚΠ, το κράτος αναπτύσσει πολιτικές υγείας για να προστατεύσει τα άτομα από την απώλεια εισοδήματος κατά τη διάρκεια της ασθένειας και του υψηλού κόστους της υγειονομικής φροντίδας ή για να διατηρήσει την υγεία και να προστατεύσει από κινδύνους που μπορεί να τη βλάψουν (Allsop, 1995).

Στόχος κάθε κοινωνικής πολιτικής για την υγεία είναι η ισότητα στην υγεία, δηλαδή οι ίσες ευκαιρίες για την επίτευξη του πλήρους δυναμικού της υγείας.

1. Ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για ίση ανάγκη.
2. Ίση χρήση για ίση ανάγκη.
3. Ίση ποιότητα φροντίδας για όλους (Σισσούρας, 1991).

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η η-Υγεία αποτελεί μέσον κοινωνικής, πολιτικής, οικονομικής, εκπαιδευτικής και διαχειριστικής δράσης που μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα φροντίδας και κατ' επέκταση, την ποιότητα ζωής των πολιτών.

### 1.3 Ηλεκτρονική Υγεία

Η η-Υγεία αναφέρεται στη χρήση σύγχρονων ΤΠΕ ώστε να ικανοποιήσει τις ανάγκες των πολιτών, ασθενών, επαγγελματιών υγείας καθώς και των υπευθύνων για τη χάραξη πολιτικών (European Commission, 2003a).

Τα δίκτυα πληροφοριών υγείας, το ηλεκτρονικό αρχείο υγείας, οι υπηρεσίες τηλειατρικής, τα προσωπικά φορητά συστήματα επικοινωνίας, οι δικτυακές πύλες για την υγεία, καθώς και πολλά άλλα εργαλεία που βασίζονται στην ΤΠΕ και που επικουρούν στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση υγείας και παραμέτρων του τρόπου ζωής αποτελούν εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας. Συνδυαζόμενη δε με οργανωτικές αλλαγές και με ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων, συμβάλλει στην εξασφάλιση βελτιωμένης φροντίδας υγείας με χαμηλότερο κόστος, στο πλαίσιο συστημάτων διανομής υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον πολίτη (Commission of the European Communities, 2004).

*«Η η-Υγεία μπορεί να συμβάλει πραγματικά στην παροχή δυνατοτήτων καλύτερης περίθαλψης στους ασθενείς. Οι Ευρωπαίοι επιθυμούν όλο και περισσότερο να αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στη λήψη αποφάσεων σε θέματα που αφορούν την υγεία τους. Η η-Υγεία μπορεί να τους προσφέρει εύκολη πρόσβαση σε πληροφορίες υψηλής ποιότητας που αφορούν την υγεία. Στο πλαίσιο του τρέχοντος σχεδίου δράσης η-Υγείας, η Επιτροπή θα θέσει σε λειτουργία αργότερα φέτος μια δικτυακή πύλη που θα παρέχει ένα μοναδικό σημείο επαφής της ΕΕ για πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία και μια πύλη πρόσβασης στους δικτυακούς τόπους τόσο των εθνικών και περιφερειακών υγειονομικών αρχών όσο και ομάδων της κοινωνίας των πολιτών στον τομέα της υγείας» (Viviane Reding - Europe Press Releases, 2005).*

Το ζήτημα της η-Υγείας προέκυψε στο χώρο της πολιτικής υγείας της ΕΕ ως μέρος της πρωτοβουλίας e-Europe. Ιδιαίτερα, η στρατηγική i2010 στοχεύει να συγκεντρώσει τις πολιτικές, τις πρωτοβουλίες και όλες τις ενέργειες της ΕΕ με στόχο την ώθηση, την ανάπτυξη και τη χρήση των ψηφιακών τεχνολογιών στη καθημερινή ζωή. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προειδοποιεί ότι παρά τη συνεχή ανάπτυξη της ΤΠΕ και των δυνατοτήτων που προσφέρονται, η επίδραση της δυνατό να περιοριστεί αν δεν

υπάρχει ισχυρή δέσμευση και ηγετική πρωτοβουλία σε ευρωπαϊκό, εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο (European Commission, 2005, 2010).

Συνεπώς, επιπρόσθετα προς τα πιο πάνω, για να καταστούν πλήρως αξιοποιήσιμες οι δυνατότητες της, απαιτείται ισχυρή πολιτική βούληση και επαρκής, συνεχώς υποστηριζόμενη (κυρίως οικονομικά), τεχνολογική βάση. Η ανάπτυξη του περιβάλλοντος της η-Υγείας ενδεχομένως να αντιμετωπίσει διάφορες προκλήσεις, όπως η απουσία δέσμευσης για προώθηση και ανάπτυξη ευρωπαϊκών προτύπων κατάρτισης για προστασία των παρεχόμενων ηλεκτρονικών υπηρεσιών που να διασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και κατ' επέκταση των προσωπικών δεδομένων.

Σε επίπεδο ΕΕ αναπτύχθηκε το δίκτυο CALLIOPE (*CALL for InterOPERability*) το οποίο αποτελεί μέρος της ανοικτής πρωτοβουλίας η-Υγείας καθοδηγούμενο από τις αρχές Υγείας των χωρών μελών. Αντιπροσωπεύει μια στοχοθετημένη προσπάθεια, ενός κατάλληλα δομημένου και οργανωμένου ανοικτού φόρουμ, με στόχο την υποστήριξη των κρατών μελών, ώστε να εφαρμόσουν τις διαλειτουργικές λύσεις η-Υγείας σε στενή συνεργασία με τους βασικούς εταίρους (χρήστες, βιομηχανίες και χρηματοδότες (CALLIOPE network, 2010).

Όμως, αυτές οι πρωτοβουλίες θα πρέπει όχι μόνο να παρακολουθούνται στενά αλλά και να υποστηρίζονται επαρκώς μέσω μιας ισχυρής υποστηρικτικής στρατηγικής ώστε να επιτραπεί η θεμελιώδης συνεργασία όλων των σχετικών συμβαλλομένων μερών. Θα πρέπει να υιοθετηθούν και να ερμηνευθούν οι έννοιες της ασφάλειας και της προσήλωσης στον ασθενή. Είναι πολύ σημαντικό να καθοριστεί και να διατηρηθεί η συνοχή της περιθαλψης μέσα από τη διαδικασία εφαρμογών της η-Υγείας. Η διεπιστημονική συνέργια και η ομαδική εργασία θα πρέπει να εστιάζει στην αξία της διατήρησης της ανθρώπινης επαφής.

Τέλος, η η-Υγεία θα πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη των επαγγελματιών υγείας και των καταναλωτών μέσα από δράσεις και κίνητρα που εστιάζουν στην ποιότητα και στην ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η γεφύρωση του ψηφιακού

χάσματος θα βοηθήσει να αξιοποιηθεί πλήρως και η δυναμική του διαδικτύου στο χώρο της υγείας (Ρουμελιωτάκη και Χρονάκη, 2009).

### 1.3.1 Ηλεκτρονική Υγεία και Διαδίκτυο

Η η-Υγεία έχει άμεση σχέση με το διαδίκτυο και πολλές εφαρμογές της εξαρτώνται από αυτό. Σύμφωνα με τον Eysenbach (2001), η ψηφιακή επανάσταση και το διαδίκτυο έχουν ανοίξει νέους τρόπους επικοινωνίας ανάμεσα στους καταναλωτές και τους παροχείς υγείας. Επισημαίνει ότι το «e» της eHealth δεν σημαίνει μόνο «electronic» αλλά εμπεριέχει προσδιοριστικά στοιχεία που συμπληρώνουν την έννοια της η-Υγείας. Αυτά είναι:

- Η αύξηση της αποδοτικότητας και η μείωση του κόστους (efficiency).
- Η προαγωγή της ποιότητας (enhancing quality).
- Η βασισμένη σε αποδείξεις εφαρμογή της υγειονομικής φροντίδας (evidence based).
- Η ενδυνάμωση των καταναλωτών (empowerment).
- Η ενθάρρυνση στις σχέσεις ασθενών – επαγγελματιών υγείας (encouragement).
- Η εκπαίδευση καταναλωτών και γιατρών (education).
- Η δυνατότητα ανταλλαγής πληροφοριών (enabling).
- Η επέκταση των στόχων της ηλεκτρονικής υγείας (extending).
- Η ηθική (ethics).
- Η ισότητα στην προσφορά της (equity).

Οι τεχνολογίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τηλεσυμβούλευση είναι: η ανταλλαγή ηλεκτρονικών μηνυμάτων, η συμμετοχή σε ομάδες συζητήσεων και οι χώροι συζητήσεων. Όμως, σε μια τέτοια αλληλεπιδραστική σχέση ασθενή – γιατρού, λείπει η προσωπική επαφή με το γιατρό και έτσι η επικοινωνία είναι ανώνυμη και απρόσωπη, αλλά και ίσως πιο άμεση όταν υπάρχει δυσκολία πραγματικής επίσκεψης σε ιατρείο.

Οι Eysenbach και Till (2001) αναφέρονται στη δύναμη του διαδικτύου και ειδικά στην αλληλεπιδραστική σχέση ασθενή – ερευνητή, όπου φαίνεται ότι το διαδίκτυο

είναι μια τεράστια πηγή πληροφοριών όπου οι άνθρωποι παραθέτουν τις απόψεις τους, τις ανησυχίες και τις επιθυμίες τους.

Στη γενικότερη σχέση ανάμεσα στην η-Υγεία και το διαδίκτυο, μπορούμε να προσθέσουμε άλλη μια αλληλεπιδραστική κατηγορία, αυτή των καταναλωτών του προϊόντος της υγείας. Το διαδίκτυο μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση στις ιατρικές πληροφορίες, να ενδυναμώσει και να εκπαιδεύσει τους καταναλωτές και να μεταδώσει την πληροφορία γρήγορα και με χαμηλό κόστος. Οι καταναλωτές, πρέπει όμως να έχουν πάντα υπόψη τις πιθανές συνέπειες που αφορούν σε νομικά, ποιοτικά και θέματα ασφάλειας (Marconi, 2002).

Όσον αφορά στα νομικά ζητήματα η Jennifer Marconi (2002) θεωρεί ότι οι υποστηρικτές ιστοσελίδων πρέπει να αναπτύξουν πολιτικές ασφαλείας ώστε να προστατεύουν τα προσωπικά ιατρικά δεδομένα των ασθενών και γενικώς να παρέχουν σωστή καθοδήγηση στους καταναλωτές. Όσον αφορά στην ασφάλεια, οι καταναλωτές πρέπει να έχουν υπόψη τους πιθανούς κινδύνους που ενέχονται στην πληροφόρηση και αγορά προϊόντων μέσω διαδικτύου και τέλος όσον αφορά στην ποιότητα, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα ότι οι ιατρικές πληροφορίες μέσω διαδικτύου μπορεί να είναι λανθασμένες, αβάσιμες, παραπλανητικές και απατηλές και έτσι να αποτελούν απειλή για τη δημόσια υγεία.

Η πρόσβαση δε που απαιτείται να έχουν από κοινού τόσο οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, όσο και οι υγειονομικοί λειτουργοί ώστε να μπορούν να συνεργάζονται στη λήψη αποφάσεων, αφορά : σε πληροφορίες σχετικές με τον ασθενή, στη διάγνωση και στην παθολογία της νόσου καθώς και σε ατομικούς παράγοντες κινδύνου (Eysenbach , Diepgen, 2001).

### *1.3.1.1 Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του διαδικτύου από τους πολίτες ως εφαρμογή της η-Υγείας*

Το διαδίκτυο ως πηγή πληροφοριών αποτελεί καινούργια σχετικά τεχνολογία στον τομέα της ιατρικής εκπαίδευσης και πρόληψης και μπορεί να ενέχει αρκετούς κινδύνους αλλά και να παρουσιάζει και συγκριτικά πλεονεκτήματα.

Τα πλεονεκτήματα χρήσης του διαδικτύου ως εφαρμογή της η-Υγείας, παρουσιάζονται από τους Anderson, Eysenbach και Rainey (2003), ως οι «αρετές του διαδικτύου». Πιο αναλυτικά, η τεχνολογία της πληροφορίας (διαδίκτυο):

1. Αλλάζει την εστίαση της φροντίδας υγείας από τη θεραπεία στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας.
2. Ενδυναμώνει τους πολίτες να γίνουν πιο υπεύθυνοι στη διαχείριση της υγείας τους συμμετέχοντας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για θέματα υγείας.
3. Δίνει τη δυνατότητα στους πολίτες να δημοσιοποιούν τις σκέψεις και τις ανησυχίες τους.
4. Δίνει την ανάδραση μέσα από κανάλια (emails, on line έντυπα συμμετοχής) για ενημέρωση των εκδοτών και ιδιοκτητών ιστοσελίδων για τις προτιμήσεις των καταναλωτών.
5. Δίνει τη δυνατότητα ευελιξίας και ταχύτητας στους εκδότες ιστοσελίδων, ώστε να ανταποκρίνονται άμεσα στις ανάγκες και απαιτήσεις των καταναλωτών με ελάχιστο κόστος.
6. Δίνει τη δυνατότητα στους καταναλωτές να επικοινωνούν ανώνυμα με τους ειδικούς.
7. Δίνει τη δυνατότητα στους καταναλωτές να πληροφορούνται αλλά και να αγοράζουν προϊόντα υγείας, από το σπίτι τους.
8. Διευκολύνει την άμεση επαφή των καταναλωτών με ειδικούς ακόμη και σε παγκόσμιο επίπεδο.
9. Φέρνει κοντά ασθενείς χρόνιων παθήσεων με άλλους ασθενείς που αντιμετωπίζουν ίδια προβλήματα.
10. Συγκεντρώνει τεράστιες ποσότητες πληροφοριών και μπορεί να τις ταξινομήσει σε βάσεις δεδομένων και κατ' επέκταση να συμβάλλει στη σχεδίαση πλάνων και

στρατηγικών για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών (πληροφορίες περί καπνίσματος, αλκοόλ, ναρκωτικών, άσκησης, διατροφής, άγχους).

Αξίζει να αναφέρουμε ότι οι ιστοσελίδες ιατρικού περιεχομένου συμπεριλαμβάνονται στις πιο δημοφιλείς αναζητήσεις στο διαδίκτυο. Αποτελέσματα έρευνας έδειξαν ότι εκατό εκατομμύρια ενηλίκων αμερικανών, επισκέπτονται συχνά ιστοσελίδες για αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών (Wilson, 2002).

Όσον αφορά στους γιατρούς, μια ποιοτική έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γιατροί πιστεύουν πως το διαδίκτυο προσφέρει πληθώρα πληροφοριών που μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση ασθενών, αρκεί να ξεπεραστούν τα προβλήματα από τη χρήση των ηλεκτρονικών πηγών (Chew-Graham, Alexander and Rogers, 2005).

### *1.3.1.2 Τα μειονεκτήματα χρήσης του διαδικτύου ως εφαρμογή η-Υγείας*

Η χρήση του διαδικτύου για την ανάκτηση ιατρικών πληροφοριών μπορεί να ενέχει όμως κινδύνους και εμπόδια για τους καταναλωτές. Οι κίνδυνοι αυτοί κάποιες φορές είναι ορατοί αλλά πολλές φορές αναγνωρίζονται δύσκολα.

Σύμφωνα με τους Eysenbach και Jadad, όλοι οι καταναλωτές πρέπει να έχουν το δικαίωμα πρόσβασης σε έγκυρες και σωστές πληροφορίες όσον αφορά στην κατάσταση της υγείας τους. Υπάρχουν πολλά εμπόδια που αποτρέπουν τη σωστή πρόσβαση σε πληροφορίες που χρειάζονται οι καταναλωτές, όταν, όπου και όπως τη θέλουν. Παραθέτουν τέσσερις βασικούς άξονες εμποδίων:

#### 1. Εμπόδια που αφορούν στους παροχείς.

Η απολυταρχική, πατερναλιστική και ασύμμετρη σχέση καταναλωτών και παροχέων υγείας, οδηγεί στην ανεπαρκή δυνατότητα επικοινωνίας μεταξύ τους.

#### 2. Εμπόδια που αφορούν στους καταναλωτές

Η έλλειψη εύκολης πρόσβασης σε πληροφορίες υψηλής ποιότητας – ανισότητα ως προς την πληροφόρηση.

#### 3. Εμπόδια που αφορούν στην πληροφορία

Το απεριόριστο ποσοστό της διαθέσιμης πληροφορίας η οποία συχνά δεν είναι σωστά οργανωμένη και αμφιβόλου ποιότητας (αξιοπιστία) και σχετικότητας



δημιουργεί σύγχυση και αγωνία. Σε πολλές περιπτώσεις ο σκοπός της πληροφόρησης δεν είναι η γνώση αλλά η πώληση προϊόντων.

#### 4. Εμπόδια που αφορούν στην τεχνολογία

Μεγάλο ποσοστό των καταναλωτών δεν έχουν πρόσβαση σε υπολογιστές και στο διαδίκτυο γεγονός που δημιουργεί μεγάλες ανισότητες και καθιστά απαραίτητη την προώθηση της τεχνολογίας πληροφορίας σε αυτούς που εξυπηρετούνται λιγότερο από αυτή (Eysenbach, Jadad, 2001).

Η ιατρική παραπληροφόρηση αποτελεί σίγουρα μεγάλο πρόβλημα. Ο Kiley (2002) διακρίνει τον κίνδυνο περισσότερο στις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, οι οποίες πιθανόν να υιοθετήσουν ακατάλληλες θεραπείες αντί άλλων, αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας. Εντούτοις, ο Smith (2001) αντικρούει το επιχείρημα με μια έρευνα, τα αποτελέσματα της οποίας αποδεικνύουν ότι σε ελάχιστες περιπτώσεις η ιατρική βιβλιογραφία δημοσιεύει εκθέσεις ζημίας ασθενών από τη χρήση του διαδικτύου. Οι Eysenbach και Kohler προσθέτουν, ότι η ποιότητα των ιατρικών πληροφοριών του διαδικτύου παρεμποδίζεται από την έλλειψη κατανόησης για το πως οι καταναλωτές αφομοιώνουν την πληροφορία και το πως είναι δυνατό αυτό να οδηγήσει σε ζημία (Eysenbach and Kohler, 2002b).

Εξάλλου έρευνα, περί ανισοτήτων στην πρόσβαση της ιατρικής πληροφορίας στο διαδίκτυο, παρουσιάζει τρεις παράγοντες που προβλέπουν τις αναζητήσεις ιατρικών πληροφοριών στο διαδίκτυο από ασθενείς. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. Κοινωνικοί και δημογραφικοί: ηλικία, μόρφωση, φύλο, εθνικότητα.
2. Συμπεριφοράς: τρέχουσες προσωπικές συνήθειες.
3. Κινήτρων: αντίληψη πολυπλοκότητας και χρησιμότητας (Mead, Varnam, Rogers, Roland, 2003).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πολλές λύσεις που θεωρούν ότι θα γεφυρώσουν το χάσμα στις τεχνολογίες πληροφοριών. Ο Jadad (1999) παρουσιάζει δέκα στοιχεία-κλειδιά που μπορούν να μεγιστοποιήσουν τα οφέλη χρήσης του διαδικτύου στη φροντίδα υγείας και να επιτρέπουν στους καταναλωτές να έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας ιατρικές πληροφορίες.

1. Συνεργασία καταναλωτών και επαγγελματικών οργανισμών.

2. Κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ασθενείς και γιατροί χρησιμοποιούν το διαδίκτυο.
3. Τα συστήματα πρέπει να είναι προσβάσιμα και εύκολα στη χρήση.
4. Η πρόσβαση πρέπει να είναι γρήγορη.
5. Οι πληροφορίες πρέπει να είναι σχετικές και άμεσες.
6. Η πληροφορία πρέπει να είναι ενοποιημένη.
7. Ισορροπία ανάμεσα στη φυσική και εικονική αλληλεπίδραση.
8. Αναπροσδιορισμός των ρόλων των καταναλωτών και γιατρών.
9. Ισορροπία ανάμεσα στο ιδιωτικό και δημόσιο.
10. Εξασφάλιση ίσης πρόσβασης στην τεχνολογία και την πληροφορία

Οι Eysenbach και Jadad (2001) συμπληρώνουν με λύσεις που θεωρούν ότι θα γεφυρώσουν το χάσμα στις τεχνολογίες πληροφοριών όπως:

1. Η προώθηση της συνεργασίας: χρειάζεται συνεργασία καταναλωτών – επαγγελματιών υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να αντιμετωπίζουν τους πολίτες – χρήστες διαδικτύου ως εισβολείς αλλά να μάθουν και οι ίδιοι να διαχειρίζονται την τεχνολογία και να συνεργάζονται με τους καταναλωτές στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.
2. Οι καταναλωτές να ελέγχουν την πληροφορία: η ενδυνάμωση των καταναλωτών μπορεί να επέλθει αν οι ηλεκτρονικοί ιατρικοί τους φάκελοι είναι διαθέσιμοι για τους καταναλωτές στο διαδίκτυο. Έτσι, οι καταναλωτές θα μπορούν να κάνουν «on line» ιατρικές διαδικασίες.
3. Σύστημα ελέγχου ποιότητας: οι δημοσιευμένες ιατρικές πληροφορίες πρέπει να είναι αξιόπιστες. Πρέπει να αναγνωρίζεται το πιθανό όφελος και η πιθανή ζημία.

Οι Anderson, Rainey και Eysenbach (2003) προτείνουν ότι για μια ισορροπημένη σχέση με το διαδίκτυο χρειάζεται:

- Η εκπαίδευση των γιατρών στη χρήση της τεχνολογίας πληροφοριών ώστε οι καταναλωτές να μη χάνουν την εμπιστοσύνη τους σε αυτούς.
- Η ανάπτυξη κλίματος επικοινωνίας μεταξύ καταναλωτών και γιατρών όσον αφορά σε τρεις περιοχές: την αναγνώριση από τους γιατρούς της ιατρικής εκπαίδευσης των καταναλωτών από τη χρήση του διαδικτύου, τη συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για εκπαίδευση των

ιατρών, τη συμμετοχή των καταναλωτών όχι μόνο στη λήψη αποφάσεων αλλά και στην ίδια την ιατρική έρευνα.

Οι Κωστανέλλου και Καρούνου (2004) εξάλλου αναφέρονται σε λίστα ικανοτήτων και κλίσεων για την η-Υγεία που αφορούν όλα τα εμπλεκόμενα μέλη (καταναλωτές, ασθενείς, επαγγελματίες υγείας). Αυτές είναι:

- Βασικές δεξιότητες υπολογιστών (χρήση, πρόσβαση, τηλεφροντίδα).
- Ικανότητες διαχείρισης και οργάνωσης (σωστή αντιμετώπιση νέων οργανωτικών δομών, μοντέλων διανομής υπηρεσιών και αλλαγών στις μεθόδους απασχόλησης και νέων εργασιακών ρόλων).
- Η σε βάθος κατανόηση των λειτουργικών δυνατοτήτων των τεχνολογιών και εφαρμογών της η-Υγείας (ΗΙΦ, επιδημιολογικά δίκτυα, τηλεφροντίδα, συσκευές) και η ενσωμάτωσή τους στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας.
- Κατανόηση σε βάθος των ηθικών, οικονομικών και νομικών ζητημάτων στην η-Υγεία ( σωστή διαχείριση των σχέσεων των εμπλεκόμενων μελών στο περιβάλλον της η-Υγείας, όπως τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις, τα προβλήματα ασφάλειας, η προστασία των προσωπικών ιατρικών δεδομένων, η πρόληψη κακών ιατρικών πράξεων κ). Έτσι, μπορούμε να αναφέρουμε τέσσερις περιοχές εφαρμογών της η-Υγείας: πολιτικές δημόσιας υγείας και πρόληψης, υπηρεσίες πληροφοριών για τους πολίτες, ενοποιημένη διαχείριση και ΗΙΦ και τηλεφροντίδα με υπηρεσίες για ανεξάρτητο τρόπο ζωής (Constantelou and Karounou, 2004).

#### 1.4 Ποιοτικά κριτήρια ιστοτόπων που αφορούν την υγεία των πολιτών.

Σύμφωνα με τους Eysenbach και Kohler (2002a) οι καταναλωτές υιοθετούν ορισμένα κριτήρια όσον αφορά στην αξιολόγηση της αξιοπιστίας των πληροφοριών υγείας στο διαδίκτυο. Τα κριτήρια αυτά είναι:

1. Η εγκυρότητα πηγών (προέλευση πληροφορίας και κατά πόσο είναι επίσημη και επαγγελματική).
2. Το πλάνο και η εμφάνιση (ευχάριστη και επαγγελματική εμφάνιση της ιστοσελίδας).
3. Η διαφήμιση (η αξιοπιστία της ιστοσελίδας μπορεί να επηρεαστεί από διαφημιστικά συνθήματα).
4. Αναγνωσιμότητα (τα κείμενα πρέπει να είναι γραμμένα απλά και κατανοητά για τους χρήστες).
5. Υπερσυνδέσεις (αν μια ιστοσελίδα είναι αξιόπιστη τότε και οι υπερσυνδέσεις της αναμένονται εξίσου αξιόπιστες).
6. Φωτογραφία του ιδιοκτήτη της ιστοσελίδας (οι χρήστες αισθάνονται πιο άνετα αν δουν τη φωτογραφία ενός ανθρώπου που χαμογελάει αληθινά).
7. Δυνατότητα η-επικοινωνίας με τον ιδιοκτήτη.
8. Πιστοποιητικά και προσόντα του ιδιοκτήτη (πχ να κοινοποιεί προηγούμενες δουλειές του και το βιογραφικό του).
9. Ενημέρωση περιεχομένου (οι χρήστες αναζητούν επίκαιρες και τρέχουσες πληροφορίες).
10. Ασφάλεια και υποστήριξη (το περιεχόμενο της ιστοσελίδας πρέπει να ελέγχεται από αρμόδιες υπηρεσίες).

Για λόγους ασφάλειας των καταναλωτών, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (Ιούνιος, 2000, Feira), στο πλαίσιο της e-Europe 2002, κατέληξε σε ένα βασικό σύνολο ποιοτικών κριτηρίων για τους ιστοτόπους που αφορούν την υγεία. Τα κριτήρια αφορούν στην :

- i. Διαφάνεια και εντιμότητα: του παρόχου του ιστοτόπου (όνομα, ταχυδρομική διεύθυνση και η ηλεκτρονική διεύθυνση του ατόμου ή του οργανισμού που είναι υπεύθυνος για τον ιστότοπο), σκοπός και στόχος του ιστοτόπου, κοινό στο οποίο απευθύνεται και διαφάνεια των πηγών χρηματοδότησης.

- ii. Αναφορά των πηγών: πληροφόρησης, ημερομηνία δημοσίευσής τους, όνομα και διαπιστευτήρια έγγραφα (ημερομηνία παραλαβής τους) όλων των παρόχων πληροφοριών .
- iii. Προστασία της ιδιωτικής ζωής και των δεδομένων: σύμφωνα με την κοινοτική νομοθεσία για την προστασία των δεδομένων (οδηγία αριθ. 95/46/EK και οδηγία 2002/58/EK)
- iv. Ανανέωση πληροφοριών: σαφής και τακτική (η ημερομηνία ανανέωσης να αναγράφεται σε ευκρινές σημείο)
- v. Ευθύνη: δυνατότητα ανάδρασης του χρήστη, καθώς και η ανάλογη ανάληψη ευθύνης και υπεύθυνη εταιρική συνεργασία και σαφής περιγραφή της διαδικασίας η οποία χρησιμοποιήθηκε για την επιλογή του περιεχομένου.
- vi. Προσβασιμότητα: τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών όσον αφορά την υλική προσβασιμότητα και διασφάλιση της γενικής δυνατότητας για εντοπισμό και αναζήτηση πληροφοριών.

Επίσης ο μη κερδοσκοπικός οργανισμός Internet Healthcare Coalition (IHC, 2000) που αποτελεί παροχέα πληροφοριών στο διαδίκτυο ανέπτυξε «Κώδικες ηθικής για την ηλεκτρονική υγεία» .

## 1.5 Η ηλεκτρονική υγεία και η οικονομική της αποδοτικότητα

Η η-Υγεία αποτελεί καινοτομία στο χώρο της φροντίδας υγείας και η εφαρμογή της απαιτεί οικονομικούς πόρους. Η έννοια του κόστους στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας έχει διπλή έννοια. Η πρώτη έννοια αναφέρεται στο κόστος - πόροι που απαιτείται για την εφαρμογή της η-Υγείας και η δεύτερη αναφέρεται στο κόστος - κέρδος που μπορεί να εξοικονομηθεί.

Οι κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση των δαπανών για την υγεία στην Ευρώπη αλλά και στη χώρα μας είναι: η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού<sup>2</sup>, η μετανάστευση και η κινητικότητα των ασθενών η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, και η ταχεία ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας.

Η κλινική αποτελεσματικότητα, η κοινωνική δικαιοσύνη, η οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος και των δαπανών υγείας, η εισαγωγή πληροφοριοκεντρικών συστημάτων διοίκησης, ο έλεγχος στην ανάπτυξη και κατανομή του προσωπικού, ο έλεγχος στη χρησιμοποίηση και παραγωγική αξιοποίηση της υπάρχουσας τεχνολογίας κ.ά. αποτελούν βασικά ζητήματα του υγειονομικού συστήματος και η πληροφοριακή οργάνωση του συστήματος υγείας μπορεί να λειτουργήσει ουσιαστικά ως συντελεστής στη μείωση των δαπανών και βελτίωσης της σχέσης κόστους – οφέλους (Μανωλόπουλος, 2001).

Οι περισσότερες απόψεις για την οικονομική αποδοτικότητα της η-Υγείας συγκλίνουν στην πεποίθηση ότι είναι οικονομικά αποδοτική. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει: *«Η η-Υγεία είναι η οικονομικά αποδοτική και ασφαλής χρήση των ΤΠΕ στην υποστήριξη της υγείας αλλά και σχετικών με την υγεία περιοχών, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, την επίβλεψη*

---

<sup>2</sup> Σύμφωνα με τους Monteagudo και Redondo (2004), ο γηράσκων πληθυσμός έχει αντίκτυπο στην παροχή επαρκών υπηρεσιών και αυτό δημιουργεί ανησυχίες όσον αφορά στο αυξανόμενο κόστος της φροντίδας υγείας. Τα ΤΠΕ έχουν τη δυνατότητα να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και να μειώνουν το βάρος της διαχείρισης.

υγείας, τη βιβλιογραφία και εκπαίδευση υγείας, τη γνώση και την έρευνα» (WHO, 2005a).

Σύμφωνα με τον Heeks (2004), η εφαρμογή των ΤΠΕ στο χώρο της υγείας μπορεί να αποδώσει πολλά οφέλη. Συγκεκριμένα μπορούν:

1. να μειώσουν το κόστος εφαρμογών και διαδικασιών π.χ. η τηλεϊατρική
2. να μειώσουν το χρόνο και το προσωπικό υγείας που χρειάζεται στη διαχείριση δεδομένων με αποτέλεσμα την απελευθέρωση εργατοωρών για πιο πολύτιμες πρωτοβουλίες υγείας. Έτσι, η ταχύτερη διαχείριση δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε ταχύτερες αποφάσεις και δράσεις για την υγεία, πράγμα που μπορεί να σώσει ζωές πολιτών.
3. να ενδυναμώσουν διαδικασίες ώστε να αναλαμβάνουν περισσότερες περιπτώσεις για την υγεία, χωρίς να αυξάνουν τον αριθμό του προσωπικού ή το κόστος. Π.χ. τα πληροφοριακά συστήματα μπορούν να διευκολύνουν τις εγγραφές των ασθενών, καθώς και το προσωπικό διαχείρισης των ιατρικών φακέλων, ώστε να αντιμετωπίζουν αυξήσεις στον αριθμό των ασθενών.
4. να βελτιώσουν την ποιότητα των δεδομένων που διατηρούνται στα συστήματα υγείας με τη βελτίωση των αποφάσεων σε λειτουργικό, διαχειριστικό και πολιτικό επίπεδο.
5. να υποβοηθήσουν διεργασίες και διαδικασίες που αναλαμβάνονται για πρώτη φορά και που προηγουμένως θα ήταν απλά αδύνατες. Οι διαχειριστικές και πολιτικές αποφάσεις θα μπορέσουν να ληφθούν μόλις τα συστήματα υγείας διανείμουν αξιόπιστα δεδομένα για πρώτη φορά.

Το τρίπτυχο ποιότητα – πρόσβαση – κόστος αποτελεί το ζητούμενο από κάθε πρωτοβουλία και εξέλιξη στην υγειονομική φροντίδα. Σύμφωνα και με τη στρατηγική του ΠΟΥ για τα έτη 2004-2007 (WHO 2004), οι τεχνολογίες της η-Υγείας είναι απαραίτητες όταν εξυπηρετούν τις βασικές ανάγκες του πληθυσμού, αποδεικνύουν ότι είναι οικονομικά αποδοτικές και είναι βασισμένες σε αποδείξεις.

Σύμφωνα με τον Archer (2005) η οικονομικά αποδοτική φροντίδα υγείας μπορεί να αυξήσει την ποιότητα της φροντίδας, που αποτελεί ένα εξέχον κοινωνικό και κυβερνητικό ζήτημα παγκοσμίως. Η η-Υγεία αναμένεται να βελτιώσει διάφορους

τομείς της φροντίδας υγείας όπως την ποιότητα, την πρόσβαση και την οικονομική αποδοτικότητα (Open Clinical Organization, 2006).

Όμως, η μη οικονομικώς αποδοτική πλευρά της η-Υγείας εξίσου ενδιαφέρει τους υπευθύνους για τη χάραξη πολιτικής υγείας, καθώς το παραγωγικό κέρδος και η μείωση του κόστους αποτελούν βασικούς στόχους για όλα τα συστήματα υγείας (Cabrerá, 2004).

Σύμφωνα με τον Heeks (2004), κάθε επένδυση σε εφαρμογές και συστήματα η-Υγείας ενέχει μεγάλο κόστος. Αν και τα οφέλη τέτοιων επενδύσεων δεν είναι πάντα πραγματικά, αλλά απλώς πιθανά, το κόστος είναι πραγματικό. Διακρίνεται δε σε κόστος:

- α) των ΤΠΕ ( οι συσκευές, τα λογισμικά και η απαραίτητη δικτυακή και τηλεπικοινωνιακή υποδομή) .
- β) του προσωπικού πληροφοριακών συστημάτων (για ανάλυση, σχεδίαση, ανάπτυξη, λειτουργία, συντήρηση, υποστήριξη και αναβάθμιση του συστήματος η-Υγείας)
- γ) του απαραίτητου προσωπικού (ο χρόνος, ως κόστος ευκαιρίας, που έχει επενδυθεί από διαχειριστές, επαγγελματίες υγείας, υπαλλήλους υγείας και άλλους στο σχεδιασμό την υλοποίηση και χρήση του συστήματος).
- δ) άμεσο κόστος για την εκπαίδευση αλλά και κόστος ευκαιρίας του χαμένου χρόνου του προσωπικού.
- ε) υλοποίησης (άλλος απαραίτητος εξοπλισμός, προετοιμασία και εγκατάσταση).
- ζ) λειτουργικό κόστος που απαιτείται για να «τρέξει» το σύστημα, η συντήρηση και η αναβάθμιση του.
- η) αποτυχίας (μη εκπλήρωση, περιττές δαπάνες και επιπλέον κόστος).
- θ) για την προστασία και τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των ατομικών ιατρικών δεδομένων.



## 2.ΟΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι φανερό ότι οι εξελίξεις στην η-Υγεία μεταμορφώνουν την παραδοσιακή οργανωτική δομή των υπηρεσιών υγείας σε μια περισσότερο δικτυακή, όπου ο χρήστης είναι το σημείο εστίασης τους. Στο πλαίσιο της δικτυακής οργάνωσης απαιτείται η αποθήκευση και η μεταφορά ιατρικών δεδομένων. Η πρόσβαση σε περιεκτικούς και ασφαλείς ηλεκτρονικούς φακέλους υγείας αποδεδειγμένα βελτιώνει την ποιότητα της περίθαλψης και την ασφάλεια των ασθενών (διευκολύνοντας την ενδεδειγμένη θεραπεία των ασθενών παρέχοντας στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλύτερη γνώση του ιστορικού του ασθενούς και των προηγούμενων επεμβάσεων από τους συναδέλφους τους). Εφόσον δε, εξασφαλιστεί η διαλειτουργικότητα, με δεδομένη την κινητικότητα των ασθενών (COM, 2004, 301 τελικό) ο ΗΙΦ θα βελτιώσει τις συνθήκες παροχής της υγειονομικής φροντίδας στους πολίτες των χωρών της ΕΕ .

Στο κεφάλαιο αυτό είναι χρήσιμο να περιγράψουμε αρχικά κάποιες εφαρμογές της η-Υγείας για τις οποίες, στο πλαίσιο του ειδικού μέρους της εργασίας, οι πολίτες της Κύπρου κλήθηκαν να εκφέρουν τη γνώμη τους (πχ ΗΙΦ, Τηλεϊατρική).

### 2.1 Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος

Ως ΗΙΦ θα μπορούσαμε να ορίσουμε το σύνολο των πληροφοριών που αφορούν έναν ασθενή και την κατάσταση της υγείας του, περιέχει πληροφορίες για την προέλευση, την πρόοδο και την κατάληξη μιας ασθένειας. Είναι ένα ιατρικό ιστορικό που επιτρέπει στο γιατρό να γνωρίζει στοιχεία από προηγούμενες ή παράλληλες θεραπευτικές αγωγές και να πράττει ανάλογα. Πολλοί γιατροί, ακόμη και σήμερα, χρησιμοποιούν ιατρικούς φακέλους σε έντυπη μορφή, πράγμα που προκαλεί τη δυσκολία ανεύρεσης ιστορικών στοιχείων, τη διάσπαση στοιχείων του ασθενή σε κάθε γιατρό χωριστά και τη δυσκολία τήρησης επιδημιολογικών στοιχείων (Μπέρλερ, 2001).

Ο ΗΙΦ αποτελεί μια «αποθήκη» πληροφοριών που αφορούν στην υγεία του ατόμου, με διαδικασίες χρήσης υπολογιστών. Το πιο βασικό χαρακτηριστικό του ΗΙΦ, είναι η

διαλειτουργικότητα<sup>3</sup>, τόσο των πληροφοριών που περιέχονται στον ΗΙΦ όσο και των συστημάτων ΗΙΦ. Αναφορικά με τη διαλειτουργικότητα διακρίνουμε:

- «Shareable» ΗΙΦ, που αποθηκεύεται και μεταβιβάζεται με ασφάλεια και είναι προσβάσιμος από διάφορους εξουσιοδοτημένους χρήστες που χρησιμοποιούν διαφορετικές εφαρμογές.
- «Integrated Care» ΗΙΦ που έχει σκοπό τη συνεχιζόμενη, αποδοτική, ποιοτική και ενοποιημένη φροντίδα υγείας και περιέχει πληροφορίες που είναι αναδρομικές συγκλίνουσες και αναμενόμενες.

Όσον αφορά στο σύστημα ΗΙΦ, δηλ. τα συστατικά που συνθέτουν ένα μηχανισμό με τον οποίο δημιουργούνται, χρησιμοποιούνται, αποθηκεύονται και ανακτώνται οι ΗΙΦ, αυτό περιλαμβάνει ανθρώπους, δεδομένα, κανονισμούς, διαδικασίες, συσκευές επεξεργασίας και αποθήκευσης, υπηρεσίες επικοινωνίας και υποστήριξης.

Υπάρχουν δύο απόψεις για το ποιο είναι το αντικείμενο του ΗΙΦ:

- «Core» ΗΙΦ για υποστήριξη της φροντίδας της υγείας των ατόμων μέσω της διαχείρισης της κλινικής πληροφορίας.
- Extended ΗΙΦ, που εκτός από την κλινική πληροφορία υποστηρίζει και τη διαχείριση ασθενών, το χρονικό προγραμματισμό, τη διαφήμιση, υποστήριξη αποφάσεων, τον έλεγχο πρόσβασης και πολιτική διαχείριση, τη δημογραφία, διαχείριση εντολών, οδηγίες, ορολογία, καταγραφή, εξέταση και ανάλυση της υγείας του πληθυσμού, των επαγγελματικών υπηρεσιών υγείας, των επιχειρηματικών δράσεων και κατανομή των πόρων (ISO/TC 215 Technical Report 2003).

Ο ΗΙΦ ενός ασθενή πρέπει να περιέχει όλα τα δεδομένα που σχετίζονται με αυτόν, άσχετα με τη μορφή στην οποία βρίσκονται:

- Το ιστορικό, τα αποτελέσματα της κλινικής εξέτασης και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων βρίσκονται σε μορφή κειμένου.
- Οι απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινογραφίες, τομογραφίες, υπέρηχοι) βρίσκονται σε μορφή στατικών εικόνων.
- Τα ηλεκτροκαρδιογραφήματα βρίσκονται σε μορφή βιοσημάτων.

