

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Έρευνα καταγραφής και αξιολόγησης των
γνώσεων και των συμπεριφορών των παθολόγων και των
γενικών ιατρών στην Κύπρο
σχετικά με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.**

Ελένη Λουκιανού

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Χριστάλλα Πιθαρά

Ιούλιος 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Έρευνα καταγραφής και αξιολόγησης
των γνώσεων και των συμπεριφορών
των παθολόγων και των γενικών ιατρών
στην Κύπρο
σχετικά με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.**

Ελένη Λουκιανού

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Χριστάλλα Πιθαρά

Ιούλιος 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	6
Ελληνική περίληψη	8
Αγγλική περίληψη	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Εισαγωγή	12
1.1 Σακχαρώδης διαβήτης	15
1.2 Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια	20
1.3 Προγράμματα διαλογής	24
1.4 Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Βιβλιογραφική ανασκόπηση	29
2.1 Η φροντίδα των ασθενών με ΣΔ στην πρωτοβάθμια φροντίδα	29
2.2 Επιδημιολογία και διαχείριση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας	36
2.3 Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη φροντίδα των ατόμων με ΣΔ.	38
2.4 Προγράμματα διαλογής των διαβητικών ασθενών για ΔΑ	41
2.5 Η φροντίδα των διαβητικών ασθενών στην Κύπρο	42
2.6 Το κυπριακό σύστημα υγείας	44
2.7 Οι γενικοί ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Κύπρου.....	49
2.8 Διαδικασίες και δομές φροντίδας των διαβητικών ασθενών στο δημόσιο τομέα.....	50
2.9 Παραπομπή των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Μεθοδολογία	56
3.1 Σκοπός- Στόχοι της μελέτης	56
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα	57
3.3 Σχεδιασμός της μελέτης	58
3.3.1 Φροντίδα των διαβητικών ασθενών	59
3.3.2 Γνώσεις, πεποιθήσεις, συμπεριφορές	59
3.3.3 Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία	60
3.3.4 Πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου	60
3.4 Πληθυσμός της μελέτης	61
3.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	63
3.6 Ηθική και δεοντολογία	63
3.7 Ανάλυση αποτελεσμάτων	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Αποτελέσματα	65
4.1 Δημογραφικά στοιχεία	65
4.2 Επαφή συμμετεχόντων με ασθενείς με διαβήτη	68
4.3 Οι γνώσεις των γενικών ιατρών/ παθολόγων για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια	71
4.4 Πρακτικές και συμπεριφορές των συμμετεχόντων σχετικά με τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών	79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Συζήτηση	86
5.1 Περιορισμοί της μελέτης	91
5.2 Μελλοντικά βήματα	91
5.3 Εισηγήσεις	92
5.4 Συμπεράσματα	93

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ95

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ103

Ευχαριστίες

Η εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής έγινε πραγματικότητα με τη στήριξη και τη συμπαράσταση κάποιων ατόμων στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ. Χριστάλλα Πιθαρά για την πολύτιμη καθοδήγηση, τις υποδείξεις, τις συμβουλές και τη σημαντική συμβολή της στην ολοκλήρωση της διατριβής.

Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω τους επικεφαλείς των κέντρων υγείας για τη βοήθεια τους και τη συνέναιση τους στη διανομή των ερωτηματολογίων και όλους τους γενικούς ιατρούς και παθολόγους που συμμετείχαν στην έρευνα.

Ευχαριστώ επίσης το στατιστικολόγο κ. Σάββα Ζαννέτο για τις πολύτιμες συμβουλές του στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την ηθική και συναισθηματική υποστήριξη καθώς και για τη βοήθεια και τη στήριξη τους καθόλη τη διάρκεια της έρευνας.

Αφιερωμένο στους γονείς και τις αδερφές μου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή:

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί μείζονα αιτία νοσηρότητας παγκοσμίως. Μία από τις πιο συχνές χρόνιες επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) η οποία συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα εκτός στα τελικά στάδια και η οποία δυνητικά μπορεί να προκαλέσει σημαντική μείωση της όρασης μέχρι και τύφλωση. Η έγκαιρη διάγνωση στα αρχικά στάδια της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας είναι πάρα πολύ σημαντική για την αποτελεσματική θεραπεία και μείωση του ποσοστού τυφλότητας οφειλόμενης στο σακχαρώδη διαβήτη.

Σκοπός:

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να καταγράψει και να αξιολογήσει τις γνώσεις και τις συμπεριφορές των γενικών ιατρών και των παθολόγων στο δημόσιο τομέα του συστήματος υγείας της Κύπρου σχετικά με το σακχαρώδη διαβήτη και τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

Μεθοδολογία:

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 49 γενικοί ιατροί που στελεχώνουν αστικά κέντρα υγείας και 9 παθολόγοι που στελεχώνουν διαβητολογικά ή εξωτερικά παθολογικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε για αυτό το σκοπό και περιελάμβανε 25 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις αναφέρονταν στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών, στις γνώσεις, στις συμπεριφορές και στις πρακτικές των συμμετεχόντων σχετικά με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού.

Αποτελέσματα:

Η μελέτη κατέδειξε ότι μόνο το 60,3% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα ήξεραν ότι η εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας δε σχετίζεται με τον τύπο του ΣΔ. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων γνώριζαν ότι η εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σχετίζεται με τη χρονική διάρκεια του σακχαρώδους διαβήτη (75,9%) και την καλή ρύθμιση του ΣΔ (98,3%). Όσον αφορά τα συμπτώματα που προκαλεί η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) μόνο το 37,9% των ιατρών απάντησαν ότι η ΔΑ δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα. Η πλειοψηφία των ιατρών (94,8%) που συμμετείχαν στη μελέτη δήλωσαν ότι ενημερώνουν πάντοτε τους ασθενείς τους για τη σημασία της οφθαλμολογικής εξέτασης και η πλειοψηφία (89,6 %) παραπέμπει πάντα τους διαβητικούς ασθενείς σε οφθαλμίατρο .

Συμπεράσματα:

Οι γνώσεις των γενικών ιατρών και των παθολόγων σχετικά με το διαβήτη και τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια στην Κύπρο βρίσκονται σε ένα μέσο επίπεδο και χρειάζονται άμεση βελτίωση. Οι πρακτικές και οι συμπεριφορές τους σχετικά με την παραπομπή των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση φαίνεται να μη διαφέρουν από τις πρακτικές και συμπεριφορές που διέπονται από διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και αφορούν το συγκεκριμένο θέμα. Για τη βελτίωση των γνώσεων πρέπει να ληφθούν άμεσα μέτρα με απώτερο σκοπό την έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και τη μείωση του ποσοστού τυφλότητας λόγω σακχαρώδους διαβήτη.

Λέξεις κλειδιά :

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, , προγράμματα διαλογής, πρωτοβάθμια φροντίδα, σακχαρώδης διαβήτης.

ABSTRACT

Background:

Diabetes mellitus is a major cause of morbidity worldwide. Diabetic retinopathy is one of the most common chronic complications of diabetes which usually causes no symptoms except in the final stages and can potentially cause significant vision impairment and blindness. Early diagnosis of diabetic retinopathy is very important because it enables appropriate treatment of the condition resulting in a significant reduction in the rate of blindness due to diabetes.

Aim:

The purpose of this research project is to document and assess the knowledge and attitudes of general practitioners and physicians about diabetes and diabetic retinopathy in the public health care sector in Cyprus.

Methods:

The survey involved 49 GPs and nine physicians. The research tool used was a questionnaire that was created for this purpose and included 25 closed questions. The questions referred to the care of diabetic patients, the knowledge, beliefs and attitudes of participants regarding diabetic retinopathy and social and demographic characteristics of the study population.

Results:

The study showed that only 60,3% of doctors surveyed knew that the occurrence of diabetic retinopathy is not associated with the type of diabetes. The majority of participants were aware that the occurrence of diabetic retinopathy is associated with the duration of diabetes mellitus (75,9%) and good management of diabetes (98,3%). Regarding symptoms caused by diabetic retinopathy only 37,9% of doctors answered that diabetic retinopathy does not cause any symptoms. The majority of doctors (94,8%) who participated in the study said they always inform their patients about the importance of eye test and the majority always refer diabetic patients to an ophthalmologist.

Conclusions:

The knowledge of GPs and physicians in Cyprus about diabetes and diabetic retinopathy are at an average level and need immediate improvement. The practices and behaviours on the referral of diabetic patients for eye exam seem not to differ from the practices and behaviours that are recommended by international guidelines concerning this subject. Measures to improve knowledge and attitudes should be taken soon with a view to the early detection of diabetic retinopathy and reduction of the rate of blindness due to diabetes.

Keywords:

Diabetes mellitus, diabetic retinopathy, guidelines, primary care, screening programs.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Εισαγωγή

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί μείζονα αιτία νοσηρότητας παγκοσμίως. Συχνότερος τύπος διαβήτη είναι ο σακχαρώδης διαβήτης των ενηλίκων ή ΣΔ τύπου II. Ανεξάρτητα από τον τύπο του ΣΔ, οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο τύφλωσης από τους μη διαβητικούς (Trautner, Icks, Haastert, Plum, Berger, 1997). Σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να παρακολουθούνται από μια πολυθεματική ομάδα η οποία να αποτελείται από γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, διαιτολόγους, φαρμακοποιούς και ψυχίατρους οι οποίοι να έχουν ειδικό ενδιαφέρον ή εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη.

Ο ΣΔ εμφανίζει επιπλοκές που ταξινομούνται σε οξείες και χρόνιες. Μία από τις πιο συχνές χρόνιες επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) η οποία συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα εκτός στα τελικά στάδια και η οποία δυνητικά μπορεί να προκαλέσει μείωση της όρασης μέχρι και τύφλωση.

Σημαντικά επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας έχουν προκύψει από τη μεγάλη επιδημιολογική μελέτη του Ουισκόνσιν - WESDR- Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy (Klein, Klein, Moss, Cruickshanks, 1998). Σύμφωνα με την έρευνα αυτή μετά από 20 χρόνια ΣΔ, σχεδόν όλοι οι ασθενείς με ΣΔ τύπου I και το 60% των ασθενών με ΣΔ τύπου II παρουσιάζουν κάποιου βαθμού διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια που αποτελεί απειλή για την όραση τους. Στην ίδια μελέτη η επίπτωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας στα 4 έτη ήταν περίπου 60% για τους ασθενείς με ΣΔ τύπου I και 40% για τους ασθενείς με ΣΔ τύπου II. Η έγκαιρη διάγνωση της ΔΑ είναι πάρα πολύ σημαντική και έχει τονιστεί σε πάρα πολλές έρευνες (Harper, O'Day, Taylor, 1995). Η διάγνωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας στα αρχικά στάδια μπορεί να επιτευχθεί με την οφθαλμολογική εξέταση όλων των διαβητικών ασθενών ανεξαρτήτως συμπτωμάτων. Η οφθαλμολογική εξέταση των διαβητικών ασθενών διέπεται από

κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και πρακτικά μπορεί να γίνει κατορθωτή με την εφαρμογή προγραμμάτων διαλογής στο σύνολο των διαβητικών ασθενών . Η σημασία της υιοθέτησης προγραμμάτων διαλογής - screening programs - όλων των διαβητικών ασθενών για την έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας έχει τονιστεί από πολύ παλιά. Σε πολλές χώρες εφαρμόζονται προγράμματα διαλογής της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας με πολύ καλά αποτελέσματα όσον αφορά τη μείωση του ποσοστού της τυφλότητας της σχετιζόμενης με το ΣΔ.

Στην Κύπρο , η συχνότητα του ΣΔ σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε από το 2003 έως το 2005 ανέρχεται σε 10,3% του ενήλικα πληθυσμού της ελεύθερης Κύπρου τη δεδομένη στιγμή (Loizou, Pouloukas, Tountas, Thanopoulou, Karamanos, 2006). Επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με την επίπτωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας στην Κύπρο καθώς και το ποσοστό τύφλωσης που οφείλεται στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια δεν υπάρχουν.

Στην Κύπρο, η φροντίδα των διαβητικών ασθενών στο δημόσιο τομέα παρέχεται από τα αγροτικά και αστικά κέντρα υγείας κατά κύριο λόγο αλλά και από τα διαβητολογικά και εξωτερικά παθολογικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων των πόλεων. Οι ιατροί που στελεχώνουν τα κέντρα υγείας είναι γενικοί ιατροί ενώ οι ιατροί που στελεχώνουν τα διαβητολογικά και εξωτερικά παθολογικά ιατρεία είναι παθολόγοι με εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη. Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη και της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας δεν εφαρμόζονται μέχρι τώρα στην Κύπρο και οι ιατροί που στελεχώνουν τα κέντρα αυτά ενεργούν αυτόβουλα με βάση τις δικές τους γνώσεις και πεποιθήσεις σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα.

Επίσης, δεν υπάρχουν προγράμματα διαλογής για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και την ευθύνη της ανίχνευσης και σταδιοποίησης της ΔΑ στους διαβητικούς ασθενείς έχουν οι ειδικοί οφθαλμίατροι αντί οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως συστήνουν τα διεθνή πρωτόκολλα λόγω της απουσίας του κατάλληλου εξοπλισμού και της μη επαρκούς εκπαίδευσης τους . Για να γίνει όμως εξέταση από ειδικό οφθαλμίατρο πρέπει οι διαβητικοί ασθενείς να παραπεμφθούν σε αυτόν από τους γενικούς ιατρούς ή τους παθολόγους κάτι που μέχρι τώρα δεν αποτελεί κοινή πρακτική.

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει στόχο να διερευνήσει κατά πόσον οι γενικοί ιατροί και παθολόγοι που παρέχουν φροντίδα στους διαβητικούς ασθενείς γνωρίζουν ότι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι πιθανή επιπλοκή του ΣΔ , να καταγράψει τις γνώσεις τους σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με τη ΔΑ , να διερευνήσει τις δικές τους πεποιθήσεις για το αντίστοιχο θέμα και κυρίως τη συμπεριφορά τους ως προς την παραπομπή των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση.

Στη συνέχεια του κεφαλαίου θα γίνει περιγραφή των κυριότερων εννοιών και του πλαισίου μέσα στο οποίο γίνεται η συγκεκριμένη έρευνα. Συγκεκριμένα, θα γίνει περιγραφή και οριοθέτηση του σακχαρώδους διαβήτη και της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και αναφορά στις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη φροντίδα του ΣΔ και τα προγράμματα διαλογής των ασθενών για την εντόπιση και διαχείριση της ΔΑ.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση της φροντίδας των διαβητικών ασθενών σε άλλες χώρες σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, αναφορά στις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τη διαχείριση των ασθενών με ΣΔ διεθνώς και στα προγράμματα διαλογής που εφαρμόζονται στους διαβητικούς για ανίχνευση και σταδιοποίηση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Θα ακολουθήσει περιγραφή του κυπριακού συστήματος υγείας και των δομών και διαδικασιών που αφορούν τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών στην Κύπρο καθώς και περιγραφή της διαδικασίας παραπομπής των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα γίνει περιγραφή της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε στη συγκεκριμένη ερευνητική εργασία με ιδιαίτερη αναφορά στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα γίνει παρουσίαση των αποτελεσμάτων ενώ στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο θα γίνει περιγραφή των αποτελεσμάτων και συζήτηση τους. Θα γίνουν επίσης εισηγήσεις και θα προταθούν μελλοντικά βήματα με σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας των διαβητικών ασθενών στην Κύπρο ώστε να συνάδει με διεθνή πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες και εξαγωγή συμπερασμάτων τα οποία θα βοηθήσουν στο σχεδιασμό μιας οργανωμένης

δράσης προς πολλαπλές κατευθύνσεις ώστε να αυξηθεί το ποσοστό των διαβητικών ασθενών που προσέρχονται εγκαίρως για οφθαλμολογική εξέταση .

1.1 Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί ομάδα μεταβολικών παθήσεων που χαρακτηρίζονται από υπεργλυκαιμία συνεπεία διαταραχών στην έκκριση της ινσουλίνης, στη δράση της ή και στα δύο. Στην παθογένεια του, εμπλέκεται η αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος με αποτέλεσμα την ινσουλινοανεπάρκεια και διαταραχές που οδηγούν σε ινσουλινοαντίσταση. Αποτέλεσμα της ανεπαρκούς δράσης της ινσουλίνης στους ιστούς - στόχους είναι διαταραχές στο μεταβολισμό των υδατανθράκων , των πρωτεϊνών και των λιπών με τελικό αποτέλεσμα την υπεργλυκαιμία (American Diabetes Association, 2009). Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται η πολυουρία, η πολυδιψία, η πολυφαγία, η απώλεια βάρους και το θάμβος όρασης. Λιγότερο συχνά συμπτώματα είναι η ευαισθησία σε λοιμώξεις και οι διαταραχές στην ανάπτυξη.

Ο σακχαρώδης διαβήτης διακρίνεται σε δύο κύριες μορφές:

A. Ινσουλινοεξαρτώμενος ή τύπου I

Στην κατηγορία αυτή παρατηρείται αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος που οδηγεί σε πλήρη ανεπάρκεια ινσουλίνης. Η αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων αποδίδεται σε πολλαπλούς γενετικούς προδιαθεσικούς παράγοντες ενώ επίσης επηρεάζεται και από περιβαλλοντικούς παράγοντες που δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί. Δείκτες της αυτοάνοσης φύσης της νόσου αποτελούν τα αντιησιδιακά αυτοαντισώματα, τα αυτοαντισώματα έναντι της ινσουλίνης, της δεκαρβοξυλάσης του γλουταμινικού οξέος και των φωσφατασών της τυροσινάσης IA-2 και IA-2β. Κατά κανόνα , ο αυτοάνοσος ΣΔ εμφανίζεται στην παιδική και εφηβική ηλικία χωρίς όμως να αποκλείεται η εκδήλωση του σε οποιαδήποτε ηλικία. Σε μερικές περιπτώσεις στο ΣΔ τύπου I δεν ανευρίσκεται αιτιολογικός παράγοντας, δεν υπάρχει τεκμηριωμένη αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων και υπάρχει μεγάλος βαθμός

κληρονομικότητας. Πρόκειται για ιδιοπαθή ΣΔ τύπου I που περιλαμβάνει μικρό ποσοστό ασθενών ασιατικής ή αφρικανικής καταγωγής.

B. Μη ινσουλινοεξαρτώμενος ή τύπου II

Στην κατηγορία αυτή παρατηρείται αυξημένη αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης με συνοδό σχετική ανεπάρκεια έκκρισης ινσουλίνης. Τα αίτια δεν μπορούν να διευκρινιστούν πλήρως παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα των ασθενών με ΣΔ τύπου II είναι υπέρβαροι. Η διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει πολλά χρόνια αφού η υπεργλυκαιμία εγκαθίσταται βαθμιαία και η κλασική συμπτωματολογία του ΣΔ καθυστερεί να εμφανιστεί. Ωστόσο οι ασθενείς βρίσκονται ήδη σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών. Ο κίνδυνος εμφάνισης ΣΔ τύπου II αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, την παρουσία παχυσαρκίας και την έλλειψη σωματικής άσκησης (The Expert Committee on the Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus , 2003).