---

<sup>3</sup> η δυνατότητα διανομής της πληροφορίας ανάμεσα σε εξουσιοδοτημένους χρήστες.

- Τα αποτελέσματα των ενδοσκοπικών εξετάσεων (γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση) βρίσκονται σε μορφή βίντεο.
- Το ηχοκαρδιογράφημα βρίσκεται σε μορφή ήχου.

Σύμφωνα με τις Αραποστάθη και Τζεμπέτζη ( 2004), ο ΗΙΦ πρέπει να διαθέτει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

1. Προσπελασιμότητα: τα ηλεκτρονικά δεδομένα του ασθενή είναι διαθέσιμα σε πολλαπλά σημεία κάθε χρονική στιγμή.
2. Ευαναγνωστικότητα: τα ηλεκτρονικά δεδομένα είναι ευανάγνωστα και αφήνουν ελάχιστα περιθώρια λάθους.
3. Δημιουργία έγκυρων και νόμιμων αναφορών: να διευκολύνεται η σύνταξη λεπτομερών αναφορών των ιατρικών ενεργειών του ασθενή.
4. Δυνατότητα διαρκούς ενημέρωσης και ολοκλήρωσης των δεδομένων του ασθενή ώστε ο επαγγελματίας να προσθέτει νέα στοιχεία τροποποιώντας παλαιότερες γνωματεύσεις.
5. Διευκόλυνση στη χρήση αποφάσεων.
6. Πρόσβαση σε εξωτερικές πηγές γνώσης. Τα συστήματα ΗΙΦ υποστηρίζουν αναζήτηση σε παγκόσμιες βάσεις δεδομένων όπως είναι οι Medline, και οι HON (Health On Net).
7. Ο ΗΙΦ μπορεί να μεταφερθεί μέσω απλών τηλεφωνικών γραμμών, ISDN, δορυφορικών ζεύξεων ή άλλου επικοινωνιακού μέσου σε οποιαδήποτε απόσταση πχ Τηλεϊατρική
8. Επεξεργασία των δεδομένων και ανάλυση για λόγους επιδημιολογικής έρευνας, καθώς και για αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

### 2.1.1 Τα πλεονεκτήματα του ΗΙΦ ως εφαρμογή η-Υγείας

Σύμφωνα με το HIMSS (Electronic Health Record Committee, 2003) ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος συμβάλλει ουσιαστικά:

- i. στην ασφαλή και άμεση πρόσβαση σε πληροφορίες όπου και όποτε χρειάζεται.
- ii. διαχειρίζεται προσωρινές αλλά και μακροχρόνιες πληροφορίες που αφορούν στη φροντίδα υγείας.
- iii. λειτουργεί ως πρωταρχική πηγή πληροφοριών για το γιατρό, κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας.
- iv. υποστηρίζει το σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας, βασισμένης σε αποδείξεις στους ασθενείς.
- v. περικλείει δεδομένα που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας, και τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.
- vi. περικλείει πληροφορίες για τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη φροντίδα της υγείας του ασθενή, οι οποίες χρειάζονται για την απόδοση δαπανών.
- vii. παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την υποστήριξη της κλινικής έρευνας και αποτύπωσης της κατάστασης της δημόσιας υγείας
- viii. υποστηρίζει κλινικές δοκιμές και έρευνες βασισμένες σε αποδείξεις

Εξάλλου κατά το Ligtnoet, (2004), ο ΗΙΦ είναι ένα μέσο εκσυγχρονισμού της φροντίδας υγείας στην ΕΕ. Από την άλλη, σε διεθνές επίπεδο ο ΗΙΦ μπορεί να διευκολύνει ζητήματα συγκέντρωσης, διαχείρισης και ενοποίησης δεδομένων, τήρησης επιδημιολογικών στοιχείων, κοστολόγησης ιατρικών πράξεων, μείωσης ιατρικών σφαλμάτων και διαφθοράς. Μπορεί επίσης να ενισχύσει την ιατρική έρευνα και να διασφαλίσει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση ιατρικού προσωπικού καθώς και την τήρηση νόμων και ιατρικών πρωτοκόλλων.

Η χρήση του ΗΙΦ στην πρακτική της ιατρικής μπορεί να διευκολύνει το ιατρικό προσωπικό στην καθημερινή πράξη:

1. Ανάλυση πληθυσμού: Δίδεται η δυνατότητα εύκολης αναζήτησης των ασθενών που πληρούν ορισμένα κριτήρια για τη λήψη υγειονομικής φροντίδας π.χ. όσοι πρέπει

να κάνουν συγκεκριμένο εμβόλιο και να ειδοποιηθούν να προσέλθουν με τα απαραίτητα παραστατικά.

2. Ειδικά έγγραφα: Τα έγγραφα είναι γενικά πρότυπα και παίρνουν συγκεκριμένη μορφή ανάλογα με τον τρέχοντα ασθενή και συμπληρώνονται αυτόματα με τα συγκεκριμένα στοιχεία του π.χ. τα παραπεμπτικά εξετάσεων, τα εισιτήρια νοσηλείας, πρόσκληση για τεστ Παπανικολάου, εμβολιασμοί, μαστογραφίες κλπ.

3. Βάση φαρμάκων και κωδικοποίηση αυτών: Κάθε φάρμακο καταχωρείται στη Βάση Φαρμάκων με συγκεκριμένο τρόπο ώστε να είναι δυνατή η επεξεργασία στοιχείων που αφορούν στη χορήγησή τους.

4. Συστήματα υποβοήθησης διάγνωσης: Πρόκειται για «έξυπνα» προγράμματα τα οποία διαβάζουν και επεξεργάζονται τα δεδομένα ενός ή περισσοτέρων φακέλων, προκειμένου να βοηθήσουν το γιατρό στο έργο του. Η υποβοήθηση αυτή συνίσταται, συνήθως στην παροχή οδηγιών: Εφιστούν την προσοχή σε σημαντικές παραμέτρους του ασθενούς, εντοπίζουν αλληλεπιδράσεις φαρμάκων, συνιστούν την καλύτερη σε κάθε περίπτωση θεραπεία.

5. Τηλεϊατρική: Ο ΗΙΦ ενός ασθενούς μπορεί να μεταφερθεί μέσω απλών τηλεφωνικών γραμμών, δορυφορικών ζεύξεων, γραμμών ISDN ή οποιουδήποτε άλλου επικοινωνιακού μέσου σε οποιαδήποτε απόσταση. Μπορεί έτσι ο γιατρός να ενημερώσει σχετικά με κάποιο ασθενή οποιοδήποτε συνάδελφό του διαθέτει συμβατό λογισμικό ΗΙΦ. Ως εκ τούτου μπορεί να ζητήσει τη συμβουλή του συναδέλφου του όσον αφορά στο συγκεκριμένο περιστατικό. Προκειμένου να καταστεί αυτό δυνατό, αναπτύσσονται πρότυπες αρχιτεκτονικές ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο (Mednet 2005b).

Όσον αφορά στα πλεονεκτήματα του ΗΙΦ αξίζει να γίνει αναφορά και στο θέμα του κόστους και των ωφελειών, προκειμένου να αναδειχθεί η οικονομική αποδοτικότητα ενός ΗΙΦ σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Για παράδειγμα, στην Αμερική η υιοθέτηση των ΗΙΦ προχωρά αργά και το κόστος της εφαρμογής αποτελεί εμπόδιο. Συγκεκριμένη έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι η εφαρμογή ενός συστήματος ΗΙΦ στην πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να αποδώσει οικονομικό όφελος αρκεί να ληφθούν υπόψη παράγοντες όπως, η δυσκολία μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας, τα πιθανά ιατρικά λάθη ή η πρόσβαση στην πληροφορία. (Wang et. Al 2003).

### 2.1.2 Τα μειονεκτήματα του ΗΙΦ ως εφαρμογή η-Υγείας

Η ανάπτυξη και χρήση των εφαρμογών της η-Υγείας έχει ως πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας και τη μείωση του κόστους και ο ΗΙΦ μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά σε αυτό. Διαθέτοντας το ιατρικό ιστορικό του ασθενή σε διάφορες μορφές (κείμενο, εικόνα, ήχο, βίντεο), δίνεται η δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας αλλά και στους ασθενείς να διαχειρίζονται καλύτερα τα ιατρικά ζητήματα. Τα πλεονεκτήματα χρήσης του ΗΙΦ είναι αναμφίβολα πολλά και εντυπωσιακά. Όμως, όπως κάθε νέα πρωτοβουλία, έτσι και η χρήση του ΗΙΦ ενέχει δυσκολίες και εμπόδια.

Ορισμένα βασικά μειονεκτήματα του ΗΙΦ είναι τα παρακάτω:

#### 1. Αναδιοργάνωση – εκσυγχρονισμός

Όλοι οι χειρόγραφοι ιατρικοί φάκελοι πρέπει να αντικατασταθούν με ηλεκτρονικούς. Αυτός προϋποθέτει αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο αρχειοθέτησης και ποιος θα είναι υπεύθυνος για τη διαχείρισή τους. Οι αποφάσεις αυτές μπορεί να προκαλέσουν οργανωτική και διοικητική αναστάτωση, μιας και θα οδηγήσουν σε διαφοροποίηση των θέσεων εργασίας. Επίσης προκύπτουν ζητήματα προγραμματισμού του ιατρικού χρονοδιαγράμματος, επανακοστολόγησης και αμοιβής της ιατρικής επίσκεψης εφόσον με την εισαγωγή του ΗΙΦ αναπτύσσονται νέες μορφές φροντίδας όπως η τηλεσυμβούλευση. Τέλος, το κλινικό προσωπικό δεν πρέπει να μείνει στο περιθώριο κατά τη διάρκεια λήψης αποφάσεων.

#### 2. Ανακατανομή των πόρων

Η εφαρμογή του ΗΙΦ αυξάνει τις δαπάνες για τη συγκεκριμένη επένδυση, το κόστος εγκατάστασης και συντήρησης του συστήματος, το κόστος εκπαίδευσης των χρηστών και επηρεάζει τα αναμενόμενα οφέλη. Ένας άλλος ανατρεπτικός παράγοντας είναι ο φόβος αναχρονισμού του συστήματος λόγω των ραγδαίων αλλαγών της τεχνολογίας. Επίσης τίθεται το ζήτημα του τελικού οφέλους από την εισαγωγή του ΗΙΦ. Η διοίκηση ενός νοσοκομείου για παράδειγμα αναλαμβάνει το κόστος της επένδυσης ενώ οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιούν τον ΗΙΦ χωρίς καμία επιβάρυνση. Για να εξαλειφθεί αυτή η ανισότητα πολλές ευρωπαϊκές χώρες προσφέρουν ειδική χρηματική ανταμοιβή στο γιατρό που θα διαθέσει κόπο και χρόνο για την εφαρμογή ΗΙΦ.

### 3. Τροποποίηση της νομοθεσίας

Η εφαρμογή του ΗΙΦ προϋποθέτει τη διασφάλιση του απορρήτου και την εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων. Απαιτείται λοιπόν ένας νέος προσανατολισμός της νομοθεσίας για τους ΗΙΦ.

### 4. Τυποποιημένη εισαγωγή δεδομένων

Απαιτείται ειδική εκπαίδευση στον τρόπο καταγραφής και εισαγωγής των πληροφοριών που συλλέγονται αλλά και στον τρόπο επεξεργασίας τους.

### 5. Καταχώρηση των δεδομένων στο σημείο φροντίδας.

Χρειάζεται παρακίνηση και παροχή κινήτρου ώστε το ιατρικό προσωπικό να καταχωρεί απευθείας τα δεδομένα στον ΗΙΦ στο σημείο φροντίδας, ώστε να αποφεύγονται τυχόν λάθη.

### 6. Αποδοχή από το κλινικό προσωπικό.

Ένας εύχρηστος και ελκυστικός ΗΙΦ μπορεί να αντιμετωπιστεί με λιγότερη δυσπιστία, κυρίως από το μεγαλύτερο σε ηλικία προσωπικό που κατά βάση δεν έχει γνώσεις περί τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών και που μέχρι τώρα ακολουθεί τη ρουτίνα ετών του χειρόγραφου ιατρικού φακέλου (Αραποστάθη και Τζεμπετζή, 2004).

Σύμφωνα με τον Sidorov (2006) οι ΗΙΦ αποτελούν ένα αναγκαίο αλλά ανεπαρκές εργαλείο, η χρησιμότητα και η αποδοτικότητα του οποίου χρειάζεται αρκετή έρευνα ακόμη για να αποδειχθεί, υπό τη βάση της βελτίωσης της ποιότητας και της μείωσης του κόστους. Πολλές έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ΗΙΦ δεν μειώνουν το κόστος αλλά ούτε την πιθανότητα εμφάνισης λαθών, αντιθέτως αυξάνουν τις δαπάνες και μειώνουν την παραγωγικότητα των παροχών.

Τα παραπάνω αποτελέσματα ενισχύονται και από μια άλλη έρευνα η οποία μελέτησε τα αποτελέσματα από μια πραγματική εφαρμογή του ΗΙΦ σε ένα μικρό κοινοτικό ιατρείο. Σύμφωνα με την έρευνα, η εφαρμογή του ΗΙΦ στο ιατρείο δεν έδειξε καθαρά κάποιο οικονομικό όφελος, εντούτοις παρακώλυσε την παραγωγική διαδικασία και χειροτέρεψε την ποιότητα του θεραπευτικού περιβάλλοντος για τους ασθενείς, τους γιατρούς και το προσωπικό. Ζητήματα όπως η χρηματοδότηση, η διαλειτουργικότητα, η τυποποίηση, η τεχνική υποστήριξη, η εκπαίδευση και οι αλλαγές στη διαχείριση προέκυψαν ως παράγοντες που πρέπει να διευθετηθούν

προκειμένου να ξεπεραστούν τα προβλήματα που ανέκυψαν από τη χρήση του ΗΙΦ (Baron et. al., 2005).

Στη χώρα μας, μελέτη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική στην Κύπρο (Ζαχαριάδου, 2008), σχετικά με τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα από τους γενικούς ιατρούς, κατέδειξε ότι η απουσία καταγραφής πληροφορίας σε σχέση με το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό των ασθενών καθώς και η ελλιπής καταχώρηση αποτελεσμάτων αναλύσεων αποτέλεσαν αξιοσημείωτα προβλήματα.

## 2.2 «Έξυπνες κάρτες»

Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας (ΗΚΥ) έρχεται να αντικαταστήσει το ιατρικό βιβλιário του ασθενούς και αποτελεί την υγειονομική ταυτότητα, ή ακόμα και διαβατήριο κάθε πολίτη όσον αφορά την προσφορά ιατρικών υπηρεσιών. Η χρήση της ΗΚΥ δίνει τη δυνατότητα της ηλεκτρονικής διακίνησης των ιατρικών εγγράφων Η υιοθέτησή της, σε συνδυασμό με τις πρακτικές ενός συστήματος πληροφόρησης υγείας, δημιουργεί νέες δυνατότητες για την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ασθενών και την ασφαλή ελεγχόμενη προσπέλαση των ιατρικών εγγράφων.

Σύμφωνα με το Τελικό Παραδοτέο για τις «Έξυπνες Κάρτες» της Ομάδας Εργασίας Γ3 του e-Business Forum (2002), οι έξυπνες κάρτες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με δύο βασικά κριτήρια, την επεξεργαστική ικανότητα και δυνατότητες εισόδου-εξόδου. Με βάση το πρώτο κριτήριο, διακρίνουμε τρεις κατηγορίες έξυπνων καρτών:

1. Κάρτες μνήμης – κάρτες αποθήκευσης πληροφοριών που αναφέρονται καταχρηστικά ως έξυπνες κάρτες, καθώς δεν έχουν δυνατότητα επεξεργασίας των δεδομένων
2. Έξυπνες κάρτες - κάρτες με μικροεπεξεργαστή ο οποίος πέρα από την αποθήκευση και ασφάλιση πληροφοριών, μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις που ορίζονται στις προδιαγραφές του έργου για το οποίο θα χρησιμοποιηθούν
3. Έξυπνες κάρτες πολλαπλών εφαρμογών τελευταίας γενιάς, με ανοικτά λειτουργικά συστήματα και με τη δυνατότητα στο χρήστη να «φορτώνει» νέες εφαρμογές, ή να διαγράφει άλλες ανάλογα με τις ανάγκες του.



Με βάση το δεύτερο κριτήριο, διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες έξυπνων καρτών:

1. Έξυπνες κάρτες με ηλεκτρικές επαφές και πρέπει που εισάγονται σε μία συσκευή ανάγνωσης προκειμένου να διαβαστούν ή να εισαχθούν πληροφορίες.
2. Ασύρματες έξυπνες κάρτες με ενσωματωμένη εσωτερικά μία μικροσκοπική κεραία ώστε να μπορούν να επικοινωνούν με μία κεραία λήψης χωρίς τη φυσική τους επαφή με κάποια συσκευή ανάγνωσης, προκειμένου οι πληροφορίες να ανανεωθούν, να αλλάξουν ή να υποβληθούν σε επεξεργασία.
3. Υβριδικές κάρτες και συνδυασμένες κάρτες που ενσωματώνουν και τους δύο τρόπους μετάδοσης και συνεπώς μπορούν να επικοινωνήσουν κατά περίπτωση είτε με ενσύρματο είτε με ασύρματο τρόπο.

Η ΗΚΥ καταργεί τις χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες σε χαρτί και συμβάλλει τόσο στη διευκόλυνση του πολίτη αλλά και του οργανισμού παροχής υπηρεσιών περίθαλψης και ασφάλισης, με την επίσπευση των διαδικασιών ανταλλαγής εγγράφων και αποπληρωμής των υπηρεσιών.

Στην υγεία η ΗΚΥ έχει πλείστες εφαρμογές: ως μέσο για τον έλεγχο της φυσικής πρόσβασης στα σημεία ελεγχόμενης πρόσβασης μιας μονάδας υγείας, για τον έλεγχο της πρόσβασης σε ηλεκτρονικά αρχεία και ως μέσο αναγνώρισης / πιστοποίησης χρηστών για την online παραλαβή των αποτελεσμάτων διαγνωστικών εξετάσεων, αλλά και σαν το «κλειδί» που θα επιτρέψει την προσπέλαση / μορφοποίηση των στοιχείων του ΗΙΦ.

## 2.3 Τηλε-υγεία και Τηλε-ιατρική

Η παροχή πληροφοριών υγείας και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με τη χρήση Τεχνολογίας Τηλεπικοινωνιών αναφέρεται ως Τηλευγεία, ενώ όταν οι παρεχόμενες υπηρεσίες έχουν εντονότερα κλινικό χαρακτήρα και αποσκοπούν στην αντιμετώπιση κλινικών περιστατικών, εμπίπτουν στο πεδίο της Τηλεϊατρικής. Ο τηλεπικοινωνιακός εξοπλισμός που απαιτείται για την παροχή υπηρεσιών Τηλευγείας περιλαμβάνει: ηλεκτρονικούς υπολογιστές με τις βασικές περιφερειακές συσκευές και συσκευές πολυμέσων, ηλεκτρονικές συσκευές συλλογής και ψηφιοποίησης των ιατρικών δεδομένων, καθώς και εξοπλισμό σύνδεσης με το διαδίκτυο ή σε τοπικό δίκτυο (ηλεκτρονική διασύνδεση νοσοκομείου- κέντρου υγείας ή αγροτικού ιατρείου (American Telemedicine Association, 2008).

Η τηλεϊατρική αφορά στην παροχή ιατρικής περίθαλψης - σε περιπτώσεις όπου η απόσταση είναι κρίσιμος παράγοντας - από όλους τους επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιώντας ΤΠΕ για την ανταλλαγή έγκυρης πληροφορίας για τη διάγνωση, αγωγή και πρόληψη ασθενειών, την έρευνα και εκτίμηση, όπως και τη συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών Υγείας, στα πλαίσια της προαγωγής της υγείας (ΠΟΥ,1998).

Οι εφαρμογές τηλεϊατρικής προσφέρουν τα ακόλουθα πλεονεκτήματα:

- Παροχή υπηρεσιών ανά πάσα στιγμή, πέραν των γεωγραφικών περιορισμών (διάγνωση από απόσταση, συμβουλευτική διάγνωση / διαχείριση κρίσιμων περιστατικών έως τη διακομιδή τους σε εξειδικευμένο ιατρικό κέντρο, εξυπηρέτηση μονάδων σε απομακρυσμένα σημεία, διενέργεια των τακτικών ιατρικών εξετάσεων απομακρυσμένων ομάδων πληθυσμού)
- Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προληπτικής διάγνωσης και ιατρικής φροντίδας (αναβάθμιση των υπηρεσιών υγειονομικής υποστήριξης, άμεση επέμβαση σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, ασφάλεια)
- Μείωση του κόστους προσωπικού και των εξόδων των ασθενών, του χρόνου νοσηλείας και των αντίστοιχων εξόδων

- Δημιουργία σημείου επαφής φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (εξοικονόμηση χρόνου για τους επαγγελματίες της υγείας, διάχυση της πληροφορίας / εύκολη πρόσβαση – διαχείριση της πληροφορίας).
- Δυνατότητα σύνδεσης με άλλες συναφείς υπάρχουσες εφαρμογές οι οποίες μπορούν να δρουν συμπληρωματικά, όπως τα Πληροφορικά Συστήματα Νοσοκομείων, ο ΗΙΦ και Έξυπνη Κάρτα Υγείας.

Η τηλεδιάγνωση, η τηλεσυμβουλευτική, η τηλεδιαχείριση, η τηλεμετρία/τηλε- παρακολούθηση και η τηλεεκπαίδευση είναι υπηρεσίες τηλεϊατρικής που παρέχονται ήδη σε Ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, ενώ ξεκινά η ανάπτυξη και διάδοσή τους τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Κύπρο<sup>4</sup>.

Η τηλεδιάγνωση αφορά στην παροχή διάγνωσης από απόσταση, ανεξάρτητα από γεωγραφικούς περιορισμούς, σε τομείς της ιατρικής επιστήμης όπως, η καρδιολογία, η ακτινολογία, η πνευμονολογία, η παθολογία και η δερματολογία. Στα πλαίσια της τηλεδιάγνωσης μεταδίδονται ιατρικά δεδομένα (π.χ. εγκεφαλογράφημα, ακτινογραφίες, κτλ) καθώς και τα ζωτικά σήματα τους ασθενούς (π.χ. πίεση, θερμοκρασία, παλμός,) από ένα απομακρυσμένο σημείο και ένα κεντρικό σταθμό λήψης και διαχείρισης σημάτων. Το επιστημονικό προσωπικό του κεντρικού σταθμού παρέχει έγκυρη διάγνωση στο απομακρυσμένο σημείο. Η τηλεδιάγνωση εφαρμόζεται από μία μονάδα υγείας που λειτουργεί ως ο κεντρικός σταθμός και παρέχει τη διάγνωση στα συνδεδεμένα κέντρα υγείας. Η εκάστοτε μονάδα καλύπτει αρτιότερα μέσω των νέων υπηρεσιών τηλεϊατρικής τον πληθυσμό σε όλη τη γεωγραφική περιοχή στην οποία ανήκει.

Οι εφαρμογές τηλεδιάγνωσης / τηλεσυμβουλευτικής είναι εξαιρετικά χρήσιμες για χώρες όπου η τοπολογία απαιτεί σύγχρονους τρόπους ιατρικής προσέγγισης των απομακρυσμένων και δύσβατων περιοχών που δεν διαθέτουν εξειδικευμένο ή και καθόλου ιατρικό προσωπικό. Όταν η τηλεδιάγνωση πραγματοποιείται σε πραγματικό χρόνο γεννώνται επίσης σημαντικά οφέλη για την προνοσοκομειακή επείγουσα ιατρική (π.χ. επέμβαση με ελικόπτερο σε δύσβατη περιοχή, νησιά ).

---

<sup>4</sup> Παραδείγματα αναφέρονται εκτεταμένα στο τρίτο κεφάλαιο.

Η τηλεσυμβουλευτική ειδικότερα ενισχύει τους επαγγελματίες της υγείας στη συνεργασία τους με εξειδικευμένους επιστήμονες, για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε μακρινές περιοχές.

Έτσι οι τεχνολογικές εξελίξεις φέρνουν τα σημεία ιατρικής φροντίδας πιο κοντά στον ασθενή. Είναι προφανές ότι η συνεχής αξιολόγηση της καταστάσεως ενός ασθενούς στο περιβάλλον στο οποίο ζει είναι κατά πολύ προτιμότερη από εκείνη στην οποία υπόκειται όταν βρίσκεται στο περιβάλλον του νοσοκομείου, ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών. Με τη βοήθεια των πρακτικών τηλεϊατρικής και των νέων μικροσυσκευών η οικεία του ασθενούς μπορεί κάλλιστα να αποτελέσει ένα εξειδικευμένο κέντρο φροντίδας. Η χρήση των νέων μικρών και εύχρηστων συσκευών συμβάλλει στην επικοινωνία ασθενούς και ιατρικού προσωπικού σε πραγματικό χρόνο και στην άμεση ανταλλαγή ιατρικών δεδομένων. Κατ' αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση και η παρακολούθηση της υγείας του ασθενούς από απόσταση.

Οι νέες ιατρικές συσκευές συλλέγουν πολύτιμα διαγνωστικά δεδομένα που υποβοηθούν τους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην παρακολούθηση της φυσικής κατάστασης ενός ασθενή ή στον έλεγχο προόδου μιας θεραπείας. Τα δεδομένα που προέρχονται από τις συσκευές της κατ' οίκον φροντίδας προωθούνται έγκαιρα στο κεντρικό σύστημα του φορέα παροχής υγειονομικής φροντίδας μέσω διαδικτύου ή τηλεφώνου.

Οι συσκευές περιλαμβάνουν:

1. Δυνατότητα διάγνωσης μέσω εναλλακτικών δεικτών της κατάστασης της υγείας τους ασθενούς (και όχι απλώς μέσω της μέτρησης των παραδοσιακών βιολογικών σημάτων)
2. Διαλειτουργικούς σένσορες (ανταποκρίνονται σε όλες τις ηλικίες ατόμων)
3. Αλληλεπίδραση με τη χρήση τεχνικών αναγνώρισης της φωνής, κτλ.
4. Διαλειτουργικότητα με συστήματα ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς
5. Ιδιαίτερα μεγάλη μνήμη αποθήκευσης στοιχείων

Οι εξελιγμένες συσκευές συμβάλλουν στην ανάπτυξη νέων υπηρεσιών τηλεϊατρικής, με αποτέλεσμα τη διασύνδεση του επιστημονικού και διοικητικού προσωπικού σε υποδομές ιατρικής πληροφορικής για πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία, τη διασύνδεση περιφερειακών και τοπικών κέντρων – μονάδων υγείας με ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από κεντρικά σημεία, την περαιτέρω ανάπτυξη εφαρμογών τηλεϊατρικής, την ανάπτυξη εξατομικευμένων υπηρεσιών, για την ολική κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών του εκάστοτε ασθενή και την αναβάθμιση των υποδομών τεχνολογίας

Ο δε συνδυασμός προηγμένων υπηρεσιών τηλεπαρακολούθησης και τηλεδιάγνωσης ευνοεί τη δυνατότητα τηλεματικής διαχείρισης των διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών. Οι τεχνολογικές εξελίξεις στο χώρο των υποβοηθούμενων από υπολογιστές χειρουργικών επεμβάσεων, των αυτόματων χειρουργικών εργαλείων και των τηλεαισθητήρων αποτελούν την εγγύηση για την ανάπτυξη προηγμένων υπηρεσιών τηλεϊατρικής στη χειρουργική, την ενδοσκόπηση, κτλ.

Στον τομέα της ιατρικής η τηλεεκπαίδευση συμβάλλει αφενός, στη διαρκή εκπαίδευση και κατάρτιση του ιατρικού και βοηθητικού προσωπικού μιας μονάδας υγείας και αφετέρου δύναται να συμβάλλει στην εκπαίδευση των ασθενών ώστε να αναλάβουν πιο ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας τους, μέσω της παροχής εκπαιδευτικών μηνυμάτων ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενή. Η σωστή ενημέρωση του πολίτη όχι μόνο συμβάλλει στην πρόληψη των ασθενειών αλλά και ευνοεί τη δημόσια υγεία.

## 2.4 Η προστασία των προσωπικών δεδομένων

Το δικαίωμα του ασθενούς για διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των προσωπικών του δεδομένων δεν μπορεί να υποβιβασθεί εξαιτίας της χρήσης του ΗΙΦ ή όποιας εφαρμογής της η-Υγείας. Ο όρος ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα χρησιμοποιείται για τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα έτσι όπως αναφέρεται στις κατευθυντήριες γραμμές σύμφωνα με τους ορισμούς της ευρωπαϊκής οδηγίας 95/46/EK<sup>5</sup> για την προστασία των δεδομένων και αναφέρεται σε οιοσδήποτε πληροφορίες αφορούν ένα προσδιορισμένο ή προσδιορισίμο<sup>6</sup> φυσικό πρόσωπο (Αποστολάκης, 2005).

Ο καθορισμός των ηθικών αλλά και νομικών διαδικασιών και κριτηρίων όσον αφορά στην ηλεκτρονική συλλογή, επεξεργασία και διακίνηση προσωπικών ευαίσθητων δεδομένων σε πιθανούς δευτερεύοντες χρήστες δεδομένων υγείας, όπως είναι οι ασφαλιστικές και φαρμακευτικές εταιρείες είναι απαραίτητος. Τυχόν αποκάλυψη των δεδομένων αυτών θέτει σε κίνδυνο τη σχέση επαγγελματιών υγείας - ασθενούς αλλά και των μελών της κοινωνίας αφού είναι πιθανό από τον φόβο αποκάλυψης ο ασθενής να μην εμπιστευθεί κρίσιμες πληροφορίες που αφορούν όχι μόνο στην υγεία του αλλά και στην διατήρηση της δημόσιας υγείας (Fairweather, Rogerson, Harman, 2001)

Μέσα στο νοσοκομείο, όπου πολυάριθμες ειδικότητες και εξειδικεύσεις συνυπάρχουν, κανείς από τους συμμετέχοντες στη λειτουργία του δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες του σε πληροφόρηση χωρίς τη συμπληρωματική πληροφόρηση του. Ο καθένας έχει την ανάγκη να πληροφορείται και να πληροφορεί. Κάθε δυσλειτουργία στην ροή της πληροφορίας δημιουργεί έλλειμμα και περιορισμό δυνατοτήτων στην άσκηση του έργου του. Ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης και της επικοινωνίας επιδρούν στη διαμόρφωση των σχέσεων του προσωπικού υγείας με τον ασθενή και καθορίζουν την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης (Σαρρής και άλλοι, 2002).

---

<sup>5</sup> [http://europa.eu/legislation\\_summaries/information\\_society/114012\\_el.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/information_society/114012_el.htm)

<sup>6</sup> Ένα προσδιορισίμο φυσικό πρόσωπο είναι εκείνο το πρόσωπο το οποίο μπορεί να προσδιοριστεί άμεσα ή έμμεσα ειδικότερα σε σχέση με τον αριθμό ταυτοποίησης του ή ένα ή περισσότερα στοιχεία που αφορούν την φυσική, φυσιολογική, διανοητική, οικονομική, πολιτιστική ή κοινωνική του ταυτότητα.

Οι επαγγελματίες υγείας καθώς επίσης και οι επαγγελματίες πληροφορικής υγείας είναι σημαντικό να γνωρίζουν ότι πρέπει να σέβονται την ιδιωτικότητα των ασθενών και ότι κάθε ρήγμα σε αυτή λόγω της χρήσης προσωπικών δεδομένων των ασθενών χωρίς την συγκατάθεση τους αποτελεί απειλή. Επαγρύπνηση, συνεχής έλεγχος, ευαισθητοποίηση των χρηστών και λήψη κατάλληλων, αποδοτικών, λογικών και οικονομικά ανεκτών μέτρων είναι μερικά από τα απαραίτητα μέτρα για να διασφαλιστεί η τήρηση του ιατρονοσηλευτικού απορρήτου, να εξασφαλιστεί η εμπιστευτική χρήση των προσωπικών ευαίσθητων δεδομένων χωρίς να θίγεται η αυτονομία και η αυτοδιάθεση του ατόμου ( Fairweather , Rogerson, 2001)

Στη χώρα μας, η εφαρμογή πολιτικής ασφαλείας για τα πληροφοριακά συστήματα σε ένα οργανισμό όπως το νοσοκομείο αποτελεί νομική υποχρέωση για το ίδιο αφού πρέπει να ικανοποιεί τις απαιτήσεις για την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων που βρίσκονται αποθηκευμένα στον ΗΙΦ όπως αυτές διατυπώνονται στο Νόμο Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του ατόμου) 38 (I) του 2001, 37 (I) του 2003 της Κύπρου.

Η κατάσταση όμως γίνεται περίπλοκη και η εφαρμογή της επιτακτικότερη καθώς, με την συμμετοχή ανεξάρτητων οργανισμών υγείας στην ανταλλαγή ΗΙΦ, η υλοποίηση παγκόσμιας πολιτικής ασφαλείας αποτελεί ακόμα ένα φιλόδοξο σχέδιο (Defteraios et al., 2004)

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι η δημιουργία εμπιστοσύνης είναι το προαπαιτούμενο για την ανάπτυξη της ΚτΠ. Οι πολίτες προτιμούν υπηρεσίες και πληροφορίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες και τις απαιτήσεις τους, γνωρίζοντας ότι προστατεύεται το δικαίωμά τους στην ιδιωτική ζωή (Μαλλιαρού, 2007).

### 3. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

#### 3.1 Εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας στην Κύπρο

Προκειμένου να διερευνήσουμε (στο ειδικό μέρος) το βαθμό εξοικείωσης των πολιτών με τη χρήση των υπηρεσιών η-Υγείας κρίνεται σκόπιμο να γίνει αναφορά στη διάχυση των εφαρμογών η-Υγείας στην Κύπρο.

Στη διάρκεια των τελευταίων 25 ετών η Κυπριακή Δημοκρατία έχει μετατραπεί σε μια επιτυχημένη οικονομία ελεύθερης αγοράς, βασισμένη στις υπηρεσίες, με δυναμικό βιομηχανικό, αγροτικό και κατασκευαστικό τομέα. Ο τομέας των υπηρεσιών, στον οποίο ο τουρισμός καταλαμβάνει μια πολύ σημαντική θέση, συνεισφέρει 76% του ΑΕΠ και απασχολεί 71% του εργατικού δυναμικού. Η Παγκόσμια Τράπεζα κατατάσσει την Κυπριακή Δημοκρατία στις χώρες υψηλού εισοδήματος. Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ ανέρχεται σε 18.500 ευρώ, σχεδόν 80% του μέσου όρου της ΕΕ και είναι υψηλότερο από ότι στην Ελλάδα ή στην Πορτογαλία (Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΤΕΠΑΚ), 2010)

Η Κυπριακή Δημοκρατία έχει σημαντική μακροοικονομική δυναμική λόγω της εισαγωγής υψηλής τεχνολογίας, εμπειρογνομοσύνης και τεχνογνωσίας, που διευκολύνουν τις επενδύσεις ξένων κεφαλαίων. Κατά συνέπεια, η ανάπτυξη βιομηχανιών έντασης γνώσης (μηχανολογικών, οπτικοακουστικών, φαρμακευτικών, εκπαιδευτικών, κοινωνικής εργασίας κ.λπ.) προχωρά με σταθερό ρυθμό. Επιπρόσθετα, οι δαπάνες καταναλωτικών αγαθών είναι αρκετά εκτεταμένες. Αν όχι μια πλήρως αναπτυγμένη «δικτυακή κοινωνία», η Κυπριακή Δημοκρατία είναι αναμφίβολα μια καταναλωτική κοινωνία.

Η βελτίωση της θέσης της Κυπριακής Δημοκρατίας στην ΕΕ εξαρτάται από την αναβάθμιση των βασικών υποδομών της και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της. Αυτές οι εξελίξεις είναι συνάρτηση της αξιοποίησης των ευκαιριών που προσφέρονται από την ΚτΠ.



Παρά την αύξηση στις δαπάνες για Έρευνα και Τεχνολογική Ανάπτυξη την τελευταία δεκαετία, τόσο στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, η Κυπριακή Δημοκρατία υπολείπεται σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο στις δαπάνες σε ΤΠΕ, καθώς αυτές αντιπροσωπεύουν μόνο το 0.1% της συνολικής ευρωπαϊκής δαπάνης. Παρόλα αυτά, οι μεγάλες επενδύσεις που έγιναν σε τηλεπικοινωνιακές τεχνολογίες αιχμής έχουν καταστήσει την Κύπρο έναν από τους σημαντικότερους τηλεπικοινωνιακούς κόμβους για τη Μέση Ανατολή – μια θέση που ενισχύεται από τη δραστήρια εφαρμογή προγραμμάτων Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και την παροχή ευρυζωνικών υπηρεσιών σε όλη τη χώρα.

Η Κυπριακή Δημοκρατία είναι από τις χώρες που εισήγαγαν με καθυστέρηση στρατηγικές για την ανάπτυξη της ΚτΠ. Το 1987 η Κυπριακή κυβέρνηση εγκαινίασε τη «Στρατηγική Πληροφοριακών Συστημάτων», η οποία εξακολουθεί να υπάρχει σε διάφορους τομείς. Στο πλαίσιο αυτό, υλοποιήθηκαν ορισμένα έργα, όχι πάντοτε με ταχείς ρυθμούς, σε στοχευόμενες περιοχές στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Η πλειονότητα αυτών των έργων ξεκίνησαν μετά το 1996, καθώς η επερχόμενη είσοδος στην ΕΕ απαιτούσε μεγαλύτερη εναρμόνιση (ΤΕΠΑΚ, 2010).

Έκτοτε, η παροχή υπηρεσιών ΤΠΕ αυξήθηκε ραγδαία. Η δε χρήση του διαδικτύου έχει αυξηθεί ραγδαία από το 2000 και φαίνεται ότι έχει αρχίσει να αποτελεί κομμάτι της καθημερινότητας των Κυπρίων. Το ποσοστό χρήσης του διαδικτύου σύμφωνα με την τελευταία έρευνα που έγινε από το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΤΕΠΑΚ) Το διαδίκτυο στην Κύπρο 2010 φτάνει το 58%. Η Κύπρος σε παγκόσμιο επίπεδο σύμφωνα με την Eurostat βρισκόταν στη 120ή θέση με 433,800 χρήστες (39,3% ) το 2010.

Σύμφωνα με το eHealth ERA (2007) η στρατηγική της κυβέρνησης της Κύπρου για την η-Υγεία στοχεύει στην παροχή καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης με χαμηλότερο κόστος με το κέντρο του ενδιαφέροντος να μετατοπίζεται στον ασθενή και τις ανάγκες του στα πλαίσια ενός ενοποιημένου εθνικού συστήματος πληροφοριών υγείας

Το πρόγραμμα της Κύπρου για την η-Υγεία καλύπτει ένα ευρύ φάσμα εφαρμογών: συστήματα πληροφοριών νοσοκομείων, εθνικό σύστημα παρακολούθησης υγείας, μηχανοργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μηχανοργάνωση του προσεχούς σχεδίου ασφάλισης υγείας, εισαγωγή της έξυπνης κάρτας ασθενούς και του ΗΙΦ, τυποποίηση της ιατρικής ορολογίας, ταξινόμηση και κωδικοποίηση των διαγνώσεων, ιατρικών προϊόντων, αιτιών θανάτου και πρόσβαση στις εξωτερικές και εσωτερικές τράπεζες. Η εφαρμογή της στρατηγικής αναμένεται να αυξήσει την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των διαδικασιών και να υποστηρίξει τη λήψη αποφάσεων και τη δημιουργία πολιτικών υγείας, να παρέχει τις μακρινές ιατρικές υπηρεσίες (διαδίκτυο, τηλεϊατρική και ρομποτική). Έτσι κινείται σταθερά προς την οργάνωση της υγειονομικής φροντίδας με το πρότυπο του «χωρίς χαρτί και έντυπες απεικονιστικές εξετάσεις νοσοκομείο» μέσω της εισαγωγής του ΗΙΦ και της ιατρικής έξυπνης κάρτας.

Η Κύπρος βρίσκεται σε ένα πολύ αρχικό στάδιο της χρησιμοποίησης των εφαρμογών ΤΠΕ στον τομέα της υγείας. Με το σύστημα η-Υγείας οι ασθενείς θα ωφεληθούν από τη χρήση των τεχνολογιών ενημέρωσης και επικοινωνιών στην υγειονομική περίθαλψη. Προς το παρόν δεν υπάρχει κανένα ενιαίο σύστημα υγείας, πολύ χαμηλή η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών στα κέντρα υγείας, ενώ η υποδομή ΤΠ του Υπουργείου Υγείας είναι ανεπαρκής για τη διαχείριση του τεράστιου όγκου των πληροφοριών. Αυτό οδηγεί, στην ανεπαρκή διοίκηση των διαθέσιμων πόρων, αυξανόμενη γραφειοκρατία και στην περιορισμένη δυνατότητα παροχής ποιοτικών υγειονομικών υπηρεσιών.

Το Υπουργείο Υγείας στις προσπάθειές του να εισαγάγει την η-Υγεία στην Κύπρο, έχει ολοκληρώσει με επιτυχία δύο προγράμματα (National Lisbon programme of the Republic of Cyprus, 2005):

1. Το DITIS, ένα ηλεκτρονικό σύστημα που υποβοηθά στην αποτελεσματική διαχείριση και τη συνεργασία των εικονικών ομάδων. Παρέχει ασφαλή πρόσβαση σε ηλεκτρονικά αρχεία από οποιοδήποτε σημείο σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή μέσω επιτραπέζιων ηλεκτρονικών υπολογιστών ή μια σειρά φορητών εφαρμογών (όταν

είναι σε κίνηση). Το σύστημα ξεκίνησε το 1999 και αυτή τη στιγμή υποστηρίζει τις δραστηριότητες του Παγκύπριου Συνδέσμου Καρκινοπαθών και Φίλων (ΠΑ.ΣΥ.ΚΑ.Φ), που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι σε περισσότερους από 600 ασθενείς με καρκίνο το χρόνο. Το εν λόγω γραφείο έχει απαλλαγεί από τα έντυπα με το DITIS από το 2003, και κρατά όλα τα αρχεία σε ηλεκτρονική μορφή για τους ασθενείς του. Το προσωπικό του ΠΑ.ΣΥ.ΚΑ.Φ εκπαιδεύτηκε στη χρήση του DITIS, και δύο εικονικές ομάδες περίθαλψης είναι έτοιμες για τη λειτουργία χρησιμοποιώντας κινητές εφαρμογές. Παράλληλα το DITIS έχει επεκταθεί προκειμένου να συνεργαστεί με άλλες μονάδες περίθαλψης, όπως πχ το Ογκολογικό κέντρο της Τράπεζας Κύπρου. Μία δεύτερη εκδοχή του συστήματος συνδέεται με το HealthService24 και αναπτύσσεται στην πολυκλινική ΛΗΤΩ, για να υποστηρίξει τη συνεχή παρακολούθηση των πιθανών καρδιολογικών ασθενών που εισάγονται στα επείγοντα.. Τα αποτελέσματα του προγράμματος είναι πολλά: ενισχυμένη κερδοφορία μέσω βελτιωμένων επικοινωνιών, καλύτερος προγραμματισμός των υπηρεσιών, έμφαση στην πρόληψη. Η επένδυση στη νέα τεχνολογία, το κόστος εξέλιξης, το αρχικό κόστος ανάπτυξης, και τέλος τα τρέχοντα έξοδα, ισοσταθμίζονται από τα παραπάνω κέρδη. Αξίζει να σημειώσουμε ότι το κόστος εγκατάστασης και υποστήριξης μιας τέτοιας υποδομής, σε αντίθεση με τα πλεονεκτήματα όπως η ποιότητα ζωής, ο χρόνος που εξοικονομείται και το άγχος δουλειάς, είναι δύσκολο να αποδοθούν με οικονομικούς όρους.

2. Το EKAB HC1001 και Επειγόντων Περιστατικών-112 HC4027 - φορητή ιατρική συσκευή για την τηλεϊατρική έκτακτης ανάγκης - σύστημα που επιτρέπει την μετάδοση των κρίσιμων βιολογικών σημάτων (ηλεκτροκαρδιογράφημα, πίεση του αίματος, θερμοκρασία και ακόμα εικόνες του ασθενή) από την περιοχή έκτακτης ανάγκης στο νοσοκομείο. Το σύστημα επιτρέπει στους γιατρούς την άμεση προνοσοκομειακή περίθαλψη με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο και τη μείωση της θνησιμότητας. Το σύστημα έχει σχεδιαστεί προκειμένου να λειτουργήσει κατά τη διάρκεια αρκετών ασύρματων ζεύξεων επικοινωνίας (σύνδεση του Τμήματος Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας με ασθενοφόρο και το μακρινό αγροτικό νοσοκομείο του Κάτω Πύργου). Το σύστημα αναμένεται να επεκταθεί ώστε να καλύπτει περισσότερα ιατρικά κέντρα.

Επίσης αποπερατώθηκε η μηχανογράφηση των Νοσοκομείων της Λευκωσίας και της Αμμοχώστου με το Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείων και τα παρακάτω υποσυστήματα: Διαχείρισης Ασθενών, Ιατρικό Υποσύστημα, Radiology Information System, MIS( εξειδικευμένο υποσύστημα στατιστικής επεξεργασίας), το Πληροφοριακό Σύστημα Μηχανογράφησης Εργαστηρίων, τα εξειδικευμένα TD-Micro και TDHisto/Cyto για την μηχανογράφηση του μικροβιολογικού και παθολογοανατομικού εργαστηρίου, το Πληροφοριακό Σύστημα BloodMed ( για τη μηχανογράφηση του Κέντρου Αίματος και της Τράπεζας Αίματος), υποσύστημα Επικοινωνίας (Διασύνδεσης) Εφαρμογών μέσω HL7, το εξειδικευμένο υποσύστημα - Έξυπνη Κάρτα Υγείας μέσω του οποίου δημιουργήθηκε φορητός ηλεκτρονικός φάκελος (σε πλήρη διασύνδεση με τον Ιατρικό Φάκελο, για συγκεκριμένη κατηγορία πληθυσμού) και το εξειδικευμένο Πληροφοριακό Σύστημα TDWEB<sup>7</sup>.

Ολοκληρώθηκε και η μηχανογράφηση των Κέντρων Υγείας που υπάγονται στα παραπάνω νοσοκομεία. Τα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία Λευκωσίας και Παραλιμνίου πέτυχαν: την ενσωμάτωση των Κέντρων Υγείας στο Ολοκληρωμένο Ιατρικό Πληροφοριακό Σύστημα του Υπουργείου Υγείας, τη βελτίωση της οργάνωσης και της ροής εργασίας των εργαστηρίων, την έγκαιρη και αξιόπιστη διανομή των πληροφοριών που διαχειρίζονται τα κεντρικά εργαστήρια - κρίσιμοι παράγοντες για την παροχή υπηρεσιών υψηλού επιπέδου προς τους ασθενείς, την αύξηση της ιχνηλασιμότητας δειγμάτων και αποτελεσμάτων, με αποτέλεσμα τη μείωση των λαθών και τη βελτιστοποίηση του επιπέδου ασφάλειας, την ταυτοποίηση ασθενή / δείγματος στο σημείο συλλογής και αποφυγή λαθών την μείωση χρόνου έκδοσης των αποτελεσμάτων, την ενοποίηση αποτελεσμάτων από πολλαπλά σημεία / εργαστήρια, την προώθηση της προσπάθειας για ποιοτική πιστοποίηση με βάση διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα ( ISO, EN κτλ.) και τη βελτίωση της καθημερινής εργασίας των χρηστών

---

<sup>7</sup> ( σε πλήρη διασύνδεση με το Πληροφοριακό Σύστημα Μηχανογράφησης Εργαστηρίων μέσω του οποίου γίνονται παραγγελίες εργαστηριακών εξετάσεων από διάφορα Κέντρα Υγείας προς το Νοσοκομείο Λευκωσίας και επιστροφή αποτελεσμάτων σε αυτά).

Το έργο της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης αποτέλεσε επέκταση στο έργο της πλήρους Μηχανοργάνωσης των Δημόσιων Νοσοκομείων. Το σύστημα υλοποιήθηκε σε 50 τοποθεσίες σε όλη την Κύπρο, όπου βρίσκονται τα Τμήματα των Φαρμακευτικών Υπηρεσιών και επιτρέπει σε γιατρούς και εξουσιοδοτημένους χρήστες να παραγγείλουν φάρμακα από το φαρμακείο. Συγκεκριμένα, οι βασικοί στόχοι ήταν :

- Να εισάγει μια ολοκληρωμένη λύση για να υποστηρίξει τις δραστηριότητες διαχείρισης της συνταγογράφησης για τα Δημόσια Νοσοκομεία και τα Αγροτικά Κέντρα Υγείας.
- Να παράσχει ένα πλήρες ηλεκτρονικό φάκελο συνταγογράφησης με πρόσβαση σε περασμένες πληροφορίες συνταγογράφησης στο σημείο περίθαλψης.
- Να δημιουργήσει την υποδομή για τη μελλοντική υλοποίηση διαδικασιών και αυτοματοποιημένων ροών χωρίς τη χρήση χαρτιού «paperless», έτσι ώστε να μειωθούν τα λάθη και να εξορθολογηθούν οι λειτουργίες

Η Datamed ( 2010), ως πάροχος λύσεων πληροφορικής για το έργο Integrated Healthcare Information System (IHCIS), υλοποίησε ένα σύγχρονο εθνικής εμβέλειας Νοσοκομειακό Πληροφοριακό Σύστημα. Το σύστημα χρησιμοποιεί τεχνολογίες αυτοματοποίησης των ιατρικών παραγγελιών, ώστε να διασφαλιστεί η ασφαλέστερη χορήγηση φαρμάκων, αφού υπάρχει on-line σύνδεση με τη βάση δεδομένων και με το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Υπάρχει ακόμα η δυνατότητα πρόσβασης στο Σύστημα Υποστήριξης Κλινικών Αποφάσεων, ώστε να προειδοποιείται ο γιατρός για ζητήματα σχετικά με τη δοσολογία, τις αλλεργίες, τις παρενέργειες και τις αντενδείξεις.

Μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έχουν επιτευχθεί:

- Εξορθολογισμός των δαπανών, αφού η καταχώρηση της συνταγής και στη συνέχεια η εκτέλεση αυτής γίνεται με συγκεκριμένους κανόνες και ελεγκτικά πρωτόκολλα. Οι έλεγχοι αυτοί επιτρέπουν, με μεγάλη ταχύτητα και χωρίς ανθρώπινο λάθος ή παράλειψη, τον πλήρη – και όχι δειγματοληπτικό – έλεγχο των δαπανών νοσηλίων.
- Έλεγχος και μείωση της προκλητής ζήτησης. Εκτός από τους ελέγχους που γίνονται πριν από την εκκαθάριση και πληρωμή των δαπανών, υπάρχουν και έλεγχοι

οι οποίοι μπορεί να γίνονται σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή, ώστε να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν φαινόμενα καταχρηστικής ή και παράνομης συνταγογράφησης.

- Άμεση πρόσβαση στην πληροφορία, αφού οι Φαρμακευτικές Υπηρεσίες παραλαμβάνουν ηλεκτρονικά όλα τα στοιχεία που χρειάζονται από τα νοσοκομεία, τους ιατρούς, τους φαρμακοποιούς.
- Πληρότητα πληροφορίας επιστημονικής και οικονομικής πληροφορίας, αφού οι ιατροί, ιατρικά εργαστήρια, φαρμακευτικές υπηρεσίες χρησιμοποιούν πληροφοριακά συστήματα στα οποία καταχωρούνται όλα τα στοιχεία (διάγνωση, φάρμακο, μητρώο ασφαλισμένου, στοιχεία ιατρού, φαρμακοποιού, ημερομηνίες, τιμές) στην πλέον αναλυτική τους μορφή.
- Βοήθεια στη λήψη αποφάσεων, αφού το σύστημα διαθέτει ειδικό υποσύστημα στατιστικοποίησης της πληροφορίας.
- Βελτίωση της καθημερινής εργασίας των χρηστών, αφού δε χρειάζεται πλέον η συμπλήρωση δεκάδων εντύπων και οι εφαρμογές είναι κατασκευασμένες ώστε να διευκολύνουν και να βοηθούν το χρήστη.

### 3.2 Παραδείγματα άλλων ευρωπαϊκών χωρών

Ο Ευρωπαϊκός χώρος η-Υγείας προσφέρει ένα πλαίσιο ανταλλαγής βέλτιστης πρακτικής και εμπειριών. Με την πάροδο του χρόνου δίνεται η δυνατότητα διαμόρφωσης κοινής προσέγγισης σε κοινά προβλήματα. Για την επίτευξη του εν λόγω στόχου η ΕΕ είναι σε θέση να αποτιμήσει τον αντίκτυπο της η-Υγείας ως προς την καλύτερη πρόσβαση και βελτιωμένες, αποδοτικότερες υπηρεσίες, καθώς και την αυξημένη γενική παραγωγικότητα του τομέα των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η η-Υγεία μπορεί να καταστεί κοινός τόπος για τους απασχολούμενους στον τομέα της υγείας, τους ασθενείς και τους υγιείς πολίτες.

Πιο κάτω παραθέτονται παραδείγματα βέλτιστης πρακτικής και εμπειριών από την Ευρώπη (Παρατηρητήριο για την ΚτΠ, 2007) τα οποία αφορούν κυρίως εφαρμογές της η-Υγείας που μελετούμε (ΗΙΦ και τηλεϊατρική). Πολλά από αυτά θα μπορούσαν να εφαρμοστούν τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Κύπρο.

➤ IZIP – Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας βασισμένος στο διαδίκτυο, Τσεχία

Η κεντρική ιδέα του συστήματος IZIP είναι η μεταφορά της βάσης ιατρικών δεδομένων από τους φορείς και τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας στους ασφαλισμένους πολίτες. Οι πολίτες είναι ενεργοί συνεργάτες στην όλη διαδικασία. Ένας καλά πληροφορημένος ασθενής μπορεί να λαμβάνει υπεύθυνες αποφάσεις, να συνεργάζεται καλύτερα και να έχει μία εικόνα των τεχνικών ακόμα και των οικονομικών ορίων μίας συγκεκριμένης θεραπείας. Αυτό αποτελεί μία σημαντική αλλαγή στο παραδοσιακό σύστημα διαχείρισης ηλεκτρονικών αρχείων, στο οποίο ο φορέας υγειονομικής περίθαλψης – και όχι ο πολίτης – είχε το δικαίωμα να γνωστοποιεί πληροφορίες. Με το IZIP αντιστρέφεται η διαδικασία πρόσβασης των ασθενών στις πληροφορίες. Τα δεδομένα εξακολουθούν να προέρχονται από το φορέα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά πλέον ο πολίτης μπορεί να έχει άμεση πρόσβαση σε αυτά. Τα δεδομένα μπορούν να διακινηθούν σε άλλους υγειονομικούς φορείς και επαγγελματίες μέσω του διαδικτύου εφόσον υπάρχει σχετική συγκατάβαση του πολίτη – και όχι πλέον σε έντυπη μορφή όπου δεν χρειαζόταν η συγκατάβαση του ασθενή

Οφέλη για τους πολίτες :

- Οι πολίτες είναι καλύτερα ενημερωμένοι.
- Η επικοινωνία τους με τους γιατρούς τους είναι βελτιωμένη καθώς μοιράζονται τις ίδιες πληροφορίες που αφορούν την πορεία της υγείας τους.
- Τα δεδομένα σχεδιάζονται με γνώμονα τον πολίτη, και όχι βάσει των οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.
- Η πιθανότητα επαναληπτικών εξετάσεων μειώνεται δραστικά.
- Η ταχύτερη πρόσβαση στα δεδομένα, όπου υπάρχει δυνατότητα σύνδεσης με το διαδίκτυο, επιτρέπει και την ταχύτερη διάγνωση δίνοντας ταυτόχρονα την ευκαιρία να ξεκινήσει η θεραπεία χωρίς αναίτιες καθυστερήσεις.
- Οι πολίτες μπορούν να τυγχάνουν υψηλής ποιότητας περίθαλψη όχι μόνο στο σπίτι τους, όπου ο γενικός ιατρός τους θα είναι ενήμερος σχετικά με τα θέματα υγείας τους,

αλλά και οπουδήποτε αλλού στον κόσμο εφόσον ο πολίτης είναι διατεθειμένος να επιτρέψει στον ιατρό να έχει πρόσβαση στο φάκελό του.

Όλα τα παραπάνω μπορούν να συνοψιστούν ως βελτιωμένη αποδοτικότητα υγειονομικών Υπηρεσιών που επιτρέπει την καλύτερη διαχείριση του χρόνου και άλλων πόρων, και οδηγεί στην καλύτερη ποιότητα περίθαλψης.

➤ NHS Direct Online, Ηνωμένο Βασίλειο

Το NHS Direct Online είναι μοναδικό από την άποψη ότι είναι η μόνη βρετανική ιστοσελίδα που υποστηρίζεται από καθημερινή τηλεφωνική γραμμή βοήθειας στελεχωμένη με νοσηλευτές. Το NHS Direct έχει αναπτύξει και έχει χρησιμοποιήσει το NHS Direct Online (NHSDO) για να παρέχει στους πολίτες πρόσβαση σε πληροφορίες για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Αυτό τους επιτρέπει να βελτιώσουν τη γνώση και τις επιλογές που αφορούν τον τρόπο ζωής που επιλέγουν, την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη.

Οι πληροφορίες παρέχονται από την πρόσβαση σε μια σειρά υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης μιας υπηρεσίας αναζήτησης πληροφοριών, μίας υπηρεσίας πληροφόρησης, μίας εγκυκλοπαίδειας, μία ιστοσελίδα για τις καλύτερες θεραπείες, έναν οδηγό για ατομική βοήθεια, λεπτομέρειες για τις τοπικές υπηρεσίες του NHS, συνήθεις απορίες που αφορούν την υγεία, interactive εργαλεία και έναν ιστοχώρο υγείας.

Το διαδίκτυο και η βασισμένη στο δίκτυο τεχνολογία αποτελούν τη βάση του NHSDO, και είναι σύμφωνο με την αύξηση της χρήσης του διαδικτύου στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αυτό επίσης παρέχει μία δυναμική η-Υγεία η οποία υποστηρίζει τη συνεχή ανάπτυξη της υπηρεσίας.

Τα οφέλη:

- Δίνεται στους πολίτες η δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τις πληροφορίες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης ώστε να επιλέξουν ποιόν τρόπο ζωής θα ακολουθήσουν
- Δίνεται στους πολίτες η δύναμη να στηριχθούν περισσότερο στην ατομική βοήθεια και να αποφύγουν κάποιες επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς για πληροφορίες



- Αποφεύγεται το κόστος του εργατικού δυναμικού που απαιτείται για μια εναλλακτική τεχνολογία στα τηλεφωνικά κέντρα
- Πρόσβαση σε παρόμοιες πληροφορίες σε ιστοσελίδες των σχετικών υπηρεσιών.

➤ Το Έργο Οικιακής Περίθαλψης Boagio, Ιταλία

Είναι υπηρεσία Τηλεκαρδιολογίας που χρησιμοποιείται οποιαδήποτε ώρα της ημέρας και οπουδήποτε στη χώρα, είτε σε έκτακτη ανάγκη, είτε σε συγκεκριμένες περιστάσεις. Το καταγεγραμμένο σήμα του ηλεκτροκαρδιογραφήματος μεταφέρεται (μέσω σταθερού ή κινητού τηλεφώνου) σε πραγματικό χρόνο, στο σταθμό λήψης. Έπειτα μια νοσηλεύτρια και ένας καρδιολόγος που εργάζονται στο σπίτι με τεχνολογίες δικτύου και πληροφορικής είναι διαθέσιμοι για την παραπομπή του ηλεκτροκαρδιογραφήματος για μια αλληλεπιδραστική παροχή συμβουλών μέσω τηλεφώνου για να κατευθύνουν την επακόλουθη θεραπευτική παρέμβαση.

Το μοντέλο παρέχει στους χρήστες τη δυνατότητα να βοηθηθούν σε διάφορες κλινικές καταστάσεις (μετά την κρίση, στην ανάρρωση, την εργασία ή την αναψυχή) με τη βεβαιότητα μιας άμεσης και ακριβούς οργανικής και θεραπευτικής διάγνωσης. Στο τέλος όλων των διαδικασιών λήψης τα στοιχεία αποθηκεύονται, μεταφέρονται στο σέρβερ και είναι διαθέσιμα στο διαδίκτυο για πληροφορική κλινική έκθεση, ανώνυμα και κρυπτογραφημένα μόνο για τους ιδιοκτήτες του κωδικού πρόσβασης.

Τα δημοσιευμένα στοιχεία δείχνουν στους Γενικούς Ιατρούς και στους ασθενείς τους τη σημασία που έχει η χρήση της τηλεϊατρικής με δύο στόχους: από τη μία πλευρά η δυνατότητα να επιτευχθεί μια διάγνωση σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, ειδικότερα για μία γνωστή καρδιοπάθεια, και να απευθυνθεί στο τμήμα της εντατικής μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο, ή για να τους δώσει συμβουλές σε πραγματικό χρόνο για τη θεραπεία και τη συγκεκριμένη εξέταση.

Τέσσερις τύποι υπηρεσιών είναι διαθέσιμες:

(1) Τηλεφωνικές συμβουλές και παραπομπές ηλεκτροκαρδιογραφήματος και μια δεύτερη γνώμη πολλαπλής ειδικότητας για τους Γενικούς Ιατρούς και τους καρδιολόγους

- (2) Οικιακή Περιθάλαψη για τις χρόνιες καρδιακές παθήσεις,
- (3) Τηλεδιάγνωση για την αρρυθμία,
- (4) Κέντρο Κλήσης για τα Νοσοκομεία.

Η πιθανή μείωση του κόστους για την Εθνική Υπηρεσία Υγείας μέσω της υπηρεσίας Τηλεκαρδιολογίας προέρχεται από μείωση κατά 47% της παραπομπής στην εντατική και 95% των καρδιολογικών διαβουλεύσεων, σε σύγκριση με την παραδοσιακή διαδικασία που ακολουθείται από τους Γενικούς Ιατρούς. Παρόμοια αποτελέσματα λήφθηκαν από τους ηλικιωμένους ασθενείς: μειώσεις 37% και 94%, αντίστοιχα. Εκτός από τα προκύπτοντα μειωμένα ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών.

➤ FRONTIS, Ελλάδα

Η πρωτοβουλία «FRONTIS» που ξεκίνησε το νοσοκομείο «Υγεία» της Αθήνας έχει ως στόχο να μετατρέψει τα σπίτια των ασθενών σε δωμάτια νοσοκομείου προκειμένου ο ασθενής να περιθάλπεται στο σπίτι του ικανοποιητικά και με ασφάλεια, χωρίς να χρειάζεται να διακομίζεται στο νοσοκομείο. Στόχος της πρωτοβουλίας είναι να νοσηλεύεται στην οικία του οποιοσδήποτε ασθενής δεν χρειάζεται χειρουργική παρέμβαση ή στενή παρακολούθηση σε μια εντατική μονάδα φροντίδας.

Εφόσον τα παραδοσιακά συστήματα τηλεπαρακολούθησης αποδείχτηκαν ανεπαρκή, το Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ» υιοθέτησε το λογισμικό "Frontis".

Σύμφωνα με το "Frontis", ομάδες από επισκέπτες ιατρούς πραγματοποιούν κατ' οίκον επισκέψεις χρησιμοποιώντας κινητές μονάδες και μικρά ασθενοφόρα. Παρέχουν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες βασιζόμενοι σε έναν προγραμματισμό επισκέψεων που πραγματοποιείται από το λογισμικό. Οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες είναι εξοπλισμένοι με φορητούς υπολογιστές και φορητές ιατρικές συσκευές, παρέχουν υπηρεσίες που τους υποδεικνύουν οι γιατροί και συλλέγουν ιατρικά δεδομένα – συμπεριλαμβανομένων ιατρικών ενδείξεων στην πρωταρχική τους μορφή, που αποκτώνται on line από τις φορητές συσκευές – και χρεώνουν αναλώσιμα και φάρμακα χρησιμοποιώντας μηχανήματα ανάγνωσης barcode. Τα συγκεκριμένα

δεδομένα εισάγονται στη συνέχεια στο πρόγραμμα. Έτσι, οι γιατροί του νοσοκομείου «ΥΓΕΙΑ» μπορούν να ανατρέξουν σε ιατρικές ενδείξεις και δεδομένα, να τα συγκρίνουν, ενώ παράλληλα μπορούν να παρακολουθούν την κατάσταση της υγείας του ασθενούς με τη βοήθεια πινάκων, διαγραμμάτων κ.α. βρισκόμενοι σε οποιοδήποτε γραφείο ή σε οποιαδήποτε αίθουσα συσκέψεων.

Βασιζόμενοι δε στην παρακολούθηση της υγείας του ασθενούς, μπορούν να προτείνουν αλλαγές στα πλάνα περίθαλψης που θα εφαρμοστούν στις επόμενες κατ' οίκον επισκέψεις. Ταυτόχρονα, το κόστος του ασθενούς εισάγεται στο λογιστικό σύστημα ενώ το σύστημα μπορεί αυτόματα να παράγει στατιστικές εκθέσεις και δείκτες.

Το όφελος:

- Επεκτείνεται το φάσμα των ιατρικών περιστατικών που μπορούν να αντιμετωπιστούν με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στο σπίτι του ασθενούς αφού χρησιμοποιούνται λογισμικό και τεχνολογίες κινητών ιατρικών συσκευών.
- Αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών που μπορεί να χρειαστούν μελλοντικά τις υπηρεσίες του προγράμματος «νοσοκομείο στο σπίτι» και κατά συνέπεια αυξάνεται ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών στα νοσοκομεία.

Τα παραπάνω στοιχεία οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το συγκεκριμένο Μοντέλο δίνει τη δυνατότητα στο νοσοκομείο να αξιοποιήσει πιο αποτελεσματικά τις κλίνες και παράλληλα να κερδίσει περισσότερα έσοδα από τη χρήση του.

➤ Βαλτική η-Υγεία : Δανία - Σουηδία - Νορβηγία - Εσθονία - Λιθουανία

Η Βαλτική η-Υγεία προωθεί τη χρήση της η-Υγείας στις αγροτικές περιοχές της περιοχής της θάλασσας της Βαλτικής με τη δημιουργία μιας μεγάλης διεθνικής υποδομής για την η-Υγεία, το Δίκτυο Υγειονομικής Περίθαλψης της Θάλασσας της Βαλτικής.

Τα δίκτυα υγειονομικής περίθαλψης τα οποία βασίζονται στο διαδίκτυο είναι ένα βήμα μπροστά σε σύγκριση με τα δίκτυα υγειονομικής περίθαλψης πρώτης γενεάς, τα οποία έχουν περιοριστεί μόνο στη διακίνηση γραπτών μηνυμάτων μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων. Ένα δίκτυο που βασίζεται στο διαδίκτυο μπορεί:

1. να αφομοιώσει δεδομένα - και όχι μόνο κείμενο, αλλά οποιασδήποτε μορφής ψηφιακά δεδομένα, παραδείγματος χάριν εικόνες και βίντεο.
2. να ανταπεξέλθει αποτελεσματικότερα στο όραμα της πρόσβασης σε σχετικά στοιχεία ανεξάρτητα από το χρόνο και την τοποθεσία.

Τα πλεονεκτήματα του προγράμματος είναι τα ακόλουθα:

- Βελτιωμένη πρόσβαση σε περισσότερο εξειδικευμένη ιατρική περίθαλψη σε αγροτικές περιοχές ανεξάρτητα από τα θεσμικά, περιφερειακά και ακόμα και εθνικά σύνορα.
- Η αποφυγή της μετανάστευσης των ιατρών από χώρες χαμηλού σε χώρες υψηλού κόστους. Αυτό θα βελτιώσει την ποιότητα της υπηρεσίας στους ασθενείς στην περιοχή της θάλασσας της Βαλτικής - ειδικά στις αγροτικές περιοχές όπου συγκεκριμένοι ειδικοί στον τομέα της υγείας τείνουν να είναι γεωγραφικά μακριά.
- Μεταφορά ασθενών: Μεταφορά των δεδομένων και όχι του ασθενούς- καλύτερες διαδικασίες παραπομπής
- Υψηλότερη ποιότητα πχ. δεύτερη γνώμη αφού το πρόγραμμα Βαλτικής η-Υγείας ευελπιστεί ότι αυτό και άλλες πρωτοβουλίες θα διευκολύνουν την μεγάλης κλίμακας χρήση της δεύτερης γνώμης από διαθέσιμους ειδικούς που εργάζονται στον τομέα της υγείας.

### 3.3 Έρευνες για τη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας

Η αναζήτηση ερευνητικών εργασιών και σχετικών μελετών που έχουν δημοσιευτεί έχει γίνει κυρίως, από διάφορες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων ( Pub Med, Medline, Link Source, EBSCOhost, Sciencedirect και Google Scholar). Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν κατά την αναζήτηση ήταν: citizens' use of internet, use of eHealth services, eHealth consumers trends, Information Technology, Telemedicine, Telehealth, Electronic Health Records, και οι αντίστοιχες ελληνικές ορολογίες. Σκοπός ήταν κυρίως η διερεύνηση του βαθμού χρήσης του διαδικτύου για θέματα υγείας από πληθυσμούς άλλων χωρών και ο εντοπισμός συναφών ερευνών για αποτύπωση συγκρίσεων.

Στην Ευρωπαϊκή έρευνα του ΠΟΥ European citizens' use of E-health services, οι οποία πραγματοποιήθηκε το 2007 σε επτά χώρες (Ελλάδα, Λετονία, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία, Δανία και Γερμανία), οι χρήστες του διαδικτύου για θέματα υγείας ανέρχονται στο 44%, ενώ οι χρήστες που κάνουν γενική χρήση του διαδικτύου στο 71% των ερωτώμενων. Η πιο πάνω έρευνα έδειξε ότι οι χρήστες του διαδικτύου για θέματα υγείας διαφέρουν από το γενικό πληθυσμό όσον αφορά την υγεία και τους δημογραφικούς παράγοντες. Η κύρια ασχολία των χρηστών ήταν η ανεύρεση πληροφοριών και ακολούθως για να αποφασίσουν αν θα δουν γιατρό και να προετοιμάσουν το επόμενο ραντεβού. Έτσι η χρήση του διαδικτύου επηρεάζει τον τρόπο ενημέρωσης για θέματα υγείας και φαίνεται να συμπληρώνει τη φροντίδα υγείας.

Εξάλλου στην ίδια έρευνα οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρέαζαν τη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας στην Ελλάδα (2005-2007) ήταν το φύλο, η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η διαπίστωση ότι ενώ οι άνδρες χρησιμοποιούν το διαδίκτυο περισσότερο από τις γυναίκες (61% των χρηστών του διαδικτύου ήταν άνδρες), οι γυναίκες χρήστες αναζητούσαν συχνότερα πληροφορίες για θέματα υγείας (72,3% έναντι 65,3%). Επιπλέον, μεταξύ των χρηστών για θέματα υγείας, οι γυναίκες ήταν νεότερες κατά 3,6 έτη από τους άνδρες. Διαφάνηκε ότι καθώς η διείσδυση του διαδικτύου εξαπλώνεται στην Ελλάδα, η εφαρμογή καινοτόμων υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας αποκτά περισσότερους υποστηρικτές. Η αποδοχή της τηλεϊατρικής παρουσίασε μικρή αύξηση από 25% στο

28% του συνολικού πληθυσμού στο διάστημα 2005–2007. Ταυτόχρονα, όμως, αυξήθηκε σημαντικά η εμπιστοσύνη των Ελλήνων στην ανταλλαγή προσωπικών πληροφοριών μέσω διαδικτύου, όπως των αποτελεσμάτων ιατρικών εξετάσεων, που αυξήθηκε κατά 10% (54,1% έναντι 44%). Επίσης ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (ΗΦΥ) παραμένει η πλέον αποδεκτή υπηρεσία ηλεκτρονικής υγείας στη χώρα μας, με ποσοστό 64,7% (2005: 61,7%) των συμμετεχόντων να επιθυμούν πρόσβαση και 66,5% από αυτούς να είναι πρόθυμοι να πληρώσουν ετήσια συνδρομή €30 για την υπηρεσία (2,9% μέσω ασφαλιστικού φορέα).

Τα ευρήματα της μελέτης «Χρήση του Διαδικτύου για Θέματα Υγείας, Θέσεις και Απόψεις των Ελλήνων 15-35 ετών» ( Ρουμελιωτάκη, Χρονάκη, 2008), τα αποτελέσματα της οποίας βασίζονταν στην αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επτά ευρωπαϊκές χώρες (Ελλάδα, Λετονία, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία, Δανία και Γερμανία), από την υπηρεσία «WHO e-Health Consumer Trends Survey» έδειξαν ότι υπάρχουν αυξητικές τάσεις στην χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας καθώς το ποσοστό και η συχνότητα χρήσης αυξάνονται. Θετική είναι η άποψη των πολιτών στην Ελλάδα για την πρόσβαση στον υπολογιστή, ενώ δικαστικοί φάνηκαν οι Έλληνες για την πραγματοποίηση «τηλεϊατρικής επίσκεψης». Τέλος, θετική ήταν η στάση των Ελλήνων στο ενδεχόμενο πληρωμής για την ηλεκτρονική υγεία. Γενικά, από την παραπάνω έρευνα προέκυψε ότι αυξάνει η ωριμότητα των χρηστών του διαδικτύου.

Εξάλλου στην Κύπρο όπως φαίνεται από τον πίνακα 3.3.1 οι χρήστες του διαδικτύου για θέματα υγείας ( ανεύρεση πληροφοριών) αυξήθηκαν μεταξύ 2004-2009.

**Πίνακας 3.3.1** Χρήση του διαδικτύου για θέματα Υγείας

	<b>Άτομα</b>
<b>2004</b>	28.967
<b>2005</b>	43.083
<b>2006</b>	58.746
<b>2007</b>	81.672
<b>2008</b>	66.547
<b>2009</b>	94.476

Πηγή: Στατιστική υπηρεσία Κύπρου - Δραστηριότητες στο διαδίκτυο για προσωπική χρήση, πίνακας 24. 2004-2009 σελ. 71

Στο κεφάλαιο 6 θα προσπαθήσουμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας με τις πιο πάνω έρευνες ώστε να εντοπίσουμε τις τάσεις που επικρατούν όσον αφορά στη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας και στην Κύπρο.

## 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1 Το αντικείμενο της έρευνας

Η ερευνητική προσπάθεια σκοπεύει να καταγράψει τις θέσεις και απόψεις του κυπριακού πληθυσμού, σχετικά με τη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας και να λειτουργήσει συμπληρωματικά προς τις υπάρχουσες έρευνες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, WHO eHealth Consumer Trends Survey, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε επτά ευρωπαϊκές χώρες (Γερμανία, Δανία, Ελλάδα, Λετονία, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία) τον Οκτώβριο του 2005 και το Μάιο του 2007.

Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας δεν είναι μόνο η εκτίμηση του ποσοστού του κυπριακού πληθυσμού που κάνει χρήση του Διαδικτύου για θέματα υγείας αλλά και ο εντοπισμός των παραγόντων από τους οποίους εξαρτάται η χρήση αυτή.

Οι συγκεκριμένοι στόχοι της έρευνας είναι οι ακόλουθοι:

1. Προσδιορισμός της συχνότητας χρήσης του Διαδικτύου: για γενική πληροφόρηση σε σχέση με άλλες πηγές πληροφόρησης και για θέματα υγείας, ανά λόγο χρήσης π.χ. για την προσέγγιση επαγγελματιών υγείας, για την παραγγελία φαρμάκων κ.λπ.
2. Διερεύνηση της μελλοντικής χρήσης του διαδικτύου από μέλη του κυπριακού πληθυσμού που επί του παρόντος δεν το χρησιμοποιούν και της πρόθεσης πραγματοποίησης «ιατρικής επίσκεψης» μέσω υπολογιστή ή βίντεο-τηλεφώνου.
3. Εκτίμηση της άποψης του κυπριακού πληθυσμού αναφορικά με τη δυνατότητα πρόσβασης στον ΗΙΦ από επαγγελματίες υγείας ή από τους ίδιους τους ασθενείς.
4. Διερεύνηση των κριτηρίων αξιολόγησης των ιατρικών ιστοσελίδων και εντοπισμός των παραγόντων που επιδρούν στην επιλογή επαγγελματία υγείας.



## 4.2 Η επιλογή του δείγματος

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία ως προς τον τόπο διαμονής.

**Πίνακας 4.2.1:** Η σύνθεση του δείγματος

Επαρχία	Περιοχή	2008 ( '000)	% στο σύνολο του πληθυσμού	Δείγμα
Λευκωσία	Αστική	234.200	29%	88
	Αγροτική	79.200	10%	30
Αμμόχωστος	Αστική	-	0%	0
	Αγροτική	44.300	6%	17
Λάρνακα	Αστική	82.700	10%	31
	Αγροτική	50.600	6%	19
Λεμεσός	Αστική	185.100	23%	70
	Αγροτική	43.800	5%	16
Πάφος	Αστική	55.900	7%	21
	Αγροτική	21.100	3%	8
<b>Σύνολα</b>		<b>796.900</b>	<b>100%</b>	<b>300</b>

Στον πληθυσμό της μελέτης αποφασίσαμε να συμμετέχουν 300<sup>8</sup> άτομα από όλες τις πόλεις της Κύπρου. Η έρευνα περιλαμβάνει άτομα που διαμένουν τόσο σε αστικές όσο και σε αγροτικές / ημιαστικές περιοχές.

Από τον πίνακα 24 της τελευταίας απογραφής (2008) του Κυπριακού πληθυσμού από την Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, υπολογίστηκαν τα ποσοστά των κατοίκων κάθε επαρχίας, τόσο σε αστικές όσο και αγροτικές περιοχές. Ακολούθως έγινε η αναγωγή στα 300 άτομα του δείγματος ώστε να έχουμε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα, στρωματοποιημένο με βάση τον τόπο διαμονής (Παράρτημα 8.3)

<sup>8</sup> Το μέγεθος του δείγματος κρίθηκε ότι είναι επαρκές γιατί το ανάλογο δείγμα στην ελληνική έρευνα ήταν 0,1 0/00. Στο σύνολο του Κυπριακού Πληθυσμού τα 300 άτομα αντιπροσωπεύουν το 0,04 %

### 4.3 Το ερωτηματολόγιο της έρευνας

Για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο επιλέχθηκε μετά από προσεκτική ανασκόπηση της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας, που αφορούσε στη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας.

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της WHO/eHealth Consumer Trends Survey (2007), την ελληνική μετάφραση του οποίου μας παραχώρησε η κα Χρονάκη<sup>9</sup>. Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε αρχικά στην αγγλική γλώσσα και μεταφράστηκε στις εθνικές γλώσσες από τις συμμετέχουσες χώρες, με τη μέθοδο της διπλής εστίασης (dual focus method).

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε πιλοτικά σε 35 άτομα ώστε να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο αυτό ήταν κατανοητό και από το κυπριακό πληθυσμό.

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας παρουσιάζεται πλήρες στο Παράρτημα 8.1. Αποτελείται από τέσσερα μέρη και περιλαμβάνει συνολικά 23 ερωτήσεις που διερευνούν τις στάσεις και αντιλήψεις των Κυπρίων για την χρήση του διαδικτύου σε θέματα υγείας.

1. Το πρώτο αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και περιλαμβάνει τις μεταβλητές ηλικία, φύλο, τόπο διαμονής, επίπεδο εκπαίδευσης και την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων.
2. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις γενικής φύσεως που έχουν σχέση με τη γενική χρήση του διαδικτύου αλλά και τη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας.
3. Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις εξειδικευμένης φύσεως που σχετίζονται με τη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας και επικεντρώνεται στην πρόθεση των συμμετεχόντων στην έρευνα, για χρήση του διαδικτύου στο μέλλον.

---

<sup>9</sup> Από το Εργαστήριο Βιοϊατρικής Πληροφορικής του Ιδρύματος Τεχνολογίας και Έρευνας της Κρήτης, η οποία ήταν επιστημονικά συν-υπεύθυνη για τη διεξαγωγή της έρευνας στην Ελλάδα.

4. Το τέταρτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις που στοχεύουν στη συλλογή προσωπικών στοιχείων των ερωτηθέντων (κατάσταση της υγείας, χρόνιες ασθένειες και αριθμός ιατρικών επισκέψεων).

#### 4.4 Η διαδικασία των συνεντεύξεων

Η έρευνα ήταν τηλεφωνική και τα ερωτηματολόγια ανώνυμα. Η αίσθηση της ανωνυμίας, παρέχει τη δυνατότητα λεπτομερούς και ακριβούς καταγραφής της χρήσης του διαδικτύου για θέματα υγείας από τον κυπριακό πληθυσμό καθώς και τη δυνατότητα καταγραφής των απόψεων όσον αφορά την αποδοχή καινοτόμων υπηρεσιών, όπως η τηλεϊατρική, η αποστολή ιατρικών δεδομένων και ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας.