Για τη διάγνωση του ΣΔ έχουν θεσπιστεί διαγνωστικά κριτήρια τα οποία σύμφωνα με την Αμερικάνικη Διαβητολογική Εταιρεία είναι τα εξής:

1. Γλυκόζη νηστείας ίση ή μεγαλύτερη από 126 mg/dl σε άτομο το οποίο παραμένει νηστικό τουλάχιστον για 8 ώρες προ της μέτρησης, ή
2. συμπτώματα υπεργλυκαιμίας όπως πολουρία, πολυδιψία ,απώλεια βάρους και τυχαία τιμή γλυκόζης ίσης ή μεγαλύτερης από 200 mg/dl ανεξάρτητα από την πρόσληψη τροφής, ή
3. μεταγευματική γλυκόζη πλάσματος - 2 ώρες μετά το γεύμα - μεγαλύτερη ή ίση με 200 mg/dl κατά τη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης. Η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης πρέπει να εφαρμόζεται σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με χρήση ισοδυνάμου 75gr άνυδρης γλυκόζης διαλυμένης σε νερό (The Expert Committee on the

Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1997). Η διάγνωση του ΣΔ μπορεί να τεθεί με την εφαρμογή μιας εκ των τριών ανωτέρω μεθόδων. Σε περίπτωση αμφιβόλου αποτελέσματος και επί υποψίας ΣΔ λόγω της κλινικής εικόνας συνιστάται επανάληψη της διαγνωστικής μεθόδου σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη εστιάζεται σε τρεις βασικούς πυλώνες. Τη σωστή διατροφή, την άσκηση και τη φαρμακευτική αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία από το στόμα ή ενέσεις ινσουλίνης (Πίνακας 1).

Πίνακας 1

Θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη

Σωστή διατροφή	Άσκηση	Φαρμακευτική Αγωγή
<ul style="list-style-type: none"> • Υπέρβαροι Δίαιτες αδυνατίσματος • Κανονικού σωματικού βάρους Ισοθερμιδικές δίαιτες 	<ul style="list-style-type: none"> • Αεροβική άσκηση μέτριας έντασης 3 φορές /εβδομάδα 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιδιαβητικά δισκία <ul style="list-style-type: none"> - Ινσουλिनοεκκριτικά - Διγουανίδες - Ινκρετινομιμητικά - Γλιταζόνες - Ακαρβόζη • Ενέσεις ινσουλίνης <ul style="list-style-type: none"> - Βραχείας διάρκειας δράσης - Μακράς διάρκειας δράσης

Η σωστή διατροφή παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην επιτυχημένη ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη. Σε διαβητικούς ασθενείς με κανονικό σωματικό βάρος προτείνονται ισοθερμιδικές δίαιτες ενώ αν οι διαβητικοί είναι υπέρβαροι προτείνονται δίαιτες αδυνατίσματος.

Κλινικές μελέτες έδειξαν ότι δεν υπάρχει ιδανικό ποσοστό θερμίδων από υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λίπη στη διαίτα ατόμων με διαβήτη αλλά η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται.

Όσον αφορά στην πρόσληψη υδατανθράκων αυτή πρέπει να περιορίζεται στους υδατάνθρακες από φρούτα, λαχανικά και δημητριακά ολικής αλέσεως. Η πρόσληψη λιπών πρέπει να περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε ωμέγα -3 λιπαρά οξέα. Όσον αφορά στην πρόσληψη των πρωτεϊνών δεν υπάρχουν ειδικές συστάσεις.

Η πρόσληψη αλκοόλ δεν πρέπει να ξεφεύγει από τα συνιστώμενα για όλους επίπεδα ενώ η πρόσληψη αλατιού πρέπει να περιορίζεται.

Γενικά η μεσογειακή διατροφή πρέπει να συνιστάται στους διαβητικούς ασθενείς αλλά ο εξατομικευμένος σχεδιασμός του διαιτητικού προτύπου για κάθε ασθενή πρέπει να γίνεται από κλινικό διαιτολόγο με εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη.

Η φυσική άσκηση στα άτομα με ΣΔ είναι πολύ σημαντική και συνιστάται αεροβική άσκηση μέτριας έντασης τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα με συνολικό χρόνο άσκησης 150 λεπτά την εβδομάδα (American Diabetes Association, 2014).

Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει τα αντιδιαβητικά δισκία και τις ενέσεις ινσουλίνης. Τα αντιδιαβητικά δισκία χωρίζονται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το μηχανισμό δράσης τους όπως τα ινσουλινοεκκριτικά με κύριους εκπροσώπους τις σουλφονουλουρίες και τις γλινίνες, τις διγουανίδες, τα ινκρετινομιμητικά, τις γλιταζόνες και την ακαρβόζη. Όταν η ρύθμιση του σακχάρου του αίματος είναι μειωμένη και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη παραμένει μεγαλύτερη από 9,6% τότε συνιστάται η έναρξη της θεραπείας με ενέσεις ινσουλίνης. Αυτές χωρίζονται σε ινσουλίνες βραχείας και μακράς διάρκειας δράσης. Η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε διαβητικό ασθενή ξεχωριστά.

Όσον αφορά τις επιπλοκές του ΣΔ χωρίζονται σε οξείες και χρόνιες όπως φαίνεται στον πίνακα 2 .

Πίνακας 2

Οξείες και χρόνιες επιπλοκές ΣΔ

Οξείες επιπλοκές ΣΔ	Χρόνιες επιπλοκές ΣΔ
<ul style="list-style-type: none"> • Διαβητική κετοξέωση • Μη κετοτικό υπεργλυκαιμικό υπερωσμωτικό σύνδρομο 	<ul style="list-style-type: none"> • Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια • Διαβητική νεφροπάθεια • Διαβητική νευροπάθεια • Καρδιαγγειακή νόσος • Αγγειακή εγκεφαλική νόσος

Οξείες δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές αποτελούν η διαβητική κετοξέωση και το μη κετοτικό υπεργλυκαιμικό υπερωσμωτικό σύνδρομο. Η διαβητική κετοξέωση συνήθως παρατηρείται σε νεαρά άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και σε ποσοστό 20% αποτελεί την αρχική εκδήλωση του σακχαρώδους διαβήτη ενώ σπανιότερα μπορεί να εμφανιστεί και σε άτομα με ΣΔ τύπου II. Ως εκλυτικοί παράγοντες δρουν οι λοιμώξεις, η διακοπή ή μείωση της ινσουλινοθεραπείας, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, τα εγκαύματα, τα τραύματα, οι εγχειρήσεις και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Εκδηλώνεται συνήθως με πολυουρία, πολυδιψία, καταβολή, ναυτία, εμέτους και κοιλιακό άλγος. Για την αντιμετώπιση της απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο ενώ η πρόγνωση δεν είναι πολύ καλή με ποσοστό θνησιμότητας 5% στα άτομα ηλικίας κάτω των 40 ετών και 20% στα άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών. Το υπεργλυκαιμικό υπερωσμωτικό σύνδρομο παρατηρείται σε ηλικιωμένους με ΣΔ τύπου II και εγκαθίσταται σταδιακά με αδυναμία, πολυουρία και πολυδιψία. Οι εκλυτικοί παράγοντες είναι οι ίδιοι όπως και στη διαβητική κετοξέωση με επιπλέον εκλυτικό παράγοντα τη μειωμένη πρόσληψη υγρών.

Στις χρόνιες επιπλοκές περιλαμβάνονται η διαβητική νεφροπάθεια, η διαβητική νευροπάθεια, η καρδιαγγειακή νόσος, η αγγειακή εγκεφαλική νόσος και η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

Με τον όρο διαβητική νεφροπάθεια ορίζουμε τη διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας λόγω του ΣΔ η οποία εκδηλώνεται κλινικά ως πρωτεϊνουρία και μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Σε άτομα με ΣΔ τύπου I η κλινικά εμφανής νεφροπάθεια αρχίζει 10-15 έτη μετά την έναρξη της νόσου. Η διαβητική νευροπάθεια μπορεί να έχει διάφορες μορφές και να εκδηλώνεται κλινικά με αιμωδίες, αίσθημα καύσους, διαταραχές της αισθητικότητας (πόνου, θερμότητας, εν τω βάθει αισθητικότητας), μυϊκή αδυναμία, ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία, γαστροπάρεση, άτονη κύστη, διαταραχές εφίδρωσης και διαταραχή της στυτικής λειτουργίας στους άνδρες. Λιγότερο συχνά μπορεί να εκδηλωθεί ως μονονευροπάθεια ή νευροπάθεια κρανιακών νεύρων.

Ο σακχαρώδης διαβήτης παραμένει ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου ανεξάρτητα αν συνυπάρχουν ή όχι άλλοι παράγοντες κινδύνου. Το έμφραγμα μυοκαρδίου παρουσιάζεται 3-5 φορές συχνότερα σε διαβητικούς ασθενείς και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου. Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια είναι συχνή επιπλοκή στους διαβητικούς ασθενείς και συχνή αιτία θανάτου.

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση και θα αναπτυχθεί ξεχωριστά στην επόμενη ενότητα αφού είναι το αντικείμενο της παρούσας διατριβής.

1.2 Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) αποτελεί σοβαρή επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) η οποία εμφανίζεται με χαρακτηριστικά κλινικά ευρήματα στο βυθό του οφθαλμού λόγω προσβολής των αμφιβληστροειδικών αγγείων. Όσον αφορά στα συμπτώματα στα αρχικά στάδια είναι τελείως ασυμπτωματική ενώ στα προχωρημένα στάδια μπορεί να προκαλέσει θόλωση της όρασης, μυοπίες και απότομη μείωση / απώλεια της όρασης. Η

διάγνωση της γίνεται με τη λεπτομερή εξέταση του βυθού του οφθαλμού μετά από μυδρίαση της κόρης.

Η ΔΑ εκδηλώνεται με ευρύ φάσμα αλλοιώσεων οι οποίες εμφανίζουν διαφορετική πρόγνωση. Για λόγους ταξινόμησης διακρίνεται σε μη παραγωγική ΔΑ και παραγωγική ΔΑ . Βασικό διαφορικό διαγνωστικό σημείο ανάμεσα τους είναι η ανάπτυξη αμφιβληστροειδικής νεοαγγείωσης . Στη μη παραγωγική μορφή της ΔΑ παρατηρούνται μικροανευρύσματα, αιμορραγίες, βαμβακόμορφες αλλοιώσεις , διαταραχές του εύρους των φλεβών και διαταραχές του εύρους των μικρών αγγείων ενώ στην παραγωγική μορφή παρατηρούνται νεοαγγεία στην οπτική θηλή ή στον αμφιβληστροειδή, ενδοαλοειδική ή προαμφιβληστροειδική αιμορραγία κλπ.

Πίνακας 3

Ταξινόμηση διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

<p>Μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια</p>	<p>Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια</p>
<ul style="list-style-type: none"> • μικροανευρύσματα, • αιμορραγίες, • βαμβακόμορφες αλλοιώσεις , • διαταραχές του εύρους των φλεβών • διαταραχές του εύρους των μικρών αγγείων <p>+/_ Διαβητικό Οίδημα Ωχράς Κηλίδας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • νεοαγγεία στην οπτική θηλή • νεοαγγεία στον αμφιβληστροειδή, • ενδοαλοειδική αιμορραγία • προαμφιβληστροειδική αιμορραγία <p>+/_ Διαβητικό Οίδημα Ωχράς Κηλίδας</p>

Η ΔΑ εξελίσσεται από ήπια μη παραγωγική ΔΑ η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένη διαπερατότητα των αγγείων σε μέτρια , σοβαρή και πολύ σοβαρή ΔΑ η οποία χαρακτηρίζεται από απόφραξη των αγγείων και παραγωγική ΔΑ η οποία χαρακτηρίζεται από ανάπτυξη νεοαγγείων στον αμφιβληστροειδή και στην οπίσθια επιφάνεια του υαλοειδούς. Το διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας το οποίο χαρακτηρίζεται από οίδημα αμφιβληστροειδούς από διαρρέοντα αγγεία μπορεί να αναπτυχθεί σε όλα τα στάδια της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

Σύμφωνα με τη μελέτη για την πρώιμη θεραπεία της ΔΑ (EDTRS) η μη παραγωγική μορφή χωρίζεται επιπλέον σε τέσσερα στάδια ως ακολούθως (**Πίνακας 4**) : (EDTRS report number 7, 1991).

- **Στάδιο 1: Ήπια μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια**
Χαρακτηρίζεται από την παρουσία μικροανευρυσμάτων ή/ και μικροαιμορραγιών σε 1 έως 3 τεταρτημόρια του αμφιβληστροειδούς χωρίς συνοδές αλλοιώσεις.
- **Στάδιο 2: Μέτρια μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια**
Σε αυτό το στάδιο παρατηρούνται μικροανευρύσματα και μικροαιμορραγίες σε 1 έως 3 τεταρτημόρια του αμφιβληστροειδούς με βαμβακόμορφες αλλοιώσεις ή /και κομβολογιοειδείς φλέβες οι οποίες όμως περιορίζονται σε ένα τεταρτημόριο είναι λίγες σε αριθμό και μικρές σε μέγεθος.
- **Στάδιο 3: Βαριά μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια**
Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός μόνο από τα ακόλουθα. Μικροαιμορραγίες ή/και μικροανευρύσματα στα 4 τεταρτημόρια του αμφιβληστροειδούς ή κομβολογιοειδείς φλέβες σε 2 ή περισσότερα τεταρτημόρια και σοβαρές ενδοαμφιβληστροειδικές μικροαγγειακές ανωμαλίες σε ένα τουλάχιστον τεταρτημόριο.
- **Στάδιο 4 : Πολύ βαριά μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια**
Στο στάδιο αυτό παρατηρούνται τουλάχιστον δύο ή και τα τρία στοιχεία της βαριάς μη παραγωγικής διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας τα οποία αναφέρθηκαν παραπάνω.

Πίνακας 4

Στάδια μη παραγωγικής διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Στάδιο 1	Στάδιο 2	Στάδιο 3	Στάδιο 4
ΗΠΙΑ	ΜΕΤΡΙΑ	ΒΑΡΙΑ	ΠΟΛΥ ΒΑΡΙΑ
Χωρίς συμπτώματα	Χωρίς συμπτώματα	Χωρίς συμπτώματα	Χωρίς συμπτώματα

Διάφοροι παράγοντες δρουν ως παράγοντες κινδύνου στους διαβητικούς ασθενείς για εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας όπως η χρονική διάρκεια του ΣΔ, η ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος και η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Η εγκυμοσύνη, η εφηβεία, η γρήγορη ρύθμιση του σακχάρου, η υπέρταση και η χειρουργική επέμβαση καταρράκτη μπορεί να επιταχύνουν τις αλλαγές αυτές και την εξέλιξη από το ένα στάδιο στο άλλο (Fong , Aiello, Gardner, King, Blankenship, Cavallerano et al. 2004).

Η θεραπεία της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας γίνεται με φωτοπηξία με ακτίνες λέιζερ για αντιμετώπιση της νεοαγγείωσης του αμφιβληστροειδούς και του οιδήματος της ωχράς κηλίδας , ενδοουλοειδικές ενέσεις αντι - VEGF παράγοντα για αντιμετώπιση ανθεκτικών μορφών νεοαγγείωσης και διαβητικού οιδήματος και χειρουργική αντιμετώπιση με τη μέθοδο της υαλοειδεκτομής για αντιμετώπιση της ενδοουλοειδικής αιμορραγίας και της αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς.

Για την έγκαιρη διάγνωση της ΔΑ εφαρμόζονται προγράμματα διαλογής ανάμεσα στους διαβητικούς ασθενείς ενώ για τη διαχείριση των ασθενών με ΣΔ και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια έχουν θεσπιστεί κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες .

1.3 Προγράμματα διαλογής

Η Επιτροπή Χρονίων Νοσημάτων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής το 1951 όρισε ως πρόγραμμα διαλογής την συμπερασματική ταυτοποίηση μιας μη αναγνωρίσιμης νόσου με την εφαρμογή εξετάσεων ή άλλων διαδικασιών οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν γρήγορα (Commission on Chronic Illness, 1957). Πρόκειται δηλαδή για προγράμματα που εφαρμόζονται για έγκαιρη ανίχνευση κλινικών καταστάσεων ή ασθενειών σε προσυμπτωματικό στάδιο με σκοπό την έγκαιρη παρέμβαση στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης. Οι Rose και Barker επίσης υποδεικνύουν ότι για να θεωρηθεί ένα πρόγραμμα διαλογής ευεργετικό οι ιατροί πρέπει να απαντήσουν σε τρεις ερωτήσεις. Αν η έγκαιρη θεραπεία βελτιώνει την πρόγνωση της συγκεκριμένης νόσου, πόσο έγκυρη και επαναλήψιμη είναι η εξέταση και ποια η απόδοση της υπηρεσίας που εφαρμόζει το συγκεκριμένο πρόγραμμα διαλογής (Rose , Barker , 1978). Επομένως τα προγράμματα διαλογής στην ιατρική είναι μια στρατηγική η οποία εφαρμόζεται σε ένα πληθυσμό για να ταυτοποιήσει μια μη αναγνωρίσιμη νόσο σε φαινομενικά υγιή άτομα που δεν εμφανίζουν σημεία ή συμπτώματα.

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που δημοσιεύτηκαν το 1968 οι οποίες είναι γνωστές και ως Κριτήρια του Wilson για να εφαρμοστούν προγράμματα διαλογής για μια συγκεκριμένη κλινική οντότητα πρέπει :

- i. Η κλινική οντότητα να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας.
- ii. Να υπάρχει θεραπεία για την εν λόγω κατάσταση
- iii. Να υπάρχουν διαθέσιμες υποδομές για τη διάγνωση και τη θεραπεία της συγκεκριμένης οντότητας
- iv. Να υπάρχει λανθάνον στάδιο της νόσου
- v. Να υπάρχει κατάλληλη εξέταση για τη συγκεκριμένη νόσο

- vi. Η εξέταση να είναι αποδεκτή από το κοινό
- vii. Η φυσική ιστορία της νόσου να έχει κατανοηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό
- viii. Να υπάρχει μια συμφωνημένη πολιτική για το ποιοι θα λαμβάνουν τελικά θεραπεία
- ix. Το συνολικό κόστος της ανεύρεσης καινούριου περιστατικού να είναι οικονομικά ισορροπημένο σε σχέση με το ιατρικό όφελος
- x. Η ανεύρεση καινούριου περιστατικού να είναι μια συνεχής διαδικασία (Wilson , Jungner , 1968)

Υπάρχουν διάφορα είδη προγραμμάτων διαλογής ασθενών ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους:

- I. Μαζικά: : Σε αυτή την περίπτωση η διαλογή γίνεται σε ένα ολόκληρο πληθυσμό ή μια υποομάδα του πληθυσμού ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.
- II. Επιλεκτικά: Σε αυτή την περίπτωση η διαλογή εφαρμόζεται σε ομάδες αυξημένου κινδύνου του πληθυσμού.
- III. Πολυφασικά: Σε αυτή την περίπτωση συνδυάζονται δύο ή περισσότερα προγράμματα διαλογής σε ένα μεγάλο πληθυσμό αντί να εφαρμόζεται κάθε πρόγραμμα ξεχωριστά.

Σήμερα σε πολλές χώρες εφαρμόζονται μαζικά προγράμματα διαλογής σε εθνικό επίπεδο. Τα πιο κοινά προγράμματα διαλογής αφορούν τον καρκίνο, όπως το τεστ Παπανικολάου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η μαστογραφία για τον καρκίνο του μαστού, η κολονοσκόπηση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και οι δερματολογικές εξετάσεις για το μελάνωμα του δέρματος. Επίσης ο υπερηχογραφικός έλεγχος της κοιλίας για ανεύρεση ανευρύσματος αορτής, η α- φετοπρωτεΐνη ,οι εξετάσεις αίματος και ο υπερηχογραφικός έλεγχος των εγκύων για ανίχνευση ανωμαλιών του εμβρύου και η οφθαλμοσκόπηση ή η ψηφιακή φωτογράφιση του βυθού του οφθαλμού για ανίχνευση και σταδιοποίηση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Στα προγράμματα διαλογής για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια θα αναφερθούμε με λεπτομέρεια στο επόμενο κεφάλαιο.