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκαν μη επαγγελματικά τηλέφωνα από τον τηλεφωνικό κατάλογο της Αρχής Τηλεπικοινωνιών Κύπρου 2010. Ο λόγος του συνόλου των μη επαγγελματικών τηλεφώνων προς το επιθυμητό μέγεθος του δείγματος (για κάθε μία περιοχή) ορίζει το βήμα κλήσης των τηλεφώνων. Από τη «δεξαμενή» των μη επαγγελματικών τηλεφώνων και με βάση το βήμα επιλέχθηκαν τα τελικά τηλέφωνα κλήσης.

Συγκεκριμένα, όλα τα τηλέφωνα της βάσης κατηγοριοποιήθηκαν βάσει των στοιχείων απογραφής του πληθυσμού του 2008 ώστε να αντανακλάται η πλέον πρόσφατη δημογραφική απογραφή.

Συνολικά, έγιναν περίπου 1000 κλήσεις (από 15/09/2010 έως 15/10/2010) από τις οποίες οι 300 κατέληξαν σε πλήρη συνέντευξη -ποσοστό  $\approx 30\%$  στο σύνολο των κλήσεων.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν από τον ερευνητή μόνο στις περιπτώσεις όπου το άτομο επιθυμούσε να συμμετάσχει, αφού πρώτα ενημερωνόταν για τον σκοπό και στόχο της έρευνας. Προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας και ο ερωτώμενος να είναι άνω των 15 ετών.

#### 4.5 Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v.13 και μέσω αυτού πραγματοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και οι έλεγχοι συνάφειας.

Η περιγραφική στατιστική ασχολείται με την οργάνωση, την παρουσίαση και την περιγραφή ποσοτικών πληροφοριών και τη χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε και να οργανώσουμε τα δεδομένα που συλλέξαμε από την έρευνα είτε σε μορφή πίνακα είτε σε μορφή γραφικής αναπαράστασης.

Ο έλεγχος συνάφειας- το  $\chi^2$  (**chi-square**) μας δίνει τη στατιστική σημαντικότητα δηλαδή μας βοηθάει στην ερμηνεία, εάν υπάρχει συστηματική σχέση (όχι τυχαία), άρα εξάρτηση μεταξύ δυο εξεταζόμενων μεταβλητών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε  $p < 0,05$ .

#### 4.6 Περιορισμοί και Παραδοχές της Έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας υπήρξαν ορισμένοι περιορισμοί όπως αυτοί περιγράφονται ακολούθως:

- 1) Λόγω του μεγάλου μεγέθους του ερωτηματολογίου (23 πολλαπλές ερωτήσεις) και της μεγάλης χρονικής διάρκειας της έρευνας, παρατηρήθηκαν προβλήματα τόσο ανάκλησης της μνήμης των ερωτώμενων όσο και ακρίβειας και υποτίμησης ορισμένων μεγεθών πχ στα μεγέθη συχνότητας της χρήσης του διαδικτύου.
- 2) Ο τεχνολογικός αναλφαβητισμός, κυρίως των μη χρηστών του διαδικτύου καθώς και η μη γνώση των νέων τεχνολογιών που εφαρμόζονται στον τομέα της υγείας επέδρασαν αρνητικά, ώστε τις πλείστες φορές να υπάρχει ανάγκη επεξήγησης των όρων (όπως ΗΙΦ, της τηλεϊατρικής) ώστε να ολοκληρωθεί η συνέντευξη.
- 3) Τέλος, η παρούσα έρευνα δεν μπόρεσε να δώσει πολλές πληροφορίες όσον αφορά στη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας στο μέλλον από τον Κυπριακό πληθυσμό. Επίσης άλλη παρόμοια έρευνα δεν έχει γίνει ώστε να μπορούμε να εντοπίσουμε τις τάσεις της χρήσης αυτής.

#### 4.7 Η σημαντικότητα της έρευνας

Εξάλλου, ενόψει και της προδιαγραφόμενης εφαρμογής του Γε.Σ.Υ στην Κύπρο οι όποιες προσπάθειες καταβάλλονται για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας τόσο του δημόσιου όσο και ιδιωτικού τομέα, καθιστά αναγκαία μια ολοκληρωμένη λύση σε ότι αφορά στην αρμονική εφαρμογή των ΤΠΕ, σε σχέση με τον ΗΙΦ, την τηλεϊατρική και γενικότερα ότι αφορά στην η-Υγεία.

Η σημαντικότητα της έρευνας έγκειται στη δυνητική αξιοποίηση των αποτελεσμάτων από τους αρμόδιους φορείς για ενίσχυση των προσπαθειών που καταβάλλονται για καλύτερο σχεδιασμό και βελτίωση της ποιότητας, της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας ειδικότερα σε σχέση με τη χρήση του διαδικτύου από τους πολίτες της χώρας μας.

## 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται περιγραφή του δείγματος του υπό μελέτη πληθυσμού, και αναλύονται τα αποτελέσματα από τους ελέγχους που έγιναν για να διαπιστωθεί η συσχέτιση μεταξύ της χρήσης του διαδικτύου για θέματα υγείας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

### 5.1 Περιγραφική Στατιστική

#### 5.1.1 Δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού

➤ *Η Ηλικία του υπό μελέτη πληθυσμού*

**Πίνακας 5.1.1.1:** Η ποσοστιαία κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού στις ηλικιακές ομάδες των 15-24, 25-36, 37-48,49-59 και 60+ ετών (N=300).

Ηλικιακές ομάδες	N	Ποσοστό
15-24	22	7,3
25-36	70	23,3
37-48	62	20,7
49-59	73	24,3
60+	73	24,3
Σύνολο	300	100

Από τον πιο πάνω πίνακα παρατηρούμε ότι μόλις το 7,3% είναι άτομα ηλικίας 24 – 35 ετών ενώ στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες η κατανομή του δείγματος είναι περίπου ισομερής.

➤ *Δημογραφικά χαρακτηριστικά*

**Πίνακας 5.1.1.2 :** Η ποσοστιαία κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού κατά φύλο και τόπο διαμονής (N=300)

<b>Χαρακτηριστικά</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Αθροιστικό %</b>
<b>Φύλο</b>			
<i>Άνδρας</i>	101	33,7	33,7
<i>Γυναίκα</i>	199	66,3	100
<b>Τόπος Διαμονής</b>			
<i>Αστική</i>	210	70	69
<i>Αγροτική</i>	90	30	100

Στον Πίνακα 5.1.1.2 παρατηρούμε ότι στην έρευνα συμμετείχαν σχεδόν διπλάσιες σε αριθμό γυναίκες (199) από ότι άνδρες (101)

➤ *Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά*

**Πίνακας 5.1.1.3:** Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=300).

<b>Χαρακτηριστικά</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Αθροιστικό %</b>
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>			
<i>Εργαζόμενοι/Ελεύθεροι Επαγγελματίες</i>	163	55,3	55,3
<i>Σπουδαστές/Μαθητές/Φοιτητές</i>	12	4,1	59,4
<i>Άνεργοι</i>	15	5,1	64,5
<i>Μόνιμα ασθενείς ή ανάπηροι</i>	3	1	65,5
<i>Συνταξιούχοι</i>	52	17,6	83,1
<i>Στρατιώτες</i>	6	2	85,1
<i>Οικιακά</i>	41	13,9	99
<i>Άλλο</i>	3	1	100
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>			
<i>Μέχρι δημοτικό</i>	51	17	17
<i>Γυμνάσιο-Λύκειο</i>	106	35,3	52,3
<i>Μεταλυκειακή Εκπαίδευση-Δίπλωμα</i>	18	6	58,3
<i>Πτυχίο</i>	85	28,3	86,7
<i>Μεταπτυχιακός Τίτλος</i>	40	13,3	100

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.1.1.3 στην κατηγορία του επαγγέλματος το μεγαλύτερο ποσοστό είναι εργαζόμενοι / ελεύθεροι επαγγελματίες και ανέρχεται στο 55,3% του δείγματος, μόνο 4,1% ήταν μαθητές / σπουδαστές, το 35,3% ήταν απόφοιτοι λυκείου γυμνασίου ενώ μόνο 6% του δείγματος είχαν μεταλυκειακή εκπαίδευση. Αξιοσημείωτο το ποσοστό κατόχων πτυχίου – μεταπτυχιακού 41,6%.

- *Χρήση υπηρεσιών υγείας και κατάσταση υγείας*
  
- Συχνότητα επισκέψεων σε επαγγελματία υγείας τον τελευταίο χρόνο

**Πίνακας 5.1.1.4:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τη συχνότητα των επισκέψεων σε επαγγελματία υγείας τον τελευταίο χρόνο (N=300)

<b>Πλήθος επισκέψεων</b>	<b>%</b>
<b>1-3</b>	45
<b>4-6</b>	23,7
<b>7+</b>	19,7
<b>0</b>	11,7

Από τον πίνακα συμπεραίνουμε ότι η πλειοψηφία του υπό μελέτη πληθυσμού τον τελευταίο χρόνο επισκέφθηκε γιατρό με συχνότητα 1-3 φορές, ενώ ένας στους 10 δεν επισκέφθηκε καθόλου επαγγελματίες υγείας.



- Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας στον ερωτούμενο ή σε στενό συγγενή του

**Πίνακας 5.1.1.5:** Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας στον ερωτούμενο ή σε στενό συγγενή (N=300)

	%
<b>Ναι εγώ</b>	17,1
<b>Ναι κάποιος δικός μου</b>	21,8
<b>Όχι</b>	60,1
<b>Άρνηση</b>	0,3
<b>ΔΓ-ΔΑ</b>	0,7

Προκύπτει ότι από τους ερωτηθέντες Κύπριους μόνο 17,1% πάσχει από χρόνιες ασθένειες. Ωστόσο, το ποσοστό των ερωτηθέντων που απάντησε θετικά στην ερώτηση αν κάποιο δικό του άτομο έχει χρόνια πρόβλημα υγείας, ανέρχεται περίπου στο 22%.

- Υφιστάμενη κατάσταση υγείας ερωτώμενου

**Πίνακας 5.1.1.6:** Η ποσοστιαία κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με την υφιστάμενη κατάσταση υγείας των ιδίων των ερωτώμενων (N=300)

	%
<b>Πολύ καλή</b>	37,4
<b>Καλή</b>	55,2
<b>Κακή</b>	5,1
<b>Πολύ κακή</b>	1,7
<b>Άρνηση</b>	0,3
<b>ΔΓ-ΔΑ</b>	0,3

Εντυπωσιακό είναι ότι περισσότερο από το 90% του υπό μελέτη πληθυσμού, δήλωσαν πως κρίνουν την κατάσταση της υγείας τους, καλή ή πολύ καλή.

### 5.1.2 Η θέση του διαδικτύου ως πηγή πληροφόρησης για θέματα γενικού ενδιαφέροντος και για θέματα υγείας

➤ Η σημαντικότητα των διαφόρων πηγών γενικής πληροφόρησης

**Πίνακας 5.1.2.1:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τη σημαντικότητα των διαφόρων πηγών γενικής πληροφόρησης

%	Καθόλου σημαντικό	Όχι πολύ σημαντικό	Ούτε σημαντικό ούτε ασήμαντο	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό	ΔΓ/ΔΑ
Ιντερνέτ/Διαδίκτυο	30	3,4	10,8	11,8	39,7	4,4
Τηλεόραση/Ραδιόφωνο	5,7	8	20,4	26,8	38,8	0,3
Βιβλία/Ενημερωτικά Φυλλάδια/Εγκυκλοπαίδια	13,4	10	20,7	24,7	24,7	0,3
Σεμινάρια/Μαθήματα/Ομιλίες	8,5	10,4	26,2	19,1	25,2	0,7
Εφημερίδες/Περιοδικά	14	10	30,3	20,7	25	
Φίλοι/Οικογένεια/Συνάδελφοι	4,7	8,4	24,7	19,6	41,9	0,7
Φαρμακεία	26,6	14,1	23,2	16,2	20,2	2,7
Προσωπική επαφή με επαγγελματίες Υγείας (όλων των ειδικοτήτων)	8,8	5,4	17,2	23,6	44,4	0,7

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 44,4% θεωρεί την προσωπική επαφή με επαγγελματίες υγείας ως την πολύ σημαντική πηγή γενικής πληροφόρησης, ακολουθούν το κοινωνικό περιβάλλον φίλοι / οικογένεια / συνάδελφοι, ενώ το διαδίκτυο στην 3<sup>η</sup> θέση με ποσοστό 39,7%. Η λιγότερο σημαντική πηγή γενικής πληροφόρησης θεωρήθηκαν τα φαρμακεία. Η τηλεόραση/ραδιόφωνο επίσης θεωρείται σημαντική πηγή γενικής πληροφόρησης αφού γύρω στο 65,6% απάντησαν σημαντικό /πολύ σημαντικό. Τα βιβλία/ενημερωτικά φυλλάδια/εγκυκλοπαίδια καθώς και τα σεμινάρια/μαθήματα/ομιλίες και εφημερίδες/περιοδικά θεωρούνται από την πλειοψηφία των ερωτηθέντων ούτε σημαντική/ ούτε ασήμαντη πηγή γενικής πληροφόρησης.

➤ Συχνότητα γενικής χρήσης διαδικτύου

**Πίνακας 5.1.2.2:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τη συχνότητα της γενικής χρήσης του διαδικτύου N=300

	Κάθε Μέρα	Κάθε Εβδομάδα	Κάθε μήνα	Λιγότερο από μια φορά το μήνα	Ποτέ	Έχω ζητήσει από άλλους να το χρησιμοποιήσουν για μένα	ΔΓ/ΔΑ
%	40,3	10,7	3,7	3,7	30	11,7	0

- Συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για θέματα υγείας

**Πίνακας 5.1.2.3:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τη συχνότητα της χρήσης του διαδικτύου για θέματα υγείας (N=176).\*

	Κάθε Μέρα	Κάθε Εβδομάδα	Κάθε μήνα	Κάθε 6 μήνες	Κάθε χρόνο	< από χρόνο	Ποτέ	ΔΓ/ΔΑ
%	8	22,9	30,3	13,1	7,4	6,3	12	0

\* Η ερώτηση αυτή απαντήθηκε μόνο από όσους είχαν δηλώσει ότι γενικά χρησιμοποιούν το διαδίκτυο N=176 και είναι λιγότεροι από το σύνολο του δείγματος όπου N=300.

Με βάση τα ευρήματα βρέθηκε ότι ενώ για γενικά θέματα περισσότερο από το 40% του δείγματος χρησιμοποιεί το διαδίκτυο καθημερινά, για θέματα υγείας σε καθημερινή βάση το χρησιμοποιεί μόλις το 8% και μάλιστα από το υποσύνολο αυτών που δήλωσαν ότι γενικά χρησιμοποιούν το διαδίκτυο.

➤ Λόγοι χρήσης διαδικτύου για θέματα υγείας

**Πίνακας 5.1.2.4:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου για θέματα υγείας ανά λόγο χρήσης (N=176)

	Κάθε Μέρα	Κάθε Εβδομάδα	Κάθε μήνα	Κάθε 6 μήνες	Κάθε χρόνο	< από χρόνο	Ποτέ	ΔΓ/ΔΑ
Επικοινωνία με επαγγελματίες Υγείας που δεν έχουν συναντήσει ποτέ	0,6	1,3	11,7	7,1	5,2	7,1	66,9	0
Συμμετοχή σε ομάδες συζήτησης, αλληλοβοήθειας ή υποστήριξης που εστιάζουν σε θέματα Υγείας	0	0,6	5,8	6,5	5,8	4,5	76,6	0
Παραγγελία φαρμάκων ή άλλων προϊόντων που σχετίζονται με την υγεία μέσω διαδικτύου	0,6	1,3	4,5	1,9	3,2	6,5	81,8	0
Ενημέρωση σχετικά με θέματα υγείας	12,3	21,4	31,8	16,9	9,7	3,9	3,2	0,6

Από τον πιο πάνω πίνακα, είναι έκδηλο ότι οι Κύπριοι κατά πλειοψηφία δεν χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για να επικοινωνήσουν με γιατρούς ή να συμμετέχουν σε ομάδες συζήτησης ή αλληλοβοήθειας, αλλά και ούτε για να παραγγείλουν φάρμακα. Όσον αφορά στην ενημέρωση σχετικά με θέματα υγείας 31,8% αναφέρει ότι κάθε μήνα κάνει χρήση του διαδικτύου.

- Συχνότητα χρήσης διαδικτύου για θέματα υγείας για ανεύρεση πληροφοριών πριν ή μετά από ένα ιατρικό ραντεβού

**Πίνακας 5.1.2.5:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου πριν και μετά την πραγματοποίηση κάποιου ιατρικού ραντεβού (N=176)

	Πάντα	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνια	Ποτέ	ΔΓ/ΔΑ
Ανεύρεση πληροφοριών που θα βοηθήσουν στην απόφαση αν θα ζητηθεί συμβουλή από επαγγελματία υγείας	9,7	13,6	18,2	26,0	31,8	0,6
Ανεύρεση πληροφοριών πριν από ένα ιατρικό ραντεβού	11,0	11,7	17,5	24,0	35,7	0,0
Ανεύρεση πληροφοριών μετά από ένα ιατρικό ραντεβού για δεύτερη γνώμη	12,3	18,1	26,5	21,3	21,9	0,0

Μόνο το 9,7% του δείγματος ζητά πληροφορίες ώστε να αποφασίσει αν θα ζητήσει ιατρική συμβουλή ενώ το 31,8% ποτέ. Όσον αφορά στην πληροφόρηση πριν από ένα ιατρικό ραντεβού το 35,7% ποτέ δεν αναζητά πληροφορίες ενώ πάντα το 11%. Μετά το ιατρικό ραντεβού το 26,5% μερικές φορές ζητά πληροφορίες ενώ πάντα το 12,3% του δείγματος.

- Προθυμία προσέγγισης επαγγελματιών υγείας ή κλινικών/νοσοκομείων μέσω διαδικτύου

**Πίνακας 5.1.2.6:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με την προθυμία προσέγγισης επαγγελματιών υγείας ή κλινικών/νοσοκομείων μέσω διαδικτύου (N=176)

	%
<b>Ναι</b>	29
<b>Όχι</b>	70,3
<b>ΔΓ-ΔΑ</b>	0,6

Οι Κύπριοι δεν επιθυμούν να προσεγγίσουν επαγγελματίες υγείας μέσω Διαδικτύου αφού η πλειοψηφία (70,3%) δεν εξέφρασε αυτή την επιθυμία.

- Λόγοι προσέγγισης επαγγελματιών υγείας ή κλινικών/νοσοκομείων μέσω διαδικτύου

**Πίνακας 5.1.2.7:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τους λόγους προσέγγισης επαγγελματιών υγείας ή κλινικών/νοσοκομείων μέσω διαδικτύου (N=176)

%	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Για ανανέωση συνταγής φαρμάκων μέσω email ή διαδικτύου	6,4	93,6
Για προγραμματισμό κάποιου ραντεβού	38,3	61,7
Για την υποβολή ερωτήσεων σχετικών με την υγεία	48,9	51,1
Για αναθεώρηση του φάκελου υγείας (ΗΙΦ)	6,4	93,6
Για επίσκεψη στην ιστοσελίδα κάποιου επαγγελματία υγείας ή κλινικής ή νοσοκομείου	70,2	29,8

Η επίσκεψη ιστοσελίδας επαγγελματιών υγείας ή κλινικής είναι ο κυριότερος λόγος προσέγγισης μέσω διαδικτύου των Κυπρίων ενώ σχεδόν ποτέ δεν ανανεώνουν συνταγή φαρμάκων μέσω email ή διαδικτύου. Επίσης, με ποσοστό 93,6% δεν φαίνεται ποτέ να κάνουν αναθεώρηση του ΗΙΦ τους. Σημειώνουμε ότι ο ΗΙΦ δεν είναι γνωστός ακόμα στους Κύπριους ασθενείς.

- Λόγοι για τους οποίους δεν θα προσέγγιζαν επαγγελματίες υγείας ή κλινικές/νοσοκομεία μέσω του διαδικτύου

**Πίνακας 5.1.2.8:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τους λόγους μη προσέγγισης επαγγελματιών υγείας ή κλινικών/νοσοκομείων μέσω διαδικτύου (N=176)

<b>%</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Ανησυχία για τα προσωπικά δεδομένα	3,6	96,4
Προτίμηση για την προσωπική επαφή	81,8	18,2
Ο γιατρός μου ή επαγγελματίες υγείας δεν είχαν αυτή την υπηρεσία	15,5	84,5
Δεν χρειάστηκε ποτέ	24,5	75,5

Οι Κύπριοι κατά πλειοψηφία δεν ανησυχούν για τα προσωπικά δεδομένα τους, αλλά προτιμούν την προσωπική επαφή. Ακόμα, δηλώνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν προσφέρουν την υπηρεσία αυτή.

- Παράγοντες αξιολόγησης μιας ιστοσελίδας σχετικής με θέματα υγείας

**Πίνακας 5.1.2.9:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τη σημαντικότητα των διαφόρων παραγόντων όσον αφορά την αξιολόγηση των ιατρικών ιστοσελίδων (N=176)

%	Καθόλου σημαντικό	Όχι πολύ σημαντικό	Ούτε σημαντικό ούτε ασήμαντο	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό	ΔΓ/ΔΑ
Προστασία Προσωπικών δεδομένων	7,7	3,2	5,8	9,7	71	2,6
Πληροφορίες στη γλώσσα	7,8	5,8	13,6	18,2	53,9	0,6
Ενημερωμένο Περιεχόμενο	0,7	2,6	5,2	16,3	73,9	1,3
Δυνατότητα Αλληλεπίδρασης	9,8	7,8	27,5	20,9	30,1	3,9
Συμμετοχή επαγγελματιών υγείας	6,6	4,6	13,2	21,1	51,3	3,3
Σαφής ένδειξη για τον υπεύθυνο ή το χορηγό της ιστοσελίδας	6,5	5,2	13	20,1	53,2	1,9

Στον πίνακα 5.1.2.9 παρατηρούμε ότι ο σημαντικότερος παράγοντας κατά την αξιολόγηση μιας ιατρικής ιστοσελίδας είναι το ενημερωμένο περιεχόμενο αυτής (όπου η ιστοσελίδα θα περιλαμβάνει τις πιο πρόσφατες πληροφορίες) και ακολουθεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων του χρήστη.

Περίπου το 50% των ερωτηθέντων αναφέρει τη δυνατότητα πληροφόρησης στην ελληνική γλώσσα ως πολύ σημαντικό παράγοντα καθώς και τη σαφήνεια για το χορηγό ή υπεύθυνο της ιστοσελίδας. Επιπλέον, η συμμετοχή επαγγελματιών υγείας



θεωρείται από το ~50% ως πολύ σημαντικός παράγοντας όσον αφορά την αξιολόγηση μιας ιατρικής ιστοσελίδας.

- Συναισθήματα που δημιουργήθηκαν μετά από πληροφόρηση για θέματα υγείας που αναζητήθηκε μέσω του διαδικτύου.

**Πίνακας 5.1.2.10:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τα συναισθήματα που δημιουργεί η πληροφόρηση μέσω διαδικτύου (N=176)

%	Ναι	Όχι	ΔΓ/ΔΑ
Ανησυχία	47,4	45,7	7,2
Ανακούφιση	59,1	32,5	8,4
Επιθυμία για αλλαγή τρόπου ζωής/διατροφής	68	28,8	3,3
Ερωτήσεις ή προτάσεις εναλλακτικών λύσεων σε επαγγελματίες υγείας σχετικά με μια διάγνωση ή θεραπεία	44,4	51	3,9
Αλλαγή στη χρήση φαρμάκων χωρίς τη συμβουλή ειδικού	4,5	92,2	3,2
Για προγραμματισμό/αλλαγή/ακύρωση ραντεβού με επαγγελματίες υγείας	9,7	85,7	4,5

Η επίδραση της πληροφόρησης μέσω διαδικτύου όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.1.2.10 είναι θετική, ώστε το 68% να επιθυμεί να αλλάξει τρόπο ζωής / διατροφής και το 59,1% να νοιώθει ανακούφιση. Η πλειοψηφία των Κυπρίων δεν αλλάζει τη φαρμακευτική του αγωγή χωρίς τη συμβουλή γιατρού αλλά συγχρόνως η πληροφόρηση δεν τους ωθεί σε προγραμματισμό ιατρικής επίσκεψης. Ανησυχία καθώς και ερωτήσεις για εναλλακτικές λύσεις σχετικά με μια διάγνωση ή θεραπεία δημιουργείται σε ποσοστό μικρότερο του 50%.

### 5.1.3 Αναλυτική εξέταση της χρήσης του διαδικτύου για θέματα υγείας

- Μελλοντική συμπεριφορά σε σχέση με τους λόγους χρήσης διαδικτύου

**Πίνακας 5.1.3.1:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με την πιθανότητα χρήσης του διαδικτύου στο μέλλον για συγκεκριμένους λόγους (N=300)

%	Καθόλου πιθανό	Λίγο πιθανό	Ούτε πιθανό ούτε απίθανο	Πιθανό	Πολύ πιθανό	ΔΓ/ΔΑ
Αναζήτηση πληροφοριών για θέματα Υγείας ή για μια συγκεκριμένη ασθένεια στο διαδίκτυο	19,1	3,7	11	15,7	45,5	5
Συμμετοχή σε ομάδες συζήτησης, αλληλοβοήθειας, ή υποστήριξης στο Διαδίκτυο	35	12,7	21,7	11,7	14,3	4,7
Παραγγελία φαρμάκων ή άλλων προϊόντων που σχετίζονται με την υγεία μέσω διαδικτύου	63,3	10	9,7	5,3	6	5,7
Συμβουλή από επαγγελματίες Υγείας στο διαδίκτυο	38	10,7	15,7	15,3	14	6,3
Προγραμματισμός/Αλλαγή/Ακύρωση ραντεβού με επαγγελματίες Υγείας μέσω διαδικτύου	54,7	9	10	7,7	12	6,7

Στο μέλλον όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.1.3.1 τα 2/3 του υπό μελέτη πληθυσμού θεωρούν καθόλου πιθανό το ενδεχόμενο να παραγγείλουν φάρμακα ή άλλα ιατρικά προϊόντα μέσω διαδικτύου. Ωστόσο, περίπου το 1/2 του υπό μελέτη πληθυσμού, δήλωσε ως πολύ πιθανό να συνεχίσει την αναζήτηση πληροφοριών για θέματα υγείας στο Διαδίκτυο.

➤ Κριτήρια αξιολόγησης και επιλογής γιατρού/επαγγελματία Υγείας

**Πίνακας 5.1.3.2:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τα κριτήρια αξιολόγησης και επιλογής γιατρού (N=300)

%	Καθόλου σημαντικό	Όχι πολύ σημαντικό	Ούτε σημαντικό ούτε ασήμαντο	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό	ΔΓ/ΔΑ
Η δυνατότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων	39,9	9,1	12,8	8,4	19,3	10,5
Το κόστος υπηρεσιών	11,7	6,4	25,4	16,7	37,5	2,3
Η δυνατότητα προγραμματισμού ή αλλαγής ραντεβού μέσω διαδικτύου	30,7	7,2	14,3	13,7	20,8	13,3
Πληροφορίες για το γιατρό πχ λίστα αναμονής, επιδόσεις του γιατρού σε δημοσία ή άλλη αξιολόγηση	7,7	6,7	13,7	24,1	42,1	5,7
Η ύπαρξη ιστοσελίδας του ιατροείου	23,1	5,4	17	16,7	24,8	12,9
Συστάσεις από άλλους	6	7,7	25,7	24,3	34,3	2
Η δυνατότητα επικοινωνίας με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο	26,2	8,5	17,7	13,3	23,8	10,5
Η δυνατότητα να λαμβάνουν υπενθυμίσεις στο κινητό	17,5	7,1	11,8	17,5	41,1	5,1
Η δυνατότητα πρόσβασης μέσω διαδικτύου στο φάκελο υγείας (ΗΙΦ)	21	6,4	8,8	15,6	35,6	12,5
Η εύκολη πρόσβαση στο ιατρείο / βολικές ώρες εξυπηρέτησης	6,1	5,1	12,1	17,5	57,2	2

Στον πίνακα 5.1.3.2 παρατηρείται ότι ως πολύ σημαντικό κριτήριο αξιολόγησης και επιλογής γιατρού οι ερωτηθέντες θεωρούν την εύκολη πρόσβαση/βολικές ώρες

εξυπηρέτησης στο ιατρείο. Ακολουθούν, τα κριτήρια της πληροφόρησης για το γιατρό, καθώς και η λήψη υπενθύμισης στο κινητό τους τηλέφωνο. Το κόστος υπηρεσιών καθώς και οι συστάσεις από άλλους κρίνονται ως σημαντικό κριτήριο από το 1/3 των ερωτηθέντων. Αξιοσημείωτο το γεγονός ότι καθόλου σημαντικό κριτήριο κρίνεται ότι έχει σχέση με το διαδίκτυο και το γιατρό δηλ. η δυνατότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων, η δυνατότητα προγραμματισμού ραντεβού μέσω διαδικτύου καθώς και η επικοινωνία με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο.

Η ύπαρξη ιστοσελίδας του ιατρείου βρέθηκε ότι διχάζει τους ερωτηθέντες. Η δυνατότητα δε πρόσβασης στον ΗΙΦ βρίσκει το 35,6% των ερωτηθέντων να κρίνουν ως πολύ σημαντικό κριτήριο επιλογής γιατρού αλλά και το 12,6% να δηλώνουν ΔΓ/ΔΑ.

➤ Η άποψη για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο-τηλεφώνου

**Πίνακας 5.1.3.3:** Η ποσοστιαία κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με το ενδεχόμενο «ιατρικής επίσκεψης» μέσω υπολογιστή ή βίντεο-τηλεφώνου (N=300)

	%
<b>Θετικά</b>	49,8
<b>Αρνητικά</b>	39,8
<b>ΔΓ-ΔΑ</b>	10,4

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί θετική την υπηρεσία αυτή, αλλά και ένας στους 10 δηλώνει ότι δεν γνωρίζει ή δεν απαντά.

- Αποδοχή των 10 ευρώ ως κόστος για ιατρική επίσκεψη μέσω βίντεο – τηλεφώνου

**Πίνακας 5.1.3.4:** Η στάση του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με την πληρωμή 10 ευρώ ανά ιατρική επίσκεψη μέσω βίντεο - τηλεφώνου (N=300)

%	
<b>Ναι (θετική)</b>	70,9
<b>όχι (αρνητική)</b>	9,3
<b>Ναι μέσω ασφαλιστικού φορέα</b>	10,6
<b>Ναι μέσω ιδιωτικής ασφάλειας</b>	9,3

Κατά πλειοψηφία οι ερωτηθέντες αποδέχονται την πληρωμή των 10 ευρώ για την υπηρεσία ανεξάρτητα από το ποιος θα πληρώσει.

- Η άποψη για πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο μέσω υπολογιστή από επαγγελματία υγείας

**Πίνακας 5.1.3.5:** Η άποψη του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με την πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο μέσω υπολογιστή από επαγγελματία υγείας(N=300)

%	
<b>Θετική</b>	86,2
<b>Αρνητική</b>	8,7
<b>ΔΓ-ΔΑ</b>	5

Από τον πίνακα 5.1.3.5 φαίνεται ότι η πλειοψηφία του υπό μελέτη πληθυσμού θεωρεί θετική την πρόσβαση στον ΗΙΦ από επαγγελματίες υγείας.

- Εκδήλωση επιθυμίας για πρόσβαση στον φάκελο υγείας μέσω διαδικτύου από τους ίδιους τους ασθενείς

**Πίνακας 5.1.3.6:** Η άποψη του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με την πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο μέσω υπολογιστή από τους ίδιους τους ασθενείς (N=300)

	%
<b>Θετική</b>	79,3
<b>Αρνητική</b>	15,1
<b>ΔΓ-ΔΑ</b>	5,7
<b>Σύνολο</b>	100

Επίσης κρίνεται ως θετική από τη συντριπτική πλειοψηφία του υπό μελέτη πληθυσμού, η πρόσβαση στον ΗΙΦ από τους ίδιους τους ασθενείς.

- Διερεύνηση της πρόθεσης του υπό μελέτη πληθυσμού κάλυψης του κόστους για την υπηρεσία πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο μέσω διαδικτύου

**Πίνακας 5.1.3.7:** Η ποσοστιαία κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού για κάλυψη του κόστους (από τους ασθενείς) για την υπηρεσία πρόσβασης ιατρικού φακέλου μέσω διαδικτύου (N=300)

	%
<b>Ναι</b>	68
<b>Όχι</b>	14,1
<b>Ναι μέσω ασφαλιστικού φορέα</b>	11,2
<b>Ναι μέσω ιδιωτικής ασφάλειας</b>	6,6

Από τον πίνακα 5.1.3.7 είναι φανερό ότι οι Κύπριοι είναι διατεθειμένοι κατά πλειοψηφία οι ίδιοι ή μέσω ασφαλιστικού φορέα ή ιδιωτικής ασφάλειας να καλύψουν το κόστος για την υπηρεσία πρόσβασης στον ΗΙΦ.

## 5.2 Οι Έλεγχοι Συνάφειας

Στο παρόν υποκεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα από τους ελέγχους που έγιναν για να διαπιστωθεί η συσχέτιση της χρήσης του διαδικτύου για θέματα υγείας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση της υγείας του υπό μελέτη πληθυσμού.

Οι έλεγχοι συνάφειας που πραγματοποιήθηκαν παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα:

Εξαρτημένες μεταβλητές	Ανεξάρτητες μεταβλητές
1. Γενική χρήση του διαδικτύου	
2. Η χρήση διαδικτύου για θέματα υγείας	
3. Η δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να απαιτείται η μετάβαση σε νοσοκομείο ή γιατρό	A. Ηλικία B. Φύλο Γ. Τόπος διαμονής Δ. Επαγγελματική Κατάσταση E. Επίπεδο Εκπαίδευσης Z. Κατάσταση Υγείας
4. Η αποδοχή του κόστους των 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο – τηλεφώνου	
5. Η δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου ή από το εξωτερικό.	

Οι μεταβλητές των δεδομένων της παρούσας έρευνας είναι κατά κύριο λόγο κατηγορικές και εμφανίζονται κατά ζεύγη σε πίνακες συνάφειας. Για όλες τις αναλύσεις έγινε  $\chi^2$  του Pearson έλεγχος και ορίστηκε επίπεδο σημαντικότητας  $P=0,05$ .

Επίσης κρίνουμε αναγκαίο να αναφέρουμε ότι διεξήχθη και δεύτερος έλεγχος συνάφειας μετά από συγχωνεύσεις που έγιναν στις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Στη συνέχεια παρατίθενται τα αποτελέσματα που βρέθηκαν να υπάρχει στατιστική συσχέτιση και μετά το δεύτερο έλεγχο. Τα υπόλοιπα αποτελέσματα του ελέγχου

συνάφειας αποφασίστηκε να παρατεθούν στο Παράρτημα 8.2 προκειμένου η έκταση της εργασίας να παραμείνει στα καθορισμένα επίπεδα λέξεων.

### 5.2.1 Παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η γενική χρήση του διαδικτύου

- Σε σχέση με ηλικία

**Πίνακας 5.2.1.1:** Γενική χρήση διαδικτύου \* Ηλικία

	Ηλικία					Σύνολο
	15-24	25-36	37-48	49-59	60+	
<b>Ναι</b>	21	62	42	39	12	176
	95,5%	88,6%	68,9%	53,4%	16,7%	59,1%
<b>Όχι</b>	1	8	19	34	60	122
	4,5%	11,4%	31,1%	46,6%	83,3%	40,9%
<b>Σύνολα</b>	22	70	61	73	72	298

( $\chi^2=94,15, p=0,00$ )

Βρέθηκε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός συμμετεχόντων που κάνει γενική χρήση του διαδικτύου ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-36, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός με τα άτομα που δεν κάνουν γενική χρήση του διαδικτύου ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 60+. Όπως διαφαίνεται όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μικραίνει ο αριθμός των ατόμων που κάνει χρήση του διαδικτύου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, παρόλο που σύμφωνα με τη κατανομή του δείγματος των ατόμων που απάντησαν ότι κάνουν γενική χρήση του διαδικτύου, ο μεγαλύτερος αριθμός ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-36, στην ποσοστιαία κατανομή των επιμέρους κατηγοριών που χωρίστηκε το δείγμα, μεγαλύτερη χρήση του διαδικτύου κάνει η ηλικιακή ομάδα 15-24 με ποσοστό 95,5% και μετά ακολουθεί κατηγορία των 25-36 με 88,6% .



- Σε σχέση με τον τόπο διαμονής

**Πίνακας 5.2.1.2:** Γενική χρήση διαδικτύου \* Τόπος διαμονής

	Τόπος διαμονής		Σύνολο
	Αστική	Αγροτική	
<b>Ναι</b>	135	41	176
	65,2%	45,1%	59,1%
<b>Όχι</b>	72	50	122
	34,8%	54,9%	40,9%
<b>Σύνολα</b>	207	91	298

$(\chi^2=10,62, p=0,001)$

Από τον πιο πάνω πίνακα προκύπτει ότι περίπου το 65% των ατόμων που διαμένουν σε αστικές περιοχές χρησιμοποιούν το διαδίκτυο, ενώ το 35% δεν το χρησιμοποιεί και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική

- Σε σχέση με επαγγελματική κατάσταση

**Πίνακας 5.2.1.3:** Γενική χρήση διαδικτύου \* Επαγγελματική κατάσταση

	Επαγγελματική κατάσταση								Σύνολο
	Εργαζόμενοι-Ελεύθεροι Επαγγελματίες	Σπουδαστής-Μαθητής-Φοιτητής	Ανεργος	Μόνιμα ασθενής ή ανάπηρος	Συνταξιούχος	Στρατιώτης	Οικιακά	Άλλο	
<b>Ναι</b>	129	12	9	1	7	2	12	3	175
	79,6%	100,00%	64,30%	33,30%	13,50%	33,30%	29,30%	100,00%	59,70%
<b>Όχι</b>	33	0	5	2	45	4	29	0	118
	20,40%	0,00%	35,70%	66,70%	86,50%	66,70%	70,70%	0,00%	40,30%
<b>Σύνολα</b>	162	12	14	3	52	6	41	3	293

$(\chi^2=101,606, p=0,00)$

Η συντριπτική πλειοψηφία των ελεύθερων επαγγελματιών 79,6%, κάνει γενική χρήση του διαδικτύου, έναντι 20,4% που δεν το χρησιμοποιεί και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική  $(\chi^2=101,606, p=0,00)$

➤ Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης

**Πίνακας 5.2.1.4:** Γενική χρήση διαδικτύου \* Επίπεδο εκπαίδευσης

<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>						
	<b>Μέχρι Δημοτικό</b>	<b>Γυμνάσιο- Λύκειο</b>	<b>Μεταλυκειακή Εκπαίδευση- Δίπλωμα</b>	<b>Πτυχίο</b>	<b>Μεταπτυχιακός Τίτλος</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Ναι</b>	4	53	10	70	39	176
	8,00%	50,50%	55,60%	82,40%	97,50%	59,10%
<b>Όχι</b>	46	52	8	15	1	122
	92,00%	49,50%	44,40%	17,60%	2,50%	40,90%
<b>Σύνολα</b>	50	105	18	85	40	298

( $\chi^2=113,009$ ,  $P=0,00$ )

Τα άτομα τα οποία φοίτησαν στις υψηλότερες βαθμίδες εκπαίδευσης κάνουν γενική χρήση του διαδικτύου σε μεγαλύτερο ποσοστό. Σημαντικό είναι, ότι στην ποσοστιαία κατανομή του επιμέρους πληθυσμού των ατόμων που ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου το μεγαλύτερο ποσοστό (97,5%) κάνει γενική χρήση του διαδικτύου, ενώ μόλις 2,5% δεν το χρησιμοποιεί και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=113,009$ ,  $P=0,00$ ). Αντίθετα, τα άτομα τα οποία βρίσκονται στις χαμηλότερες βαθμίδες εκπαίδευσης δεν χρησιμοποιούν πολύ το διαδίκτυο.

➤ 5.2.2 Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας<sup>10</sup>

- Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης

**Πίνακας 5.2.2.1:** Χρήση διαδικτύου για θέματα υγείας \* Επίπεδο εκπαίδευσης

Επίπεδο Εκπαίδευσης				
	Δημοτικό-Γυμνάσιο- Λύκειο	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση- Δίπλωμα	Πτυχίο- Μεταπτυχιακός Τίτλος	Σύνολο
<b>Ναι</b>	44	8	102	153
	78,6%	80%	93,6%	88%
<b>Όχι</b>	12	2	7	21
	21,4%	20%	6,4%	12%
<b>Σύνολο</b>	56	10	109	174

( $\chi^2=8,532, P=0,014$ )

Βρέθηκε ότι οι κάτοχοι πτυχίου και μεταπτυχιακού με συντριπτική πλειοψηφία 97,5% κάνουν χρήση διαδικτύου για θέματα υγείας.

- Σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

**Πίνακας 5.2.2.2:** Χρήση διαδικτύου για θέματα υγείας \* Επαγγελματική κατάσταση

Επαγγελματική Κατάσταση								Σύνολο	
	Εργαζόμενοι- Ελεύθεροι Επαγγελματίες	Σπουδαστής- Μαθητής- Φοιτητής	Ανεργος	Μόνιμα ασθενής ή ανάπηρος	Συνταξιού χος	Στρατιώτης	Οικιακά	Άλλο	
<b>Ναι</b>	115	11	6	0	6	3	9	3	153
	89,8%	91,7%	66,7%	0,00%	100%	100%	75%	100%	87,9%
<b>Όχι</b>	13	1	3	1	0	0	3	0	21
	10,2%	8,3%	33,3%	100%	0,00%	0,00%	25%	0,00%	12,1%
<b>Σύνολα</b>	128	12	9	1	6	3	12	3	174

( $\chi^2=15,257, P=0,033$ )

Από το σύνολο των ατόμων που δήλωσαν ότι είναι εργαζόμενοι-ελεύθεροι επαγγελματίες περίπου το 90% δήλωσε ότι κάνει χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας, έναντι περίπου 10% που δήλωσε πως δεν χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για θέματα υγείας. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2=15,257, P=0,033$ )

<sup>10</sup> Τις ερωτήσεις αναφορικά με τη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας, τις απάντησαν μόνο τα άτομα που δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για γενική ενημέρωση, δηλ N=174

### 5.2.3 Διερεύνηση της δυνατότητας ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να απαιτείται η προσέλευση σε νοσοκομείο ή ιατρείο.

➤ Σε σχέση με την ηλικία

**Πίνακας 5.2.3.1:** Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να απαιτείται η προσέλευση σε νοσοκομείο ή γιατρό  
\*Ηλικία

	Ηλικία					Σύνολο
	15-24	25-36	37-48	49-59	60+	
<b>Θετικά</b>	12	36	36	40	25	149
	54,5%	51,4%	58,1%	54,8%	34,7%	49,8%
<b>Αρνητικά</b>	9	30	23	26	31	119
	40,9%	42,9%	37,1%	35,6%	43,1%	39,8%
<b>Δεν ξέρω</b>	1	4	3	7	16	31
	4,5%	5,7%	4,8%	9,6%	22,2%	10,4%
<b>Σύνολα</b>	22	70	62	73	72	299

( $\chi^2=19,245, P=0,014$ )

Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος βρέθηκε να είναι σύμφωνο με την πιθανότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου. Η πλειονότητα των ατόμων που φαίνονται θετικοί σε αυτή την προοπτική ανήκει στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 25-59 ετών. Αξιοσημείωτο είναι βέβαια το γεγονός ότι ένα αξιόλογο ποσοστό, 22%, στην ηλικιακή ομάδα (60+) δήλωσε ότι δεν γνωρίζει τι θα έκανε σε μια τέτοια περίπτωση.

#### 5.2.4 Πρόθεση πληρωμής 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο – τηλεφώνου

➤ Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης

**Πίνακας 5.2.4.1:** Αποδοχή κόστους 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Επίπεδο Εκπαίδευσης

	Επίπεδο Εκπαίδευσης			Σύνολο
	Δημοτικό-Γυμνάσιο- Λύκειο	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση- Δίπλωμα	Πτυχίο- Μεταπτυχιακός Τίτλος	
<b>Ναι</b>	60	6	41	107
	80%	54,5%	63,1%	70,9%
<b>Όχι</b>	5	0	9	14
	6,7%	0%	13,8%	9,3%
<b>Ναι μέσω ασφαλιστικού φορέα ιδιωτικού ή δημόσιου</b>	10	5	15	30
	13,3%	45,5%	23,1%	19,9%
<b>Σύνολα</b>	75	11	65	151

$\chi^2=10,463, P=0,033$

Βρέθηκε ότι η πλειονότητα των ατόμων που θα αποδέχονταν το κόστος των 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο-τηλεφώνου ανήκει στην ομάδα με το κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης / Δημοτικό – Γυμνάσιο – Λύκειο και ακολουθεί η ομάδα με Πτυχίο – Μεταπτυχιακό Τίτλο.

➤ Σε σχέση με την κατάσταση Υγείας

**Πίνακας 5.2.4.2:** Αποδοχή κόστους 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Κατάσταση Υγείας

	Κατάσταση Υγείας				Σύνολο
	Πολύ Καλή	Καλή	Κακή	Πολύ Κακή	
<b>Ναι</b>	32	66	7	1	106
	59,3%	78,6%	77,8%	50%	71,1%
<b>Όχι</b>	8	6	0	0	14
	14,8%	7,1%	0%	0%	9,4%
<b>Ναι μέσω ασφαλιστικού φορέα</b>	4	9	2	1	16
	7,4%	10,7%	22,2%	50%	10,7%
<b>Ναι μέσω ιδιωτικής ασφάλειας</b>	10	3	0	0	13
	18,5%	3,6%	0%	0%	8,7%
<b>Σύνολα</b>	54	84	9	2	149

( $\chi^2=19,067$ ,  $P=0,025$ )

Βρέθηκε ότι μεταξύ των ατόμων που δήλωσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή ή πολύ καλή, η συντριπτική πλειοψηφία αποδέχεται την πληρωμή των 10 ευρώ 78,6% και 59,3% αντίστοιχα, ενώ μόλις 7,1% και 14,8% δεν αποδέχεται αυτή την πληρωμή ( $\chi^2=19,067$ ,  $P=0,025$ )

### 5.2.5 Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό

➤ Σε σχέση με την ηλικία

**Πίνακας 5.2.5.1:** Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου ή από το εξωτερικό \* Ηλικία

	Ηλικία					Σύνολο
	15-24	25-36	37-48	49-59	60+	
<b>Θετικά</b>	19	64	55	66	53	257
	86,4%	91,4%	90,2%	91,7%	72,6%	86,2%
<b>Αρνητικά</b>	3	3	4	6	10	26
	13,6%	4,3%	6,6%	8,3%	13,7%	8,7%
<b>Δεν ξέρω</b>	0	3	2	0	10	15
	0,00%	4,3%	3,3%	0,00%	13,7%	5,00%
<b>Σύνολα</b>	22	70	61	72	73	298

( $\chi^2=22,819$ ,  $P=0,004$ )

Βρέθηκε ότι η πλειονότητα του δείγματος από όλες τις ηλικιακές ομάδες παρουσιάζεται θετική με την δυνατότητα πρόσβασης του φακέλου υγείας μέσω υπολογιστή με την ηλικιακή ομάδα των 49-59 πρώτη, με 91,7% και την ηλικιακή ομάδα 60+ στο 72,6%. Αρνητική απάντηση έδωσαν από την ηλικιακή ομάδα των 60+ το μικρό ποσοστό του 13,7% και από την ηλικιακή ομάδα 25-36 μόνο 4,3%.

➤ Σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

**Πίνακας 5.2.5.2:** Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου ή από το εξωτερικό \* Επαγγελματική Κατάσταση

	Επαγγελματική κατάσταση								Σύνολο
	Εργαζόμενοι- Ελεύθεροι Επαγγελματίες	Σπουδαστής- Μαθητής- Φοιτητής	Ανεργος	Μόνιμα ασθενής ή ανάπηρος	Συνταξιούχος	Στρατι ώτης	Οικιακά	Άλλο	
<b>Θετικά</b>	151	10	11	3	36	4	35	3	253
	93,2%	83,3%	73,3%	100%	69,2%	66,7%	87,5%	100 %	86,3%
<b>Αρνητικά</b>	7	2	2	0	8	1	5	0	25
	4,3%	16,7%	13,3%	0%	15,4%	16,7%	12,5%	0%	8,5%
<b>Δεν ξέρω</b>	4	0	2	0	8	1	0	0	15
	2,5%	0%	13,3%	0%	15,4%	16,7%	0%	0%	5,1%
<b>Σύνολα</b>	162	12	15	3	52	6	40	3	293

( $\chi^2=32,074$ ,  $P=0,004$ )

Βρέθηκε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι θετικοί με τη δυνατότητα πρόσβασης στον ΗΙΦ από ειδικό γιατρό από την Κύπρο ή το εξωτερικό. Μεταξύ των εργαζομένων - ελευθέρων επαγγελματιών το 93,2% απάντησε θετικά, ενώ μόλις 4,3% απάντησε αρνητικά και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική



## 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων των δεδομένων τα οποία συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας έρευνας. Τα αποτελέσματα αυτά μας οδηγούν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα για τη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας στον κυπριακό πληθυσμό.

Σε αυτή την ενότητα θα συζητήσουμε τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, αλλά και θα συγκρίνουμε τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, με τα αποτελέσματα παραπλήσιων ερευνών, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί κυρίως στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες.

### ➤ Γενική χρήση του διαδικτύου

Το διαδίκτυο αποτελεί στις μέρες μας αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας για πολλούς πολίτες, είτε είναι σπουδαστές ή εργαζόμενοι. Η γνώση δε χειρισμού ηλεκτρονικών υπολογιστών αποτελεί πλέον απαραίτητο προσόν για τις σπουδές και την εργασία μας.

Όπως διαπιστώνουμε από τις στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων της παρούσας έρευνας η γενική χρήση του διαδικτύου στην Κύπρο κυμαίνεται στο 58,6%.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ευρώπη των 27 ( Data in focus 50/2010) της Eurostat έδειξε ότι το 2010 η χρήση του διαδικτύου στο νησί μας ήταν 52%, ενώ ο μέσος όρος στην Ευρώπη των 27 ήταν 69%. Η Νορβηγία πρωτοπορεί με 93%. Είναι προφανές ότι σε χώρες με υψηλό βιοτικό επίπεδο, η χρήση του διαδικτύου είναι ευρέως διαδεδομένη.

Στην ΕΕ η πρόσβαση στο διαδίκτυο έχει διπλασιαστεί από το 2006 από 49% σε 70% το 2010. Περισσότερη χρήση κάνουν οι άντρες (68%) παρά οι γυναίκες (62%), οι νέοι 16-24 ετών (90%) παρά οι 55-74 (37%) και οι πολίτες με ανώτατη εκπαίδευση (90%).

Επίσης η έρευνα: Το διαδίκτυο στην Κύπρο 2010 , που πραγματοποιήθηκε και ανακοινώθηκε πρόσφατα από το ΤΕΠΑΚ έδειξε ότι η χρήση του διαδικτύου είναι ίση με 58%. Η χρήση διαδικτύου στην Κύπρο φαίνεται να αυξάνεται συνεχώς την τελευταία δεκαετία ( Παράρτημα 8.6).

Εξάλλου η Στατιστική υπηρεσία Κύπρου στην τελευταία έρευνα χρήσης των τεχνολογιών της πληροφορικής και επικοινωνιών στα νοικοκυριά της Κύπρου το 2010, δείχνει ότι: Το 52,2% του πληθυσμού είχε χρησιμοποιήσει το διαδίκτυο κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου του 2010. Σε σχέση με το 2009 (47,9%) το ποσοστό των ατόμων 16-74 ετών που χρησιμοποιούσαν ηλεκτρονικό υπολογιστή ή το Διαδίκτυο παρουσίασε σημαντική αύξηση το 2010. Το 49,8% χρησιμοποιεί το Διαδίκτυο τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και η συχνότητα χρήσης του Διαδικτύου επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης. Όσο αυξάνεται η ηλικία, το ποσοστό των ατόμων που χρησιμοποιούσαν συχνά το Διαδίκτυο μειώνεται (από 88,4% για τα άτομα ηλικίας 16 – 24 το ποσοστό μειώνεται σε 6,9% για τα άτομα ηλικίας 65 – 74). Το ίδιο συμβαίνει και με το επίπεδο εκπαίδευσης, όπου όπως αναμένεται, τα άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης χρησιμοποιούν το διαδίκτυο συχνότερα από τα άτομα με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης. Αναλογικά οι άνδρες χρησιμοποιούν πιο συχνά το διαδίκτυο από ότι οι γυναίκες, με ποσοστά 51,9% και 47,9% αντίστοιχα. Μεταξύ των ατόμων άνω των 25 ετών παρατηρούμε μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης του διαδικτύου στους άντρες. Μεταξύ των νέων υπάρχει χάσμα ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά στη συχνότητα της χρήσης του Διαδικτύου. Για τους άντρες και τις γυναίκες 16 - 24 ετών τα ποσοστά των συχνών χρηστών διαδικτύου είναι 86,8% και 90,1% αντίστοιχα. Η διαφορά αυτή ίσως να οφείλεται στην υποχρεωτική στρατιωτική θητεία των αντρών ηλικίας 18-19 ετών. Η πιο δημοφιλής δραστηριότητα στο διαδίκτυο μεταξύ των Κυπρίων ηλικίας 16-74 ετών, ήταν η αναζήτηση πληροφοριών για προϊόντα ή υπηρεσίες, ενώ ακολουθούσε η αποστολή ή λήψη ηλεκτρονικών μηνυμάτων (89,5% και 79,4% των χρηστών του διαδικτύου αντίστοιχα).

Εξάλλου στην Ελλάδα η Έρευνα χρήσης τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας από τα νοικοκυριά το 2010 για τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή και πρόσβαση στο διαδίκτυο έδειξε ότι η ανοδική τάση των τελευταίων ετών συνεχίζεται, τόσο όσον αφορά στη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή (48,4%) όσο και στην πρόσβαση στο διαδίκτυο (44,4%). Η αναζήτηση πληροφοριών και on-line υπηρεσιών παραμένει στην κορυφή της λίστας των δραστηριοτήτων μέσω διαδικτύου (93,4%). Εννέα στους δέκα, από όσους χρησιμοποίησαν το διαδίκτυο το Α΄ τρίμηνο του έτους, αναζήτησαν πληροφορίες για προϊόντα και υπηρεσίες, ενώ οκτώ στους δέκα το

χρησιμοποίησαν για επικοινωνία. Αύξηση παρουσιάζουν ορισμένες από τις χρήσεις του διαδικτύου, κυρίως αυτές που αφορούν στην αναζήτηση πληροφοριών υγείας σχετικά με κακώσεις, τραύματα, ασθένειες, διατροφή (αύξηση 42,3%). Επίσης το ποσοστό των χρηστών του διαδικτύου που κατά το Α' τρίμηνο του έτους πραγματοποίησαν ηλεκτρονικές αγορές ανέρχεται στο 18,4%. Ωστόσο, οι μειωμένοι ρυθμοί αύξησης, 13,6% για το χρονικό διάστημα 2009 – 2010 σε σύγκριση με το 18,2% για το 2008 – 2009, αντικατοπτρίζουν την επιφυλακτικότητα για αγορές μέσω διαδικτύου. Στο 2% μόνον η αγορά φαρμάκων.

Αν συγκρίνουμε λοιπόν τα αποτελέσματα των πιο πάνω ερευνών με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, παρατηρούμε μια σημαντική αύξηση στα ποσοστά σε ότι αφορά τη γενική χρήση του διαδικτύου από τον κυπριακό πληθυσμό. Είναι σίγουρο ότι το διαδίκτυο αποτελεί πλέον μια από τις σημαντικότερες πηγές πληροφόρησης και στην Κύπρο. Αυτό οφείλεται κυρίως στη διάδοση της πρόσβασης στο διαδίκτυο σ' όλες τις περιοχές της ελεύθερης Κύπρου. Η Κύπρος αποτελεί σήμερα ένα από τους σημαντικότερους τηλεπικοινωνιακούς κόμβους για τη Μέση Ανατολή με δραστήριο εφαρμογή προγραμμάτων Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και παροχής ευρυζωνικών σε όλη τη χώρα.

Η χρήση του διαδικτύου στις μέρες μας τείνει να αντικαταστήσει τις παραδοσιακές πηγές πληροφόρησης, όπως τον έντυπο τύπο και τα ΜΜΕ – τηλεόραση, ραδιόφωνο. Αυτό που είναι όμως σίγουρο και προέκυψε από την έρευνα, είναι ότι δεν μπορεί να θεωρηθεί η σημαντικότερη πηγή πληροφόρησης, σε σχέση με την προσωπική επαφή με επαγγελματίες υγείας καθώς και την πληροφόρηση από το κοινωνικό περιβάλλον / φίλους / συναδέλφους. Η κοινωνία της Κύπρου επηρεάζεται ακόμα σε μεγάλο βαθμό από τον κοινωνικό περίγυρο και αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι διατηρούνται στενοί ακόμα οι δεσμοί της οικογένειας, αλλά και λόγω του μικρού της πληθυσμού.

Οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν την πρωτοπορία με 44% σαν πηγή γενικής πληροφόρησης στην παρούσα έρευνα. Αυτό αποδεικνύει ακόμα μια φορά το σεβασμό προς την ιατρική οικογένεια ακόμα και το 2011, κάτι που αυξάνει το χρέος του ιατρικού κόσμου προς τους καταναλωτές υγείας για παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας (σωστή πληροφόρηση και θεραπεία).

Όσον αφορά στη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου η παρούσα έρευνα δείχνει ότι αν και η χρήση του διαδικτύου ανέρχεται σε 58,6%, η τακτική χρήση – κάθε μέρα ανέρχεται στο 40,3%, και 1 φορά τη βδομάδα μόνο 10,7%. Φαίνεται ότι η διείσδυση του διαδικτύου σαν καθημερινή ενασχόληση ακόμα καθυστερεί στην Κύπρο. Παραπλήσια όμως είναι τα αποτελέσματα για τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου στην Κύπρο από την Eurostat (40% καθημερινή χρήση και 9% κάθε βδομάδα).

Η γενική χρήση του διαδικτύου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η παρούσα στατιστική ανάλυση ανέδειξε ότι η ηλικία, ο τόπος διαμονής, η επαγγελματική κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζουν τη γενική χρήση του διαδικτύου στον κυπριακό πληθυσμό.

Αναλυτικά, φάνηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μικραίνει ο αριθμός των ατόμων που κάνει χρήση του διαδικτύου. Η ηλικιακή ομάδα των 15-24 με ποσοστό 95,5% βρίσκεται στην πρώτη θέση με τους 60+ στην τελευταία. Το «δικτυακό χάσμα» μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων είναι λογικό και μεταφράζεται σε ανεπαρκή εξοικείωση των πιο ηλικιωμένων με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και στην απουσία πρόσβασης στο διαδίκτυο από το σπίτι τους, αφού οι πλείστοι είναι συνταξιούχοι και χωρίς νεαρότερα άτομα να διαμένουν στο σπίτι τους.

Το «ψηφιακό χάσμα» καταγράφεται στην έρευνα σε άλλες τρεις βασικές παραμέτρους: Τον τόπο διαμονής, την επαγγελματική κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης. Πιο εκτεταμένη χρήση διαδικτύου κάνουν: 1) οι διαμένοντες σε αστικές περιοχές (65,2% έναντι 45,1% σε αγροτικές περιοχές) 2) οι σπουδαστές – μαθητές, φοιτητές (100% χρήση), συνταξιούχοι 13,5% 3) οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου (97,5%), πτυχιακού (82,4%), όσοι έχουν μεταλυκειακή εκπαίδευση – δίπλωμα 55,6% δηλ. όσο αυξάνεται η εκπαιδευτική βαθμίδα τόσο αυξάνεται και η χρήση του διαδικτύου.

Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να θεωρηθούν αναμενόμενα, αφού είναι λογικό άτομα με χαμηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης ολοκληρωμένη, να μην διαθέτουν άνεση και εξοικείωση με το διαδικτυακό χώρο και επομένως να μην γνωρίζουν πώς θα πραγματοποιήσουν μια διαδικτυακή αναζήτηση και μάλιστα για σοβαρά ιατρικά θέματα.

Η κύρια επαγγελματική ασχολία επίσης, φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς στις περιπτώσεις όπου ένα επάγγελμα σχετίζεται με το χώρο των ηλεκτρονικών υπολογιστών και το διαδίκτυο, οι εργαζόμενοι, είναι σίγουρα περισσότερο εξοικειωμένοι με την χρήση τόσο των ηλεκτρονικών υπολογιστών, όσο και με τη διαδικτυακή αναζήτηση. Επομένως, εύκολα θα μπορούσαν να ανατρέξουν ανά πάσα στιγμή στο διαδικτυακό χώρο, προκειμένου να ενημερωθούν για οτιδήποτε τους απασχολεί, ακόμα και για μια πρώτη διάγνωση των συμπτωμάτων κάποιας ασθένειας.

Όσον αφορά στην κατάσταση υγείας σε σχέση με το διαδίκτυο, σημειώνεται το παράδοξο, τα άτομα (63%), που θεωρούν την υγεία τους πολύ κακή – κακή δεν κάνουν χρήση του διαδικτύου για να ενημερωθούν για τα προβλήματα υγείας που τους απασχολούν. Όμως αξιοσημείωτο είναι ότι το 39,2% που απάντησε ότι δεν κάνει γενική χρήση του διαδικτύου πάλι θεωρεί την κατάσταση της υγείας του καλή – πολύ καλή.

Έτσι μπορούμε να πούμε ότι η πρόσβαση στο διαδίκτυο ολοένα και κερδίζει έδαφος και στη χώρα μας, καθώς αποτελεί πλέον μια από τις σημαντικότερες πηγές πληροφόρησης. Αποτελεί πλέον καθημερινή ανάγκη για μεγάλο αριθμό ανθρώπων γιατί δίνει τη δυνατότητα για γρήγορη επικοινωνία με όλο τον κόσμο, πρόσβαση σε έγκυρη και έγκαιρη παγκόσμια πληροφόρηση, πραγματοποίηση συναλλαγών και ψυχαγωγία.

Η σχετικά μεγάλη αύξηση διείσδυσης του διαδικτύου μέσα σε διάστημα ενός περίπου έτους ενδεχομένως να μπορεί να ερμηνευθεί ως μια προσπάθεια να «κερδηθεί το χαμένο έδαφος», λόγω της καθυστέρησης η οποία είχε παρατηρηθεί στην Κύπρο σε ότι αφορά στην παρακολούθηση των εξελίξεων των Νέων Τεχνολογιών της Επικοινωνίας.

➤ Η χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας

Κύριος στόχος της παρούσας έρευνας δεν είναι μόνο η καταγραφή των τάσεων γενικής χρήσης του διαδικτύου, αλλά μια πλήρης διερεύνηση της χρήσης αυτού για θέματα υγείας από τον κυπριακό πληθυσμό.

Η χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας μελετήθηκε πολύ λίγο στην Κύπρο. Η διενέργεια της παρούσας έρευνας στον κυπριακό πληθυσμό ελπίζουμε να καλύψει το κενό που υπάρχει.

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι το διαδίκτυο σήμερα αποτελεί μια σύγχρονη και εύχρηστη πηγή ενημέρωσης για ιατρικά θέματα πάσης φύσεως. Στο διαδικτυακό χώρο μπορεί κανείς να βρει εύκολα και γρήγορα, ιατρικές ιστοσελίδες δημιουργημένες από ιατρούς με πληροφορίες για κάθε ασθένεια και θεραπεία, καταλόγους εύρεσης ιατρών, εφημερευόντων νοσοκομείων και ιατρικών κλινικών, ιστοσελίδες δημιουργημένες από ασθενείς ή τις οικογένειες τους με σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη, αλλά και ειδικά διαμορφωμένες ιστοσελίδες που προσφέρουν τη δυνατότητα σε ασθενείς να έρθουν σε επαφή με ιατρούς και νοσοκομεία, με σκοπό ακόμα και την ηλεκτρονική διάγνωση.

Από την Ερευνά Χρήσης των ΤΠΕ της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου που έγινε στα νοικοκυριά το 2009, φαίνεται ότι 94,476 άτομα αναζήτησαν πληροφορίες σχετικά με την υγεία το 2009, από περίπου 29.000 άτομα το 2004. Σημειώνεται μια σημαντική αύξηση των χρηστών για θέματα υγείας από το 2004 έως το 2009 που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι σιγά-σιγά, αλλά σταθερά οι Κύπριοι αυξάνουν το ενδιαφέρον για τη δικτυακή πληροφόρησή τους για θέματα υγείας. Η τάση για μεγαλύτερη χρήση του δικτυακού Ερευνά Χρήσης των ΤΠΕ της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου που έγινε στα νοικοκυριά το 2009 χώρου για θέματα υγείας φαίνεται να είναι σταθερή τα τελευταία 5 χρόνια

Παρ' όλα τούτα η Κύπρος, στην έρευνα του Health Consumer Power House αναφορικά με τη χρήση του διαδικτύου για την υγεία το 2009, βρίσκεται μαζί με τη Σλοβακία, το Λουξεμβούργο, τη Λιθουανία, την Πολωνία, το Βέλγιο, την Τσεχία και Γερμανία στους 38 βαθμούς, με πρώτες χώρες τη Δανία και Ολλανδία με 63 βαθμούς (μέγιστο 75).

Από τους 176 χρήστες διαδικτύου στην παρούσα έρευνα, οι 154 (88%) χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για θέματα υγείας δηλ. 51,5% επί του συνόλου του δείγματος της έρευνας (N=300). Από το σύνολο του δείγματος όμως μόνο 8% το χρησιμοποιεί καθημερινά για θέματα υγείας, ενώ για γενικά θέματα το 40%.

Τα ιατρικά θέματα που μπορεί να αναζητήσει και να βρει στο διαδίκτυο ο χρήστης είναι πάσης φύσεως και καλύπτουν όποιες απορίες και ανάγκες μπορεί να έχει ένας πολίτης σε θέματα υγείας που τον απασχολούν προσωπικά, ή κάποιο μέλος του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος του. Παρόλα αυτά οι Κύπριοι δεν έχουν ακόμη συνειδητοποιήσει αυτές τις δυνατότητες του διαδικτύου.

Ίσως όμως η αιτία μη χρήσης του διαδικτύου με σκοπό την ιατρική ενημέρωση από το 12% των διαδικτυακών χρηστών να είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης απέναντι στο περιεχόμενο των ιατρικών ιστοσελίδων και η έλλειψη της απαραίτητης εξοικείωσης με τη διαδικτυακή αναζήτηση, με αποτέλεσμα η έρευνα που πιθανόν να θέλουν να πραγματοποιήσουν στο διαδίκτυο για θέματα υγείας, να καταλήγει σε μια χρονοβόρα και αναποτελεσματική διαδικασία.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι αυτοί που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για θέματα υγείας δεν επικοινωνούν με γιατρούς, ούτε συμμετέχουν σε ομάδες συζήτησης ή αλληλοβοήθειας αλλά και ούτε παραγγέλλουν φάρμακα. Από αυτούς 31,8% χρησιμοποιεί το διαδίκτυο κάθε μήνα και μόνο 12,3% ενημερώνεται καθημερινά για θέματα υγείας. Μήπως ο Κύπριος πολίτης νοιώθει ανασφάλεια ακόμη στις οιοσδήποτε διαδικτυακές συναλλαγές του;

Σύμφωνα με την τελευταία έρευνα της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου ( Έρευνα Χρήσης Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών στα Νοικοκυριά, 2010), η πιο δημοφιλής δραστηριότητα στο Διαδίκτυο μεταξύ των Κυπρίων ηλικίας 16-74 ετών, ήταν η αναζήτηση πληροφοριών για προϊόντα ή υπηρεσίες, ενώ ακολουθούσε η αποστολή ή λήψη ηλεκτρονικών μηνυμάτων (89,5% και 79,4% των χρηστών Διαδικτύου αντίστοιχα). Η αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την υγεία ήταν μόνο 41%.

Στην Ελλάδα τα αποτελέσματα της έρευνας για τη χρήση ΤΠΕ στα νοικοκυριά το 2010 έδειξαν ότι η πρόσβαση στο διαδίκτυο ανέρχεται στο 53,6%. Περισσότερη χρήση κάνουν άντρες 25-34 ετών, μέσου μορφωτικού επιπέδου, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Αύξηση παρουσιάζουν ορισμένες χρήσεις του διαδικτύου, όπως σχετικά με την αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την υγεία (42,3%) σε σύγκριση με το 2008 (10%) (i 2010, eEurope).

Είναι γεγονός ότι τα θέματα υγείας, είναι πολύ σοβαρά ζητήματα και τα καταλληλότερα άτομα για ειδική ενημέρωση σε αυτά είναι οι επαγγελματίες υγείας. Είναι πολύ πιθανόν λοιπόν, κάποιοι χρήστες του διαδικτύου που επιθυμούν να ενημερωθούν για κάποιο ιατρικό θέμα που τους απασχολεί, να μην προτιμήσουν το διαδικτυακό χώρο για την ενημέρωσή τους, λόγω της έλλειψης εμπιστοσύνης που διαθέτουν απέναντι στις ιατρικές ιστοσελίδες.

Η αναζήτηση πληροφοριών για οποιαδήποτε ασθένεια πριν από κάποια επίσκεψη στο γιατρό, μας παρέχει τη δυνατότητα ενημέρωσης και προετοιμασίας για το τι πρόκειται να ακολουθήσει. Η αξιολόγηση αυτών των πληροφοριών μας επιτρέπει να αποφασίσουμε αν χρειάζεται η επίσκεψη αυτή. Από ότι φαίνεται, στην παρούσα έρευνα μόνο το 9,7% του δείγματος ζητά πληροφορίες ώστε να αποφασίσει αν θα ζητήσει ιατρική συμβουλή ενώ το 31,8% ποτέ. Όσον αφορά στην πληροφόρηση πριν από ένα ιατρικό ραντεβού το 35,7% ποτέ δεν αναζητά πληροφορίες ενώ το 11% πάντοτε. Μετά το ιατρικό ραντεβού το 26,5% μερικές φορές ζητά πληροφορίες ενώ πάντα το 12,3% του δείγματος που χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για θέματα υγείας

Εξάλλου, σύμφωνα με την έρευνα WHO/ (2005) Internet use for health and illness in Greece: Preliminary results of a European study on eHealth Consumer Trends, το 86% των Ελλήνων δεν είχαν επαφή με γιατρούς μέσω διαδικτύου γιατί προτιμούσαν την προσωπική επαφή (66%). Λίγοι ανησυχούσαν για τα προσωπικά δεδομένα τους ,αν και αξιολογώντας τις ιστοσελίδες, η ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων ήταν το πρώτο σε βαθμό σημαντικότητας κριτήριο αξιολόγησης. Οι λόγοι που δεν επικοινωνούσαν δικτυακά με γιατρούς ήταν γιατί προτιμούσαν την προσωπική επαφή.

Δεν είναι ξεκάθαρο από την έρευνά μας ότι το διαδίκτυο βοηθά τους χρήστες να αποφασίσουν για την υγεία τους. Όμως είναι σίγουρο ότι το διαδίκτυο αποτελεί μια μεγάλη δεξαμενή πληροφοριών που ενδεχομένως να βοηθά τους καταναλωτές υπηρεσιών υγείας στη διαχείριση της υγείας τους. Οι πολίτες, τόσο ασθενείς όσο και υγιείς, μπορούν να επωφεληθούν έχοντας καλύτερη προσωπική εκπαίδευση σε θέματα υγείας και βελτιωμένη προφύλαξη από ασθένειες. Χρειάζονται υποστήριξη για να διαχειριστούν τις ασθένειές τους, τους κινδύνους που διατρέχουν – συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματικών ασθενειών- και του τρόπου ζωής τους. Αυξάνεται ο αριθμός ατόμων που αναζητούν ενεργά πληροφορίες σχετικά με



την ιατρική τους κατάσταση (Detmer et al.,2003). Επιδιώκουν ενεργό συμμετοχή σε αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους και όχι απλή αποδοχή της σημαντικής ανισότητας ("ασυμμετρίας") γνώσεων μεταξύ αυτών και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι Κύπριοι δεν επιθυμούν να προσεγγίσουν επαγγελματίες υγείας μέσω διαδικτύου αφού η πλειοψηφία (70,3%) δεν εξέφρασε αυτή την επιθυμία. Αυτό ίσως να είναι αποτέλεσμα του ότι, τόσο τα ιδιωτικά όσο και τα κυβερνητικά νοσοκομεία στην Κύπρο δεν έχουν ακόμη εισαγάγει ευρέως αυτές τις διαδικτυακές υπηρεσίες προς όφελος των καταναλωτών της φροντίδας υγείας. Όσον αφορά στην υποδομή για την η-Υγεία η Κύπρος βρίσκεται μεταξύ των average eHealth performers (ehealth Benchmarking Final Report, 2009).

Εξάλλου τα αποτελέσματα της πανευρωπαϊκής έρευνας ('Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe, 2007) (συγκριτική αξιολόγηση της χρήσης των ΤΠΕ μεταξύ των γενικών ιατρών στην Ευρώπη) δείχνουν ότι το 87% των ευρωπαϊκών γενικών γιατρών χρησιμοποιούν ηλεκτρονικό υπολογιστή, το δε 48% με ευρυζωνική σύνδεση. Οι ευρωπαίοι γιατροί όλο και περισσότερο αποθηκεύουν και διαβιβάζουν ηλεκτρονικά τα δεδομένα των ασθενών τους. Με τη χρήση τέτοιου είδους εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας, οι γιατροί και οι ιατρικές υπηρεσίες συμβάλουν στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, μέσω της αποτελεσματικότερης διαχείρισης και μείωσης του χρόνου αναμονής για τους ασθενείς. Η έκθεση επισημαίνει επίσης τα πεδία στα οποία οι γιατροί θα μπορούσαν να αξιοποιήσουν καλύτερα τις ΤΠΕ για την παροχή υπηρεσιών όπως η τηλεπαρακολούθηση, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και οι διασυννοριακές ιατρικές.

Η επίσκεψη για ενημέρωση σε ιστοσελίδα των επαγγελματιών υγείας ή κλινικής είναι ο κυριότερος λόγος προσέγγισης μέσω διαδικτύου των Κυπρίων χρηστών, με ποσοστό 70,2%. Μπορεί αυτές οι ιστοσελίδες να προσφέρουν τη δυνατότητα για μια γρήγορη και εύκολη επικοινωνία με ιατρούς και άλλους ασθενείς, αλλά δεν μπορούν να αντικαταστήσουν ούτε την άμεση ανθρώπινη επαφή, αλλά ούτε και την εμπιστοσύνη που εμπνέει το πρόσωπο ενός ιατρού σε αντίθεση με ένα χειρόγραφο αυτού.

Παράδοξο στην όλη πορεία της έρευνας αποτελεί το συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι Κύπριοι δεν ανησυχούν για τα προσωπικά δεδομένα τους, αλλά προτιμούν την προσωπική επαφή με τους επαγγελματίες υγείας. Η προστασία των προσωπικών δεδομένων αποτελεί ένα από τα βασικότερα προβλήματα που απασχολούν τους υπευθύνους για τη χάραξη πολιτικής υγείας, αφού αφορά τόσο στις σχέσεις ασθενών – ιατρών όσον και στην εμπιστοσύνη προς το σύστημα φροντίδας υγείας (Harman, 2001).

Η επίδραση της πληροφόρησης μέσω διαδικτύου είναι θετική, ώστε το 68% να επιθυμεί να αλλάξει τρόπο ζωής / διατροφής και το 59,1% να νοιώθει ανακούφιση. Ανησυχία καθώς και ερωτήσεις για εναλλακτικές λύσεις σχετικά με μια διάγνωση ή θεραπεία δημιουργείται σε μεσαίες τιμές. Η πλειοψηφία των Κυπρίων δε φαίνεται να αλλάζει τη φαρμακευτική του αγωγή χωρίς τη συμβουλή γιατρού αλλά συγχρόνως η πληροφόρηση δεν τους ωθεί σε προγραμματισμό ιατρικής επίσκεψης.

Στην παρούσα έρευνα, η χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας, έδειξε ότι εξαρτάται μόνο από το επίπεδο εκπαίδευσης και την επαγγελματική κατάσταση. Πολύ σημαντικό ρόλο, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι παίζει η ολοκληρωμένη βαθμίδα εκπαίδευσης, καθώς επί του συνόλου των διαδικτυακών χρηστών που πραγματοποιούν χρήση του διαδικτύου με σκοπό την ιατρική ενημέρωση, το 97,5% κατέχει μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Επίσης, η επαγγελματική αποκατάσταση, αφού η πλειοψηφία των πολιτών που δηλώνουν διαδικτυακοί χρήστες για θέματα υγείας, ανήκουν στην κατηγορία των πολιτών των οποίων η κύρια ασχολία είναι εργασία που πολύ πιθανόν να σχετίζεται με γραφειακή δουλειά, όπου ο εργαζόμενος πλέον έχει στη διάθεση του όχι μόνο ηλεκτρονικό υπολογιστή, αλλά και συνεχή πρόσβαση στο διαδίκτυο, επομένως έχει τη δυνατότητα να ανατρέξει στο διαδίκτυο για όποιο θέμα τον αφορά και από το χώρο εργασίας του.

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για να ενημερωθεί για θέματα υγείας και αντιστοιχεί στο 87,9%. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα άτομα τα οποία ανήκουν στην κατηγορία «μόνιμα ασθενείς» δεν χρησιμοποιούν καθόλου το διαδίκτυο για θέματα υγείας. Εντούτοις, οι συνταξιούχοι, οι ασχολούμενοι με οικιακά και οι στρατιώτες κάνουν 100% χρήση του διαδικτύου, κάτι που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο χρόνος που μπορεί κάποιος να αφιερώσει για την ενημέρωση του είναι σημαντικός παράγοντας.

Εν αντιθέσει, λόγω της έλλειψης χρόνου, αλλά και του υψηλού κόστους μιας απλής ιατρικής επίσκεψης, θα περίμενε κανείς, ότι υπάρχουν πολίτες που επιλέγουν να ψάξουν μόνοι τους, να μελετήσουν τα συμπτώματα της ασθένειας στο διαδίκτυο και να κρίνουν αν είναι σκόπιμο ή όχι να απευθυνθούν σε κάποιον υπεύθυνο υγείας ή σε νοσοκομείο.

Σημαντική μερίδα φοιτητών, μαθητών και σπουδαστών (91,7%) δηλώνει πως έχει πραγματοποιήσει επίσκεψη στο διαδίκτυο με σκοπό την ενημέρωση για κάποιο θέμα που αφορά στην υγεία, γεγονός που μπορεί να συνδέεται με την ηλικία στην οποία βρίσκονται και την έλλειψη εξοικείωσης απέναντι στους επαγγελματίες υγείας, ώστε να μπορούν να συζητήσουν άμεσα και απρόσωπα με κάποιον ειδικό (π.χ. σεξολόγο, γυναικολόγο), όποιο θέμα υγείας τους απασχολεί και έτσι να καταφεύγουν στην ευκολότερη για αυτούς λύση, το διαδίκτυο.

Είναι προφανές ότι σε όλες τις κατηγορίες των εξελιγμένων διαδικτυακών υπηρεσιών επικοινωνίας, πληροφόρησης και ψυχαγωγίας προηγείται η νέα γενιά. Οι απόψεις τους για το διαδίκτυο και η προσέγγισή τους διαφέρουν στο ότι οι περισσότεροι δεν είναι απλά παθητικοί καταναλωτές διαδικτυακού περιεχομένου που προσφέρεται από ένα μικρό αριθμό παρόχων, αλλά πραγματικοί εξερευνητές του κυβερνοχώρου όπου το περιεχόμενο και οι υπηρεσίες προσφέρονται για «κατέβασμα», ανταλλαγή, επαναχρησιμοποίηση, διάδοση, δημιουργία και αναδημιουργία (Κουντζέρης, Κωνσταντάτος, 2010)

Είναι ενδιαφέρον να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο τα στατιστικά ευρήματα της μελέτης «Χρήση του Διαδικτύου για Θέματα Υγείας, Θέσεις και Απόψεις των Ελλήνων 15-35 ετών», τα αποτελέσματα της οποίας βασίζονται στην αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επτά ευρωπαϊκές χώρες (Ελλάδα, Λετονία, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία, Δανία και Γερμανία), από την υπηρεσία «WHO e-Health Consumer Trends Survey», το 2007. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, οι νέοι Έλληνες διαδικτυακοί χρήστες, οι οποίοι τείνουν να επιλέγουν το διαδίκτυο ως μέσο ενημέρωσης για θέματα που σχετίζονται με την υγεία, δηλώνουν πως ο κύριος λόγος πραγματοποίησης μιας ηλεκτρονικής ιατρικής αναζήτησης είναι η συμβολή αυτής στην απόφασή τους για το αν είναι ή όχι απαραίτητο να επισκεφτούν έναν ιατρό για κάποιο πρόβλημα υγείας που τους απασχολεί. Το ποσοστό των διαδικτυακών χρηστών, οι οποίοι επέλεξαν το

συγκεκριμένο λόγο ως λόγο ιατρικής αναζήτησης, είναι ίσο με 78,5% καθιστώντας το αναμφίβολα σημαντικό εργαλείο λήψης αποφάσεων για θέματα υγείας (Ρουμελιωτάκη, Χρονάκη, 2009).

Εξάλλου, η έρευνα του WHO, European health trends 2005–2007, ανέδειξε ότι η χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας εξαρτάται όχι μόνο από το επίπεδο εκπαίδευσης και την επαγγελματική κατάσταση αλλά και το φύλο (γυναίκες με ψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης χρησιμοποιούν περισσότερο το διαδίκτυο για θέματα υγείας).

➤ Η άποψη για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο-τηλεφώνου

Από το σύνολο των ερωτώμενων το 49,8% απάντησε θετικά στην ενδεχόμενη δυνατότητα πραγματοποίησης της ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βίντεο-τηλεφώνου. Είναι αξιοσημείωτο το ποσοστό αυτών που δήλωσαν, Δεν γνωρίζουν / Δεν απαντούν, στη συγκεκριμένη ερώτηση ανέρχονταν σε 10,4%. Αυτό δηλώνει ότι οι Κύπριοι δε γνωρίζουν αυτή την υπηρεσία<sup>11</sup> γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ελλιπής ενημέρωση στη χώρα μας για τη χρήση των νέων αυτών τεχνολογιών η-Υγείας.

Οι Κύπριοι πολίτες χρειάζονται ενημέρωση. Η τηλεϊατρική μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα σε περιοχές που πάσχουν από έλλειψη τεχνογνωσίας ή σε περιοχές όπου η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι δύσκολη. Η τηλεπαρακολούθηση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και να μειώσει τη διάρκεια της νοσηλείας. Υπηρεσίες όπως η τηλεακτινολογία και η τηλεξέταση μπορούν να συμβάλουν στην επιτάχυνση της εξυπηρέτησης στις λίστες αναμονής, να βελτιστοποιήσουν τη χρήση των διαθέσιμων πόρων και να επιτύχουν βελτιώσεις παραγωγικότητας (Κουντζέρης, 2009)

---

<sup>11</sup> κάτι που ήταν πολύ έντονο κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων αφού επεξηγούσαμε σχεδόν σ' όλους τι σημαίνει τηλεπίσκεψη.

Κατά πλειοψηφία οι ερωτηθέντες αποδέχονται την πληρωμή των 10 ευρώ για την υπηρεσία ανεξάρτητα από το ποιος θα πληρώσει. Κρίνοντας από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι είναι μεγαλύτερο το ποσοστό της αποδοχής του κόστους των 10 ευρώ (70,9%) παρά της αποδοχής της πραγματοποίησης της «ιατρικής επίσκεψης» μέσω διαδικτύου (49,8%).

Τη δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να απαιτείται η προσέλευση σε νοσοκομείο ή ιατρείο επηρεάζει, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, μόνο η ηλικία. Η πλειονότητα των ατόμων που φαίνονται θετικοί σε αυτή την προοπτική (49,8%) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 37-48 ενώ ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 49-59 και 15-24. Σε αντίθεση με όλες τις ηλικιακές ομάδες φαίνεται να είναι γενικότερα αρνητική με τη δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βίντεο-τηλεφώνου η ομάδα των 60+. Αξιοσημείωτο είναι βέβαια και το γεγονός ότι ένα αξιόλογο ποσοστό στην συγκεκριμένη ομάδα των 60+ δήλωσε ότι δεν γνωρίζει τι θα έκανε σε μια τέτοια περίπτωση (22,2%). Είναι φυσικό τα πιο ηλικιωμένα άτομα να παραμένουν προσκολλημένοι στον παραδοσιακό τρόπο εξάσκησης της ιατρικής καθώς αγνοούν τα οφέλη της τηλεπίσκεψης.

Το επίπεδο εκπαίδευσης και η κατάσταση της υγείας επηρεάζουν την αποδοχή του κόστους των 10 ευρώ για την ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο-τηλεφώνου.

Η πλειονότητα των ατόμων που θα αποδέχονταν το κόστος των 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο-τηλεφώνου ανήκει στην ομάδα με το κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης / Δημοτικό – Γυμνάσιο – Λύκειο και ακολουθεί η ομάδα με Πτυχίο – Μεταπτυχιακό Τίτλο. Σημειώνουμε το γεγονός ότι τα άτομα που διαθέτουν Μεταλυκειακή Εκπαίδευση – Δίπλωμα απαντάν 100% θετικά (54,5% -ναι και 45,5% -ναι μέσω ασφαλιστικού φορέα ιδιωτικού ή δημοσίου). Ίσως αυτό να συμβαίνει λόγω του υψηλότερου βιοτικού επιπέδου και της καλύτερης ενημέρωσης όσον αφορά στην ασφαλιστική κάλυψη.

Προκύπτει ότι η πλειονότητα των ατόμων που είναι θετικά στην πληρωμή των 10 ευρώ θεωρούν την υγεία τους καλή με ποσοστό 78,6% και ακολουθούν τα άτομα που δηλώνουν κακή υγεία 77,8% και πολύ καλή το 59,3%. Όσοι δηλώνουν πολύ κακή υγεία απαντούν ισοδύναμα με ποσοστό 50% τόσο στην αποδοχή του κόστους των 10

ευρώ από τους ίδιους, όσο και μέσω ασφαλιστικού φορέα. Οι ασθενείς είναι σίγουρο ότι έχουν περισσότερη ανάγκη τις εφαρμογές της η-Υγείας.

Στην έρευνα WHO/ (2005) Internet use for health and illness in Greece: Preliminary results of a European study on eHealth Consumer Trends, το 74% δήλωσε αρνητικά σ' αυτή τη δυνατότητα και μόνο 25% θετικά (με 71% να δηλώνει ότι θα πλήρωνε €10 γι' αυτή τη δυνατότητα). Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι Έλληνες έβλεπαν με μεγάλη επιφυλακτικότητα την Τηλεϊατρική το 2005. Επίσης, η ίδια έρευνα έδειξε ότι η χρήση αυτής της δυνατότητας εξαρτάται από το φύλο, καθώς άντρες ηλικίας γύρω στα 40 έτη ήταν αυτοί που επικροτούν περισσότερο τη δυνατότητα αυτή, ενώ οι γυναίκες αργότερα μετά τα 40-45 ( ίσως λόγω της ύπαρξης οικογένειας και επαγγελματικών ευθυνών). Επίσης εξαρτάται από την ηλικία, τον τόπο διαμονής και την οικογενειακή κατάσταση (οικογένεια με παιδιά, πανεπιστημιακή εκπαίδευση και υψηλό εισόδημα).

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι στην Κύπρο του 2010 οι πολίτες δείχνουν ν' αποδέχονται τα νέα μέσα η-Υγείας και ειδικά την τηλεπίσκεψη σε μεγαλύτερο ποσοστό. Αυτά τα αποτελέσματα πρέπει να τύχουν σωστής εκμετάλλευσης από τους διάφορους αρμόδιους φορείς υγείας (κρατικούς και ιδιώτες), ώστε ν' αξιοποιηθεί πλήρως η δυναμική του διαδικτύου στο χώρο της υγείας.

- Πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο μέσω υπολογιστή από επαγγελματία υγείας από την Κύπρο ή το εξωτερικό.

Ο ΗΙΦ είναι ένα μέσο εκσυγχρονισμού της φροντίδας υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά και σε διεθνές επίπεδο μπορεί να διευκολύνει ζητήματα συγκέντρωσης, διαχείρισης και ενοποίησης δεδομένων, τήρησης επιδημιολογικών στοιχείων, κοστολόγησης ιατρικών πράξεων, μείωσης ιατρικών σφαλμάτων και διαφθοράς. Μπορεί επίσης να ενισχύσει την ιατρική έρευνα και να διασφαλίσει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση ιατρικού προσωπικού καθώς και την τήρηση νόμων και ιατρικών πρωτοκόλλων (Ligtvoet , 2004).

Στην Κύπρο δυστυχώς η διάχυση των οφελών του διαδικτύου μεταξύ των ιατρών βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Στην Ελλάδα<sup>12</sup> εξάλλου η διατήρηση

<sup>12</sup> Από τη Μελέτη για τη μέτρηση των δεικτών του σχεδίου δράσης i2010 για το έτος 2008, Παρατηρητήριο για την Κοινωνία της Πληροφορίας , αποτελέσματα έρευνας σε γιατρούς – παθολόγους.

ηλεκτρονικού μητρώου ήταν χαμηλή το 2008 (25%) και στα ίδια επίπεδα με τις προηγούμενες μετρήσεις (27% το 2005 και 2006 , 28% το 2007) ( Παρατηρητήριο για την ΚτΠ, 2008)

Η πλειονότητα των Κυπρίων χρηστών του διαδικτύου για θέματα υγείας παρουσιάζεται θετική στη δυνατότητα πρόσβασης στον ΗΙΦ από επαγγελματίες υγείας από την Κύπρο ή το εξωτερικό, με την ηλικιακή ομάδα των 25-36 πρώτη με 91,4%. Αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι μόνιμα ασθενείς ή ανάπηροι με ποσοστό 100% θεωρούν θετική αυτή τη δυνατότητα αφού είναι ο πληθυσμός με χρόνια ιατρικά προβλήματα και η δυνατότητα αυτή τους παρέχει ευκολίες για την θεραπεία και την επιβίωσή τους. Αυτή τη δυνατότητα επηρεάζουν η ηλικία και η επαγγελματική κατάσταση.

Η ανάγκη για δεύτερη γνώμη είναι μεγάλη στον κυπριακό πληθυσμό, κυρίως για σοβαρές ασθένειες, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι Κύπριοι ασθενείς έχουν πια περισσότερες απαιτήσεις τόσο από τους ιατρούς όσο και από το υπάρχον σήμερα Σύστημα Υγείας.

Στην Κεντρική Ευρώπη, και κυρίως στα σύνορα μεταξύ Βελγίου, Ολλανδίας, Γερμανίας είναι σύνηθες η διασυνοριακή περίθαλψη ή ακόμα και η αναζήτηση δεύτερης γνώμης από γειτονικές χώρες (Rosenmöller et al, Saltman et al, 2006). Στην Κύπρο αυτό δεν γίνεται αλλά αποστέλλονται οι ασθενείς για εξειδικευμένες εξετάσεις (πχ PET SCAN) σε χώρες που διαθέτουν αυτή την υπηρεσία π.χ. στην Ελλάδα, Ισραήλ. Ηνωμένο Βασίλειο.

Οι Κύπριοι επίσης κατά 68% θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν €30 για να σταλεί ο ΗΙΦ σε άλλο γιατρό στην Κύπρο ή στο εξωτερικό γεγονός που φανερώνει ότι το κόστος δεν είναι ανατρεπτικός παράγοντας για την εξασφάλιση έγκαιρης και έγκυρης διάγνωσης.

Αν και οι Κύπριοι με το συντριπτικό ποσοστό 93,6% δεν κάνουν αναθεώρηση του ΗΙΦ τους μέσω διαδικτύου, η εκδήλωση επιθυμίας για πρόσβαση του φακέλου υγείας μέσω διαδικτύου από τους ίδιους τους ασθενείς κρίνεται θετική, με ποσοστό 79,3%. Είναι φανερό ότι οι Κύπριοι είναι διατεθειμένοι να καλύψουν το κόστος για την υπηρεσία πρόσβασης στον ΗΙΦ (68%) ή μέσω ασφαλιστικού φορέα (11,2%) ή μέσω

ιδιωτικής ασφάλειας (6,6%). Φαίνεται ότι υπάρχει η ανάγκη Εθνικού Ασφαλιστικού Φορέα που αναμένεται να πραγματοποιηθεί με την υιοθέτηση του πολυσυζητημένου πλέον Γενικού Εθνικού Σχεδίου Υγείας.

Η έρευνα WHO/ (2005) Internet use for health and illness in Greece: Preliminary results of a European study on eHealth Consumer Trends, έδειξε ότι μόνο 62% του πληθυσμού που κάνει χρήση του διαδικτύου νιώθει άνετα με την πρόσβαση στον ΗΙΦ από ιδιωτικό γιατρό. Η προστασία των προσωπικών δεδομένων ήταν η κατεξοχήν ανησυχία του 83% των χρηστών. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν την ανάγκη να δοθεί περισσότερη σημασία στην ασφάλεια και τα προσωπικά δεδομένα κατά την αποστολή του ΗΙΦ.



### ➤ Κριτήρια Επιλογής γιατρού

Η έρευνα αποκάλυψε ότι, ως πολύ σημαντικό κριτήριο αξιολόγησης και επιλογής γιατρού οι Κύπριοι θεωρούν την εύκολη πρόσβαση/βολικές ώρες εξυπηρέτησης στο ιατρείο. Ακολουθούν, το κριτήριο της πληροφόρησης για το γιατρό, καθώς και η λήψη υπενθύμισης στο κινητό τους τηλέφωνο. Το κόστος υπηρεσιών καθώς και οι συστάσεις από άλλους κρίνονται ως σημαντικό κριτήριο από το 1/3 των ερωτηθέντων.

Σχολιάζοντας τα πιο πάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι Κύπριοι ακόμα και στην επιλογή επαγγελματία υγείας αναζητούν την ευκολία τους. Είναι τόσο εξοικειωμένοι με την αποστολή και λήψη μηνυμάτων και γενικά με τη χρήση του κινητού τηλεφώνου, που μας δημιουργείται το ερώτημα, γιατί όχι και εξοικείωση με το διαδίκτυο; Ίσως αυτό πρέπει να αναμένουμε στο μέλλον;

Προς το παρόν, σύμφωνα με τις δηλώσεις των ερωτώμενων καθόλου σημαντικά κριτήρια κρίνονται ότι έχουν σχέση με τις εφαρμογές του διαδικτύου και ειδικά με τις εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας από τους γιατρούς δηλ. τη δυνατότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων, τη δυνατότητα προγραμματισμού ραντεβού μέσω διαδικτύου καθώς και η επικοινωνία ιατρών-ασθενών μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Η ύπαρξη ιστοσελίδας του ιατρείου φαίνεται ότι διχάζει τους ερωτηθέντες. Η δε δυνατότητα πρόσβασης στον ΗΙΦ βρίσκει το 35,6% των ερωτηθέντων να κρίνουν ως πολύ σημαντικό κριτήριο επιλογής γιατρού αλλά και το 12,6% να δηλώνουν ΔΓ/ΔΑ. Δημιουργείται το συμπέρασμα ότι οι ερωτηθέντες δεν γνωρίζουν τι σημαίνει ΗΙΦ, ώστε να μπορούν να κρίνουν σωστά τη χρησιμότητά του. Στην Ελλάδα<sup>13</sup> επίσης ως πρώτο κριτήριο επιλογής γιατρού αναφέρονται οι βολικές ώρες εξυπηρέτησης με ποσοστό 89%.

---

<sup>13</sup> Στην έρευνα WHO/ (2005) Internet use for health and illness in Greece: Preliminary results of a European study on eHealth Consumer Trends.

➤ Κριτήρια επιλογής Ιστοσελίδας για Θέματα Υγείας

Το κρισιμότερο σημείο για την αποδοχή των δικτυακών υπηρεσιών για θέματα υγείας και των εφαρμογών της Ηλεκτρονικής Υγείας είναι η αξιολόγηση των ιστοσελίδων. Οι ιστοσελίδες παρέχουν πληροφορίες, σε πολλές περιπτώσεις υπηρεσίες και συμβουλές ή καθοδήγηση για τους δυνητικούς χρήστες ηλεκτρονικής υγείας. Οι ιστοσελίδες ιατρικού περιεχομένου συμπεριλαμβάνονται στις πιο δημοφιλείς αναζητήσεις στο διαδίκτυο (Wilson, 2002). Εκτός, από την ποικιλία των ιατρικών ιστοσελίδων που μπορεί να βρει κανείς στο διαδίκτυο, με πληροφορίες για κάθε είδους ιατρικό θέμα, είναι και πολλές ιστοσελίδες συζητήσεων, που κύριο σκοπό έχουν τόσο την επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών, όσο και την επικοινωνία μεταξύ ασθενών, η τις οικογένειες ή φιλικά πρόσωπα, με απώτερο στόχο την ψυχολογική υποστήριξη.

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι: ο σημαντικότερος παράγοντας κατά την αξιολόγηση μιας ιατρικής ιστοσελίδας είναι το ενημερωμένο περιεχόμενο αυτής και ακολουθεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων του χρήστη. Γύρω στο ~50% των ερωτηθέντων αναφέρουν τη δυνατότητα πληροφόρησης στην ελληνική γλώσσα ως πολύ σημαντικό παράγοντα καθώς και τη σαφήνεια για το χορηγό ή υπεύθυνο της ιστοσελίδας. Επιπλέον, η συμμετοχή επαγγελματιών υγείας θεωρείται από το ~50% ως πολύ σημαντικός παράγοντας όσον αφορά την αξιολόγηση μιας ιατρικής ιστοσελίδας.

Στην Ελλάδα<sup>14</sup> το 2005 η έρευνα ανέδειξε το πιο σημαντικό κριτήριο για την επιλογή ιστοσελίδας για θέματα υγείας ήταν 1) η ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων, που αντανακλά τις ανησυχίες των χρηστών 2) η ενημερωμένη ιστοσελίδα και ακολουθούσαν, 3) η συμμετοχή των γιατρών στην ιστοσελίδα, 4) η δυνατότητα αλληλεπίδρασης και 5) η ένδειξη του υπεύθυνου ή χορηγού της ιστοσελίδας. Η γλώσσα δεν ήταν σημαντικό κριτήριο καθώς οι χρήστες του διαδικτύου γνωρίζουν κυρίως την Αγγλική

Είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε και τις συνέπειες - τα συναισθήματα που δημιουργήθηκαν μετά από πληροφόρηση σε θέματα υγείας που έχουν αναζητηθεί

---

<sup>14</sup> Στην έρευνα WHO/ (2005) Internet use for health and illness in Greece: Preliminary results of a European study on eHealth Consumer Trends.

μέσω διαδικτύου. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, μπορούμε να συμπεράνουμε πως σε γενικές γραμμές οι ιατρικές πληροφορίες που βρίσκονται αναρτημένες στο διαδίκτυο, έχουν φανεί χρήσιμες στους χρήστες, καθώς το διαδίκτυο είναι μέσο δύσκολα ελεγχόμενο και μπορεί ο οποιοσδήποτε να αναρτήσει οποιαδήποτε έγκυρη ή μη πληροφορία επιθυμεί.

Η επίδραση της πληροφόρησης μέσω διαδικτύου είναι θετική για τους Κύπριους, ώστε το 68% να επιθυμεί να αλλάξει τρόπο ζωής / διατροφής και το 59,1% να νοιώθει ανακούφιση. Η πλειοψηφία των Κυπρίων δεν αλλάζει τη φαρμακευτική του αγωγή χωρίς τη συμβουλή γιατρού αλλά συγχρόνως η πληροφόρηση δεν τους ωθεί σε προγραμματισμό ιατρικής επίσκεψης. Ανησυχία καθώς και ερωτήσεις για εναλλακτικές λύσεις σχετικά με μια διάγνωση ή θεραπεία δημιουργείται σε μεσαίες τιμές.

➤ Μελλοντική χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας

Όσον αφορά δε στη χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας από τον κυπριακό πληθυσμό τον επόμενο χρόνο, το 63,3% του υπό μελέτη πληθυσμού θεωρεί καθόλου πιθανό το ενδεχόμενο να παραγγείλει φάρμακα ή άλλα ιατρικά προϊόντα μέσω διαδικτύου στο μέλλον, αλλά και ούτε να προγραμματίσει/ αλλάξει/ ακυρώσει ραντεβού. Είναι όμως πολύ πιθανό το 45,5% να συνεχίσει την αναζήτηση πληροφοριών για θέματα υγείας στο Διαδίκτυο.

Οι Κύπριοι παραμένουν πιστοί στη συνταγογράφηση φαρμάκων μόνο από γιατρούς τους και δεν παρασύρονται από τις διαφημίσεις προϊόντων υγείας από το διαδίκτυο αφού μόνο 1,6% παράγγειλαν φάρμακα σύμφωνα με τη ΣΥΚ το 2010. Η ίδια έρευνα έδειξε ότι περισσότεροι από τους μισούς από όσους κάνουν αγορές μέσω του διαδικτύου παράγγειλαν είδη ένδυσης και αθλητικά είδη (50,5%). Το 43,4% των Κυπρίων που παράγγειλαν προϊόντα ή υπηρεσίες μέσω του διαδικτύου τους τελευταίους 12 μήνες, έχουν κάνει διευθετήσεις για διακοπές ενώ το 40,6% έκλεισαν διαμονή για διακοπές.

Στην Ελλάδα, σε αντίστοιχη έρευνα χρήσης τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας από τα νοικοκυριά το 2010 για το ηλεκτρονικό εμπόριο, το ποσοστό

των χρηστών του διαδικτύου που πραγματοποίησαν ηλεκτρονικές αγορές ανέρχεται στο 18,4%. Ωστόσο, οι μειωμένοι ρυθμοί αύξησης, 13,6% για το χρονικό διάστημα 2009 – 2010 σε σύγκριση με το 18,2% για το 2008 – 2009, αντικατοπτρίζουν την επιφυλακτικότητα για αγορές μέσω διαδικτύου. Η αγορά φαρμάκων ανέρχεται μόνο στο 2% .

## 7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alcock, C., Payne, S., Sullivan, M. (2000) *Introducing Social Policy*, Prentice Hall: England.
- Anderson, J. G., Rainey, M.R., and Eysenbach, G. (2003) “The impact of Cybenhealthcare on the physician – patient relationship”, *Journal of Medical Systems* (27(1):67-84.
- Archer, N. (2005) *Mobile eHealth*, Euro mGovernment 2005 Conference, Brighton UK. <http://www.icmg.mgovernment.org/Sessions.html> ( 10/10/2010)
- Ball, M., Smith, C. and Bakalar, R. (2007) “Personal health Records: Empowering Consumers”, *Journal of Healthcare Information Management* 21(1):76-78. [http://www.himss.org/content/files/phr\\_empowering\\_cons.pdf](http://www.himss.org/content/files/phr_empowering_cons.pdf) ( 10/10/2010)
- Bank of Cyprus Oncology Centre <http://www.bankofcyprus.com/about/oncology.html>. (12/10/2010)
- Baron, R., Fabens, E., Schiffman, M. and Wolf, E. (2005) “Electronic Health Records: Just around the corner? Or over the cliff?” *Annals of Internal Medicine* 143(3):222-226. <http://www.annals.org/cgi/content/full/143/3/222> (12/10/2010)
- Cabrera, M. (2004), *eHealth and the Ageing Society*, The IPTS Report, Issue 81, <http://www.jrc.es/home/report/english/articles/vo181/EDIIE816.htm> (10/10/2010)
- Chew-Graham, C., Alexander, H. and Rogers, A. (2005) “The exceptional potential of the Internet? Perceptions about the management of another set of communications: a qualitative study”, *Primary Health Care and Development* 6:311. [http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHC%2FPCH6\\_04%2FS1463423605000332a.pdf&code=93e237f3ae55afd567d2aaa56a4C8e16](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHC%2FPCH6_04%2FS1463423605000332a.pdf&code=93e237f3ae55afd567d2aaa56a4C8e16) (15/11/2010)
- Chronaki CE, Kouroubali A, Stathopoulou A, Roumeliotaki T, Orphanoudaki E, Esterle L et al. Internet use for health and illness in Greece: Preliminary results of a European study on eHealth Consumer Trends. *Arch Hellen Med* 2007, 24:440–457
- Constantelou, A. and Karounou, V. (2004) Skills and competencies for the future of eHealth, The IPTS Report, Issue 81 <http://www.jrc.es/home/report/english/articles/vo181/ICT4E816.htm> (12/01/2011)
- DATAMED, [http://www.datamed.gr/news/index.asp?Cat\\_ID=22](http://www.datamed.gr/news/index.asp?Cat_ID=22) (15/01/2011)
- Detmer, D.E., P.D. Singleton, A. Macleod, S. Wait, M. Taylor, and J. Ridgwell (2003), *the Informed Patient: Study Report*, Cambridge University Health, Judge Institute of Management: Κέμπριτζ, ΗΒ. Μάρτιος 2003.

- Defteraios S, Lambrinouidakis C, Gritzalis D. *High level security policies for health: from theory to practice*. Stud Health Technol Inform 2004; 103:416-23. [[PubMed](#)].
- Europa Glossary  
[http://www.europa.eu.int/scadplus/glossary/information\\_society\\_el.htm](http://www.europa.eu.int/scadplus/glossary/information_society_el.htm)(03/01/2011)
- European Commission, **Europe's Digital Competitiveness Report – Main achievements of the i2010 strategy 2005-2009** Luxembourg: Publications Office of the European Union
- European Commission, April 2008, "Benchmarking ICT use among GPs in Europe"; Study made by Empirica, Bonn, Germany (p.45), Gartner Group, Cambio Sweden
- Eurostat, Data in Focus 50/2010 "**Internet usage in 2010 - Households and individuals**", on the Eurostat web site. <http://ec.europa.eu/eurostat/ict>
- Eurostat, Data in Focus 50/2010 "Internet usage in 2010 - Households and individuals", <http://ec.europa.eu/eurostat/ict> (16/01/2011)
- Eysenbach, G. (2000a) "Towards ethical guidelines for eHealth: JMIR Theme issue on eHealth Ethics", *journal of Medical Internet Research*2(1):e7, <http://www.jmir.org/2000/1/e7> (12/10/2010)
- Eysenbach, G. (2000b) "Towards ethical guidelines for dealing with unsolicited patient emails and giving teleadvice in the absence of a pre-existing patient-physician relationship-systematic review and expert survey", *Journal of Medical Internet Research*2(1):e1, <http://www.jmir.org/2000/1/e1> (10/10/2010)
- Eysenbach, G. (2001) "What is eHealth", *journal of Medical Internet Research* 3(2):e20, <http://www.jmir.org/2001/2/e20> (10/10/2010)
- Eysenbach, G. and Diepgen, T.L. (2001) "The role of e-Health and consumer health informatics for evidence – based patient choice in the 21<sup>st</sup> century, New York: Elsevier Science Inc., *Journal Clinics in Dermatology* 19(1): 11-17, <http://linkinghub.elsevier.com/retieve/pii/S0738081X00002029> (10/10/2010)
- Eysenbach, G. and Jadad, A. R. (2001) "Evidence – based patient choice and consumer health informatics in the Internet age", *Journal of Medical Internet Research* 3(2): e19, <http://www.jmir.org/2001/2/e19> (10/10/2010)
- Eysenbach, g. and Kohler, C. (2002a) "How do consumers search for and appraise health information on the World Wide Web? Qualitative study using focus groups,

usability tests and in-depth interviews”, *British Medical Journal* 324:573-477, <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7337/573> (10/10/2010)

- Eysenbach, G. and Kohler, C. (2002b) “Does the Internet harm health? Database of adverse events related to the internet has been set up?”, *British Medical Journal*, Letter 324:238
- Fairweather NB, Rogerson S. *A moral approach to electronic patient records*. *Med. Inform* 2001; 26(3):219-234. [[PubMed](#)].
- Harman LB. *Ethical challenges in the management of health information*. In Harman LB editor. *Ethical challenges in the management of health information*. Gaithersburg: Aspen; 2001.
- Health Consumer Power House (Euro Health Consumer Index) 2009, Report, page 13).
- Heeks, R. (2004) Benefits and Costs of Public Sector health Information Systems Projects, the “eGovernment for Development Information Exchange” project, Manchester: Institute for Development policy and Management, <http://www.egov4dev.org/ehealthcostbenef.htm> (10/10/2010)
- HIMSS Electronic health Record Committee (2003), HIMSS Electronic Health Record Definitional Model Version 1.0, Health Information and Management Systems Society, [http://www.medicalsiemens.com/siemens/en\\_us/gg\\_hs\\_FBAs/files/brochures/pdf\\_files/EMRdefinition.pdf](http://www.medicalsiemens.com/siemens/en_us/gg_hs_FBAs/files/brochures/pdf_files/EMRdefinition.pdf)
- [http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/computer\\_en/computer\\_en?open Document/](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/computer_en/computer_en?open Document/)
- <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankord>
- <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/cy.html#Intro.>
- <http://www.ditis.ucy.ac.cy/publications/bookchapters/DITISHealthIOSChapter.pdf>
- <http://www.observatory.gr/Page/default.asp?La=1&ID=1288&recid=2375>
- <http://www.calliope-network.eu/>, [http://ec.europa.eu/information\\_society/apps/projects/factsheet/index.cfm?project\\_ref=224986](http://ec.europa.eu/information_society/apps/projects/factsheet/index.cfm?project_ref=224986)
- <http://www.europartnersearch.net/ist/communities/indexmapconso.php?Se=11;>
- <http://www.ebusinessforum.gr/alfavitari/>, *Πληροφορική Και Δικτυακές Υπηρεσίες: Ασπρίνη Η Πονοκέφαλος; Πρακτικός Οδηγός Χρήσης Δικτυακών Υπηρεσιών Για Διοικητές Νοσοκομείων*.
- <http://www.kasoulides.com/index.php?id=343>
- [http://ktisis.cut.ac.cy/bitstream/10488/4758/1/Internet\\_Cyprus.pdf](http://ktisis.cut.ac.cy/bitstream/10488/4758/1/Internet_Cyprus.pdf) ΤΕΠΙΑΚ

- ISO/TC 215 Technical Report (2003), *Electronic health Record Definition, Scope and Context, Second Draft*, p.7-20, 28-30  
[http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/infostand\\_ihisd\\_isowgl\\_mtg\\_denocx\\_contextdraft.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/infostand_ihisd_isowgl_mtg_denocx_contextdraft.pdf)
- Jadad, A.R. (1999) “Promoting partnerships: challenges for the internet age”, *British Medical Journal* 319;761-764  
<http://bmj/bmjournals.com/cgi/content/full/319/7212/761>
- Liaw, S. and Humphreys, J. (2006) “Rural ehealth paradox: It’s not just geography!”, *Australian Journal of Rural Health* 14:95-98  
<http://blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1440-1584.2006.00789.x?prevSearch=allfield%3A%28rural+ehealth+paradox%29>
- Ligvoet, A. (2004) *Electronic health Records: a key enabler for eHealth*, The IPTS Report, Issue 81, <http://jrc.es/home/report/english/articles/vol81/ICT3E816.htm>
- Marconi, J. (2002) *Advocacy White Paper, E-Health: Navigating the Internet for health information*, Chicago: Healthcare Information and Management Systems Society. <http://www.himss.org/content/files/whitepapers/e-health.pdf>
- Mead, N., Varnam, R., Rogers, A. and Roland, M. (2003) “What predicts patients’ internet in the Internet as a health resource in primary care in England?” *Journal of Health Services Research & Policy* 8(1):33-39.  
<http://www.swetswise.com/eAccess/viewToc.do?titleID=112903&YEVOid=1822026>
- MEDNET (2005b), *Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος*, Κέντρο Υγείας Πλωμαρίου, <http://www.mednet.gr/greek/depts/plomari>
- Monteagudo, J.L. and Redondo, J.R. (2004), *eHealth and the Elderly: a new range of products and services?*, The IPTS Report, Issue 81, <http://www.jrc.es/home/report/english/articles/vol81/ICT6E816.htm>
- National Lisbon program of the Republic of Cyprus, 2005
- Open Clinical organization (2006) *e-Health, Benefits*, <http://www.openclinical.org/e-Health.html#benefits>
- Pyper, C., Amery, J., Watson, M., Crook, C. and Thomas, B. (2002) “Patients’ access top their online electronic health records”, *Journal of Telemedicine and Telecare* 8:S2: 103-105  
<http://www.swetswise.com/eAccess/searchArticles.do?histSort=R&mode=H&searchMode=B&articleSearchSequenceNumber=9250561&pageNr=0>



- Rosenmöller M, Mc Kee M, Baeten R (Eds): Patient Mobility in the European Union, Learning from experience. Cromwell Press 2006, ISBN 92 890 2287 6. Available online at URL: [http://www.iese.edu/en/files/6\\_22160.pdf](http://www.iese.edu/en/files/6_22160.pdf)
- RIDE “Current European practices in providing interoperability in eHealth domain: Survey of Cyprus Health Care System
- Saltman RB, Rico A, Wienke G, Boerma W (Eds): Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care. Open University Press, McGraw-Hill, Education 2006, ISBN-10 0 335 21365 0. Available online at URL: <http://www.euro.who.int/Document/E87932.pdf>
- Sementilli S., Simona d’Auria, Rossi Mori A., June 2007, eHealth strategy and implementation activities in Cyprus, Report in the framework of the eHealth ERA project
- Survey commissioned by HCP from Patient View 2009, National healthcare agencies. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl126\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl126_fr.pdf);
- Wang, S. et. al. (2003) A cost-benefit analysis of Electronic Medical Records in primary care, *American Journal of Medicine* 114:397-403, <http://www.himss.org/content/files/CostBenefittoEMRs.pdf>
- Washington State Department of Health, Glossary, <http://www.coh.wa.gov/notify/other/glossary.htm>, <http://openarchives.gr/view/303169>
- Whatis Encyclopedia, <http://whatis.techtarget.com/definition/O,sidg+gci928405.html>
- WHO ehealth consumers trends survey, (October 2005, May 2007). Andreasen HK, Bujnowska -Fedak MM, Chronaki CE, Dumitru RC, Pudule I, Santana S et al. European citizens’ use of e-Health services: A study of seven countries. *BMC Public Health* 2007, 7:53,
- Wilson, P. (2002) , How to find the good and avoid the bad or ugly: a short guide to tools for rating quality of health information on the internet”, *British Medical Journal* 324:598 <http://www.bmj.com/cgi/reprint/324/7337/598?maxtoshow+&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=internet+health+information&searchid=1&FIRSTINDEX=20&resourcetype=HWCIT>
- World health organization (2005a) *Global eHealth Survey, Islamic Republic of Iran*, Geneva: Global Observatory for eHealth. [http://62.193.78.3/his/ehealth/PDF/Global\\_eHealth\\_Survey-Iran05.pdf](http://62.193.78.3/his/ehealth/PDF/Global_eHealth_Survey-Iran05.pdf)

➤ World Health Organization (2005b), *eHealth, Fifty-Eight World health Assembly*, WHA58.28, Agenda Item 13.17

[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_28-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-en.pdf)

➤ World Health Organization (WHO), <http://www.who.int> (10/10/2010)

## Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αποστολάκης Ι., Θέματα Διοίκησης Πληροφοριακών Υποδομών στις Μονάδες Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις MediForce; 2005
- Αραποστάθη, Μ. και Τζεμπετζή, Γ. (2004) «Ιατρικός Φάκελος Ασθενούς. Χειρόγραφο και ηλεκτρονικό σύστημα, διαπιστώσεις και επισημάνσεις», *Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας* 15(87):31-36
- Δεμερτζής Ν. και άλλοι, World Internet Project Cyprus, Το διαδίκτυο στην Κύπρο 2010, Τελική έκθεση Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΤΕΠΑΚ) Τμήμα Επικοινωνίας και Σπουδών Διαδικτύου (ΕΣΔ) (<http://www.cut.ac.cy/cis/>)
- Διαδικτυακός τόπος Ευρωπαϊκής Ένωσης:  
[http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/job\\_creation\\_measures/c11328\\_el.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/job_creation_measures/c11328_el.htm)  
<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0229:FIN:EL:PDF>  
[http://europa.eu/legislation\\_summaries/information\\_society/124226\\_el.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/information_society/124226_el.htm)  
<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995L0046:EL:HTML>
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2002) 263 τελικό, *eEurope 2005: Κοινωνία της πληροφορίας για όλους - Σχέδιο δράσης που υποβάλλεται ενόψει του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της Σεβίλλης*, 21/22 Ιουνίου 2002. Βρυξέλλες, 28.5.2000. Institute of Management: Κέμπριτζ, ΗΒ. Μάρτιος 2003
- COM(2004) 301 τελικό, Συνέχεια της διαδικασίας προβληματισμού υψηλού επιπέδου για την κινητικότητα των ασθενών και τις μελλοντικές εξελίξεις υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση Βρυξέλλες, 20.4.2004  
[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/el/com/2004/com2004\\_0301e101.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/el/com/2004/com2004_0301e101.pdf)
- COM (2005) 356 τελικό, Ανακοίνωση της επιτροπής, στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στην Ευρωπαϊκή οικονομική και κοινωνική επιτροπή και στην επιτροπή περιφερειών, Βρυξέλλες, 30.4.2004, *ηλ-υγεία (ηλεκτρονική υγεία) βελτίωση των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τους πολίτες της Ευρώπης: Σχέδιο δράσης για έναν Ευρωπαϊκό Χώρο ηλ-Υγείας*.
- Ζαχαριάδου Θ., (2008), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική στην Κύπρο: Ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης και σχεδιασμός μιας πιλοτικής παρέμβασης σε αγροτικές και αστικές περιοχές στην ευρύτερη περιοχή της Λευκωσίας, διατριβή

- Κασουλίδης Ι., 2007. <http://www.kasoulides.com/index.php?id=343>
- Κουντζέρης Α., Μάιος 2009 Παρατηρητήριο για την ΚτΠ, Προκλήσεις στη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα: Οι τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών ως βασικό εργαλείο για την αντιμετώπιση των σημερινών προκλήσεων.
- Κουντζέρης Α., Κωνσταντάτος Μ., Νέες τάσεις στη χρήση του διαδικτύου για επικοινωνία, πληροφόρηση και ψυχαγωγία» Παρατηρητήριο για την Κοινωνία της Πληροφορίας, Μάρτιος, 2010.
- Μανωλόπουλος, Χ. (2001) *Αποτύπωση της επίδρασης των νέων τεχνολογιών στη λειτουργία του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Πρακτικά ζητήματα 2<sup>ου</sup> Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου για το Νοσοκομειακό Μάνατζμεντ, Mediforce: Αθήνα, σελ. 375-377
- Μπέρλερ, Α. (2001) Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος: Ένα βήμα προς τη βελτίωση της ιατρικής περίθαλψης, Ιατρικός Φάκελος Ασθενή: μια αναγκαιότητα για την ιατρική πράξη,
- Μπερσίμης Σ. (2006), Σημειώσεις στο μάθημα της Βιοστατιστικής. Πανεπιστήμιο Στερεάς Ελλάδας. Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική. Πρόγραμμα προπτυχιακών σπουδών.
- Μαλλιαρού Μ., *Ευρωπαϊκά Προγράμματα για την Ασφάλεια των Δεδομένων του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας*. Επιθεώρηση Υγείας 2007;18(106):31-34
- Νόμος Κύπρου για προσωπικά δεδομένα: Νόμος Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του ατόμου) 138 (I) του 2001, 37 (I) του 2003 της Κύπρου.  
<http://www.dataprotection.gov.cy/dataprotection/dataprotection.nsf/All/B708D98FB15F8D09C2256D9B0032AE61?OpenDocument>
- Οδηγία 95/46/EK για την προστασία των δεδομένων  
[http://europa.eu/legislation\\_summaries/information\\_society/114012\\_el.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/information_society/114012_el.htm)
- Παρατηρητήριο για την Κοινωνία της Πληροφορίας, (2005) *Τι είναι η Κοινωνία της Πληροφορίας* <http://www.observatory.gr/page/default.asp?12=1&id=37>
- Παρατηρητήριο για την ΚτΠ, Μελέτη: Η Χρήση Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών στην Υγεία και Πρόνοια , 2007
- Σαρρής Μ, Χρυσάκης Μ, Σούλης Σ, Γεωργιάδου Μ. *Επικοινωνία και διαχείριση πληροφορίας στις υπηρεσίες υγείας: από τον ιατρικό φάκελο στον φάκελο φροντίδας υγείας*. Νοσηλευτική 2002;41:174-184. [[IATPOTEK online](#)]

- Σισσούρας, Α. (1991) *Ανισότητες στην υγεία και χάραξη πολιτικής υγείας: ανοικτά ζητήματα, Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής σήμερα*, 3<sup>ο</sup> Συνέδριο, Αθήνα: Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα – Πάντειο Πανεπιστήμιο, σελ. 335-340.
- Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, *Στατιστικές για την κοινωνία της πληροφορίας (information society statistics)*, 2009.
- Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, *Έρευνα χρήσης τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών (ΤΠΕ) στα νοικοκυριά 2010, Συνοπτικά αποτελέσματα*, Λευκωσία, Νοέμβριος 2010
- Τελικό Παραδοτέο για τις «Έξυπνες Κάρτες» της Ομάδας Εργασίας Γ3 του e-Business Forum (2002)

## 8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### 8.1 Ερωτηματολόγιο

Καλημέρα/καλησπέρα, αναμείζομαι .....  
 είμαι φοιτήτρια στο Ανοικτό πανεπιστήμιο και κάνω μία έρευνα για την διατριβή μου που είναι σχετική με την  
 Πληροφόρηση σε θέματα Υγείας από τον κυπριακό πληθυσμό. Η συνέντευξη θα διαρκέσει περίπου 5 λεπτά και οι  
 απαντήσεις σας θα είναι πολύτιμες για μένα.