1.4 Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής ως κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες ορίζονται οι συστηματικά αναπτυγμένες δηλώσεις οι οποίες βοηθούν τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τους ασθενείς να πάρουν τις καταλληλότερες αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα της υγείας τους σε ειδικές κλινικές καταστάσεις . Αναπτύχθηκαν για να βοηθήσουν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και αποτελούν ένα από τα διαθέσιμα εργαλεία των επαγγελματιών υγείας για να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας που παρέχουν (Lohr , 1990).

Επομένως οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- i. Για την παροχή συστάσεων από τους επαγγελματίες υγείας για τη θεραπεία και φροντίδα των ατόμων με διάφορες κλινικές καταστάσεις
- ii. Για την ανάπτυξη προτύπων για εκτίμηση της κλινικής πρακτικής των επαγγελματιών υγείας
- iii. Για την εκπαίδευση των νεαρών επαγγελματιών υγείας
- iv. Για την πληροφόρηση των ασθενών ώστε να μπορούν να παίρνουν τις σωστότερες και καταλληλότερες αποφάσεις (WHO, 2013).

Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες πηγάζουν από τη βασιζόμενη σε αποδείξεις ιατρική (evidence-based medicine). Σύμφωνα με το Sackett και τους συνεργάτες του, η βασιζόμενη σε αποδείξεις ιατρική είναι η ευσυνείδητη, σαφής και συνετή χρήση των καλύτερων στοιχείων στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα του κάθε ασθενούς (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, Richardson, 1996). Η εμφάνιση της ιατρικής βασιζόμενης σε αποδείξεις στη δεκαετία του 1990 έδωσε ώθηση προς την κριτική αξιολόγηση των αποδείξεων και συγκεκριμένα στην ανάπτυξη συστηματικών ανασκοπήσεων της σχετικής βιβλιογραφίας ως βάσης για την ανάπτυξη έγκυρων κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών (Burgers , Grol , Klazinka, Makela, Zaat, AGREE Collaboration 2003). Με την εφαρμογή της στην κλινική πράξη, η ιατρική βασιζόμενη σε

αποδείξεις σηματοδοτεί τη μεταβολή στη λήψη αποφάσεων από την υποκειμενική κλινική εμπειρία σε μια εμπειρική συλλογική απόδειξη για επικύρωση των κλινικών αποφάσεων (Degen, Hodgins , Bhandari , 2008). Η λήψη αποφάσεων σε αυτή την περίπτωση πρέπει να λαμβάνει υπόψη και τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των ασθενών με τρόπο ώστε να τους δίνεται η δυνατότητα επιλογής όπου είναι δυνατόν.

Η ανάγκη υιοθέτησης της ιατρικής βασιζόμενης σε αποδείξεις αποδίδεται σε πολλούς παράγοντες όπως η μεγάλη διαφορά στην ιατρική πρακτική σε παρόμοιους ασθενείς, η διαπίστωση ότι πολλές ιατρικές αποφάσεις δε βασίζονται σε έγκυρα επιστημονικά γεγονότα, η μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία και η εμπλοκή του κοινού στις θεραπευτικές επιλογές (McDonald , 1996). Παράλληλα η ανάγκη διαφύλαξης της επιστημονικής βάσης της ιατρικής ήταν αποτέλεσμα και της μεγάλης αύξησης του όγκου της επιστημονικής έρευνας η οποία δεν είναι πάντα μεθοδολογικά επαρκής με αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου για υιοθέτηση αποφάσεων στηριζόμενων σε εσφαλμένα συμπεράσματα. Έτσι , δημιουργήθηκε η ανάγκη δημιουργίας δικτύων και ανάπτυξης ισχυρών μεθόδων για αξιολόγηση της ποιότητας των διαφόρων ερευνών και συνδυασμού των αποτελεσμάτων τους στις συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις για αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών. Συνακόλουθα, προέκυψε η ανάπτυξη και η δημιουργία της συνεργασίας COCHRANE (The Cochrane Collaboration, 2012). Πρόκειται για παγκόσμιο , ανεξάρτητο, μη κερδοσκοπικό οργανισμό που αποτελείται από επαγγελματίες υγείας , ερευνητές, νομικούς και άλλους ειδικούς από 120 διαφορετικές χώρες οι οποίοι εργάζονται συλλογικά για την παροχή αξιόπιστων και προσιτών στο ευρύ κοινό πληροφοριών για θέματα υγείας. Τον Ιανουάριο του 2011 , ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επιβράβευσε το συγκεκριμένο οργανισμό προσφέροντας του μια θέση στην Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας. Με αυτό τον τρόπο δίνεται η ευκαιρία στο συγκεκριμένο οργανισμό να προάγει την βασιζόμενη σε αποδείξεις ιατρική φροντίδα στα υψηλότερα επίπεδα της διεθνούς πολιτικής υγείας.

Στην κλινική πράξη, για να ληφθεί η καλύτερη απόφαση για έναν ασθενή χρειάζεται να ακολουθούνται καθορισμένα βήματα. Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες επίσης εξασφαλίζουν τη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων για όλους τους ασθενείς και την παροχή ομοιόμορφης

φροντίδας υγείας ανεξάρτητα από το πλαίσιο όπου παρέχεται η φροντίδα αυτή διασφαλίζοντας την ισότητα και τη δικαιοσύνη στην παρεχόμενη φροντίδα.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας ερευνητικής εργασίας γίνεται μια αναφορά στο σκοπό και στους στόχους της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας. Στη συνέχεια γίνεται περιγραφή των κυριότερων εννοιών με τις οποίες καταπιάνεται η συγκεκριμένη εργασία όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τα προγράμματα διαλογής. Ακολούθως θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση της φροντίδας των διαβητικών ασθενών στα συστήματα υγείας των χωρών και θα ακολουθήσει περιγραφή των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και των προγραμμάτων διαλογής που αφορούν το σακχαρώδη διαβήτη και τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια διεθνώς. Στη συνέχεια θα γίνει περιγραφή του κυπριακού συστήματος υγείας και των διαδικασιών και των δομών φροντίδας των διαβητικών ασθενών στην Κύπρο και τέλος περιγραφή της διαδικασίας παραπομπής των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση στην Κύπρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΥΟ

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση της φροντίδας των διαβητικών ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα από το παρελθόν μέχρι τις μέρες μας στα συστήματα υγείας των διαφόρων χωρών και στη συνέχεια θα γίνει περιγραφή της φροντίδας των διαβητικών ασθενών στο δημόσιο τομέα του συστήματος υγείας της Κύπρου.

2.1 Η φροντίδα των ασθενών με ΣΔ στην πρωτοβάθμια φροντίδα

Η φροντίδα των ασθενών με διαβήτη στις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει μελετηθεί σε πολλές ερευνητικές εργασίες. Ήδη από το 1970 οι γενικοί ιατροί ξεκινούν να αποκτούν ένα πρωτεύοντα ρόλο στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών στα συστήματα υγείας των διαφόρων χωρών και ο ρόλος αυτός εμπλουτίζεται στην πορεία των χρόνων (Bennet, 1992, · Murphy, Coles , 1997) . Η φροντίδα των διαβητικών ασθενών μπορεί να παρέχεται αποκλειστικά από τους γενικούς ιατρούς στην κοινότητα δηλαδή στο πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας ή στα εξωτερικά ή διαβητολογικά ιατρεία των νοσοκομείων δηλαδή στο δευτεροβάθμιο επίπεδο ή να παρέχεται ταυτόχρονα από τους γενικούς ιατρούς και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων στα πλαίσια μιας φροντίδας διαμοιρασμένης ευθύνης . Έρευνα μετά - ανάλυσης πέντε τυχαιοποιημένων μελετών που αφορούσαν τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών συνέκρινε την εξωνοσοκομειακή με τη νοσοκομειακή φροντίδα και αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της κάθε παρεχόμενης φροντίδας ξεχωριστά (Griffin, 1998). Οι παράμετροι που μελετήθηκαν ήταν ο μέσος όρος της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης που αφορά στη μακροχρόνια ρύθμιση του ΣΔ, η συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση, ο αριθμός των κλινικών και εργαστηριακών επανεξετάσεων για κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια του έτους καθώς και ο αριθμός των διαβητικών ασθενών που πεθαίνουν, που

εισάγονται στο νοσοκομείο , που παραπέμπονται στους διαιτολόγους και στους ποδίατρους, ο αριθμός των ασθενών που δεν προσέρχονται για επανεξέταση και το κόστος για τις υπηρεσίες υγείας που αντιστοιχεί για κάθε ασθενή. Σύμφωνα με τον Griffin , δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά όσον αφορά στις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης , της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης και του ποσοστού εισαγωγής στο νοσοκομείο μεταξύ των δύο τύπων της παρεχόμενης φροντίδας . Το ποσοστό των ασθενών που δεν προσέρχονται για επανεξέταση και το ποσοστό της θνησιμότητας είναι μεγαλύτερα σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα των διαβητικών ασθενών παρά στη νοσοκομειακή φροντίδα. Ο λόγος που μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών δεν προσέρχονται για επανεξέταση στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα αποδίδεται στην απουσία συστήματος υπενθύμισης των ραντεβού και συστήματος καταγραφής των ασθενών που χάνονται στην παρακολούθηση ώστε να ανευρίσκονται και να ειδοποιούνται για να προσέρχονται σε νέο ραντεβού . Όσον αφορά στον αριθμό των κλινικών και εργαστηριακών επανεξετάσεων κατά τη διάρκεια του έτους παρατηρήθηκε μεγαλύτερος αριθμός στην πρωτοβάθμια φροντίδα παρά στη δευτεροβάθμια . Το ποσοστό των ασθενών που παραπέμπεται σε διαιτολόγο είναι μεγαλύτερο σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στη νοσοκομειακή φροντίδα ενώ οι παραπομπές σε ποδίατρο είναι περισσότερες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τέλος , το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών ανά ασθενή είναι μεγαλύτερο σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στη νοσοκομειακή παρά στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η φροντίδα των διαβητικών ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα παρουσιάζει κενά κυρίως όσον αφορά στην υπενθύμιση και ανάκληση των ραντεβού στους διαβητικούς ασθενείς με αποτέλεσμα ένας σημαντικός αριθμός ασθενών να μην προσέρχονται για επανεξέταση . Επομένως , αν διασφαλιστεί τακτικός επανέλεγχος των ασθενών στο πρωτοβάθμιο επίπεδο δηλαδή στην κοινότητα με περισσότερη οργάνωση και υποστήριξη όπως υπηρεσία ανάκλησης ή υπενθύμισης των ραντεβού , τότε η φροντίδα που παρέχεται θα είναι ισάξια ή καλύτερη από τη φροντίδα στο δευτεροβάθμιο επίπεδο δηλαδή στα εξωτερικά ή διαβητολογικά ιατρεία των νοσοκομείων . Παρομοίως, ο Hoskins και οι συνεργάτες του το 2009 κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα των διαβητικών ασθενών ήταν παρόμοια στα τρία είδη φροντίδας με ελαφρά υπεροχή των αποτελεσμάτων των ασθενών που λάμβαναν διαμοιρασμένη φροντίδα. Παράλληλα, οι εν λόγω ερευνητές θεωρούν ότι η καλή συνεργασία των γενικών ιατρών με τα

διαβητολογικά ιατρεία των νοσοκομείων έχει ως αποτέλεσμα την ικανοποιητική διαχείριση των διαβητικών ασθενών που δεν εμφανίζουν ιδιαίτερες επιπλοκές (Hoskins, Fowler, Constantino, Forrest, Yue , Turtle, 1993) . Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει παρόμοια έρευνα που υποστηρίζει ότι η στενή συνεργασία των γενικών ιατρών με τους ειδικούς ενδοκρινολόγους της δευτεροβάθμιας φροντίδας σε ένα μοντέλο παροχής φροντίδας στην κοινότητα στη βάση της οποίας ειδικός ενδοκρινολόγος επισκέπτεται την κοινότητα ανά τακτά χρονικά διαστήματα, βελτιώνει σημαντικά την παρεχόμενη φροντίδα (Russell, Baxter, Askew, Tsai, Ware, Jackson, 2013) .

Έτσι , ενώ αρχικά η κύρια ευθύνη της φροντίδας των ασθενών με ΣΔ βάρυνη τους γενικούς γιατρούς, η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας και η δημιουργία μιας πολυθεματικής ομάδας με διαμοιρασμένη ευθύνη για τη φροντίδα του διαβητικού ασθενούς είναι το σχήμα που επικρατεί με την πάροδο των χρόνων στις περισσότερες χώρες (Jayasuriya , Griffiths , Cheung , 2000) .

Άλλοι παράγοντες που μέσα από συστηματικές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών είναι η εκπαίδευση των διαβητικών ασθενών και η ενεργός συμμετοχή τους στα προγράμματα φροντίδας καθώς και η ενδυνάμωση του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού η οποία έχει αναφανεί να βελτιώνει τα αποτελέσματα των ασθενών αλλά και τις διαδικασίες φροντίδας (Renders, Valk, Griffin, Wagner, Eijkvan, Assendelft, 2001) . Η αυτοδιαχείριση και η ενεργός εμπλοκή του ασθενή στη φροντίδα του ΣΔ, με βάση διάφορες έρευνες, συμβάλλουν στην καλύτερη συμμόρφωση των διαβητικών ασθενών στη θεραπεία . Η μετά – ανάλυση 31 ερευνών για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της εκπαίδευσης των ενηλίκων με ΣΔ τύπου II για την αυτοδιαχείριση της νόσου τους κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αυτοδιαχείριση μετά από εκπαίδευση βελτιώνει τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και η βελτίωση αυτή είναι ανάλογη του χρόνου που αφιερώνεται για την εκπαίδευση των ασθενών (Norris , Lau , Smith , Schmid , Engelgau , 2002) .

Η φροντίδα των διαβητικών ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα πρέπει να στηρίζεται σε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν κύριο στόχο α) την τυποποίηση της φροντίδας ώστε να είναι η ίδια για όλους τους διαβητικούς ασθενείς ανεξαρτήτως καταγωγής, κοινωνικής τάξης και οικονομικής κατάστασης , β) τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των διαβητικών

ασθενών τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα , γ) τη διασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και δ) τη μείωση των δαπανών για την υγεία αφού αποφεύγονται άσκοπες κλινικές ή παρακλινικές εξετάσεις . Οι πρώτες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη φροντίδα των ατόμων με ΣΔ θεσπίστηκαν το 2005 από το Διεθνές Συμβούλιο Διαβήτη (www.idf.org/guidelines). Οι οδηγίες αυτές ανακεφαλαιώνονται συχνά και με την εφαρμογή τους επιδιώκεται η πρόληψη ή η έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών που σχετίζονται με το ΣΔ . Η αποτελεσματικότητα της δημιουργίας και εφαρμογής των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με το ΣΔ και τις επιπλοκές του έχει μελετηθεί βιβλιογραφικά. Το 2001 ο McCarty και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που δημιουργήθηκαν από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Έρευνας της Αυστραλίας είχαν θετικό αντίκτυπο στις συμπεριφορές των γενικών ιατρών που τις είχαν διαβάσει όσον αφορά στη διαχείριση των διαβητικών ασθενών (McCarty , Taylor , Keefe , 2001). Πιο συγκεκριμένα, μετά τη δημιουργία και την ευρεία κυκλοφορία των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών στους γενικούς ιατρούς αυξήθηκε το ποσοστό των γενικών ιατρών που διενεργούσαν οφθαλμολογική εξέταση με το άμεσο οφθαλμοσκόπιο στο ιατρείο τους και επίσης αυξήθηκε το ποσοστό των ασθενών που παραπέμπονταν στον οφθαλμίατρο για λεπτομερή οφθαλμολογική εξέταση για ανίχνευση και σταδιοποίηση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Το ίδιο θέμα μελετήθηκε από τον Faruqi και τους συνεργάτες του και το συμπέρασμα τους ήταν ότι η βέλτιστη χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών για το σακχαρώδη διαβήτη και τις επιπλοκές του από τους γενικούς ιατρούς απαιτεί τη βελτίωση της διάδοσης τους και την εφαρμογή μιας στρατηγικής που να βασίζεται τόσο στα προγράμματα εκπαίδευσης των γενικών ιατρών όσο και στην προώθηση της βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Faruqi , Frith , Colagiuri , Harris , 2000). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν ο Silagy και οι συνεργάτες του οι οποίοι διαπίστωσαν σημαντικές μεταβολές στις γνώσεις , στις συμπεριφορές και στις πρακτικές των γενικών ιατρών μετά τη διάδοση των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών (Silagy, Weller, Lapsley, Middleton, Shelby-James, Fazekas, 2002). Παρά όμως την ύπαρξη και τη διάδοση των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για τη φροντίδα των ατόμων με ΣΔ παρατηρείται χαμηλή συμμόρφωση των γενικών ιατρών στις συγκεκριμένες οδηγίες. Έρευνα που προσπάθησε να αναζητήσει τους λόγους της χαμηλής συμμόρφωσης των γενικών ιατρών στις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυτή οφείλεται σε πολλούς παράγοντες

οι κυριότεροι των οποίων είναι η έλλειψη ενημέρωσης των γενικών ιατρών για την ύπαρξη των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και τη σημασία της εφαρμογής τους, η δυσκολία της συχνής ανάκλησης των κατευθυντήριων οδηγιών στην καθημερινή κλινική πρακτική, η έλλειψη χρόνου για την εφαρμογή τους και η απουσία του κατάλληλου εξοπλισμού από τα ιατρεία τους (Kirkman , Williams , Caffrey , Marrero, 2002) .

Εξετάζοντας εξάλλου τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των διαβητικών ασθενών στις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για οφθαλμολογική εξέταση , ο Moss και οι συνεργάτες του μελετώντας το σύνολο των διαβητικών ασθενών (765 διαβητικοί τύπου I και 533 διαβητικοί ασθενείς με ΣΔ τύπου II) που συμμετείχαν από το 1990 έως το 1992 στην επανεξέταση μετά από την Επιδημιολογική Μελέτη της Διαβητικής Αμφιβληστροειδοπάθειας του Ουισκόνσιν κατέληξαν στα παρακάτω συμπεράσματα :

- Οι διαβητικοί τύπου I και II είχαν περισσότερες πιθανότητες να προσέλθουν για οφθαλμολογική εξέταση με βυθοσκόπηση όταν η χρονική διάρκεια του ΣΔ ήταν μεγάλη, όταν είχαν σοβαρού βαθμού ΔΑ, όταν είχαν ιστορικό άλλης οφθαλμολογικής πάθησης όπως καταρράκτη ή γλαυκώματος και τέλος όταν είχαν ασφάλεια υγείας που θα μπορούσε να καλύψει το κόστος της εξέτασης.
- Οι διαβητικοί ασθενείς οι οποίοι δεν προσήλθαν για οφθαλμολογική εξέταση σύμφωνα με την έρευνα είχαν ΣΔ τύπου II σε ποσοστό 75% και ΣΔ τύπου I σε ποσοστό 71% , 35% και 31% αντίστοιχα στις δύο ομάδες ανέφεραν ότι δεν είχαν ενημερωθεί για την αναγκαιότητα της οφθαλμολογικής εξέτασης, 32% και 11% αντίστοιχα είπαν ότι ήτανε πολύ απασχολημένοι και 30% και 12% αντίστοιχα ανέφεραν ότι δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν την εξέταση (Moss, Klein , Klein, 1995) .