**E0** Θα θέλατε να συμμετάσχετε?

Ναι	1	E1
Όχι	2	Σταπ

0

**E1** Τι ηλικία έχετε?

\*Εάν ο κριτόμενος είναι κάτω των 15 ,  
 ζήτησε κάποιο ενήλικα, αν δεν υπάρχει

**E2** Φύλο

Ανδρας	1
Γυναίκα	2

**E3** Ποιο είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε συμπληρώσει?

Νηπιαγωγείο	1
Δεν πήγε καθόλου σχολείο ή μερικές τάξεις δημοτικού	2
Απολυτήριο δημοτικό	3
Απολυτήριο τριτάξιου Γυμνασίου μέσης εκπαίδευσης	4
Απολυτήριο ΤΕΕ Τεχνικό και Επαγγελματικά εκπαιδευτήρια	5
Απολυτήριο λυκείου μέσης εκπαίδευσης	6
Ινστιτούτου επαγγελματικής Κατάρτισης	7
Πτυχίο Ανώτερου Τεχνολογικού εκπαιδευτικού ιδρύματος	8
φοίτηση σε ΑΕΙ	9
Πτυχίο Ανώτερου σχολίου	10
Ανοικτό Πανεπιστήμιο	11
Μεταπτυχιακός Τίτλος	12
Διδακτορικό	13
Μεταδιδακτορικό	14
Άρνηση	15
ΔΓ	16

**E4** Πόσα παιδιά κάτω των 18 μένουν στο νοικοκυριό σας?

**E5** Που κατοικείται?

Συμπλήρωσε μόνη σου

Πόλη	1
Κοιμόπολη	2
Χωριό	3
Εξοχή	4
ΔΓ/ΔΑ	5

<b>E6</b>	<b>Ποια είναι η κύρια απασχόληση σας?/Ποιο είναι το επάγγελμά σας?</b>
-----------	--

Εργαζόμενοι/Ελεύθεροι Επαγγελματίες	1	E6 1
Επιδασκτής/Μαθητής/Φοιτητής	2	E7
Ανεργός	3	E7
Μόνιμα ασθενής ή ανάπηρος	4	E7
Συνταξιούχος	5	E7
Στρατιώτης	6	E7
Οικικό	7	E7
Άλλο	8	E7
ΔΓ/ΔΑ	9	E7

<b>E6_1</b>	<b>Ποιο συγκεκριμμένα είναι το επάγγελμά σας?</b>
-------------	---

Προσπάμενος/Διαθεσινής με υφιστάμενους	1	E7
Επαγγελματίας Υγείας (Γιατροί, Ψυχολόγοι, Νοσοκόμοι)	2	E7
Άλλοι επαγγελματίες, Επιστήμονες, πχ Δασκλήροι, Καλλιτέχνες, Εκπαιδευτικοί	3	E7
Χαμηλό στην ιεραρχία προσωπικό στο χώρο Υγείας	4	E7
Εξαιδικωμένοι Εργάτες (υδραυλικοί, ζυλωργοί, μάγειρες)	5	E7
Ανδείκνυται Εργάτες (οδηγοί, καθαριστές)	6	E7
ΔΓ/ΔΑ	7	E7

<b>E7</b>	<b>Θα σας διαβάσω μια λίστα με διάφορες πηγές γενικής πληροφόρησης και θα ήθελα να μου πείτε η κάθε μία πόσο σημαντική είναι για εσάς με βάση μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 5, όπου το 1 δεν είναι καθόλου σημαντικό και 5 σημαντικό</b>
-----------	--

	1 (δεν είναι σημαντικό)	2	3	4	5 (σημαντικό)	ΔΓ/ΔΑ
Internet/Διαδίκτυο	1	2	3	4	5	6
Τηλεόραση/Ραδιόφωνο	1	2	3	4	5	6
Βιβλία/Ενημερωτικά Φαλλάδια/Εγκυκλοπαίδεια	1	2	3	4	5	6
Σεμινάρια/Μαθήματα/Όμιλίες	1	2	3	4	5	6
Εφημερίδες/Περιοδικά	1	2	3	4	5	6
Φίλοι/Οικογένεια/Συνάδελφοι	1	2	3	4	5	6
Φαρμακεία	1	2	3	4	5	6
Προσωπική επαφή με επαγγελματίες Υγείας (όταν των ειδικότητων)	1	2	3	4	5	6

<b>E9</b>	<b>Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε το διαδίκτυο? Γενικά</b>
-----------	---

Κάθε Μέρα	1	E9-E15
Κάθε Εβδομάδα	2	
Κάθε μήνα	3	
Λιγότερο από μια φορά το μήνα	4	
Δεν έχω χρησιμοποιήσει ποτέ το Διαδίκτυο	5	E16
Δεν το έχω χρησιμοποιήσει αλλά έχω ζητήσει από άλλους να το χρησιμοποιήσουν για μένα	6	
ΔΓ/ΔΑ	7	

E9 Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε το διαδικτυο για θέματα Υγείας?

Κάθε Μέρα	1	E10-E15
Κάθε Εβδομάδα	2	
Κάθε μήνα	3	
Κάθε 6 μήνες	4	
Κάθε χρόνο	5	
Λιγότερο από μια φορά το χρόνο	6	E16
Ποτέ	7	
ΔΓ/ΔΑ	8	

E10 Θα σας διαβάσω κάποιες περιπτώσεις στις οποίες μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το διαδικτυο για πληροφόρηση σε θέματα Υγείας. Θα ήθελα να μου πείτε πόσο συχνά τις χρησιμοποιείτε?

	Κάθε Μέρα	Κάθε Εβδομάδα	Κάθε μήνα	Κάθε 6 μήνες	Κάθε χρόνο	< από χρόνο	Ποτέ	ΔΓ/ΔΑ
για να έρθετε σε επαφή με επαγγελματίες Υγείας που δεν έχετε συναντήσει ποτέ?	1	2	3	4	5	6	7	8
για να συμμετάσχετε σε ομάδες συζήτησης, αλληλεβοήθειας ή υποστήριξης που εστιάζουν σε θέματα Υγείας	1	2	3	4	5	6	7	8
για να παραγγείλετε φάρμακα ή άλλα προϊόντα που σχετίζονται με την υγεία σας μέσω διαδικτύου?	1	2	3	4	5	6	7	8
για να ενημερωθείτε σχετικά με θέματα υγείας?	1	2	3	4	5	6	7	8

E10B Για τα πιο κάτω χρησιμοποιείτε το διαδικτυο πάντα, συχνά, μερικές φορές, σπάνια ή ποτέ?

	Πάντα	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνια	Ποτέ	ΔΓ/ΔΑ
για να βρείτε πληροφορίες που θα σας βοηθήσουν να αποφασίσετε αν θα συμβουλευτείτε έναν επαγγελματία υγείας	1	2	3	4	5	6
για να βρείτε πληροφορίες πριν από ένα ιατρικό ραντεβού	1	2	3	4	5	6
για να βρείτε πληροφορίες μετά από ένα ιατρικό ραντεβού (για δεύτερη γνώμη)	1	2	3	4	5	6

E11 Προσεγγίσατε κάποιο Επαγγελματία Υγείας/τον γιατρό σας ή νοσοκομείο/κλινικός μέσω διαδικτύου πχ για να διαβάσετε την ιστοσελίδα σας/ για να προγραμματίσετε κάποιο ραντεβού/ ή να κάνετε ερωτήσεις σχετικά με θέματα Υγείας?

Ναι	1	E12
Όχι	2	E13
ΔΓ/ΔΑ	3	E14



E12	Για πιο λόγο προσεγγίζετε τον γιατρό σας ή κάποιο επαγγελματία υγείας ή νοσοκομείο/κλινική υγείας μέσω διαδικτύου?
-----	--

\*Διάβασε και σημείωσε όσες περιπτώσεις ισχύουν.

για να ζητήσετε ή να ανανεώσετε συνταγή φαρμάκων μέσω email ή διαδικτύου	1	E14
για να προγραμματίσετε ραντεβού	2	
για να κάνετε ερωτήσεις σχετικά με την υγεία σας	3	
για να διαβάσετε το φάκελο υγείας σας	4	
για να διαβάσετε την ιστοσελίδα τους	5	
Άλλο	6	
Άρνηση	7	
ΔΓ/ΔΑ	8	

E13	Υπάρχουν διάφοροι λόγοι που δεν προσεγγίζετε το γιατρό σας ή νοσοκομείο/κλινική μέσω Διαδικτύου? Ποιες περιπτώσεις ισχύουν για εσάς? (Σημειώστε όσες περιπτώσεις ισχύουν)
-----	---

Ανησυχία για τα προσωπικά μου δεδομένα	1	E14
Προσπάει την προσωπική επιτηρή	2	
Ο γιατρός μου ή επαγγελματίας υγείας δεν είχε αυτή την υπηρεσία	3	
Δεν χρειάστηκε να επικοινωνήσω μαζί τους	4	
Άλλο	5	
Άρνηση	6	
ΔΓ/ΔΑ	7	

E14	Πόσο σημαντική είναι για εσάς οι παρακάτω παράγοντες κατά την αξιολόγηση μιας ιστοσελίδας σχετικής με θέματα υγείας, με βάση μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 5, όπου το 1 δεν είναι καθόλου σημαντικό και 5 σημαντικό
-----	---

	1 (δεν είναι σημαντικό)	2	3	4	5 (σημαντικό)	ΔΓ/ΔΑ
Προστασία Προσωπικών δεδομένων	1	2	3	4	5	6
Πληροφορίες στην γλώσσα μου	1	2	3	4	5	6
Ενημερωμένο Περιεχόμενο	1	2	3	4	5	6
Δυνατότητα Αλληλεπίδρασης (πχ να κάνετε ερωτήσεις, να λάβετε απαντήσεις, να συμμετέχετε σε ομάδες συζήτησης αλληλοβοήθειας)	1	2	3	4	5	6
Συμμετοχή επαγγελματιών υγείας	1	2	3	4	5	6
Σαφής ένδειξη για το ποιος είναι υπεύθυνος ή ποιος είναι ο χορηγός της ιστοσελίδας	1	2	3	4	5	6

E15	Οι πληροφορίες που έχετε αποκτήσει μέσω διαδικτύου έχουν οδηγήσει σε κάποιο από τα παρακάτω? (διαβάστε όλες τις περιπτώσεις και σημειώστε απάντηση για την κατηγορία)
-----	---

	Ναι	Όχι	ΔΓ/ΔΑ
Ανησυχία	1	2	3
Ανακούφιση	1	2	3
Επιθυμία για αλλαγή τρόπου ζωής/διατροφής	1	2	3
Ερωτήσεις ή προτάσεις εναλλακτικών λύσεων σε επαγγελματίες υγείας σχετικά με μια διάγνωση ή θεραπεία	1	2	3
Αλλαγή στη χρήση φαρμάκων χωρίς να έχετε συμβουλευτεί ειδικό	1	2	3
Να κλείσετε να αλλάξετε ή να ακυρώσετε ραντεβού με επαγγελματίες υγείας	1	2	3

**Ροπήστε Όλους**

E16	Θα θέλαμε τώρα να σας κάνουμε κάποιες ερωτήσεις σχετικά με το τι πιστεύετε ότι θα κάνετε στο μέλλον. Δεδομένου ότι σας δίνεται η ευκαιρία, πείτε μας πόσο πιθανό είναι να κάνετε τα παρακάτω μέσα στον επόμενο χρόνο, με βάση μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 5, όπου το 1 σημαίνει απίθανο και 5 πολύ πιθανό.
-----	--

	1 (απίθανο)	2	3	4	5 (πολύ πιθανό)	ΔΓ/ΔΑ
Να αναζητήσετε πληροφορίες για θέματα Υγείας ή για μια συγκεκριμένη ασθένεια στο Διαδίκτυο	1	2	3	4	5	6
Να συμμετάσχετε σε ομάδες συζήτησης, αλληλοβοήθειας, ή υποστήριξης στο Διαδίκτυο	1	2	3	4	5	6
Να παραγγίλετε φάρμακα ή άλλα προϊόντα που σχετίζονται με την υγεία μέσω διαδικτύου	1	2	3	4	5	6
Να συμβουλευτείτε επαγγελματίες Υγείας στο διαδίκτυο	1	2	3	4	5	6
Να κλείσετε /αλλάξετε/ακυρώσετε ένα ραντεβού με επαγγελματίες Υγείας μέσω διαδικτύου	1	2	3	4	5	6

E17	Πόσο σημαντική είναι για σας οι παρακάτω παράγοντες στην επιλογή γιατρού με βάση μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 5, όπου το 1 δεν είναι καθόλου σημαντικό και 5 σημαντικό
-----	---

	1 (δεν είναι σημαντικό)	2	3	4	5 (σημαντικό)	ΔΓ/ΔΑ
Η δυνατότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων	1	2	3	4	5	6
Το κόστος υπηρεσιών	1	2	3	4	5	6
Η δυνατότητα προγραμματισμού ή αλλαγής ραντεβού μέσω διαδικτύου	1	2	3	4	5	6
Πληροφορίες για το γιατρό πχ λίστα αναμονής, επιδόσεις του γιατρού σε δημοσία ή άλλη αξιολόγηση	1	2	3	4	5	6
Η ύπαρξη ιστοσελίδας του ιατρού	1	2	3	4	5	6
Συστάσεις από άλλους	1	2	3	4	5	6
Η δυνατότητα επικοινωνίας με ηλεκτρονικό	1	2	3	4	5	6
Η δυνατότητα να λαμβάνετε υπονοήσεις στο	1	2	3	4	5	6
Η δυνατότητα πρόσβασης μέσω διαδικτύου	1	2	3	4	5	6
Η εύκολη πρόσβαση στο ιατρείο / βολικός	1	2	3	4	5	6

E18	Πως βλέπετε την δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεο-τηλεφώνου χωρίς να χρειάζεται να πάτε σε νοσοκομείο ή ιατρείο?
-----	---

Θετικά	1	E18B
Αρνητικά	2	E19
ΔΓ/ΔΑ	3	

E18B	Θα ήσασταν διατεθειμένοι/μείνη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βιντεο - τηλεφώνου? (διαβάστε όλες)
------	--

Ναι	1
Όχι	2
Ναι μέσω ασφαλιστικού φορέα	3
Ναι μέσω ιδιωτικής ασφάλισης	4

E19	Πως βλέπετε την δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελλο υγείας σας από ειδικό γιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου ή από το εξωτερικό πχ για να ερμηνέσει τα αποτελέσματα μιας μαγνητικής τομογραφίας ή για μια δεύτερη γνώμη ώστε να έχετε μια γρήγορη και έγκυρη διάγνωση?
-----	--

Θετικό	1
Αρνητικά	2
ΔΓ/ΔΑ	3

E20	Αν είχατε την δυνατότητα να χρησιμοποιήσετε το διαδίκτυο για να δείτε το φάκελλο υγείας σας (ακτινογραφία, καρδιογραφήματα, αποτελέσματα αναλύσεων) θα το κάνατε?
-----	---

Ναι	1	E20_1
Όχι	2	E21
ΔΓ/ΔΑ	3	

E20_1	Θα ήσασταν διατεθειμένοι/μείνη να πληρώσετε 30 ευρώ το χρόνο για αυτήν την δυνατότητα? (διαβάστε όλες)
-------	--

Ναι	1
Όχι	2
Ναι μέσω ασφαλιστικού φορέα	3
Ναι μέσω ιδιωτικής ασφάλισης	4

Στο τέλος θα σας κάνουμε κάποιες γενικές ερωτήσεις

E21	Πόσες φορές επισκεφτήκατε γιατρό τον τελευταίο χρόνο (12 μήνες). (εκτός επισκέψεων σε οδοντίατρο)
-----	---

	φορές
ΔΓ/ΔΑ	1

E22	Μήπως εσείς ή κάποιος δικό σας έχει κάποια χρόνια πάθηση ή είναι άτομο με ειδικές ανάγκες?
-----	--

Ναι, Εγώ	1
Ναι κάποιος δικός μου	2
Όχι	3
Άρνηση	4
ΔΓ/ΔΑ	5

E23	Πως θα εκτιμούσατε την κατάσταση της υγείας σας σήμερα?
-----	---

Πολύ καλή	1
Καλή	2
Κακή	3
Πολύ κακή	4
Άρνηση	5
ΔΓ/ΔΑ	6

Ευχαρίστησε και ταμμάτισε την κλήση

## 8.2 Άλλοι Έλεγχοι Συνάφειας

### 1. Γενική Χρήση Διαδικτύου

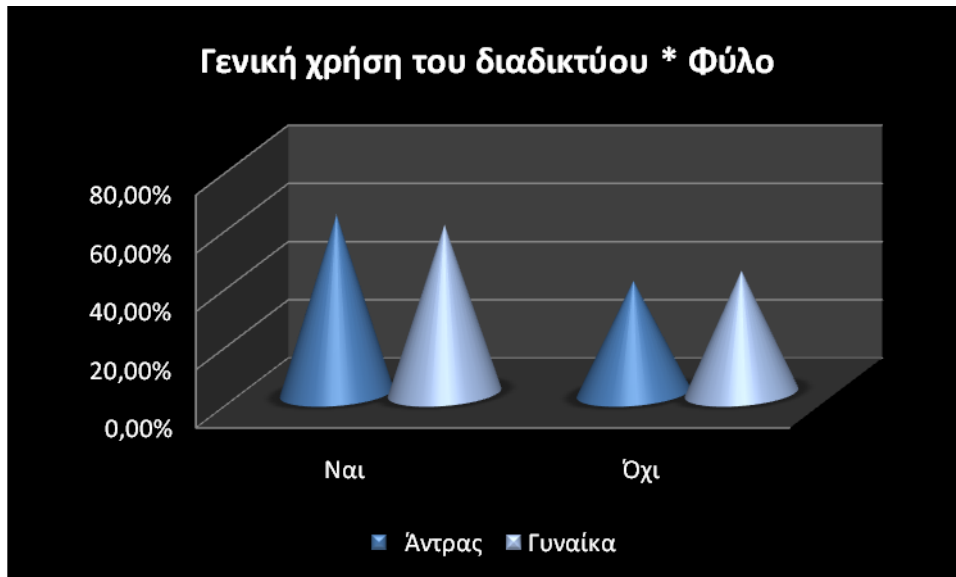
#### ➤ Σε σχέση με το Φύλο

Γενική χρήση του διαδικτύου \* Φύλο Crosstabulation

			Φύλο		Σύνολο
			Άντρας	Γυναίκα	
Γενική χρήση του διαδικτύου	Ναι	Count	62	114	176
		% within Φύλο	61,4%	57,9%	59,1%
	Όχι	Count	39	83	122
		% within Φύλο	38,6%	42,1%	40,9%
Σύνολο		Count	101	197	298
		% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας: Γενική χρήση του διαδικτύου \* Φύλο Crosstabulation

Όσον αφορά στον επόμενο πίνακα (σε σχέση με το σύνολο του δείγματος των συμμετεχόντων που απάντησαν θετικά στην γενική χρήση του διαδικτύου) φαίνεται ότι οι γυναίκες κάνουν περισσότερο γενική χρήση του διαδικτύου (114 γυναίκες), σε σχέση με τους άντρες (62 άντρες). Παρόλαυτα, στο σύνολο της ποσοστιαίας κατανομής του δείγματος για την κατηγορία άντρα, γυναίκα, οι άντρες χρησιμοποιούν περισσότερο το διαδίκτυο με ποσοστό 61,4% (Νάντρες=101) σε αντίθεση με τις γυναίκες με ποσοστό 57,9% ( Νγυναίκες=197).



Εικόνα :Γενική χρήση του διαδικτύου \*Φύλο Crosstabulation

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,342(b)	1	,559		
Continuity Correction(a)	,212	1	,645		
Likelihood Ratio	,343	1	,558		
Fisher's Exact Test				,619	,323
Linear-by-Linear Association	,341	1	,559		
N of Valid Cases	298				

Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Γενική χρήση του διαδικτύου \* Φύλο

Κοιτάζοντας το p-value του ελέγχου Pearson Chi-Square βλέπουμε ότι το p είναι πολύ μεγάλο (πολύ μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας που έχουμε ορίσει, 0.05) επομένως δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών γενική χρήση του διαδικτύου και το φύλο.

- Σε σχέση με την κατάσταση υγείας

**Πίνακας** Γενική χρήση διαδικτύου \* Κατάσταση υγείας

	Κατάσταση Υγείας <sup>15</sup>			Σύνολο
	Πολύ καλή καλή	– Πολύ κακή Κακή	- Άρνηση- ΔΓ	
<b>Ναι</b>	166 60,8%	7 35%	1 50%	174 59,00%
<b>Όχι</b>	107 39,2%	13 65%	1 50%	121 41,00%
<b>Σύνολα</b>	273	20	2	295

( $\chi^2=5,197 P=0,074$ )

Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία (60,8%) των ερωτώμενων που απάντησαν ότι θεωρούν την υγεία τους πολύ καλή-καλή κάνουν χρήση του διαδικτύου, έναντι 39,2% που δήλωσε ότι δεν κάνει χρήση του διαδικτύου.

## 2. Χρήση του διαδικτύου για θέματα Υγείας

- Σε σχέση με την Ηλικία

Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Ηλικία Crosstabulation

<sup>15</sup> Στον Πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μετά από συγχώνευση των κατηγοριών που αφορούν την κατάσταση της υγείας

		Ηλικία					Σύνολο
		15-24	25-36	37-48	49-59	60+	
Ναι	Count	19	57	34	32	12	154
	% within Ηλικία	90,5%	91,9%	81,0 %	84,2%	100,0%	88,0%
Όχι	Count	2	5	8	6	0	21
	% within Ηλικία	9,5%	8,1%	19,0 %	15,8%	,0%	12,0%
Σύνολο	Count	21	62	42	38	12	175
	% within Ηλικία	100,0 %	100,0%	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0 %

**Πίνακας: Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Ηλικία Crosstabulation**



**Εικόνα: Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Ηλικία**

Στη συνέχεια εξετάζεται η σχέση της χρήσης του διαδικτύου για θέματα υγείας με την μεταβλητή ηλικία. Όπως φαίνεται η πλειονότητα των ατόμων του δείγματος χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για να πληροφορείται για θέματα υγείας. Συγκεκριμένα, όλα τα άτομα από την ηλικιακή ομάδα 60+, χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για θέματα υγείας. Όσον αφορά στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, 19 άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 15-24 χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για θέματα υγείας, 57 άτομα

ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 25-36, 34 στην ηλικιακή ομάδα 37-48 και 32 άτομα στην ηλικιακή ομάδα 49-59.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,160(a)	4	,271
Likelihood Ratio	6,404	4	,171
Linear-by-Linear Association	,177	1	,674
N of Valid Cases	175		

Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Ηλικία

#### ➤ Σε σχέση με το Φύλο

Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Φύλο

			Φύλο		Σύνολο
			Άντρας	Γυναίκα	
Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας	Ναι	Count	53	101	154
		% within Φύλο	86,9%	88,6%	88,0%
	Όχι	Count	8	13	21
		% within Φύλο	13,1%	11,4%	12,0%
Total	Count	61	114	175	
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας: Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Φύλο Crosstabulation





**Εικόνα: Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Φύλο Crosstabulation**

Όσον αφορά στη σχέση του φύλου με την χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας οι γυναίκες με πολύ μικρή ποσοστιαία διαφορά σε σχέση με τους άντρες φαίνεται να χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για θέματα υγείας περισσότερο (γυναίκες:101 γυναίκες, 88,6%, Νγυναίκες=114, άντρες:53 άντρες, 86,9%, Νάντρες=61).

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,110(b)	1	,740		
Continuity Correction(a)	,008	1	,930		
Likelihood Ratio	,109	1	,741		
Fisher's Exact Test				,809	,458
Linear-by-Linear Association	,110	1	,741		
N of Valid Cases	175				

**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Φύλο**

➤ Σε σχέση με τον Τόπο Διαμονής

Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Τόπος Διαμονής

			Τόπος Διαμονής		Σύνολο
			Αστική	Αγροτική	
Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας	Ναι	Count	122	32	154
		% within Τόπος Διαμονής	89,7%	82,1%	88,0%
	Όχι	Count	14	7	21
		% within Τόπος Διαμονής	10,3%	17,9%	12,0%
Total	Count	136	39	175	
	% within Τόπος Διαμονής	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας: Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Τόπος διαμονής



Εικόνα: Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Τόπος διαμονής

Η πλειονότητα των ατόμων που χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για θέματα υγείας διαμένει στις αστικές περιοχές (122 άτομα).

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,682(b)	1	,195		
Continuity Correction(a)	1,035	1	,309		
Likelihood Ratio	1,548	1	,213		
Fisher's Exact Test				,261	,154
Linear-by-Linear Association	1,672	1	,196		
N of Valid Cases	175				

Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Τόπος διαμονής

➤ Σε σχέση με την Κατάσταση Υγείας

Χρήση του διαδικτύου για θέματα Υγείας \* Κατάσταση Υγείας

		Κατάσταση υγείας						
		Πολύ καλή	Καλή	Κακή	Πολύ κακή	Αρνηση	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
Ναι	Count	73	71	4	3	1	1	152
	% within Κατάσταση υγείας	88,0%	86,6%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	87,9%
Όχι	Count	10	11	0	0	0	0	21
	% within Κατάσταση υγείας	12,0%	13,4%	,0%	,0%	,0%	,0%	12,1%
Σύνολο	Count	83	82	4	3	3	1	173
	% within Κατάσταση υγείας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας: Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Κατάσταση Υγείας



**Εικόνα: Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* Κατάσταση Υγείας**

Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που κάνει χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας βρίσκει την κατάσταση της υγείας του «πολύ καλή» (73 άτομα), ενώ 71 άτομα θεωρούν ότι η κατάσταση της υγείας τους βρίσκεται γενικότερα σε καλά επίπεδα («καλή»). 4 άτομα τα οποία χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για θέματα υγείας θεωρούν την κατάσταση της υγείας τους «κακή», ενώ 3 άτομα «πολύ κακή».

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,231(a)	4	,873
Likelihood Ratio	2,193	4	,700
Linear-by-Linear Association	,264	1	,607
N of Valid Cases	173		

**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας \* κατάσταση υγείας**

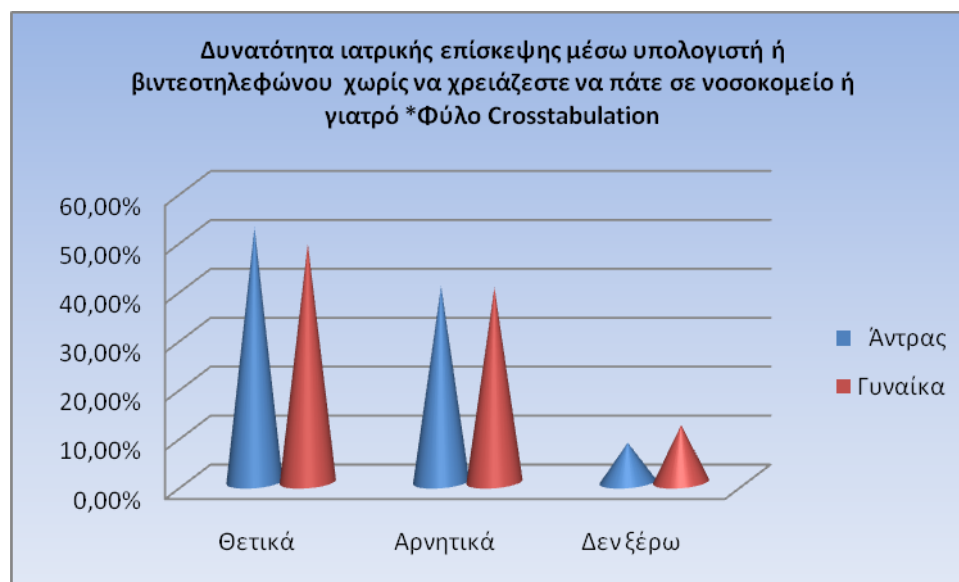
**3. Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό**

➤ Σε σχέση με το Φύλο

Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Άντρας	Γυναίκα	
Θετικά	Count	52	97	149
	% within Φύλο	52,0%	48,7%	49,8%
Αρνητικά	Count	40	79	119
	% within Φύλο	40,0%	39,7%	39,8%
Δεν ξέρω	Count	8	23	31
	% within Φύλο	8,0%	11,6%	10,4%
Σύνολο	Count	100	199	299
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας: Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Φύλο



Εικόνα: Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Φύλο

Όσον αφορά στο φύλο η πλειονότητα τόσο των γυναικών (97 άτομα) όσο και των αντρών (52 άτομα) φαίνεται να αντιμετωπίζει θετικά την δυνατότητα επίσκεψης σε

γιατρό μέσω υπολογιστή ή τηλεφώνου. Αν και στο σύνολο του δείγματος που αντιμετωπίζει την προοπτική αυτή θετικά, φαίνεται να υπερέχουν οι γυναίκες, στην ποσοστιαία κατανομή των επιμέρους πληθυσμών το ποσοστό για τους άντρες είναι μεγαλύτερο 52% (Νάντρες=100) σε αντίθεση με τις γυναίκες που κατέχουν ποσοστό 48,7% (Νγυναίκες=100). Αρκετά αξιόλογος βέβαια είναι και ο αριθμός που αντιμετωπίζει αυτή την προοπτική αρνητικά με 40 άντρες και 79 γυναίκες, αντίστοιχα.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,956(a)	2	,620
Likelihood Ratio	,991	2	,609
Linear-by-Linear Association	,690	1	,406
N of Valid Cases	299		

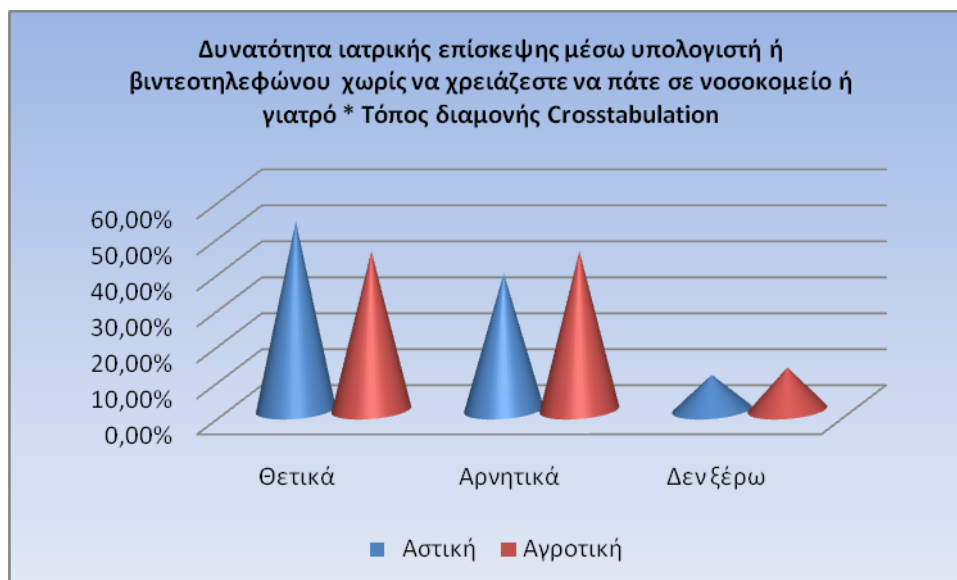
**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Φύλο**

#### ➤ Σε σχέση με τον Τόπο Διαμονής

**Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Τόπος διαμονής**

		Τόπος διαμονής		Σύνολο	
		Αστική	Αγροτική		
Θετικά	Count	108	41	149	
	% within Τόπος διαμονής	52,4%	44,1%	49,8%	
Αρνητικά	Count	78	41	119	
	% within Τόπος διαμονής	37,9%	44,1%	39,8%	
Δεν ξέρω	Count	20	11	31	
	% within Τόπος διαμονής	9,7%	11,8%	10,4%	
Σύνολο		Count	206	93	299
		% within Τόπος διαμονής	100,0%	100,0%	100,0%

**Πίνακας: Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Τόπος διαμονής**



**Εικόνα: Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Τόπος διαμονής**

Η πλειονότητα του δείγματος που είναι θετικό στην ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς επίσκεψη σε νοσοκομείο ή γιατρό διαμένει στις αστικές περιοχές (108 άτομα). Τα άτομα που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές κατέχουν ακριβώς το ίδιο ποσοστό θετικής και αρνητικής ψήφου (41 άτομα, 44,1%) στην ιατρική επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου ενώ το 11,8% δήλωσε ότι δεν ξέρει, τι θα έκανε σε μια τέτοια περίπτωση.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,795(a)	2	,408
Likelihood Ratio	1,798	2	,407
Linear-by-Linear Association	1,566	1	,211
N of Valid Cases	299		

**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Τόπος διαμονής**

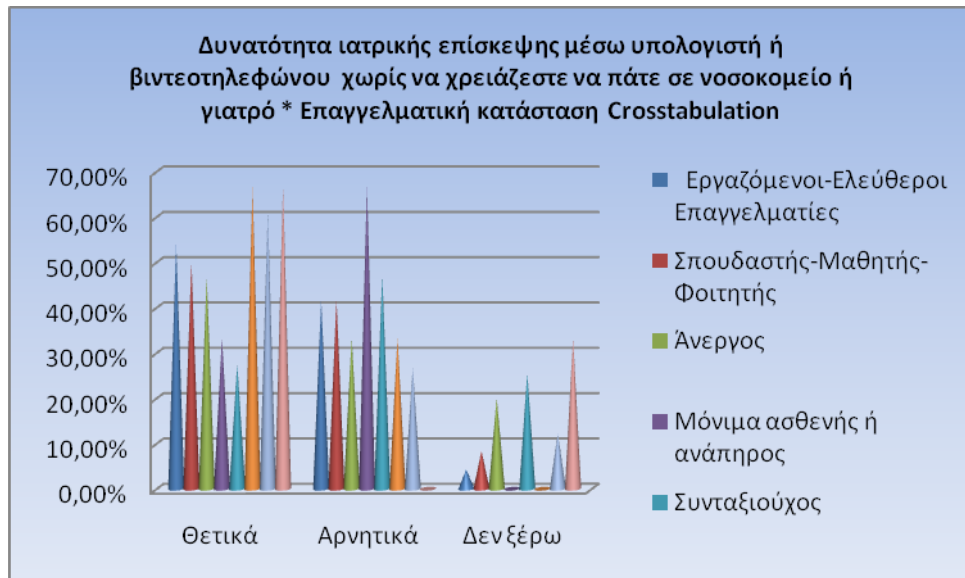


➤ Σε σχέση με την Επαγγελματική Κατάσταση

Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Επαγγελματική κατάσταση

		Επαγγελματική κατάσταση								Σύνολο
		Εργαζόμενοι -Ελεύθεροι Επαγγελματί ες	Σπουδασ τής- Μαθητής- Φοιτητής	Άνεργ ος	Μόνιμα ασθενής ή ανάπηρος	Συνταξιούχ ος	Στρατιώτη ς	Οικια κά	Άλλο	
Θετικά	Count	88	6	7	1	14	4	25	2	147
	% within	54,0%	50,0%	46,7%	33,3%	27,5%	66,7%	61,0%	66,7%	50,0%
Αρνητικά	Count	68	5	5	2	24	2	11	0	117
	% within	41,7%	41,7%	33,3%	66,7%	47,1%	33,3%	26,8%	,0%	39,8%
Δεν ξέρω	Count	7	1	3	0	13	0	5	1	30
	% within	4,3%	8,3%	20,0%	,0%	25,5%	,0%	12,2%	33,3%	10,2%
Σύνολο	Count	163	12	15	3	51	6	41	3	294
	% within	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας: Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Επαγγελματική κατάσταση



Εικόνα: Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Επαγγελματική κατάσταση

Όπως διαφαίνεται από τον πιο πάνω πίνακα αρκετές από τις πιο πάνω κατηγορίες (επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων) του δείγματος μας, είναι θετικές στην προοπτική ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου επίσκεψη σε νοσοκομείο ή γιατρό . Συγκεκριμένα 88 εργαζόμενοι-ελεύθεροι επαγγελματίες είναι θετικοί ενώ μόλις 68 αρνητικοί και 7 άτομα δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν (N Εργαζόμενοι-Ελεύθεροι Επαγγελματίες =163) . Θετικοί φαίνεται να είναι και οι φοιτητές/σπουδαστές (6 άτομα),καθώς και οι άνεργοι (7), στρατιώτες (4) και όσα άτομα ασχολούνται με τα οικιακά (25). Αντίθετα, οι συνταξιούχοι (24 αρνητικοί,14 θετικοί, 13 δεν γνωρίζουν ) και οι μόνιμα ασθενείς (2 αρνητικοί, 1 θετικοί) φαίνεται να είναι αρνητικοί με την πιο πάνω προοπτική.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,281(a)	14	,003
Likelihood Ratio	33,612	14	,002
Linear-by-Linear Association	3,773	1	,052
N of Valid Cases	294		

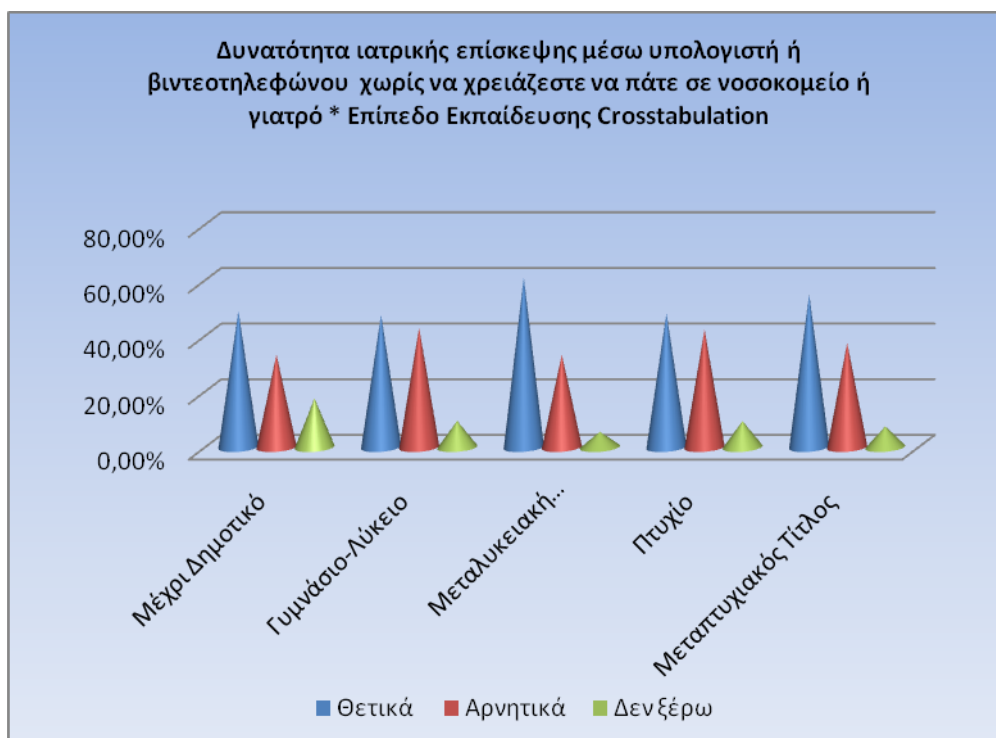
**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Επαγγελματική κατάσταση**

➤ **Σε σχέση με το Επίπεδο εκπαίδευσης**

**Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Επίπεδο Εκπαίδευσης**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης					
		Μέχρι Δημοτικό	Γυμνάσιο-Λύκειο	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση - Δίπλωμα	Πτυχίο	Μεταπτυχιακός Τίτλος	Σύνολο
Θετικά	Count	25	50	11	41	22	149
	%	49,0%	47,6%	61,1%	48,2%	55,0%	49,8%
Αρνητικά	Count	17	45	6	36	15	119
	%	33,3%	42,9%	33,3%	42,4%	37,5%	39,8%
Δεν ξέρω	Count	9	10	1	8	3	31
	%	17,6%	9,5%	5,6%	9,4%	7,5%	10,4%
Σύνολο	Count	51	105	18	85	40	299
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Πίνακας: Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Επίπεδο Εκπαίδευσης**



**Εικόνα: Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Επίπεδο Εκπαίδευσης**

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων του δείγματος που παρουσιάζεται θετικός στην ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου ανήκει στους απόφοιτους λυκείου και γυμνασίου (50 άτομα) ενώ ακολουθούν οι κάτοχοι πρώτου πτυχίου (41 άτομα). Θετικοί είναι και οι συμμετέχοντες οι οποίοι φοίτησαν στο δημοτικό (25 άτομα) καθώς και όσοι κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο (22 άτομα). Παρόλα αυτά μεγάλο είναι και το ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζονται αρνητικά με την πιο πάνω προοπτική με πολύ μεγάλο το ποσοστό στο πληθυσμό απόφοιτων λυκείου-γυμνασίου (42,9%, 45 άτομα, Νγυμνάσιο-λύκειο=105) και στο πληθυσμό κατόχων πρώτου πτυχίου με 42,4% (36 άτομα, Νπτυχίο=85).