Στην καθημερινή κλινική πρακτική , η φροντίδα των διαβητικών ασθενών στα συστήματα υγείας των διάφορων χωρών εξαρτάται από τις γνώσεις, τις πρακτικές και τις συμπεριφορές των γενικών γιατρών σχετικά με το ΣΔ και τις επιπλοκές του οι οποίες συγκλίνουν άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο με τις διεθνείς κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες.

Βιβλιογραφική αναζήτηση ερευνών που διερευνούν τις γνώσεις , τις συμπεριφορές και τις πρακτικές των γενικών γιατρών σχετικά με το ΣΔ και τις επιπλοκές του κατέδειξε ότι πολλές

τέτοιες μελέτες έχουν διενεργηθεί σε πολλές χώρες. Έρευνα που διερευνούσε τις γνώσεις και τις συμπεριφορές των γενικών γιατρών σχετικά με το ΣΔ στο Πακιστάν κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 62% των απαντήσεων στις ερωτήσεις σχετικά με το ΣΔ και τις επιπλοκές του ήταν σωστές. Οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν σωστά από λιγότερο από το 50% των συμμετεχόντων σχετιζόνταν με τις διαγνωστικές τιμές της γλυκόζης στις γενικές εξετάσεις αίματος, τη θεραπεία των παιδιών με διαβήτη, τις έγκυες με ΣΔ, την παρακολούθηση των διαβητικών και την τεχνική των ενέσεων ινσουλίνης. Οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν σωστά από περισσότερους από το 50% των ερωτηθέντων σχετιζόνταν με τη διάγνωση της διαταραγμένης ανοχής στη γλυκόζη, τη χορήγηση της ινσουλίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τη σημασία της εκπαίδευσης των διαβητικών ασθενών, τις επιπλοκές του ΣΔ και τη διαλογή και τη διαχείριση των διαβητικών ασθενών (Shera , Jawad , Basit , Pak , 2002) . Παρόμοια έρευνα που διεξήχθη στη Νότια Ινδία κατέδειξε ότι το 31,3 % των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να κάνουν οφθαλμολογική εξέταση κάθε 6 μήνες ενώ ποσοστό 53,3 % απάντησε ότι οφθαλμολογική εκτίμηση πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο. Επίσης σχεδόν όλοι οι γενικοί γιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι θα παρέπεμπαν τους διαβητικούς ασθενείς σε οφθαλμίατρο, περισσότεροι από τους μισούς (54 %) ήταν ενημέρωτοι για τις κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούσαν την παραπομπή των διαβητικών ασθενών στους οφθαλμιάτρους και μόνο το 50% των συμμετεχόντων διενεργούσε οφθαλμοσκόπηση με το άμεσο οφθαλμοσκόπιο μετά από μυδρίαση. Έρευνα που διερεύνησε τις γνώσεις, τις συμπεριφορές και τις πρακτικές των γενικών γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Κέηπ Τάουν κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις τους όσον αφορά στις χρόνιες επιπλοκές του ΣΔ είναι επαρκείς και το 100% των συμμετεχόντων γνώριζε τις επιπλοκές του διαβήτη στους οφθαλμούς, υπήρχαν όμως κενά στη γνώση της παθοφυσιολογίας και των σημείων και συμπτωμάτων των επειγόντων συμβαμάτων που σχετίζονται με το ΣΔ (Goodman , Zwarenstein , Robinson , Levitt , 1997) . Άλλη έρευνα που αξιολόγησε τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών στο Ομάν για την πρωτογενή πρόληψη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας έδειξε ότι το 71,4 % των γενικών οφθαλμιάτρων είχε ένα αποδεκτό επίπεδο γνώσης σχετικά με την πρόληψη, τα ιδανικά επίπεδα σακχάρου και αρτηριακής πίεσης και των επιπλοκών του ΣΔ ενώ το αποδεκτό επίπεδο γνώσης στους γενικούς ιατρούς ανερχόταν σε 33,3% (Khandekar , Deshmukh , Vora , Al Harby , 2011) . Άλλη έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το συνολικό σκορ της γνώσης των

συμμετεχόντων ανερχόταν σε 0,88 με ανώτερο σκορ το 1, όσον αφορά στη διαχείριση των επιπλοκών του διαβήτη , 0,77 όσον αφορά στη διαλογή και την αξιολόγηση των ασθενών και 0,76 όσον αφορά στη θεραπευτική αγωγή (Therwongsa , Kirby , Paul , Piterman , 2014) . Παρόμοια έρευνα στη Σρι Λάνκα έδειξε ότι οι γνώσεις , οι συμπεριφορές και οι πρακτικές των γενικών γιατρών όσον αφορά στη διαχείριση των ασθενών με ΣΔ επιδέχονται βελτίωσης στοχεύοντας στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και τα εκπαιδευτικά προγράμματα των γενικών γιατρών. Πιο συγκεκριμένα, ποσοστό 84% των γενικών γιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα γνώριζε ότι οι μικροαγγειακές επιπλοκές του ΣΔ μπορούν να προληφθούν με αυστηρή ρύθμιση του σακχάρου, ποσοστό 71,2% ήταν ενήμερο για την πρωτοπαθή πρόληψη του διαβήτη και ποσοστό 15% στο σύνολο των γενικών γιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα σύστηνε οφθαλμολογική εξέταση για ανίχνευση της ΔΑ (Katulanda, Constantine, Weerakkody, Perera, Jayawardena, Wijegoonawardena, Matthews , Sheriff , 2011) .

Η παρούσα ερευνητική εργασία είναι η πρώτη έρευνα καταγραφής και αξιολόγησης των γνώσεων και των συμπεριφορών των γενικών γιατρών σχετικά με το σακχαρώδη διαβήτη και τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια στην Κύπρο . Με την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής μπορεί να εκτιμηθεί ο βαθμός σύγκλισης με τις διεθνείς κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και να σχεδιαστεί μια οργανωμένη δράση για βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας με απώτερο στόχο τη μείωση του ποσοστού των επιπλοκών από το ΣΔ και στη συγκεκριμένη περίπτωση τη μείωση του ποσοστού της τυφλότητας που οφείλεται στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

Συμπερασματικά, η φροντίδα των διαβητικών ασθενών στα συστήματα υγείας των διαφόρων χωρών βαρύνει κατά κύριο λόγο τους γενικούς γιατρούς. Οι γενικοί γιατροί στα πλαίσια ενός συστήματος φροντίδας διαμοιρασμένης ευθύνης συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας για την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας σύμφωνα με τις διεθνείς κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες. Η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας εξαρτάται από το βαθμό συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και αντικατοπτρίζεται στις γνώσεις των γενικών γιατρών όσον αφορά στο ΣΔ και τις επιπλοκές του και στις συμπεριφορές και τις πρακτικές των γενικών γιατρών όσον αφορά στη διαχείριση των διαβητικών ασθενών. Αξιολογώντας τις γνώσεις, τις πρακτικές και τις συμπεριφορές αυτές

μπορεί να εκτιμηθεί ο βαθμός σύγκλισης ή απόκλισης από τα διεθνή πρότυπα και να σχεδιαστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις εναρμόνιση με τις διεθνείς συστάσεις.

2.2 Επιδημιολογία και διαχείριση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί το συχνότερο αίτιο τύφλωσης στα άτομα ηλικίας 20 - 74 ετών . Σημαντικά επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας έχουν προκύψει από τη μεγάλη επιδημιολογική μελέτη του Ουισκόνσιν - WESDR- Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy (Klein , Klein , Moss, Cruickshanks, 1998). Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, μετά από 20 χρόνια ΣΔ, σχεδόν όλοι οι ασθενείς με ΣΔ τύπου I και το 60% των ασθενών με ΣΔ τύπου II παρουσιάζουν κάποιου βαθμού διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια που αποτελεί απειλή για την όραση τους. Στην ίδια μελέτη η επίπτωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας στα 4 έτη ήταν περίπου 60% για τους ασθενείς με ΣΔ τύπου I και 40% για ασθενείς με ΣΔ τύπου II. Σε πιο πρόσφατες μελέτες, τα ποσοστά της επίπτωσης της ΔΑ είναι πιο χαμηλά. Στη μελέτη Blue Mountains Eye Study από την Αυστραλία, στους ασθενείς με ΣΔ τύπου II η επίπτωση της ΔΑ στα 5 έτη ήταν 22,2% (Cikamatana, Mitchel, Rochtchina, Foran, Wang, 2007). Στη μελέτη Liverpool Diabetic Eye Study, η αθροιστική επίπτωση των σοβαρών μορφών ΔΑ που απειλούν την όραση ήταν 3,9% τόσο στους διαβητικούς τύπου I όσο και στους διαβητικούς τύπου II (Younis, Broadbent, Vora, Harding, Liverpool Diabetic Eye Study, 2003). Οι αριθμοί αυτοί αντανακλούν μια καλύτερη αντιμετώπιση των διαβητικών ασθενών και μια πιο εντατική ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος στα νεότερα χρόνια. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Εταιρεία Διαβήτη μελετώντας τα στοιχεία 35 μελετών που συμπεριέλαβαν 22 896 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη , το ποσοστό επίπτωσης της ΔΑ ήταν γύρω στο 34,6% για τη μη παραγωγική μορφή της ΔΑ και 6,96% για την παραγωγική μορφή της ΔΑ . Επίσης η επίπτωση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας ήταν γύρω στο 6,81% και της απειλητικής για την όραση διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας γύρω στο 10,2%. Συμπερασματικά, παγκοσμίως υπάρχουν περίπου 93 εκατομμύρια άτομα με διαβητική

αμφιβληστροειδοπάθεια, 17 εκατομμύρια με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, 21 εκατομμύρια με διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας και 28 εκατομμύρια με απειλητική για την όραση διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (Yau, Rogers, Kawasaki, Lamoureaux, Kowalski, Bek et al. 2012).

Η έγκαιρη διάγνωση της ΔΑ είναι πάρα πολύ σημαντική και έχει τονιστεί σε πάρα πολλές έρευνες . Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της ΔΑ είναι κρίσιμη, επειδή η έγκαιρη θεραπεία με φωτοπηξία με λέιζερ ή χειρουργική θεραπεία μπορεί να μειώσει σημαντικά την απώλεια της όρασης από το σακχαρώδη διαβήτη σύμφωνα με τις μελέτες Early Treatment Diabetic Retinopathy Study (ETDRS) , Diabetic Retinopathy Study (DRS) και Diabetic Retinopathy Vitrectomy Study (DRVS) (Garg, Davis, 2009).

Η Διαβητολογική Εταιρεία της Αυστραλίας συνιστά οφθαλμολογική εξέταση με βυθοσκόπηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα αμέσως μετά τη διάγνωση του ΣΔ και τονίζει την ανάγκη πληροφόρησης των διαβητικών ασθενών από τους παθολόγους / γενικούς γιατρούς για τη σπουδαιότητα της συχνής οφθαλμολογικής εξέτασης (Harper, O'Day, Taylor, 1995) .

Η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία τονίζει τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας της ΔΑ στην παρεμπόδιση της απώλειας της όρασης και θεσπίζει κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν την οφθαλμολογική εξέταση των διαβητικών ασθενών (American Diabetes Association, 2009).

Η Αμερικανική Οφθαλμολογική Εταιρεία τονίζει τη σημασία της υιοθέτησης προγραμμάτων μαζικής διαλογής - screening programs - όλων των διαβητικών ασθενών για την έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας από το 1989 (American Academy of Ophthalmology, 1989).

Σύμφωνα δε με τις συστάσεις του Διεθνούς Συμβουλίου Οφθαλμολογίας – International Council of Ophthalmology- που αναθεωρήθηκαν στις 14/01/2014 για τη διαλογή της ΔΑ ακόμα και αν υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός οφθαλμιάτρων και οφθαλμιάτρων με εξειδίκευση στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια σε μια χώρα, αυτοί δεν μπορούν να επιφορτιστούν με τον έλεγχο όλων των διαβητικών ασθενών λόγω αναποτελεσματικής χρήσης των πόρων. Γι' αυτό η εξέταση διαλογής για τη ΔΑ συνιστάται να γίνεται μέσα από προγράμματα διαλογής των

διαβητικών ασθενών που εφαρμόζονται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Stellingwerf , Hardus, Hooymans , 2001) .

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε με περισσότερες λεπτομέρειες στις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που σχετίζονται με τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών και στα προγράμματα διαλογής των διαβητικών ασθενών για ανίχνευση και σταδιοποίηση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

2.3 Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Σε διεθνές επίπεδο υπάρχουν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη από πολλούς οργανισμούς όπως το Διεθνές Συμβούλιο Διαβήτη και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Επίσης η Αμερικάνικη Διαβητολογική Εταιρεία, η Καναδέζικη Εταιρεία Διαβήτη και η Αυστραλέζικη Διαβητολογική Εταιρεία έχουν θεσπίσει κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες οι οποίες έχουν διεθνή ισχύ. Σε εθνικό επίπεδο κάθε χώρα υιοθετεί τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες των παραπάνω οργανισμών ή θεσπίζει τις δικές της κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση των ατόμων με ΣΔ.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία, , τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να παρακολουθούνται από μια πολυθεματική ομάδα η οποία να αποτελείται από γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, διαιτολόγους, φαρμακοποιούς και ψυχίατρος οι οποίοι να έχουν ειδικό ενδιαφέρον ή εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη. Για κάθε ασθενή ξεχωριστά πρέπει να σχεδιάζεται ένα ξεχωριστό εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις και τις συνήθειες του διαβητικού ασθενούς , το οποίο πρέπει να συμφωνείται ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένεια του από τη μια πλευρά και το γενικό ιατρό και άλλους επαγγελματίες υγείας από την άλλη. Σε αυτό το πλάνο είναι πολύ σημαντικό να δίνεται μεγάλη σημασία στην εκπαίδευση του ίδιου του διαβητικού ασθενούς για τη διαχείριση της κατάστασης του (American Diabetes Association, 2013).

Όσον αφορά στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης και εξέλιξης της, συνιστάται πολύ καλή ρύθμιση του σακχάρου και της αρτηριακής πίεσης. Όσον αφορά στην οφθαλμολογική εξέταση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη η κατάλληλη εξέταση είναι η λεπτομερής εξέταση του αμφιβληστροειδούς μετά από μυδρίαση – βυθοσκόπηση - από εξειδικευμένο οφθαλμίατρο. Σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικάνικης Διαβητολογικής εταιρείας ισχύουν τα παρακάτω:

1. Χρονικά, η πρώτη εξέταση για ΔΑ σε ενήλικες ή παιδιά με ΣΔ τύπου I πρέπει να γίνεται τα πρώτα πέντε χρόνια από τη διάγνωση του ΣΔ. Η οφθαλμολογική εξέταση δεν είναι απαραίτητη σε παιδιά πριν την ηλικία των δέκα ετών. Ωστόσο υπάρχει κάποια απόδειξη ότι στην προεφηβική ηλικία ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να προκαλέσει μικροαγγειακές επιπλοκές οπότε η συνεκτίμηση με την κλινική εικόνα είναι απαραίτητη για την εφαρμογή της συγκεκριμένης οδηγίας στην κλινική πράξη.
2. Σε ασθενείς με ΣΔ τύπου II η πρώτη εξέταση πρέπει να γίνεται σύντομα μετά τη διάγνωση της νόσου από οφθαλμίατρο ή οπτικό.
3. Μετά από την πρώτη εξέταση , επανεξέταση πρέπει να γίνεται τόσο για τους διαβητικούς ασθενείς τύπου I όσο και για τους διαβητικούς ασθενείς τύπου II κάθε χρόνο εκτός και αν ο ασθενής χρειάζεται θεραπεία για κάποιο λόγο οπότε πρέπει να παραπεμφθεί για εξέταση πριν τον ένα χρόνο. Η επανεξέταση μπορεί να μεταφερθεί σε 3 ή 5 χρόνια αν σε δύο ή τρεις διαδοχικές εξετάσεις δεν υπάρχουν καθόλου σημεία διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (Fong, Aiello, Gardner, King, Blankenship, Cavallerano et al. 2004)
4. Γυναίκες που προγραμματίζουν εγκυμοσύνη πρέπει να υποβάλλονται σε λεπτομερή οφθαλμολογική εξέταση και να ενημερώνονται για τον αυξημένο κίνδυνο επιδείνωσης της διαβητικής τους αμφιβληστροειδοπάθειας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Διαβητικές γυναίκες που εγκυμονούν πρέπει να υποβληθούν σε λεπτομερή οφθαλμολογική εξέταση στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και να παρακολουθούνται

ανά τακτά χρονικά διαστήματα καθόλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μέχρι τον τοκετό. Οι οδηγίες αυτές δεν αφορούν γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη της κύησης οι οποίες δεν αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

5. Ασθενείς με διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας, σοβαρή μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια χρειάζονται την εξειδικευμένη φροντίδα οφθαλμιάτρου ο οποίος να είναι γνώστης και να έχει εμπειρία στη διαχείριση και θεραπεία της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Η έγκαιρη παραπομπή σε οφθαλμίατρο σε αυτή την περίπτωση είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας με λέιζερ μειώνεται στο 50% το ποσοστό σοβαρής μείωσης της όρασης ή η ανάγκη υποβολής του ασθενούς σε χειρουργική επέμβαση.
6. Ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν σημαντική μείωση της όρασης λόγω ΣΔ πρέπει να ενθαρρύνονται να επισκέπτονται οφθαλμίατρο ή οπτικό με εξειδίκευση στη χαμηλή όραση για την όσο το δυνατόν καλύτερη αποκατάσταση της όρασης τους.

Σε γεωγραφικές περιοχές εξάλλου που δεν υπάρχουν οφθαλμίατροι ή η πρόσβαση σε οφθαλμίατρο είναι δύσκολη είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν εναλλακτικές δομές ή υπηρεσίες που να επιτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν την ανάληψη κάποιων από τους ρόλους του οφθαλμιάτρου από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τους οικογενειακούς γιατρούς και την εφαρμογή διεπιστημονικών μοντέλων παροχής φροντίδας με συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας. Αυτό φυσικά προϋποθέτει την ικανότητα των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην οφθαλμοσκόπηση - βυθοσκόπηση, τη χρήση αντικειμενικών μεθόδων καταγραφής της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας με φωτογράφιση βυθού και την παραπομπή για αξιολόγηση των φωτογραφιών από οφθαλμιάτρους εξειδικευμένους στη ΔΑ και καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των γενικών ιατρών και των οφθαλμιάτρων που ασχολούνται με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (Klein, Moss, Klein, 1987). Πρακτικά η οφθαλμολογική εξέταση όλων των διαβητικών ασθενών για τη διάγνωση και

σταδιοποίηση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας μπορεί να γίνει με την εφαρμογή προγραμμάτων διαλογής.

2.4 Προγράμματα διαλογής των διαβητικών ασθενών

Η εξέταση διαλογής των διαβητικών ασθενών πρέπει να περιλαμβάνει πλήρη οφθαλμολογική εξέταση με εκτίμηση της οπτικής οξύτητας πριν τη μυδρίαση και εξέταση του βυθού του οφθαλμού. Η εξέταση του βυθού του οφθαλμού πρέπει να γίνεται με άμεση ή έμμεση οφθαλμοσκόπηση ή εξέταση του αμφιβληστροειδούς στη σχισμοειδή λυχνία ή εναλλακτικά με φωτογράφιση του βυθού του οφθαλμού με ή χωρίς μυδρίαση. Η φωτογράφιση του βυθού μπορεί να γίνει από μη ιατρικό προσωπικό το οποίο τυγχάνει κατάλληλης εκπαίδευσης (International Council of Ophthalmology, 2014). Το ίδιο συμβούλιο καθορίζει και τα κριτήρια παραπομπής των διαβητικών ασθενών που συμμετέχουν στα προγράμματα διαλογής για οφθαλμολογική εκτίμηση. Έτσι στον οφθαλμίατρο πρέπει να παραπέμπονται οι ασθενείς με μείωση της όρασης κάτω από 6/12 ή αναφερόμενα συμπτώματα προβλημάτων όρασης, ασθενείς με ΔΑ που ταξινομήθηκε ως σοβαρή μη παραγωγική ή παραγωγική ΔΑ ή με διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας , όταν η εκτίμηση και ταξινόμηση της ΔΑ δεν είναι δυνατόν να γίνει στα προγράμματα διαλογής και τέλος όταν οι διαβητικοί ασθενείς είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε θεραπεία με λέιζερ.

Όσον αφορά στην εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων αποδεικνύεται ότι η διάρκεια του ΣΔ είναι ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση της ΔΑ, η έγκαιρη εφαρμογή θεραπείας με λέιζερ μπορεί να μειώσει κατά 50% την απώλεια της όρασης σε ασθενείς με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και οίδημα της ωχράς κηλίδας καταστάσεις που είναι ασυμπτωματικές και επίσης ότι η βυθοσκόπηση μετά από μυδρίαση σαν μέθοδος διαλογής έχει ευαισθησία 80% όταν εκτελείται από γενικό ιατρό και 90% όταν εκτελείται από έμπειρο οφθαλμίατρο (Singer, Nathan, Fogel, Schachat , 1992).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της Εθνικής Επιτροπής Διαλογής του Ηνωμένου Βασιλείου σχετικά με τα προγράμματα διαλογής που αφορούν τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, τα προγράμματα διαλογής βασιζόμενα σε ειδικές κάμερες φωτογράφισης βυθού θεωρούνται οι

προτιμώμενες μέθοδοι έχοντας τα πλεονεκτήματα της καταγραφής των εικόνων, της δυνατότητας ανασκόπησης της εξέλιξης της νόσου, της εκπαίδευσης των ασθενών και της διασφάλισης της ποιότητας. Οι ψηφιακές κάμερες γίνονται ολοένα καλύτερες και φθηνότερες και οι φωτογραφίες που λαμβάνονται θεωρούνται ικανοποιητικές για σκοπούς εφαρμογής προγραμμάτων μαζικού ελέγχου. Τα προγράμματα αυτά είναι χαμηλού κόστους και υψηλής αποτελεσματικότητας και η Εθνική Επιτροπή συνέστησε την εφαρμογή ενός εθνικού προγράμματος ψηφιακής φωτογράφισης του αμφιβληστροειδούς βασιζόμενο στην κοινότητα (The National Screening Committee review of diabetic retinopathy screening, 2001). Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών είναι αποτελεσματική με την έννοια της σημαντικής μείωσης της απώλειας της όρασης και της τύφλωσης από τη ΔΑ αλλά και την εξοικονόμηση σημαντικών οικονομικών πόρων (Javitt, Aiello, Chiang, Ferris , 1994). Επίσης , μπορούν να μειώσουν αισθητά το ποσοστό των διαβητικών ασθενών που παραπέμπονται στις οφθαλμολογικές κλινικές με αποτέλεσμα τη σωστότερη και αποτελεσματικότερη χρήση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τους ειδικούς οφθαλμίατρους (Leese, Morris, Swaminathan et al. 2005· Agardh , Agardh , Hansson-Lundblad , 1993 ·Javitt, Aiello, 1996 ·Javitt , 1995) .

2.5 Η φροντίδα των διαβητικών ασθενών στην Κύπρο

Η φροντίδα των διαβητικών ασθενών στην Κύπρο και η παρακολούθησή τους γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του δημόσιου τομέα και συγκεκριμένα από τους γενικούς γιατρούς που στελεχώνουν τα δημόσια αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας καθώς και ορισμένα υποκέντρα. Ένα μικρό ποσοστό ασθενών και συγκεκριμένα οι διαβητικοί ασθενείς με προβλήματα ρύθμισης του σακχάρου παραπέμπονται στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας όπου παρακολουθούνται από παθολόγους με εξειδίκευση στο ΣΔ . Ένα μικρότερο ποσοστό παρακολουθείται από επαγγελματίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα. Όσον αφορά στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών στο δημόσιο τομέα του συστήματος υγείας της Κύπρου ισχύουν τα ακόλουθα :

Α) Η πλειονότητα των διαβητικών ασθενών παρακολουθούνται από τους γενικούς ιατρούς των αστικών και αγροτικών κέντρων υγείας και τους παθολόγους των εξωτερικών παθολογικών και διαβητολογικών ιατρείων των γενικών νοσοκομείων.

Β) Η διαδικασία διευθέτησης οφθαλμολογικής εξέτασης και η πρόσβαση στα οφθαλμολογικά ιατρεία είναι εύκολη αφού βρίσκονται στον ίδιο χώρο με τα παθολογικά και διαβητολογικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων, των αγροτικών νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Σε αρκετές περιπτώσεις ειδικοί οφθαλμίατροι που στελεχώνουν τα γενικά νοσοκομεία επισκέπτονται αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας μία φορά την εβδομάδα γεγονός που καθιστά την πρόσβαση στον οφθαλμίατρο ιδιαίτερα εύκολη.

Γ) Η παραπομπή των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση στο δημόσιο τομέα δεν υπόκειται σε περιορισμούς που αφορούν την οικονομική κατάσταση των ασθενών και το κόστος της εξέτασης όπως συμβαίνει στον ιδιωτικό τομέα. Το κόστος της εξέτασης ανέρχεται στην τιμή των έξι ευρώ και θεωρείται ποσό μη απαγορευτικό για τη μεγάλη πλειονότητα των διαβητικών ασθενών.

Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών στην Κύπρο δεν εφαρμόζονται προς το παρόν και ουσιαστικά, η φροντίδα τους εξαρτάται από τις γνώσεις και τις συμπεριφορές των γενικών ιατρών και των παθολόγων που εμπλέκονται στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών. Τον Ιανουάριο του 2014 ξεκίνησε η πρώτη απόπειρα συγγραφής ειδικών κατευθυντήριων οδηγιών που να αφορούν την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του από ομάδα ειδικών. Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας, οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες θα εμφανίζονται στην ηλεκτρονική σελίδα του Υπουργείου Υγείας και θα αποσταλούν επίσης σε όλα τα κέντρα υγείας για εφαρμογή από τους γενικούς ιατρούς.

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, σύμφωνα με τα πρωτόκολλα καλής πρακτικής, οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να παραπέμπονται από τους παθολόγους και τους γενικούς ιατρούς στους οφθαλμίατρους για εξειδικευμένη εξέταση με βυθοσκόπηση για διάγνωση και σταδιοποίηση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, όμως αυτό έγκειται σε ατομικές προθέσεις των ιατρών στα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας.

Πιο κάτω γίνεται μια περιγραφή του κυπριακού συστήματος υγείας, αναφορά στους γενικούς ιατρούς που στελεχώνουν το πρωτοβάθμιο επίπεδο υγείας και περιγραφή των κλινικών μονοπατιών (clinical pathways) υγείας που ακολουθούνται από τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη στην Κύπρο καθώς και τις διαδικασίες παραπομπής των ασθενών αυτών για οφθαλμολογική εκτίμηση.

2.6 Κυπριακό σύστημα υγείας:

Σήμερα , το σύστημα υγείας στην Κύπρο βασίζεται σε δύο ξεχωριστούς πυλώνες. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας με κύρια πηγή χρηματοδότησης τον προϋπολογισμό για την υγεία μέσω της γενικής φορολογίας ακολουθεί το μοντέλο Beveridge (Παυλάκης , Ζαχαριάδου, 2011). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η χρηματοδότηση προέρχεται από τη γενική φορολογία άμεση και έμμεση, είναι οργανωμένο αποκεντρωτικά και οι παραγωγοί υπηρεσιών υγείας (επαγγελματίες υγείας) ανήκουν στο δημόσιο. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε δημόσιους υπαλλήλους, κρατικούς αξιωματούχους και στρατιωτικούς με μικρή πληρωμή. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε πολύτεκνους, ανάπηρους και χρόνιους ασθενείς με μικρή συνδρομή. Για τον υπόλοιπο πληθυσμό τα κριτήρια για δωρεάν περίθαλψη ή πληρωμή μέρους ή όλων των τελών είναι ανάλογα των εισοδημάτων και της οικογενειακής κατάστασης τους. Έτσι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η κάλυψη δεν είναι καθολική αλλά φθάνει το 80% - 85% του πληθυσμού . Ο άλλος πυλώνας είναι ο ιδιωτικός που ακολουθεί τις αρχές του φιλελεύθερου μοντέλου με κύρια πηγή χρηματοδότησης την ιδιωτική ασφάλιση και τις ατομικές άμεσες πληρωμές από τους πολίτες. Στον ιδιωτικό τομέα, η νεοφιλελεύθερη πολιτική υγείας που επικρατεί σε συνάρτηση με την κρατική παρέμβαση η οποία είναι από περιορισμένη έως ανύπαρκτη και την ελευθερία επιλογής η οποία είναι ιδιαίτερα αυξημένη δημιουργούν ένα μοντέλο που διέπεται από αρχές αντίθετες από αυτές που διέπουν το κρατικό σύστημα υγείας (Κυριόπουλος , Νιάκας , 1994)

Εκτός όμως από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα υγείας , υπηρεσίες προσφέρονται και από ημι-κυβερνητικές υπηρεσίες. Στην κατηγορία αυτή ανήκει το ογκολογικό κέντρο της Τράπεζας Κύπρου, το Παρασκευαεΐδιο Μεταμοσχευτικό Κέντρο και το Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου. Στην περίπτωση αυτή μέρος του κόστους λειτουργίας καλύπτεται μέσω του

κρατικού προϋπολογισμού και το υπόλοιπο μέρος καλύπτεται από τη χρηματοδότηση των ασθενών. Η μελέτη αυτή αφορά τις υπηρεσίες που παρέχονται από τον δημόσιο τομέα ο οποίος αποτελεί τον βασικό τομέα που ελέγχεται από το κράτος και του οποίου οι υπηρεσίες υφίστανται οργάνωση σύμφωνα με τις πολιτικές υγείας του κράτους.

Στο δημόσιο τομέα η παροχή υπηρεσιών υγείας χωρίζεται σε τρία επίπεδα:

A. Πρωτοβάθμιο επίπεδο:

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο αποτελεί την πρώτη γραμμή επικοινωνίας των πολιτών με το υγειονομικό σύστημα και αφορά την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία κοινών προβλημάτων υγείας που δε χρειάζονται νοσοκομειακή περίθαλψη καθώς και την αντιμετώπιση ελαφρών εκτάκτων περιστατικών. Η παρακολούθηση ασθενών με χρόνιες ασθένειες όπως αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερχοληστερολαιμία κλπ γίνεται επίσης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Επιπλέον στόχος της πρωτοβάθμιας ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης είναι η αγωγή υγείας, η διαφώτιση πάνω σε φλέγοντα θέματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης τους και η ενημέρωση σε θέματα καλής και σωστής διατροφής. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται επίσης υγειονομική περίθαλψη στη μητέρα και το παιδί σε ειδικές κλινικές και επίσης παρέχεται ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας στην Κύπρο προσφέρονται από τα αστικά κέντρα υγείας, τα αγροτικά κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων (Πίνακας 5).

Τα αστικά κέντρα υγείας βρίσκονται στις ευρύτερες περιοχές των πόλεων, τα αγροτικά υγειονομικά κέντρα βρίσκονται στις μεγάλες αγροτικές κοινότητες και ένας μικρός αριθμός υποκέντρων εξυπηρετούν μικρότερες κοινότητες. Τα δημόσια αστικά κέντρα υγείας στελεχώνονται από 3-8 γενικούς γιατρούς ενώ τα δημόσια αγροτικά κέντρα υγείας στελεχώνονται από 1 γενικό γιατρό. Τις περισσότερες φορές οι γενικοί ιατροί που στελεχώνουν τα αγροτικά και αστικά κέντρα του δημόσιου τομέα περιοδεύουν στα αγροτικά υπόκεντρα μία φορά την εβδομάδα. Οι κύριες υπηρεσίες που προσφέρονται στα κέντρα αυτά είναι διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες αλλά και υπηρεσίες ψυχικής υγείας και φαρμακευτική αγωγή. Τα αστικά και αγροτικά κέντρα σε κάθε πόλη και επαρχία φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 5

*Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο δημόσιο τομέα της Κύπρου.
 Αστικά και αγροτικά δημόσια κέντρα υγείας σε κάθε πόλη και επαρχία*

	Λευκωσία	Λεμεσός	Λάρνακα	Πάφος	Αμμόχωστος
Αστικά κέντρα	Καϊμακλίου, Στροβόλου Ι, Στροβόλου ΙΙ, Αγλαντζιάς, Αγίου Δομετίου, Έγκωμης, Λακατάμιας, Ανθούπολης, Λατσιών, Ιδαλίου, Τσερίου, Παλαιού Νοσοκομείου Λευκωσίας	Παλαιού Νοσοκομείου Λεμεσού , Λινόπετρας	Παλαιού Νοσοκομείου Λάρνακας		
Αγροτικά κέντρα	Ευρύχου, Πεδουλά, Κλήρου, Κάμπου, Παλαιχωρίου, Ακακίου	Αγρού, Ομόδους, Αυδήμου, Κελλακίου, Πλατρών, Πάχνας	Λευκάρων, Κοφίνου, Αθηαίνου	Πύργου, Τυλληρίας, Παναγιάς, Σαλαμιούς, Φύτης	Ορμήδειας, Αυγόρου.

B. Δευτεροβάθμιο επίπεδο

Το Δευτεροβάθμιο επίπεδο του συστήματος Υγείας αφορά στην ειδική αντιμετώπιση όλων των περιστατικών που παραπέμπονται από τους επαγγελματίες υγείας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, για να δοθεί εξειδικευμένη αγωγή στα νοσοκομεία κάτω από ειδική παρακολούθηση. Επίσης αφορά περιστατικά που απαιτούν ειδική φροντίδα ή και ενδονοσομειακή νοσηλεία. Παρεμβάσεις όπως εγχειρήσεις, ειδικές εξετάσεις, κ.α. παρέχονται στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας φροντίδας. Δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται σε όλα τα γενικά νοσοκομεία της Κύπρου.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από μικρά αγροτικά νοσοκομεία σε σχετικά απομονωμένες γεωγραφικές περιοχές και από τα τέσσερα γενικά νοσοκομεία των πόλεων της ελεύθερης Κύπρου όπως φαίνεται στον πίνακα 6. Πρόκειται για νοσοκομειακή περίθαλψη που χρειάζεται ειδικευμένο ιατρικό και παραιατρικό προσωπικό και κατάλληλο εξοπλισμό.

Πίνακας 6

Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας στο δημόσιο τομέα της Κύπρου.

Αγροτικά Νοσοκομεία	Γενικά Νοσοκομεία
Κυπερούντας, Παραλιμνίου, Πόλης Χρυσοχούς	Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Πάφου

Γ. Τριτοβάθμιο επίπεδο

Γενικά, το Τριτοβάθμιο επίπεδο συγκρότησης του συστήματος Υγείας παρέχει πολύ εξειδικευμένες υπηρεσίες Υγείας και παραπέμπονται σε αυτό περιστατικά που εκτός από εξειδικευμένη νοσοκομειακή αγωγή, προσφέρονται και για επιστημονική έρευνα. Στην περίπτωση αυτή οι θεραπευτικές υπηρεσίες που παρέχονται απαιτούν εισαγωγή στα αντίστοιχα τμήματα των νοσοκομείων , εξειδικευμένο ιατρικό και παραιατρικό προσωπικό και εξειδικευμένο εξοπλισμό (Ιωαννίδη, Λοπατατζίδη, Μάντη , 1999) .

Όσον αφορά στις τριτοβάθμιες υπηρεσίες της Κύπρου αυτές είναι τόσο διαγνωστικές όσο και θεραπευτικές και απαιτούν εξειδικευμένο εξοπλισμό, εξειδικευμένες γνώσεις και συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. Παρέχονται από εξειδικευμένα τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας όπως π.χ το καρδιοχειρουργικό και το νευροχειρουργικό τμήμα και εξειδικευμένα νοσοκομεία όπως το Νοσοκομείο Αθαλάσσας (ψυχιατρικές υπηρεσίες) και το Μακάρειο Νοσοκομείο με την εντατική μονάδα νεογνών.

Ανάμεσα στα τρία επίπεδα του συστήματος υγείας πρέπει να υπάρχει συνεργασία και συντονισμός για την όσο το δυνατό καλύτερη και αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος . Ιδιαίτερα ανάμεσα στο πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο , η καλή συνεργασία θα έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη περίθαλψη του ασθενούς, τη μείωση των δαπανών για την υγεία και την αύξηση του αισθήματος αξιοπιστίας απέναντι στους γιατρούς και στο σύστημα υγείας γενικότερα. Πιο συγκεκριμένα, η συνεργασία των γενικών ιατρών με τους συναδέλφους τους άλλων ειδικοτήτων θα μπορούσε ίσως να μειώσει τον αριθμό των ασθενών που παραπέμπονται στους ειδικούς ιατρούς , να μειώσει τον αριθμό των ασθενών που παραπέμπονται για εξειδικευμένες εξετάσεις και να βοηθήσει ώστε η διεκπεραίωση των περιστατικών να είναι πιο γρήγορη και πιο αποτελεσματική.

Στον ιδιωτικό τομέα υγείας προσφέρονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

2.7 Οι γενικοί ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Κύπρου

Οι γενικοί ιατροί που στελεχώνουν την πρωτοβάθμια βαθμίδα υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα παλαιότερα ήταν απλά πτυχιούχοι ιατρικής από διάφορα πανεπιστήμια του εξωτερικού αφού στην Κύπρο δεν υπήρχε ιατρική σχολή, οι οποίοι συμπλήρωναν πρακτική εκπαίδευση στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας για 18 μήνες. Η εκπαίδευση αυτή περιελάμβανε 6 μήνες πρακτική στην Παθολογική κλινική, 6 μήνες στη χειρουργική κλινική, 2 μήνες στην παιδιατρική κλινική, 2 μήνες στη ψυχιατρική κλινική και 2 μήνες στο Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών. Μετά τη συμπλήρωση της εκπαίδευσης αυτής οι πτυχιούχοι της ιατρικής είχαν το δικαίωμα να ασκήσουν αυτόνομα την ιατρική και διορίζονταν στα αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας ή επέλεγαν να εργαστούν στον ιδιωτικό τομέα. Στα δημόσια κέντρα υγείας μπορούσαν να εργοδοτηθούν ως γενικοί ιατροί και ειδικοί ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων εάν υπήρχαν κενές θέσεις και αυξημένες ανάγκες μέχρι να διοριστούν στις κανονικές τους θέσεις.