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,464(a)	8	,707
Likelihood Ratio	5,126	8	,744
Linear-by-Linear Association	,988	1	,320
N of Valid Cases	299		

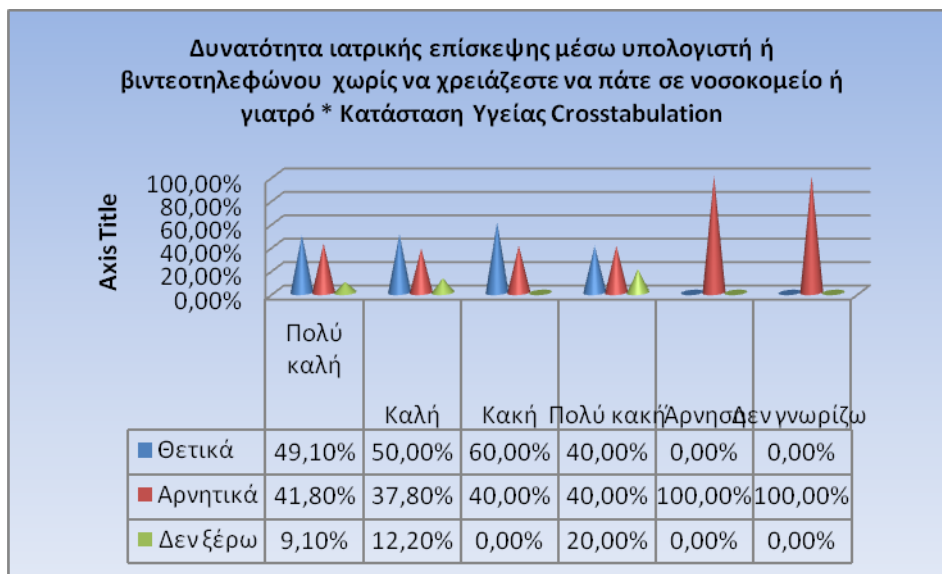
**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Επίπεδο Εκπαίδευσης**

➤ Σε σχέση με την Κατάσταση Υγείας

Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Κατάσταση Υγείας

		Κατάσταση Υγείας						
		Πολύ καλή	Καλή	Κακή	Πολύ κακή	Άρνηση	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
Θετικά	Count	54	82	9	2	0	0	147
	%	49,1%	50,0%	60,0%	40,0%	,0%	,0%	49,7%
Αρνητικά	Count	46	62	6	2	1	1	118
	%	41,8%	37,8%	40,0%	40,0%	100,0%	100,0%	39,9%
Δεν ξέρω	Count	10	20	0	1	0	0	31
	%	9,1%	12,2%	,0%	20,0%	,0%	,0%	10,5%
ολο	Count	110	164	15	5	1	1	296
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας: Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Κατάσταση Υγείας



Εικόνα: Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Κατάσταση Υγείας

Όσον αφορά στη δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς επίσκεψη σε νοσοκομείο ή γιατρό σε συνάφεια με την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα, η συντριπτική πλειοψηφία που αντιμετωπίζει αυτή την προοπτική θετικά θεωρεί την κατάσταση της υγείας του γενικότερα σε πολύ καλά επίπεδα. Συγκεκριμένα, 82 άτομα θεωρούν την κατάσταση υγείας τους σε καλά επίπεδα ενώ 54 άτομα σε πολύ καλά επίπεδα. 9 άτομα την θεωρούν «κακή» ενώ 2 «πολύ κακή». Όσον αφορά στα άτομα που αντιμετωπίζουν την πιο πάνω προοπτική αρνητικά 62 άτομα θεωρούν την κατάσταση υγείας τους «καλή», 46 «πολύ καλή», 6 «κακή» και 2 άτομα «πολύ κακή».

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,394(a)	10	,781
Likelihood Ratio	8,508	10	,579
Linear-by-Linear Association	,088	1	,767
N of Valid Cases	296		

**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Δυνατότητα ιατρικής επίσκεψης μέσω υπολογιστή ή βιντεοτηλεφώνου χωρίς να χρειάζεστε να πάτε σε νοσοκομείο ή γιατρό \* Κατάσταση Υγείας**

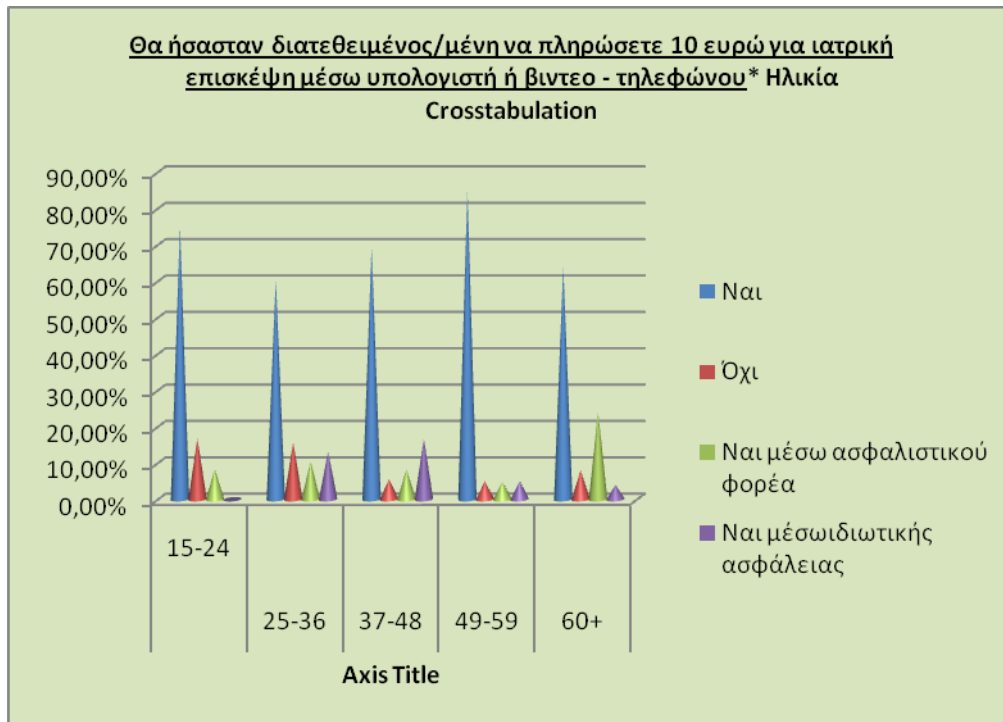
**4. Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου**

➤ Σε σχέση με την Ηλικία

Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Ηλικία

		Ηλικία					Σύνολο
		15-24	25-36	37-48	49-59	60+	
Ναι	Count	9	23	25	34	16	107
	% within Ηλικία	75,0%	60,5%	69,4%	85,0%	64,0%	70,9%
Όχι	Count	2	6	2	2	2	14
	% within Ηλικία	16,7%	15,8%	5,6%	5,0%	8,0%	9,3%
Ναι μέσω ασφαλιστικού φορέα	Count	1	4	3	2	6	16
	% within Ηλικία	8,3%	10,5%	8,3%	5,0%	24,0%	10,6%
Ναι μέσω ιδιωτικής ασφάλειας	Count	0	5	6	2	1	14
	% within Ηλικία	,0%	13,2%	16,7%	5,0%	4,0%	9,3%
Σύνολο	Count	12	38	36	40	25	151
	% within Ηλικία	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Πίνακας: Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Ηλικία**



**Εικόνα: Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Ηλικία**

Στο ερώτημα κατά πόσον θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο – τηλεφώνου, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα παρουσιάστηκαν θετικοί με την πιο πάνω προοπτική. Συγκεκριμένα θετικά παρουσιάζονται τα άτομα τα οποία ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 49-59 (34 άτομα) καθώς και τα άτομα τα οποία ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 37-48 (25 άτομα). Επίσης θετικά είναι και τα άτομα των 25-36 (23 άτομα) καθώς και τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 60+ (16 άτομα). Το ίδιο ισχύει για την κατηγορία 15-24 με 9 άτομα να παρουσιάζονται θετικοί με την πιο πάνω δυνατότητα. Όπως διαφαίνεται από τον πιο πάνω πίνακα ο αριθμός των ατόμων τα οποία είναι αρνητικά, ο αριθμός των ατόμων που θα πλήρωνε μέσω ασφαλιστικού φορέα καθώς και ο αριθμός των ατόμων που θα πλήρωνε μέσω ιδιωτικής ασφάλειας είναι πολύ μικρός.



### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,767(a)	12	,159
Likelihood Ratio	16,718	12	,160
Linear-by-Linear Association	,238	1	,626
N of Valid Cases	151		

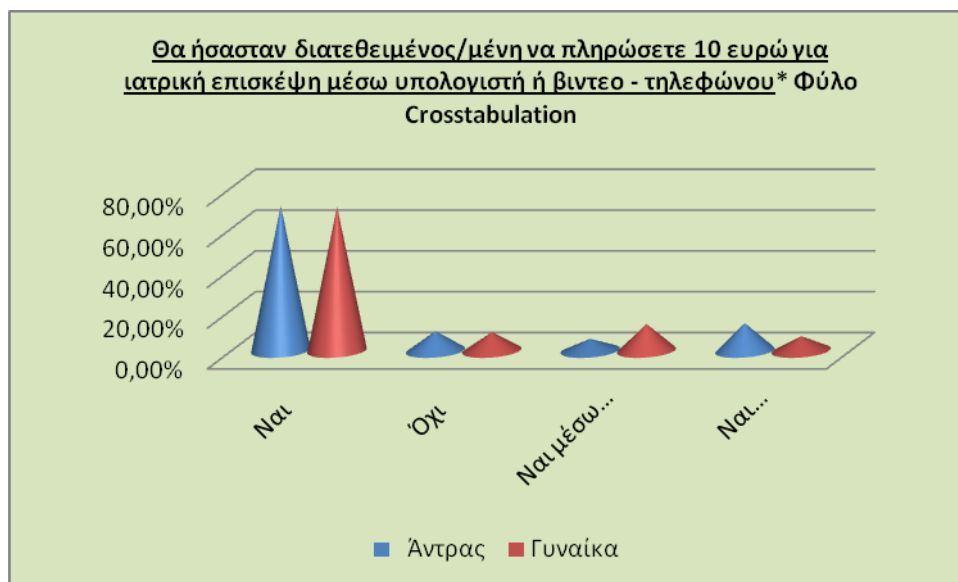
Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Ηλικία

➤ Σε σχέση με το Φύλο

Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Φύλο

		Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
Ναι	Count	37	70	107
	% within Φύλο	71,2%	70,7%	70,9%
Όχι	Count	5	9	14
	% within Φύλο	9,6%	9,1%	9,3%
Ναι μέσω ασφαλιστικού φορέα	Count	3	13	16
	% within Φύλο	5,8%	13,1%	10,6%
Ναι μέσω ιδιωτικής ασφάλειας	Count	7	7	14
	% within Φύλο	13,5%	7,1%	9,3%
Σύνολο	Count	52	99	151
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

**Πίνακας: Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Φύλο**



**Εικόνα: Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Φύλο**

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος που απάντησε «ναι» στη πιο πάνω προοπτική ανήκει στις γυναίκες (70 άτομα). Παρόλαταυτα, στην ποσοστιαία κατανομή των επιμέρους ομάδων (άντρες, γυναίκες) φαίνεται να υπερέχουν οι άντρες με ποσοστό 71,2% (Νάντρες=52) έναντι των γυναικών που κατέχουν ποσοστό 70,7%(Νγυναίκες=99).

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,257(a)	3	,354
Likelihood Ratio	3,368	3	,338
Linear-by-Linear Association	,083	1	,774
N of Valid Cases	151		

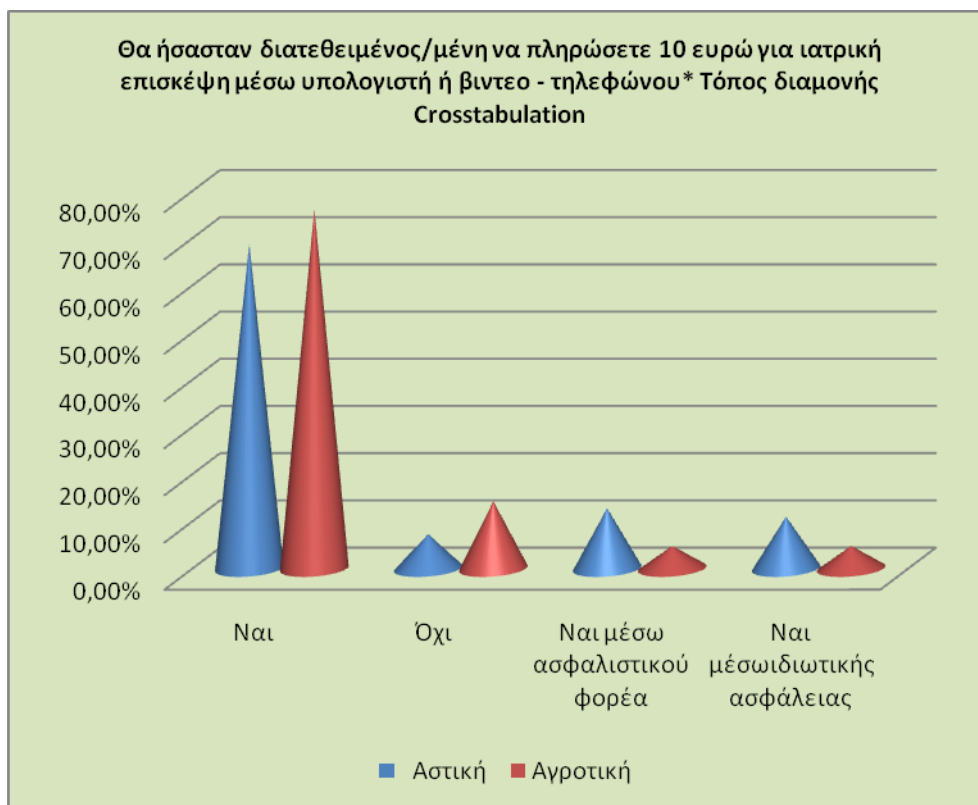
**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Φύλο**

➤ Σε σχέση με το Τόπο διαμονής

Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Τόπος διαμονής

		Αστική	Αγροτική	Σύνολο
Ναι	Count	75	32	107
	% within Τόπος Διαμονής	68,8%	76,2%	70,9%
Όχι	Count	8	6	14
	% within Τόπος Διαμονής	7,3%	14,3%	9,3%
Ναι μέσω ασφαλιστικού ύ φορέα	Count	14	2	16
	% within Τόπος Διαμονής	12,8%	4,8%	10,6%
Ναι μέσω ιδιωτικής ασφάλειας	Count	12	2	14
	% within Τόπος Διαμονής	11,0%	4,8%	9,3%
Σύνολο	Count	109	42	151
	% within Τόπος Διαμονής	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας: Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Τόπος Διαμονής



**Εικόνα: Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Τόπος Διαμονής**

Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα, η πλειονότητα του δείγματος που παρουσιάζεται διατεθειμένο να πληρώσει 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο – τηλεφώνου κατοικεί στις αστικές περιοχές (75 άτομα). Παρολαυτά, στην ποσοστιαία κατανομή των επιμέρους πληθυσμών φαίνεται να υπερिशύει το ποσοστό των ατόμων που κατοικεί στις αγροτικές περιοχές με 76,2% (N αγροτικές=42).

### **Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,956(a)	3	,175
Likelihood Ratio	5,324	3	,150
Linear-by-Linear Association	2,328	1	,127
N of Valid Cases	151		

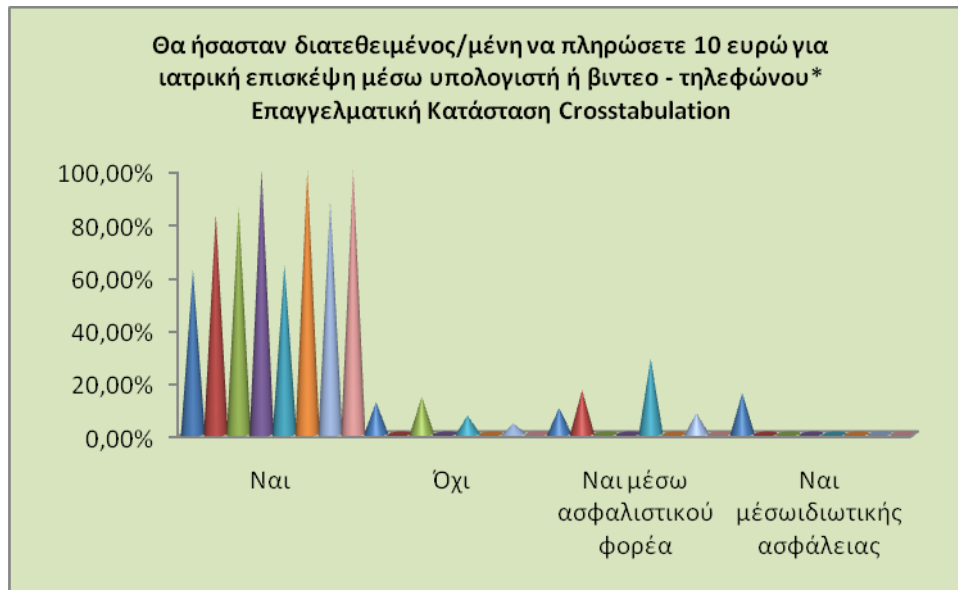
**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Τόπος Διαμονής**

➤ **Σε σχέση με την Επαγγελματική Κατάσταση**

**Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Επαγγελματική Κατάσταση**

		Επαγγελματική κατάσταση								Σύνολο
		Εργαζόμενοι- Ελεύθεροι Επαγγελματίες	Σπουδασ- τής- Μαθητής - Φοιτητής	Άνεργος	Μόνι- μα ασθε- νής ή ανάπ- ηρος	Συντ- αξιού- χος	Στρα- τιώτη- ς	Οικ- ιακ- ά	Άλλο	
Ναι	Count	56	5	6	1	9	4	22	2	105
	%	62,2%	83,3%	85,7%	100,0 %	64,3 %	100,0 %	88,0 %	100,0 %	70,5%
Όχι	Count	11	0	1	0	1	0	1	0	14
	%	12,2%	,0%	14,3%	,0%	7,1%	,0 %	4,0%	,0%	9,4%
Ναι μέσω ασφαλιστικό ύ φορέα	Count	9	1	0	0	4	0	2	0	16
	% within	10,0%	16,7%	,0%	,0%	28,6 %	,0 %	8,0%	,0%	10,7%
Ναι μέσω ιδιωτικής ασφάλειας	Count	14	0	0	0	0	0	0	0	14
	%	15,6%	,0%	,0%	0%	0%	0%	0%	0%	9,4%
Σύνολο	Count	90	6	7	1	14	4	25	2	149
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%

**Πίνακας: Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Επαγγελματική Κατάσταση**



**Εικόνα: Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Επαγγελματική Κατάσταση**

56 άτομα που θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο – τηλεφώνου ανήκουν στην κατηγορία ελεύθεροι επαγγελματίες-εργαζόμενοι και ακολουθούν τα άτομα που ασχολούνται με τα οικιακά με 22 άτομα. 9 άτομα είναι συνταξιούχοι, 6 άνεργοι, 4 στρατιώτες, ενώ 1 άτομο είναι ανήκει στην κατηγορία μόνιμα ασθενής-ανάπηρος. Αξιοσημείωτο να αναφερθεί είναι το γεγονός ότι 9 άτομα από την κατηγορία των εργαζομένων-ελεύθερων επαγγελματιών θα πλήρωναν μέσω ασφαλιστικού φορέα ενώ 14 άτομα θα πλήρωναν μέσω ιδιωτικής ασφάλειας.

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,532(a)	21	,427
Likelihood Ratio	27,838	21	,145
Linear-by-Linear Association	7,869	1	,005
N of Valid Cases	149		

**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Θα ήσασταν διατεθειμένος/μένη να πληρώσετε 10 ευρώ για ιατρική επίσκεψη μέσω υπολογιστή ή βίντεο - τηλεφώνου\* Επαγγελματική Κατάσταση**

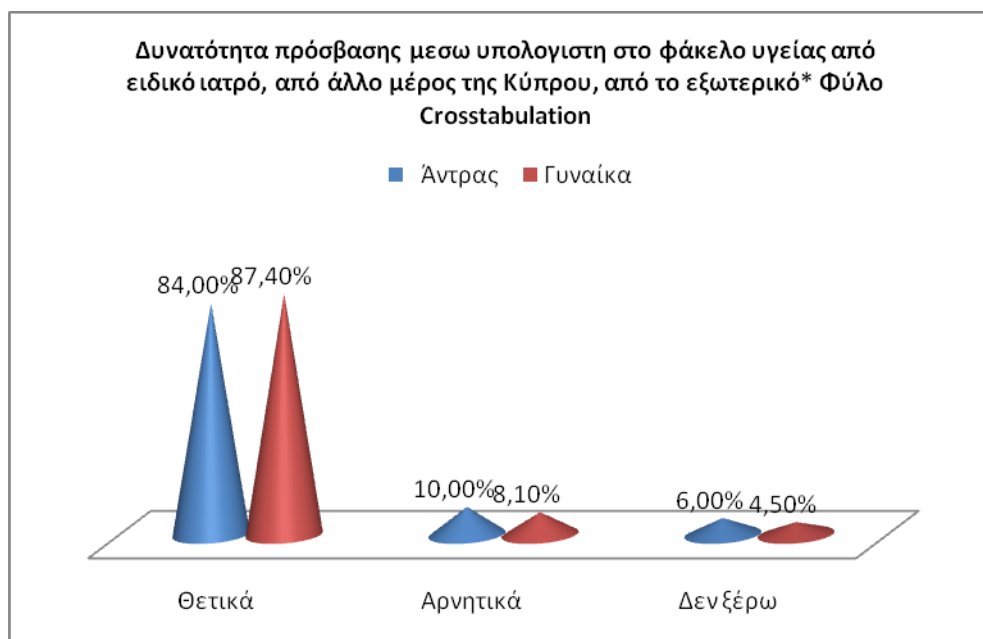
**5. Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό**

➤ Σε σχέση με τον Φύλο

Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό\* Φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Άντρας	Γυναίκα	
Θετικά	Count	84	173	257
	% within Φύλο	84,0%	87,4%	86,2%
Αρνητικά	Count	10	16	26
	% within Φύλο	10,0%	8,1%	8,7%
Δεν ξέρω	Count	6	9	15
	% within Φύλο	6,0%	4,5%	5,0%
Σύνολο	Count	100	198	298
	% within Φύλο	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας: Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό \* Φύλο



Εικόνα: Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό \* Φύλο



Σύμφωνα με το πιο πάνω πίνακα η πλειονότητα των συμμετεχόντων του δείγματος παρουσιάζεται θετικό (173 γυναίκες και 84 άντρες). Γενικότερα τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες είναι πολύ θετικοί με την πιο πάνω προοπτική με 87,4% να ανήκει στις γυναίκες (198 γυναίκες) και 84% να ανήκει στους άντρες (100 άντρες).

#### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,647(a)	2	,723
Likelihood Ratio	,634	2	,728
Linear-by-Linear Association	,610	1	,435
N of Valid Cases	298		

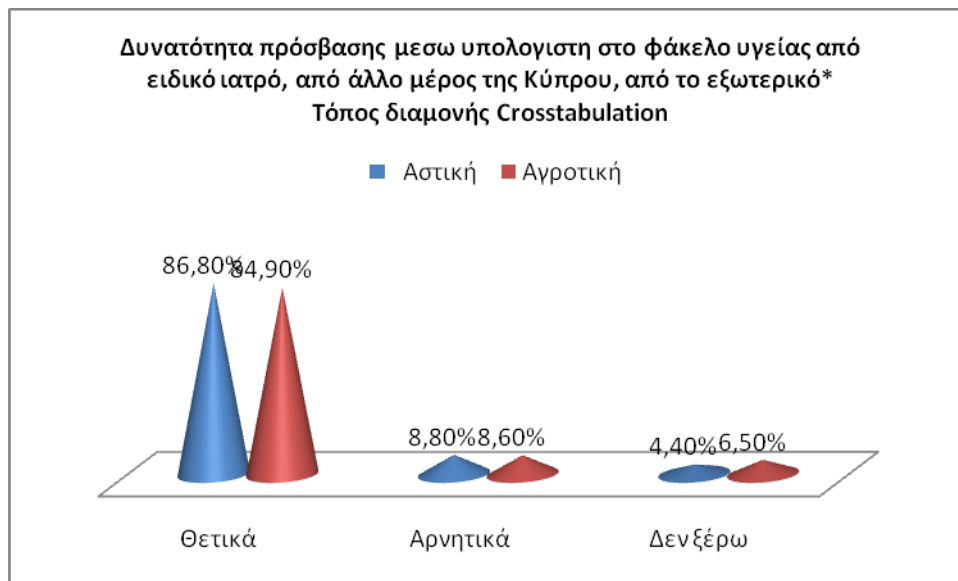
**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό \* Φύλο**

➤ **Σε σχέση με το Τόπο Διαμονής**

**Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό\* Τόπος διαμονής**

		Τόπος διαμονής		Σύνολο
		Αστική	Αγροτική	
Θετικά	Count	178	79	257
	% within Τόπος διαμονής	86,8%	84,9%	86,2%
Αρνητικά	Count	18	8	26
	% within Τόπος διαμονής	8,8%	8,6%	8,7%
Δεν ξέρω	Count	9	6	15
	% within Τόπος διαμονής	4,4%	6,5%	5,0%
Σύνολο	Count	206	93	298
	% within Τόπος διαμονής	100,0%	100,0%	100,0%

**Πίνακας: Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό \* Τόπος Διαμονής**



**Εικόνα:** Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό \* Τόπος Διαμονής

Η πλειοψηφία του δείγματος που παρουσιάζεται θετική στην πρόσβαση μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας διαμένει στις αστικές περιοχές (178 άτομα, 86,8%, N αστική=206). 79 άτομα διαμένουν στις αγροτικές περιοχές με ποσοστό επί του πληθυσμού που διαμένει στις αγροτικές περιοχές 84,9%, (N αγροτική=93).

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,569(a)	2	,752
Likelihood Ratio	,546	2	,761
Linear-by-Linear Association	,392	1	,531
N of Valid Cases	298		

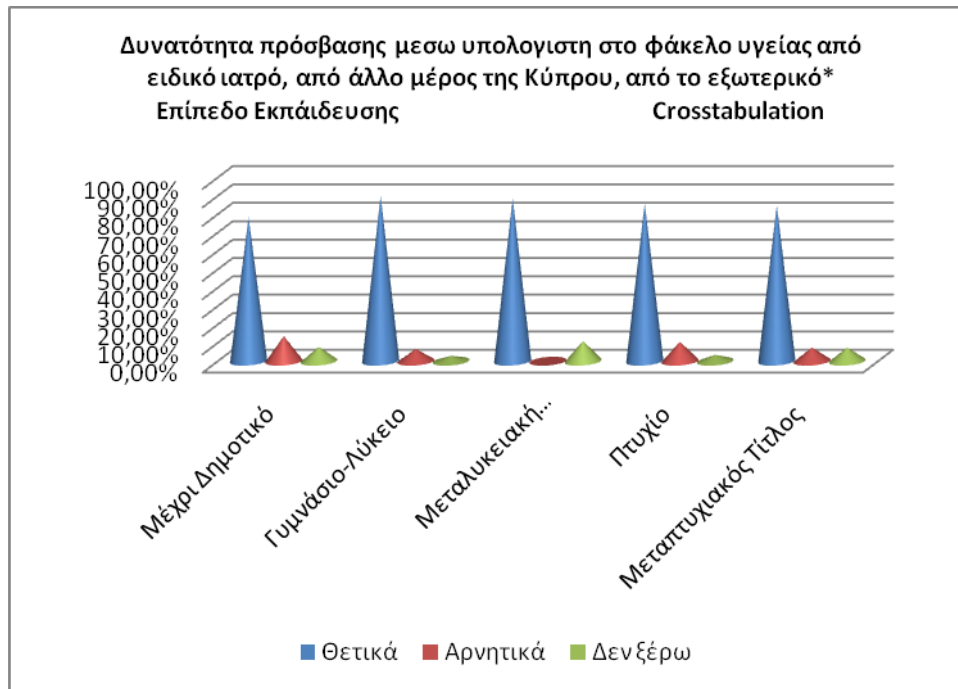
**Πίνακας:** Έλεγχος συνάφειας- Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό \* Τόπος διαμονής

➤ **Σε σχέση με το Επίπεδο Εκπαίδευσης**

**Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό\* Επίπεδο Εκπαίδευσης**

		Επίπεδο Εκπαίδευσης					
		Μέχρι Δημοτικό	Γυμνάσιο-Λύκειο	Μεταλυκειακή Εκπαίδευση-Δίπλωμα	Πτυχίο	Μεταπτυχιακός Τίτλος	Σύνολο
Θετικά	Count	40	94	16	73	34	257
	%	78,4%	90,4%	88,9%	85,9%	85,0%	86,2%
Αρνητικά	Count	7	7	0	9	3	26
	%	13,7%	6,7%	,0%	10,6%	7,5%	8,7%
Δεν ξέρω	Count	4	3	2	3	3	15
	%	7,8%	2,9%	11,1%	3,5%	7,5%	5,0%
Σύνολο	Count	51	104	18	85	40	298
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Πίνακας: Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό Επίπεδο Εκπαίδευσης**



**Εικόνα: Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό Επίπεδο Εκπαίδευσης**

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων του δείγματος που παρουσιάζεται θετικός σχετικά με την δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό ανήκει, στους απόφοιτους λυκείου και γυμνασίου (94 άτομα ενώ ακολουθούν οι κάτοχοι πρώτου πτυχίου (73 άτομα) . Θετικοί είναι και οι συμμετέχοντες οι οποίοι φοίτησαν στο δημοτικό (40 άτομα) καθώς και όσοι κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο (34 άτομα).

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,444(a)	8	,391
Likelihood Ratio	9,523	8	,300
Linear-by-Linear Association	,038	1	,846
N of Valid Cases	298		

**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό \* Επαγγελματική κατάσταση**

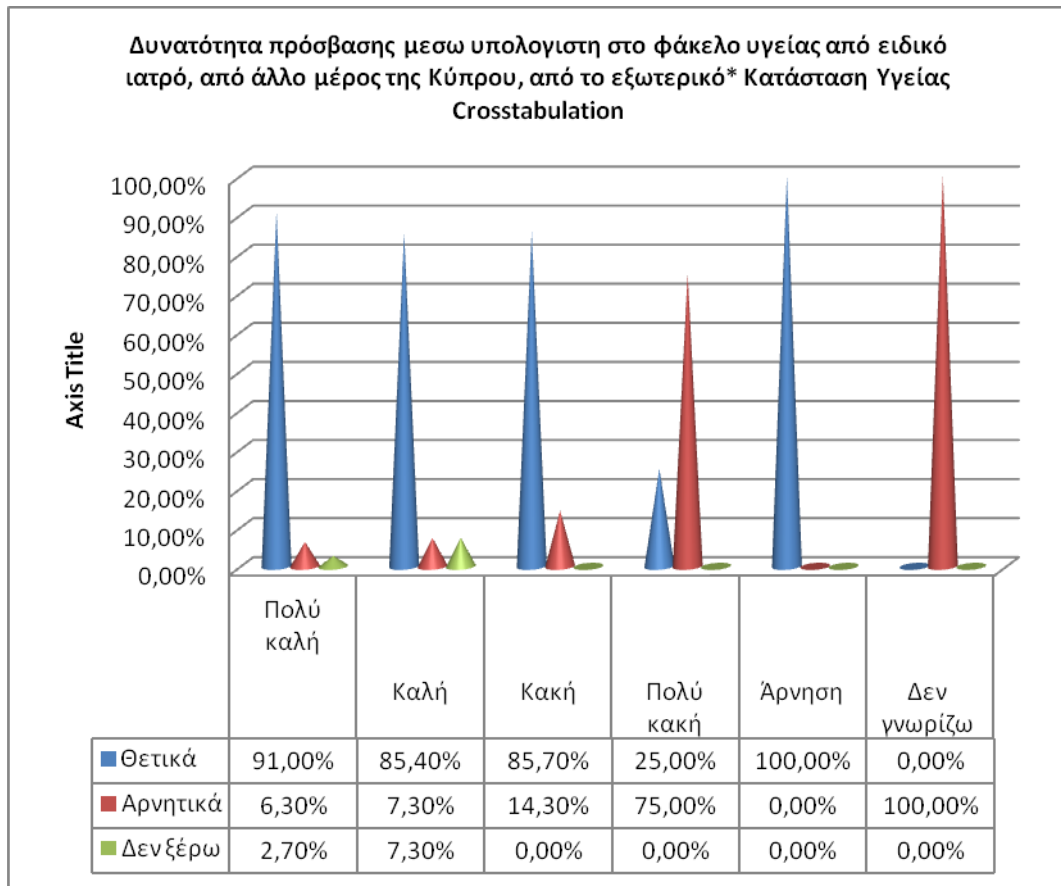
➤ **Σε σχέση με την Κατάσταση Υγείας**

**Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό\* Κατάσταση Υγείας**

		Κατάσταση Υγείας						
		Πολύ καλή	Καλή	Κακή	Πολύ κακή	Άρνηση	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
Θετικά	Count	101	140	12	1	1	0	255
	%	91,0%	85,4%	85,7%	25,0%	100,0%	,0%	86,4%
Αρνητικά	Count	7	12	2	3	0	1	25
	%	6,3%	7,3%	14,3%	75,0%	,0%	100,0%	8,5%
Δεν ξέρω	Count	3	12	0	0	0	0	15
	%	2,7%	7,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	5,1%
Σύνολο	Count	111	164	14	4	1	1	295
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Πίνακας**

**ς: Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό Κατάσταση Υγείας**



**Εικόνα: Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό\* Κατάσταση Υγείας**

Όσον αφορά στη δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό, σε συνάφεια με την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα, η συντριπτική πλειοψηφία που αντιμετωπίζει αυτή την προοπτική θετικά, θεωρεί την κατάσταση της υγείας του γενικότερα σε καλά επίπεδα (140 άτομα). 101 άτομα θεωρούν ότι η κατάσταση υγείας τους βρίσκεται σε πολύ καλά επίπεδα ενώ, 12 άτομα σε κακά επίπεδα και 1 άτομο θεωρεί τη κατάσταση υγείας του «πολύ κακή».

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,394(a)	10	,781
Likelihood Ratio	8,508	10	,579
Linear-by-Linear Association	,088	1	,767
N of Valid Cases	296		

**Πίνακας: Έλεγχος συνάφειας- Δυνατότητα πρόσβασης μέσω υπολογιστή στο φάκελο υγείας από ειδικό ιατρό, από άλλο μέρος της Κύπρου, από το εξωτερικό \* Κατάσταση Υγείας**



8.3 Πίνακας 24, απογραφή (2008) του Κυπριακού πληθυσμού.

- 57 -

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΚΑΤΑ ΕΙΔΗ ΠΕΔΙΑ (Αστικές-αγροτικές περιοχές), 1992-2008  
TABLE 24. END OF THE YEAR POPULATION BY DISTRICT (Urban-rural areas), 1992-2008

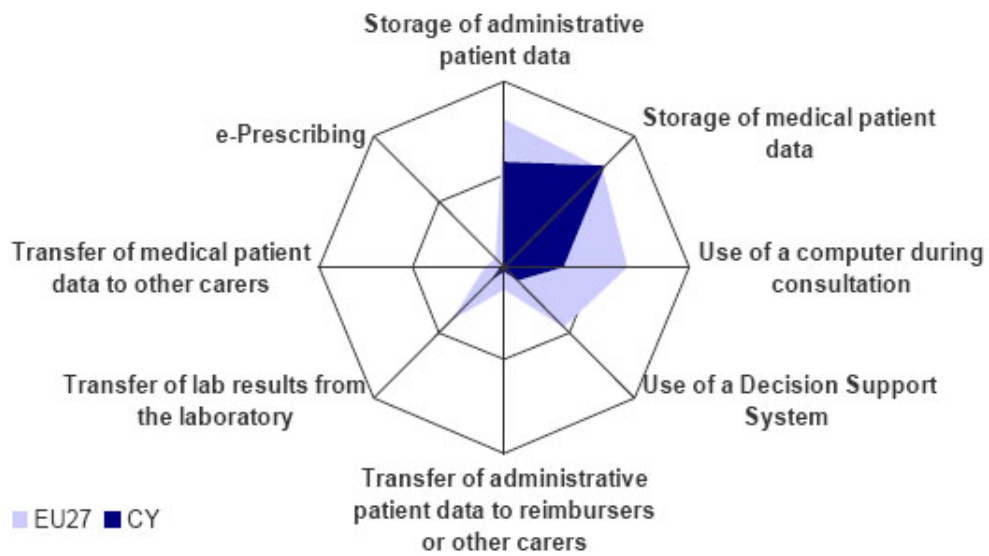
Επαρχία	1992 1995 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008											District		
	(000's)													
<b>Σύνολο</b>	619,2	656,3	683,9	690,5	697,5	705,5	715,1	730,4	749,2	766,4	778,7	789,3	796,9	<b>Total</b>
Λεωκοσία	251,3	264,6	273,4	275,8	277,9	280,3	283,5	289,1	296,1	302,6	307,1	310,9	313,4	Lefkonia
Αμμόχωστος	31,7	34,4	36,5	37,1	37,8	38,5	39,1	40,1	41,2	42,2	43,0	43,7	44,3	Ammochoostos
Λάρνακα	103,5	109,6	113,9	115,1	116,2	117,5	119,3	121,9	125,2	128,1	130,1	131,9	133,3	Larnaca
Λεμεσός	178,6	188,8	195,8	197,8	199,5	201,6	204,6	209,2	214,8	219,9	223,6	226,7	228,9	Lemessos
Πάφος	54,1	58,9	63,3	64,7	66,1	67,6	68,6	70,1	71,9	73,6	74,9	76,1	77,0	Pafos
<b>Αστικές</b>	418,9	446,9	468,1	474,3	480,1	486,7	494,3	505,9	520,0	533,2	542,9	551,5	557,9	<b>Urban</b>
Λεωκοσία	182,5	193,0	200,2	202,3	204,1	206,2	208,9	213,5	219,2	224,5	228,4	231,8	234,2	Lefkonia
Αμμόχωστος	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Ammochoostos
Λάρνακα	62,6	66,6	69,5	70,3	71,1	72,0	73,2	74,9	77,0	79,0	80,4	81,7	82,7	Larnaca
Λεμεσός	140,3	149,2	155,7	157,5	159,2	161,2	163,9	167,8	172,5	176,9	180,1	183,0	185,1	Lemessos
Πάφος	33,5	38,1	42,7	44,2	45,7	47,3	48,3	49,7	51,3	52,8	54,0	55,0	55,9	Pafos
<b>Αγροτικές</b>	200,3	209,4	214,8	216,2	217,4	218,8	220,8	224,5	229,2	233,2	235,8	237,8	239,0	<b>Rural</b>
Λεωκοσία	68,8	71,6	73,2	73,5	73,8	74,1	74,6	75,6	76,9	78,1	78,7	79,1	79,2	Lefkonia
Αμμόχωστος	31,7	34,4	36,5	37,1	37,8	38,5	39,1	40,1	41,2	42,2	43,0	43,7	44,3	Ammochoostos
Λάρνακα	40,9	43,0	44,4	44,8	45,1	45,5	46,1	47,0	48,2	49,1	49,7	50,2	50,6	Larnaca
Λεμεσός	38,3	39,6	40,1	40,3	40,3	40,4	40,7	41,4	42,3	43,0	43,5	43,7	43,8	Lemessos
Πάφος	20,6	20,8	20,6	20,5	20,4	20,3	20,3	20,4	20,6	20,8	20,9	21,1	21,1	Pafos
<b>Ποσοτάς</b>														<b>Percent</b>
Αστικός	67,7	68,1	68,5	68,7	68,8	69,0	69,1	69,3	69,4	69,6	69,7	69,9	70,0	Urban
Αγροτικός	32,3	31,9	31,5	31,3	31,2	31,0	30,9	30,7	30,6	30,4	30,3	30,1	30,0	Rural

populationcon

Κύπρου, [http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition\\_21main\\_gr/populationcondition\\_21main\\_gr?OpenForm&sub=1&sel=4](http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition_21main_gr/populationcondition_21main_gr?OpenForm&sub=1&sel=4)

## 8.4 Εφαρμογές η-Υγείας στην Κύπρο

Exhibit 5-13 eHealth use in Cyprus



Πηγή: empirica, Pilot on eHealth Indicators, 2007.

*Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe. Final Report,*

[http://ec.europa.eu/information\\_society/eeurope/i2010/benchmarking/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/i2010/benchmarking/index_en.htm)

## 8.5 Χρήση του διαδικτύου στην Κύπρο

Έτος	% του πληθυσμού	Πηγή
2000	14.7%	ITU Internet World Stats
2004	26.3%	ITU
2007	36.7%	ITU
2008	47.5%	WIP (Κύπρος)
2010	58.0%	WIP (Κύπρος)

Πηγή: Το διαδίκτυο στην Κύπρο 2010

<http://www.cut.ac.cy/cis>