Στο τέλος της δεκαετίας του 1980, άρχισαν να έρχονται οι πρώτοι γενικοί ιατροί που απέκτησαν την ειδικότητα γενικής ιατρικής σε χώρες του εξωτερικού και κυρίως στην Ελλάδα και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τότε τοποθετείται χρονικά η αναγνώριση και η καθιέρωση της ειδικότητας της γενικής ιατρικής στην Κύπρο. Παράλληλα, μεγάλος αριθμός ιατρών που υπηρετούσαν για πολλά χρόνια ως ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας χωρίς να έχουν ειδικότητα γενικής ιατρικής επιδίωξαν την αναβάθμιση τους. Μετά από διαβήματα, πέτυχαν ομαδική ταχύρρυθμη εκπαίδευση στη γενική ιατρική στην Κύπρο. Συγκεκριμένα, το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Surrey του Ηνωμένου Βασιλείου προσέφερε μη συνεχή εκπαίδευση μέχρι τη συμπλήρωση 2,5 ετών παρέχοντας δίπλωμα μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στη γενική ιατρική σε όλους τους συμμετέχοντες. Η εκπαίδευση αυτή μαζί με την πολύχρονη εμπειρία στη θέση του ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας οδήγησε το Ιατρικό Συμβούλιο Κύπρου στην αναγνώριση της ειδικότητας της γενικής ιατρικής στους ιατρούς που πέρασαν από τη συγκεκριμένη διαδικασία.

Οι περισσότεροι γενικοί ιατροί στην Κύπρο δεν έχουν εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους δρώντας αυτόνομα . Επομένως η διαχείριση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη στηρίζεται στις δικές τους γνώσεις και συμπεριφορές αφού δεν υπάρχουν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που να αφορούν τη διαχείριση των ασθενών με ΣΔ στην Κύπρο. Ουσιαστικά κατά την καθημερινή άσκηση της ιατρικής οι γενικοί ιατροί δεν έχουν καμιά στήριξη ή ιδιαίτερη συνεργασία με άλλους γιατρούς. Επίσης δεν υφίσταται κανένας έλεγχος ή επίβλεψη από το Υπουργείο Υγείας με αποτέλεσμα οι πρακτικές και οι συμπεριφορές τους να βασίζονται στη δική τους συνείδηση και υπευθυνότητα . Επίσης στα ιατρεία που εξετάζουν τους διαβητικούς ασθενείς δεν υπάρχει κατάλληλος εξοπλισμός για διενέργεια έστω αδρής οφθαλμολογικής εξέτασης όπως οπτότυπο για έλεγχο της οπτικής οξύτητας, άμεσο οφθαλμοσκόπιο για βυθοσκόπηση κλπ , με αποτέλεσμα η οφθαλμολογική εξέταση από οφθαλμίατρο να είναι απαραίτητη για τον έλεγχο όλων των διαβητικών ασθενών, τη σταδιοποίηση της διαβητικής τους αμφιβληστροειδοπάθειας και τον ορισμό της συχνότητας των επανεξετάσεων τους ανάλογα με τα ευρήματα. Αυτό επίσης είναι αναγκαίο να γίνεται αφού δεν υπάρχει στην Κύπρο εθνικό πρόγραμμα μαζικής διαλογής των διαβητικών ασθενών για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

2.8 Διαδικασίες και δομές φροντίδας των διαβητικών ασθενών στο δημόσιο τομέα:

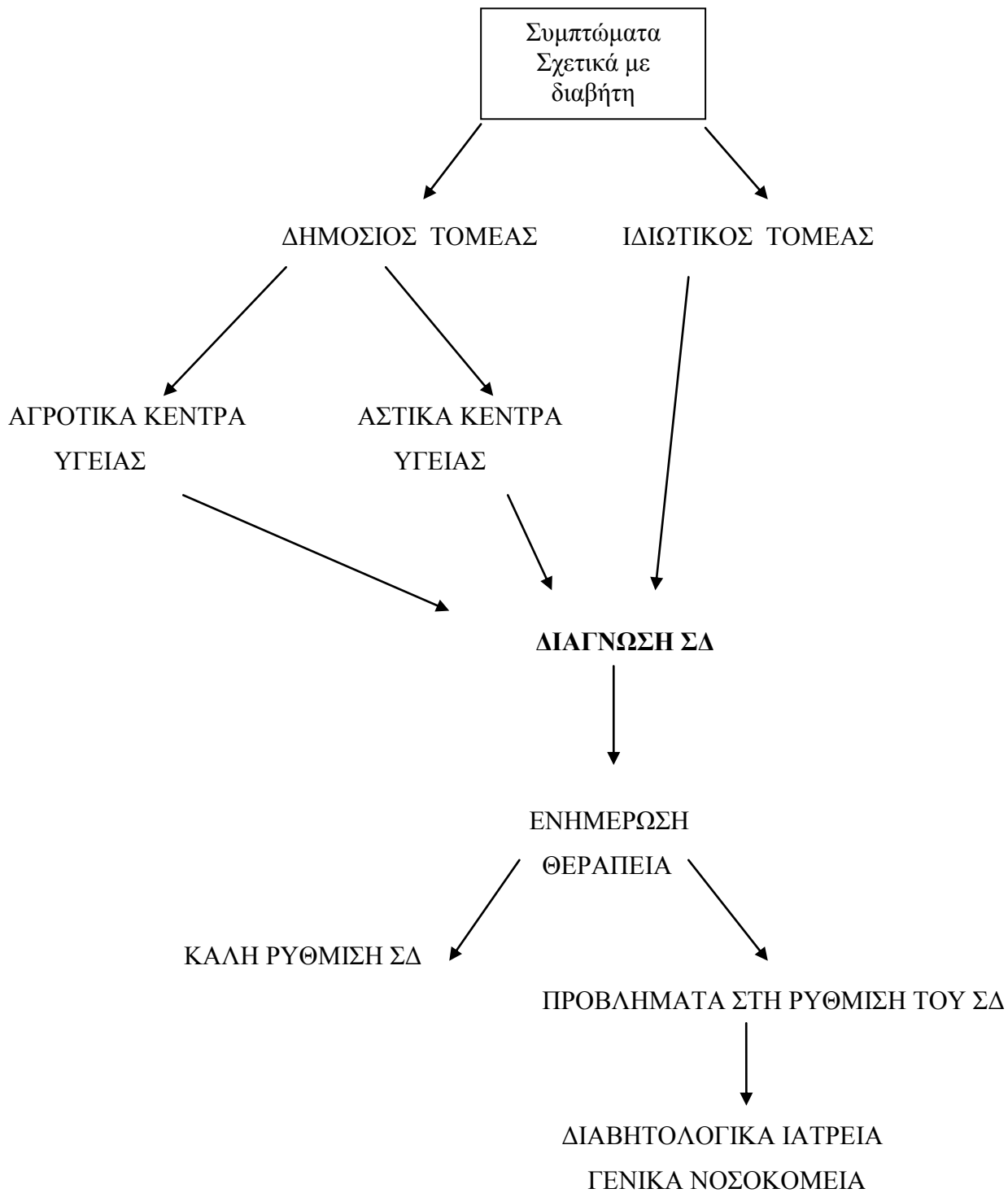
Η διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη γίνεται συνήθως από τους γενικούς ιατρούς μετά από επίσκεψη του ασθενή στα κέντρα υγείας για γενικές εξετάσεις ρουτίνας ή επειδή παρουσιάζει κάποια συμπτώματα. Όταν ο γενικός ιατρός υποψιάζεται ότι ο ασθενής έχει ΣΔ θα παραπέμψει τον ασθενή να κάνει κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις . Αμέσως μετά τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη , ο διαβητικός ασθενής ενημερώνεται για τη νόσο του , λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία η οποία μπορεί να είναι αγωγή από το στόμα ή ενέσεις ινσουλίνης, ενημερώνεται για το πλάνο παρακολούθησης του και ορίζεται το επόμενο ραντεβού του. Η παρακολούθηση γίνεται στη συνέχεια κάθε δύο μήνες κυρίως για σκοπούς συνταγογράφησης εκτός και αν η κλινική κατάσταση απαιτεί επανεξέταση σε συντομότερο χρονικό διάστημα. Ο

διαβητικός ασθενής παροτρύνεται να ελέγχει μόνος του καθημερινά τις τιμές του σακχάρου του αίματος με το ειδικό μηχανάκι μέτρησης της γλυκόζης το οποίο μπορεί να προμηθευτεί από το νοσοκομείο και να αναγράφει τις τιμές καθημερινά σε προσωπικό ημερολόγιο . Σε περίπτωση που υπάρχει δυσκολία στη ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη ο ασθενής παραπέμπεται στα διαβητολογικά ιατρεία των Γενικών Νοσοκομείων . Τα διαβητολογικά ιατρεία λειτουργούν στα τέσσερα γενικά νοσοκομεία των πόλεων και στελεχώνονται από παθολόγους με εξειδίκευση στο σακχαρώδη διαβήτη. Μόλις επιτευχθεί ικανοποιητική ρύθμιση του σακχάρου οι ασθενείς παραπέμπονται πίσω στα κέντρα υγείας στα οποία έγινε αρχικά η διάγνωση για να συνεχίσουν τη θεραπεία και την παρακολούθηση τους. Μία φορά την εβδομάδα στα διαβητολογικά ιατρεία λειτουργεί κλινική «διαβητικού ποδιού» στην οποία αξιολογείται η καλή υγεία των κάτω άκρων από μια διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από παθολόγο, νευρολόγο και ποδίατρο. Ανάλογα με τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης οι διαβητικοί ασθενείς παρακολουθούνται στο ιατρείο αυτό ή λαμβάνουν εξιτήριο για επιστροφή στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας με δυνατότητα εκ νέου παραπομπής .

Συνοπτικά η φροντίδα των διαβητικών ασθενών στο δημόσιο τομέα του συστήματος υγείας της Κύπρου παρατίθεται διαγραμματικά παρακάτω:

Πίνακας 7

Διαγραμματική απεικόνιση των δομών φροντίδας των διαβητικών ασθενών στο δημόσιο τομέα.



2.9 Παραπομπή των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση

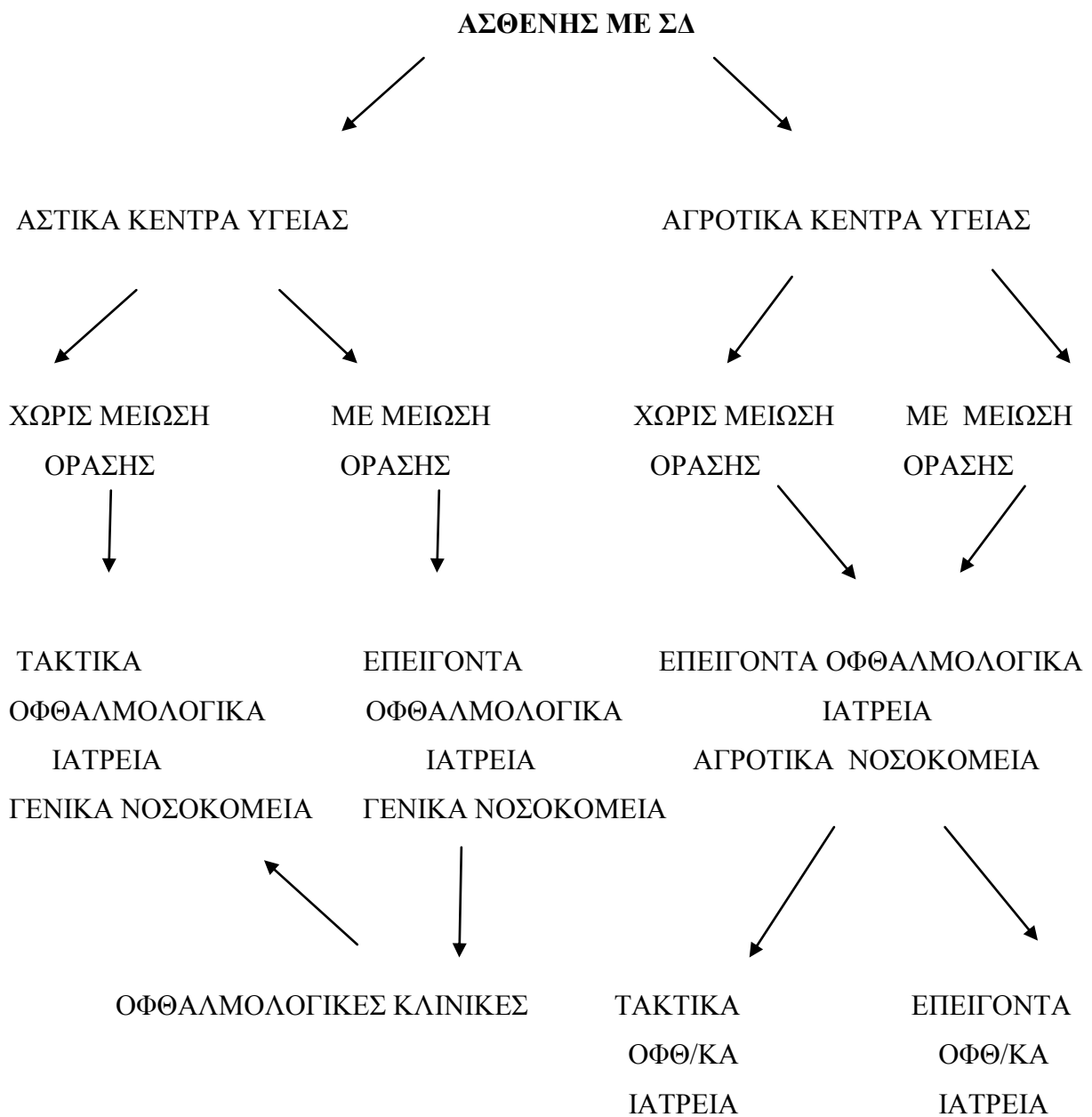
Όσον αφορά στην παραπομπή στον οφθαλμίατρο , στην περίπτωση των δημόσιων αστικών κέντρων υγείας η παραπομπή μπορεί να γίνει απευθείας από τους γενικούς γιατρούς στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ή στα επείγοντα εξωτερικά οφθαλμολογικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων ανάλογα με τα συμπτώματα των ασθενών . Αν ο λόγος της παραπομπής είναι η έναρξη παρακολούθησης από οφθαλμίατρο χωρίς ο διαβητικός ασθενής να αναφέρει συμπτώματα τότε η παραπομπή γίνεται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία όπου ορίζεται ραντεβού σε συγκεκριμένη ημερομηνία με οφθαλμίατρο. Αν όμως ο λόγος της παραπομπής είναι η αιφνίδια μείωση ή απώλεια της όρασης του διαβητικού ασθενούς η παραπομπή γίνεται στα επείγοντα οφθαλμολογικά ιατρεία όπου η εξέταση γίνεται συνήθως την ίδια ημέρα . Αμέσως μετά την εξέταση γίνεται αξιολόγηση της οφθαλμολογικής κατάστασης του ασθενούς και αν κρίνεται αναγκαίο, γίνεται παραπομπή στην οφθαλμολογική κλινική όπου υπάρχει ο τεχνολογικός εξοπλισμός για εξειδικευμένες εξετάσεις που τυχόν χρειάζονται και θεραπεία ή παραπομπή στα εξωτερικά τακτικά οφθαλμολογικά ιατρεία για παρακολούθηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα αν ο λόγος της μειωμένης όρασης δεν χρειάζεται επείγουσα θεραπεία όπως π.χ ο καταρράκτης . Όσον αφορά στα αγροτικά κέντρα υγείας η παραπομπή σε οφθαλμίατρο μπορεί να γίνει στα επείγοντα οφθαλμολογικά ιατρεία στα αγροτικά νοσοκομεία τα οποία στελεχώνονται από ειδικό οφθαλμίατρο και λειτουργούν μία φορά την εβδομάδα. Όπως έχει αναφερθεί πιο πάνω ειδικός οφθαλμίατρος που εργάζεται σε γενικό νοσοκομείο επισκέπτεται τα αγροτικά νοσοκομεία μία φορά την εβδομάδα . Εκεί γίνεται μια πρώτη εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και αν κριθεί αναγκαίο ακολουθεί η παραπομπή του είτε στα τακτικά είτε στα επείγοντα οφθαλμολογικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων . Κατά παρόμοιο τρόπο γίνεται η παραπομπή των διαβητικών ασθενών και στους ειδικούς γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Ως αποτέλεσμα της ανυπαρξίας προγράμματος μαζικής διαλογής των διαβητικών για διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και της μη εκπαίδευσης των γενικών ιατρών καθώς και της απουσίας του βασικού εξοπλισμού για διενέργεια αδρής οφθαλμολογικής εκτίμησης το έργο αυτό στην

Κύπρο επωμίζονται οι ειδικοί οφθαλμίατροι. Η διαδικασία παραπομπής των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση φαίνεται διαγραμματικά στο παρακάτω σχήμα:

Πίνακας 8:

Διαδικασία παραπομπής των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση



Στον ιδιωτικό τομέα η διαδικασία παραπομπής των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση είναι πολύ πιο απλή αφού ο γενικός ιατρός ή παθολόγος απλά συνιστά στο διαβητικό ασθενή να επισκεφτεί ειδικό οφθαλμίατρο. Από εκεί και πέρα, είναι ευθύνη του ασθενούς η διευθέτηση ραντεβού με τον ειδικό ιατρό.

Ανακεφαλαιώνοντας, στο δεύτερο κεφάλαιο έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση της φροντίδας των διαβητικών ασθενών από το παρελθόν μέχρι τις μέρες μας στα συστήματα υγείας των διαφόρων χωρών. Στη συνέχεια έγινε αναφορά στην επιδημιολογία της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, στις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και στα μαζικά προγράμματα διαλογής που αφορούν τη διαχείριση των διαβητικών ασθενών σε διεθνές επίπεδο. Ακολούθως έγινε αναφορά στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών στην Κύπρο με περιγραφή των δομών και των διαδικασιών φροντίδας των διαβητικών ασθενών στο δημόσιο τομέα του συστήματος υγείας της Κύπρου και των διαδικασιών παραπομπής των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση. Στο επόμενο κεφάλαιο θα γίνει λεπτομερής περιγραφή της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε κατά τη διενέργεια της συγκεκριμένης έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Μεθοδολογία

Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την πραγματοποίηση του ερευνητικού μέρους της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής.

3.1 Σκοπός και στόχοι

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να καταγράψει και να αξιολογήσει τις γνώσεις και τις συμπεριφορές των γενικών ιατρών που εργάζονται στα αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας και των παθολόγων που εργάζονται στα διαβητολογικά ιατρεία και στα εξωτερικά παθολογικά ιατρεία σχετικά με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια στην Κύπρο.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- i. Η διερεύνηση των γνώσεων και αντιλήψεων των παθολόγων και γενικών ιατρών ως προς το σακχαρώδη διαβήτη και τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια
- ii. Η διερεύνηση της συμπεριφοράς των παθολόγων και των γενικών ιατρών όσον αφορά την παραπομπή των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση
- iii. Η συσχέτιση της συμπεριφοράς αυτής με την εκπαίδευση και την επαγγελματική εμπειρία των ιατρών που συμμετέχουν στην έρευνα
- iv. Η παρουσίαση προτάσεων για βελτίωση της κατάστασης ώστε να συνάδει με διεθνή πρωτόκολλα και ιατρική βασιζόμενη σε αποδείξεις (διεθνή πρότυπα).

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση τους στόχους της έρευνας προέκυψαν τα πιο κάτω ερευνητικά ερωτήματα :

- i. Έχουν οι ιατροί γνώση της σχέσης μεταξύ διαβήτη και διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας ;
- ii. Γνωρίζουν οι γενικοί ιατροί και παθολόγοι τη σημασία της οφθαλμολογικής εξέτασης για την έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας;
- iii. Πόσο συχνά παραπέμπουν οι παθολόγοι και οι γενικοί ιατροί τους διαβητικούς ασθενείς για οφθαλμολογική εξέταση ;
- iv. Υπάρχουν διαφορές όσον αφορά τη συμπεριφορά αυτή ανάμεσα στους παθολόγους και τους γενικούς ιατρούς;
- v. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της συμπεριφοράς αυτής και της εκπαίδευσης ή των χρόνων επαγγελματικής εμπειρίας των γενικών ιατρών και των παθολόγων;
- vi. Συνάδει η συμπεριφορά των παθολόγων και των γενικών ιατρών όσον αφορά την παραπομπή των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση στην Κύπρο με τη συμπεριφορά των ιατρών αυτών σε άλλες χώρες που βασίζεται σε διεθνή πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες;
- vii. Ποια μέτρα μπορούν να ληφθούν ώστε να βελτιωθεί η παρούσα κατάσταση;

3.3 Σχεδιασμός έρευνας

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή είναι μια ποσοτική συγχρονική μελέτη επισκόπησης στην οποία οι γενικοί ιατροί που εργάζονται στα αγροτικά και αστικά κέντρα υγείας της ελεύθερης Κύπρου και οι παθολόγοι που εργάζονται στα εξωτερικά παθολογικά ιατρεία και στα διαβητολογικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων καλούνται να αποτυπώσουν ανώνυμα τις γνώσεις, τις συμπεριφορές και τις πρακτικές τους σχετικά με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια μέσω ενός δομημένου ερωτηματολογίου. Το ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια με βάση τους συγκεκριμένους σκοπούς της μελέτης και σε συνεργασία με ειδικούς στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών.

Ο σχεδιασμός του έγινε με ιδιαίτερη προσοχή ώστε να συλλέγονται οι απαραίτητες πληροφορίες υποβάλλοντας στους συμμετέχοντες συγκεκριμένα ερωτήματα αναζητώντας την ελεύθερη και απρόσκοπτη έκφραση της γνώμης τους. Ιδιαίτερη επίσης σημασία δόθηκε ώστε να διασφαλιστεί η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου και κυρίως η εγκυρότητα του περιεχομένου και η δομική εγκυρότητα. Όσον αφορά στην εγκυρότητα του περιεχομένου έγινε προσπάθεια τα θέματα που εξετάζονται στην έρευνα να συμπεριληφθούν στην κατασκευή του ερωτηματολογίου. Όσον αφορά δε στη δομική εγκυρότητα έγινε προσπάθεια ώστε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο να ελέγχει τη συσχέτιση ενός θέματος με άλλα θέματα ή δομές.

Αποτελείται από είκοσι πέντε ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι κλειστές ερωτήσεις δίνουν τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να επιλέξουν μεταξύ προκαθορισμένων απαντήσεων. Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο οι κλειστές ερωτήσεις είναι πολλαπλής επιλογής δίνοντας τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να επιλέξουν την καταλληλότερη για αυτούς απάντηση.

Οι κυριότερες μεταβλητές προς διερεύνηση στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι η φροντίδα των διαβητικών ασθενών, οι γνώσεις των παθολόγων και των γενικών ιατρών όσον αφορά τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και οι συμπεριφορές και πρακτικές των παθολόγων και των γενικών ιατρών σχετικά με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια όπως φαίνεται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9

Μεταβλητές προς διερεύνηση στο ερωτηματολόγιο

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
3 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	10 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	12 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

3.3.1 Φροντίδα των διαβητικών ασθενών

Όσον αφορά στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών ερωτώνται πόσους ασθενείς εξετάζουν κάθε μήνα , τι τύπο διαβήτη έχουν συνήθως και ποια η συχνότητα των επανεξετάσεων των ασθενών αυτών.

3.3.2 Γνώσεις , συμπεριφορές και πρακτικές

Οι γνώσεις των παθολόγων και γενικών ιατρών σχετικά με το ΣΔ και τη ΔΑ γίνεται προσπάθεια να ανιχνευθούν από τις απαντήσεις τους σχετικά με τις επιπλοκές του ΣΔ, τη σχέση της ΔΑ με τον τύπο του ΣΔ, τη χρονική διάρκεια του ΣΔ και την καλή ρύθμιση του σακχάρου καθώς και τα συμπτώματα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Τέλος όσον αφορά στη συμπεριφορά των γενικών ιατρών για τη ΔΑ ερωτώνται αν ενημερώνουν του ασθενείς τους για τη σημασία της οφθαλμολογικής εξέτασης, πότε παραπέμπουν τους ασθενείς να επισκεφθούν οφθαλμίατρο , αν παραπέμπουν όλους τους διαβητικούς ασθενείς για οφθαλμολογική εξέταση ή μόνο αυτούς που παραπονούνται για προβλήματα όρασης κλπ.

3.3.3 Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. Συγκεκριμένα στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν 13 ερωτήσεις που αφορούν το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, τη χρονική διάρκεια του ιατρικού επαγγέλματος, την πραγματοποίηση μεταπτυχιακών ή διδακτορικών σπουδών, τη συμμετοχή σε σεμινάρια ή συνέδρια, το βαθμό εξοικείωσης με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, το βαθμό εξοικείωσης με το διαδίκτυο και τη χρήση του διαδικτύου για έρευνα στο σπίτι ή στην εργασία.

3.3.4 Πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου

Αρχικά, έγινε πιλοτική διανομή πέντε ερωτηματολογίων τυχαία σε δύο παθολόγους και τρεις γενικούς ιατρούς και ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να διατυπώσουν τυχόν ερωτήσεις, διευκρινήσεις και απορίες που αφορούσαν το ερωτηματολόγιο. Παρατηρήσεις και διορθώσεις λήφθηκαν υπόψη και ακολούθησε αναπροσαρμογή του ερωτηματολογίου το οποίο έλαβε την τελική του μορφή τον Ιανουάριο του 2014 (Παράρτημα Ι).

Ακολούθησε η διανομή των ερωτηματολογίων στα γενικά νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας τον Ιανουάριο και το Φεβρουάριο του 2014. Έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία με τον επικεφαλής κάθε παθολογικού και διαβητολογικού ιατρείου στα γενικά νοσοκομεία της ελεύθερης Κύπρου και των κέντρων υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας, οι ιατροί ενημερώθηκαν για την έρευνα αναλυτικά, συγκατατέθηκαν προφορικά για τη συμμετοχή σε αυτή και έλαβαν το ερωτηματολόγιο, το οποίο κλήθηκαν να συμπληρώσουν ανώνυμα. Η μέση χρονική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 5 λεπτά.

3.4 Πληθυσμός της μελέτης

Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελείται από ειδικούς παθολόγους και γενικούς γιατρούς που εργάζονται στα διαβητολογικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων, στα εξωτερικά παθολογικά ιατρεία και στα αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας των επαρχιών της ελεύθερης Κύπρου αντίστοιχα. Κριτήριο εισδοχής στη μελέτη ήταν η παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε περισσότερους από δέκα διαβητικούς ασθενείς το μήνα. Όσον αφορά τα κέντρα υγείας έγινε προσπάθεια να συμπεριληφθούν όσο το δυνατό περισσότερα κέντρα υγείας από κάθε επαρχία. Και σε αυτή την περίπτωση ως κριτήριο συμπερίληψης των συγκεκριμένων κέντρων στην έρευνα ήταν η παροχή φροντίδας σε περισσότερους από δέκα διαβητικούς ασθενείς κάθε μήνα. Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 10) φαίνονται αναλυτικά τα κέντρα που συμμετείχαν στη μελέτη καθώς επίσης και τα διαβητολογικά ιατρεία και τα εξωτερικά παθολογικά ιατρεία και στην παρένθεση αναγράφεται ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνουν κάθε κέντρο.

Πίνακας 10

Τα κέντρα υγείας, τα διαβητολογικά ιατρεία και τα εξωτερικά παθολογικά ιατρεία που συμμετείχαν στη μελέτη. Στην παρένθεση αναγράφεται ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνει κάθε κέντρο ή ιατρείο.

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ
Κ.Υ. ΚΑΙΜΑΚΛΙΟΥ (6)	Γ.Ν. ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ (2)	Γ.Ν. ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ (2)
Κ.Υ. ΉΓΚΩΜΗΣ (4)	Γ.Ν. ΛΕΜΕΣΟΥ (3)	Γ.Ν. ΠΑΦΟΥ (5)
Κ.Υ. ΛΑΚΑΤΑΜΙΑΣ (5)		

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ
Κ.Υ. ΛΑΤΣΙΩΝ (3)		
Κ.Υ. ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ(7)		
Κ.Υ. ΑΓΓΛΑΝΤΖΙΑΣ (6)		
Κ.Υ. ΛΙΝΟΠΕΤΡΑΣ (3)		
ΠΑΛΑΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ (10)		
ΠΑΛΑΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΝΑΚΑΣ (10)		

Στην επαρχία Λευκωσίας δόθηκαν 2 ερωτηματολόγια στο διαβητολογικό ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, 2 ερωτηματολόγια στα εξωτερικά παθολογικά ιατρεία του Γ.Ν. Λευκωσίας , 3 στο Κέντρο Υγείας Λατσιών, 6 στο Κέντρο Υγείας Καιμακλίου, 5 στο Κέντρο Υγείας Λακατάμιας, 1 στο Κέντρο Υγείας Τσερίου , 2 στο Κέντρο Υγείας Ιδαλίου, 5 στο Κέντρο Υγείας Έγκωμης , 6 στο Κέντρο Υγείας Στροβόλου και 6 στο Κέντρο Υγείας Αγλαντζιάς.

Στην επαρχία Λεμεσού δόθηκαν 10 ερωτηματολόγια στο Παλαιό Νοσοκομείο Λεμεσού , 3 στο Κέντρο Υγείας Λινόπετρας και 3 στο διαβητολογικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού.

Στην επαρχία Λάρνακας δόθηκαν 10 ερωτηματολόγια στο Παλαιό Νοσοκομείο Λάρνακας.

Στην επαρχία Πάφου δόθηκαν 5 ερωτηματολόγια στο γενικό νοσοκομείο της Πάφου.

3.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώθηκε ανώνυμα. Μία εβδομάδα μετά από τη διανομή των ερωτηματολογίων ακολούθησε η συλλογή τους από κάθε νοσοκομείο και κέντρο υγείας ξεχωριστά σε κλειστούς φακέλους. Συγκεκριμένα έγινε τηλεφωνική επικοινωνία με τους επικεφαλής ιατρούς των κέντρων και των ιατειών οι οποίοι ερωτήθηκαν αν η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είχε ολοκληρωθεί και τότε θα μπορούσε να γίνει η συλλογή των φακέλων. Έτσι κατόπιν συνεννόησης έγινε η περισυλλογή των φακέλων που περιείχαν τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από κλητήρα ο οποίος τα παρέδωσε όλα μαζί στην ερευνήτρια.

Η διαδικασία περισυλλογής των ερωτηματολογίων είχε χρονική διάρκεια 30 περίπου μέρες .

3.5 Ηθική και Δεοντολογία

Για την πραγματοποίηση της έρευνας εξασφαλίστηκαν οι σχετικές άδειες από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου , από το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Επίσης όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη ενημερώθηκαν τόσο προφορικά μέσω των υπευθύνων των ιατειών, των γενικών νοσοκομείων και των κέντρων υγείας όσο και με ειδικό έντυπο που δόθηκε μαζί με το ερωτηματολόγιο για το σκοπό και τη σημασία της έρευνας και ζητήθηκε προφορικά η συναίνεση τους για τη συμμετοχή στην έρευνα. Διευκρινίστηκε ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν ανώνυμη, εθελοντική και οι απαντήσεις τύγχαναν εμπιστευτικότητας. Οι σχετικές εγκρίσεις παρατίθενται στο παράρτημα.

3.6 Ανάλυση δεδομένων

Μετά τη συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων , έγινε κωδικοποίηση των απαντήσεων και ακολούθησε η ηλεκτρονική καταχώρηση τους προκειμένου να επιτευχθεί η

στατιστική επεξεργασία τους με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS v 20.0 .
Ακολούθησε στατιστική ανάλυση με μεθόδους περιγραφικής στατιστικής , διατύπωση των αποτελεσμάτων της μελέτης και εξαγωγή συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Αποτελέσματα

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει παράθεση των αποτελεσμάτων της μελέτης όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα και στη συνέχεια θα ακολουθήσει η περιγραφή των αποτελεσμάτων που αφορούν την επαφή των γενικών ιατρών / παθολόγων με τους διαβητικούς ασθενείς και τις γνώσεις, τις συμπεριφορές και τις πρακτικές των συμμετεχόντων όσον αφορά τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και τη φροντίδα των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

4.1 Δημογραφικά στοιχεία

Συνολικά δόθηκαν 66 ερωτηματολόγια, από τα οποία παραλήφθηκαν συμπληρωμένα 58, ποσοστό ανταπόκρισης 86,36%. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου γίνεται τόσο περιγραφικά όσο και μέσα από τη χρήση πινάκων και γραφημάτων.

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 58 άτομα, από τα οποία 49 είχαν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής (84,4%) και 9 άτομα την ειδικότητα της παθολογίας (15,6%). Από τους συμμετέχοντες οι 11 ήταν άνδρες (19,6%) και 45 γυναίκες (80,4%), ενώ δύο άτομα δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή. Όσον αφορά στην ηλικία τους, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν μεταξύ 50-59 (43,9%) και 40-49 ετών (29,3%). Όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση 51 άτομα ήταν παντρεμένα (87,9%), 5 άτομα ήταν ανύπαντρα (8,6%) και 2 ήταν χήρες / χήροι (3,4%). Η πλειοψηφία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ζούσαν σε αστικές περιοχές (98,3%). Η χρονική διάρκεια άσκησης της ιατρικής μη συμπεριλαμβανομένης της ειδικότητας κυμαινόταν μεταξύ 1 και 15 έτη. Τα περισσότερα άτομα ασκούσαν την ειδικότητα τους για περισσότερα από 15 έτη (60,3%). Όσον αφορά στη μεταβασική και συνεχόμενη εκπαίδευση των συμμετεχόντων, από τους 58 συμμετέχοντες 36 πραγματοποίησαν μεταπτυχιακές σπουδές (62,1%) και 6 άτομα ολοκλήρωσαν διδακτορικές

σπουδές (10,9%). Πενήντα δύο άτομα από τα 58 απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν συμμετείχαν τουλάχιστον σε ένα σεμινάριο τους τελευταίους 12 μήνες (89,7%) και 50 άτομα συμμετείχαν τουλάχιστον σε ένα συνέδριο τους τελευταίους 12 μήνες (86,2%). Σχετικά με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή 14 άτομα δήλωσαν υψηλό βαθμό εξοικείωσης (24,1%), 30 ικανοποιητικό βαθμό (51,7%) και 14 άτομα μικρή εξοικείωση (24,1%) . Όσον αφορά στη χρήση του διαδικτύου 18 άτομα απάντησαν ότι είχαν υψηλή εξοικείωση (31,0%) , 23 άτομα ικανοποιητική εξοικείωση (39,7%) , 15 άτομα μικρή εξοικείωση (25,9%) και 2 άτομα καμιά εξοικείωση. Σχεδόν το 70% των συμμετεχόντων δήλωσε πως χρησιμοποιεί το διαδίκτυο στη δουλειά του πολύ συχνά (38%) ή συχνά (31%) , ενώ τα υπόλοιπα άτομα δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν το διαδίκτυο σπάνια (16%) , σχεδόν ποτέ (5%) και καθόλου (10%) . Τα δημογραφικά στοιχεία του υπό μελέτη πληθυσμού φαίνονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 11).

Πίνακας 11

Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα

Μεταβλητή	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο		
Άνδρας	11	19,6
Γυναίκα	45	80,4
Ηλικία		
20-29	1	1,8
30-39	8	14,0
40-49	17	29,8
50-59	25	43,9
60-65	6	10,5
Ειδικότητα		
Γενικός Ιατρός	49	84,4
Παθολόγος	9	15,6

Μεταβλητή	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Οικογενειακή κατάσταση		
Νυμφευμένος/η	51	87,9
Άγαμος/η	5	8,6
Χήρος/α	2	3,4
Αστική περιοχή		
Αστική περιοχή	57	98,3
Τόπος διαμονής		
Αγροτική περιοχή	1	1,7
Χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας		
1-5	8	13,8
6-10	4	6,9
11-15	11	19,0
>15	35	60,3
Μεταπτυχιακή εκπαίδευση		
Ναι	36	62,1
Όχι	22	37,9
Διδακτορικές σπουδές		
Ναι	6	10,9
Όχι	49	89,1
Σεμινάρια (=ή >1 σε 1 έτος)		
Ναι	52	89,7
Όχι	6	10,3
Συνέδρια (=ή >1 σε 1 έτος)		
Ναι	50	86,2
Όχι	8	13,8
Εξοικείωση στη χρήση ΗΥ		
Εξαιρετική	14	24,1
Ικανοποιητική	30	51,7
Μικρή	14	24,1

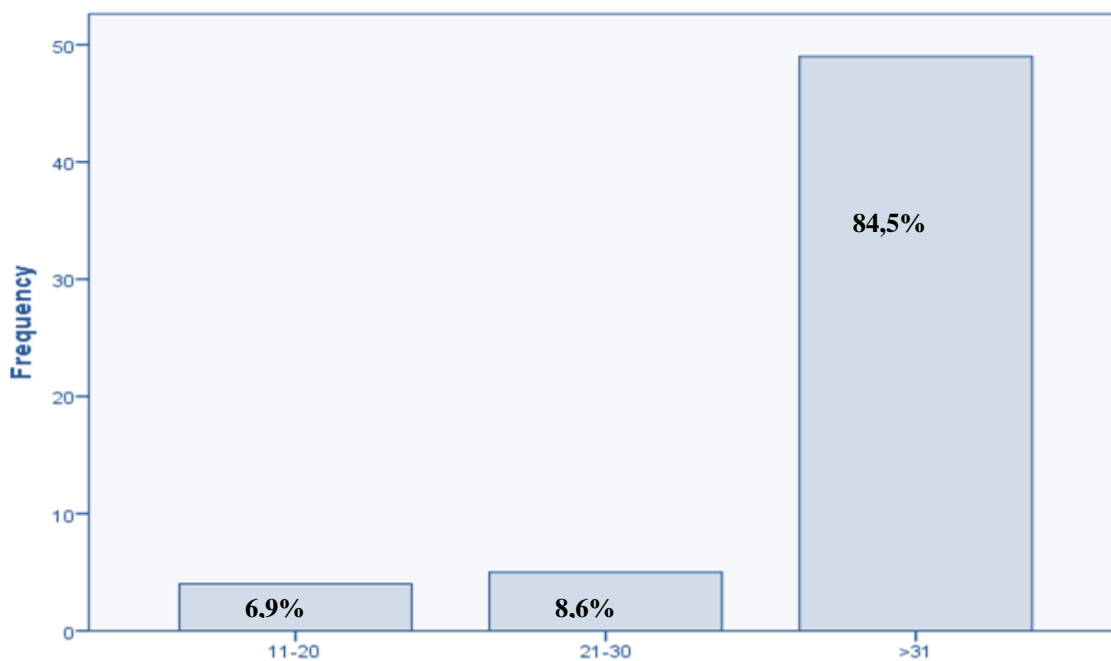
Μεταβλητή	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Εξοικείωση στη χρήση Ίντερνετ		
Εξαιρετική	18	31,0
Ικανοποιητική	23	39,7
Μικρή	15	25,9
Καμία	2	3,4
Χρήση ίντερνετ στην εργασία		
Πολύ συχνά	22	37,9
Συχνά	18	31,0
Σπάνια	9	15,5
Σχεδόν ποτέ	3	5,2
Ποτέ	6	10,3

4.2 Επαφή συμμετεχόντων με ασθενείς με διαβήτη

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (84,5%) δήλωσε ότι εξετάζει περισσότερους από 31 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη κάθε μήνα, ενώ πέντε γιατροί (8,6%) βλέπουν 21-30 ασθενείς κάθε μήνα και τέσσερεις γιατροί (6,9%) εξετάζουν από 11-20 ασθενείς κάθε μήνα .

Στο διάγραμμα 1 φαίνεται η αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του αριθμού των διαβητικών ασθενών που ο κάθε ιατρός που συμμετέχει στην έρευνα εξετάζει κάθε μήνα.

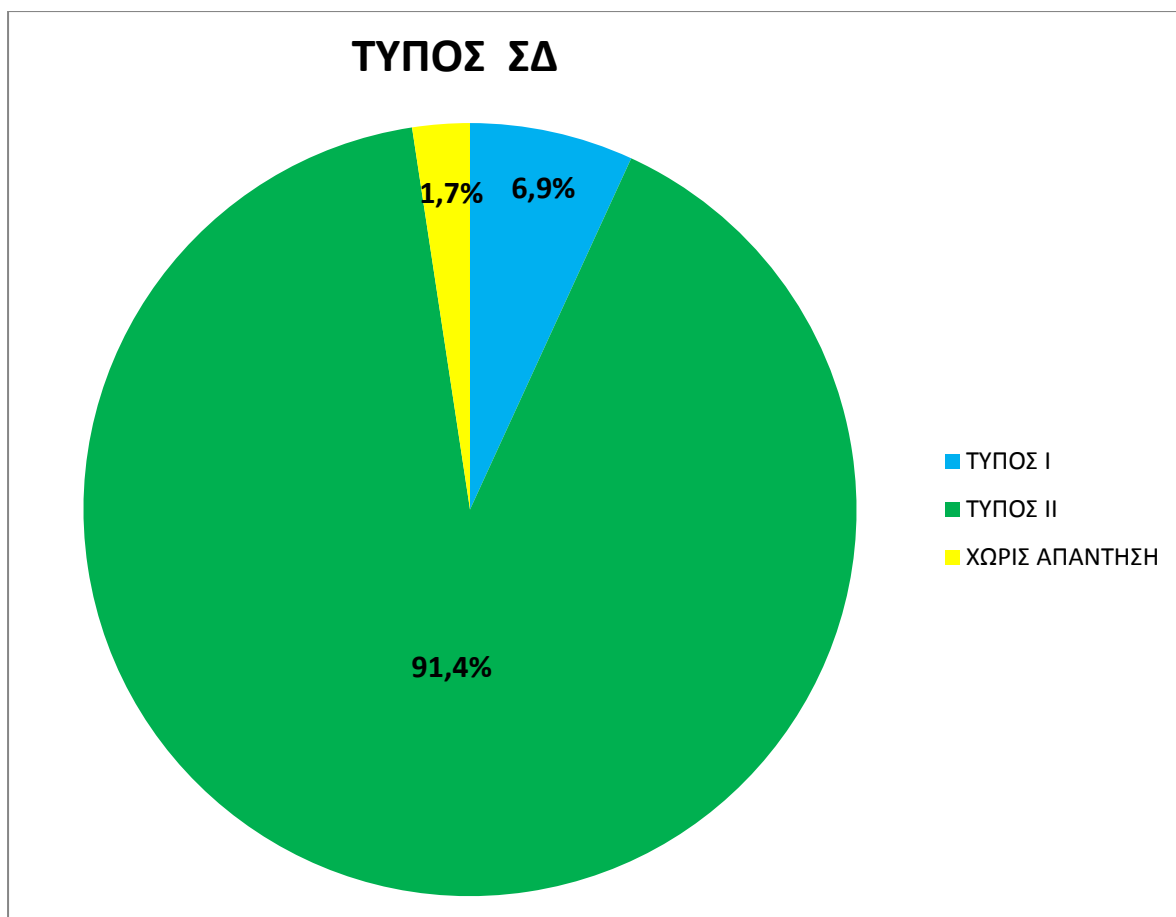
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ



Διάγραμμα 1: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των διαβητικών ασθενών που εξετάζονται από κάθε ιατρό κάθε μήνα.

Όσον αφορά τον τύπο του διαβήτη από τον οποίο πάσχουν οι διαβητικοί ασθενείς που εξετάζονται από τους ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα, οι περισσότεροι ασθενείς αναφέρθηκε ότι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (91,4%).

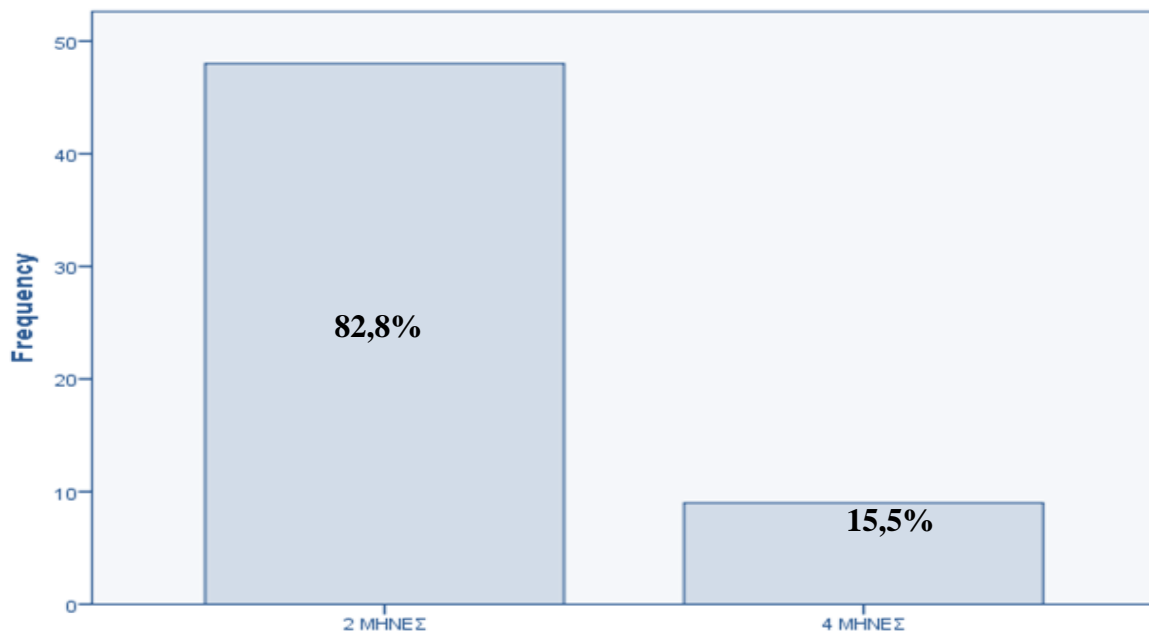
Στο διάγραμμα 2 φαίνεται η ποσοστιαία αναλογία του τύπου του ΣΔ από τον οποίο πάσχουν οι διαβητικοί ασθενείς που εξετάζονται από τους ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα.



Διάγραμμα 2: Εκατοστιαία αναλογία του τύπου του ΣΔ των διαβητικών ασθενών που εξετάζονται από τους ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα.

Όσον αφορά στη συχνότητα των επισκέψεων των διαβητικών ασθενών στο γενικό ιατρό ή παθολόγο, 48 ιατροί από το σύνολο των 58 ιατρών (82,8%) που συμμετείχαν στην έρευνα απάντησαν ότι επανεξετάζουν τους διαβητικούς ασθενείς τους κάθε 2 μήνες και μόνο 9 (15,5%) δήλωσαν ότι δίνουν επανεξέταση σε 4 μήνες. Στο διάγραμμα 3 φαίνεται η αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των επισκέψεων των διαβητικών ασθενών στο γενικό ιατρό ή παθολόγο.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΟ

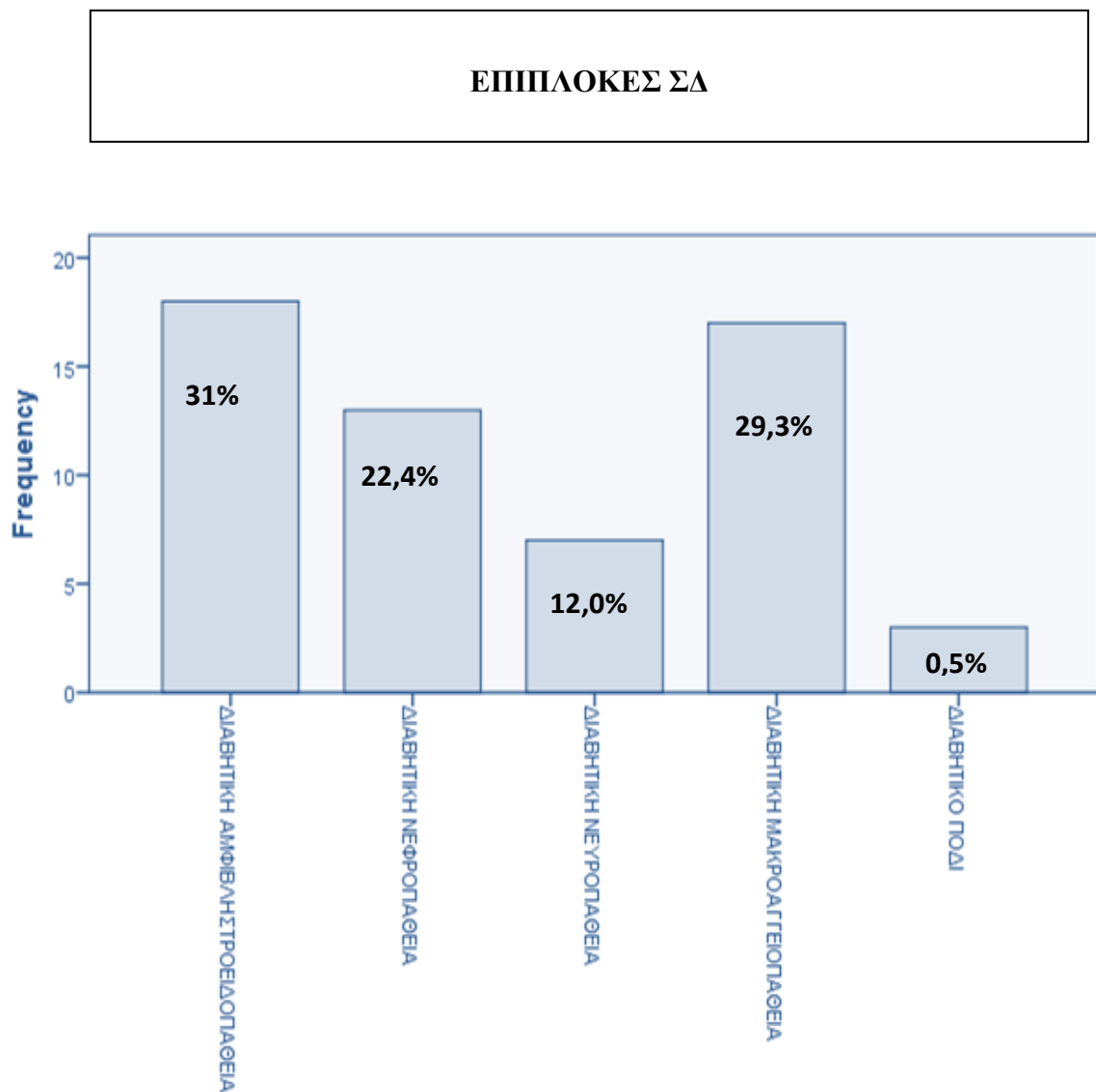


Διάγραμμα 3: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή της συχνότητας των επισκέψεων των διαβητικών ασθενών στον ιατρό (γενικό ιατρό, παθολόγο).

4.3 Οι γνώσεις των γενικών ιατρών/ παθολόγων για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Ο βασικός στόχος της μελέτης ήταν η καταγραφή των γνώσεων των γενικών ιατρών και παθολόγων που εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, η συχνότερη επιπλοκή του ΣΔ είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (31%) και η δεύτερη συχνότερη είναι η διαβητική μακροαγγειοπάθεια (22,4%).

Το διάγραμμα 4 δείχνει την αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ιατρών (γενικοί ιατροί, παθολόγοι) σχετικά με τη συχνότερη επιπλοκή του ΣΔ.



Διάγραμμα 4: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων σχετικά με τις επιπλοκές του ΣΔ.

Η μελέτη κατέδειξε ότι το 60,3% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι η εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας δε σχετίζεται με τον τύπο του ΣΔ ενώ το 32,8% απάντησαν ότι η εμφάνιση της ΔΑ σχετίζεται με τον τύπο του ΣΔ.

Το διάγραμμα 5 δείχνει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στο παραπάνω ερώτημα.

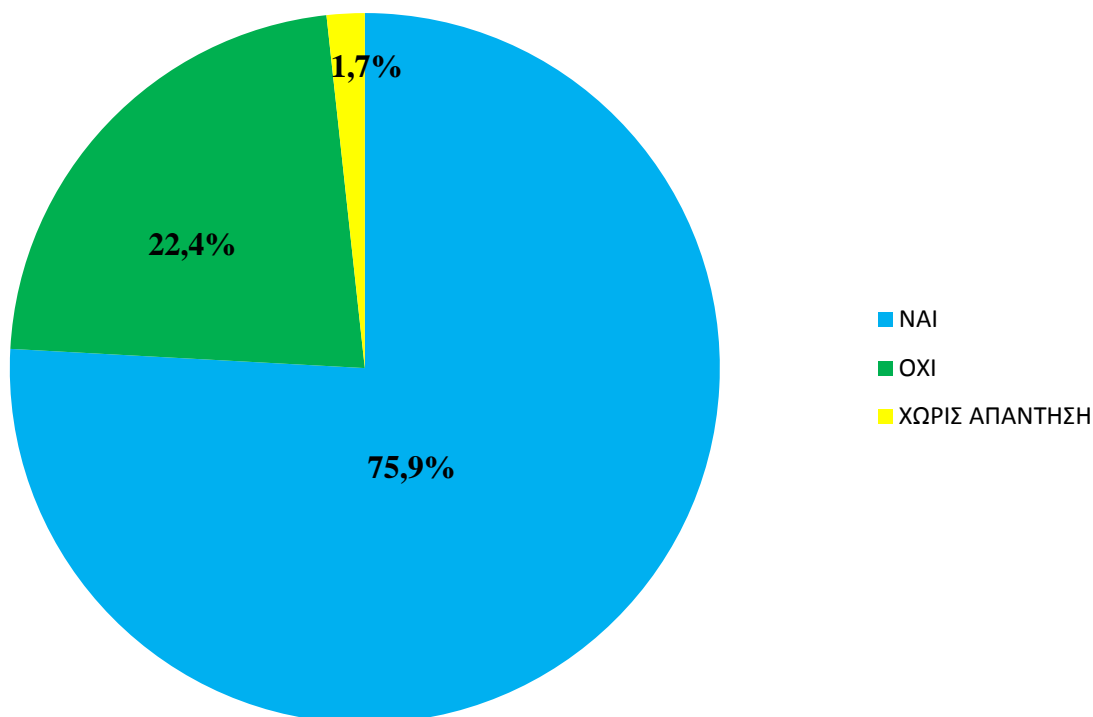


Διάγραμμα 5: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων σχετικά με τη σχέση της ΔΑ με τον τύπο του ΣΔ.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (75,9%) δήλωσαν ότι η εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σχετίζεται με τη χρονική διάρκεια του σακχαρώδους διαβήτη και ένα μικρό ποσοστό (22,4%) απάντησε ότι η ΔΑ δε σχετίζεται με τη χρονική διάρκεια του ΣΔ.

Το διάγραμμα 6 δείχνει την εκατοστιαία κατανομή των απαντήσεων των γενικών ιατρών / παθολόγων σχετικά με τη σχέση της εμφάνισης της ΔΑ με τη χρονική διάρκεια του ΣΔ.

ΣΧΕΣΗ ΔΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΔ



Διάγραμμα 6: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων σχετικά με τη σχέση της ΔΑ με τη χρονική διάρκεια του ΣΔ.

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ της εμφάνισης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και της ρύθμισης του ΣΔ η πλειοψηφία (98.3%) γνώριζε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση . Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων φαίνεται διαγραμματικά στο παρακάτω διάγραμμα .

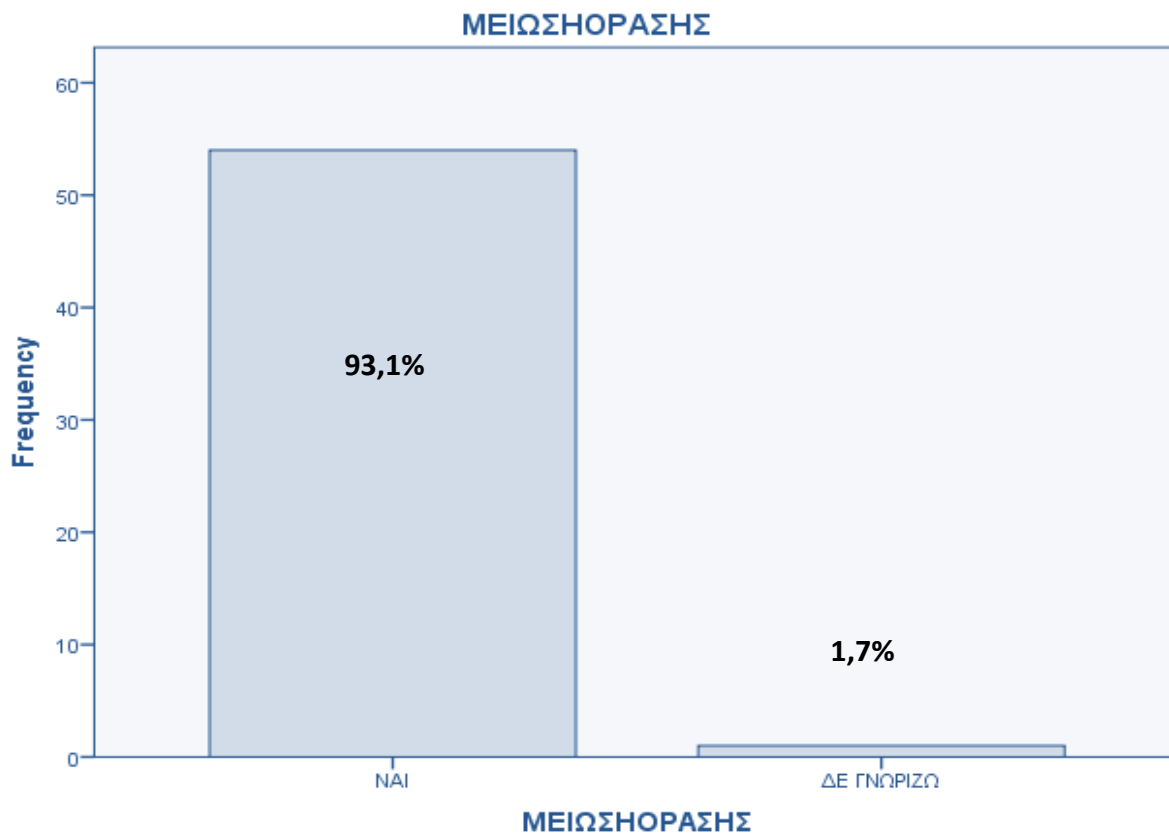


Διάγραμμα 7 : Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων σχετικά με τη σχέση της ΔΑ με τη ρύθμιση του ΣΔ.

Όσον αφορά στις γνώσεις των γενικών ιατρών και των παθολόγων σχετικά με τα συμπτώματα που προκαλεί η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια , 54 ιατροί (93,1%) απάντησαν ότι η ΔΑ προκαλεί μείωση της όρασης , 14 ιατροί (24,1%) απάντησαν ότι η ΔΑ δεν προκαλεί πόνο στα μάτια ενώ 22 ιατροί (37,9%) απάντησαν ότι η ΔΑ δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα.

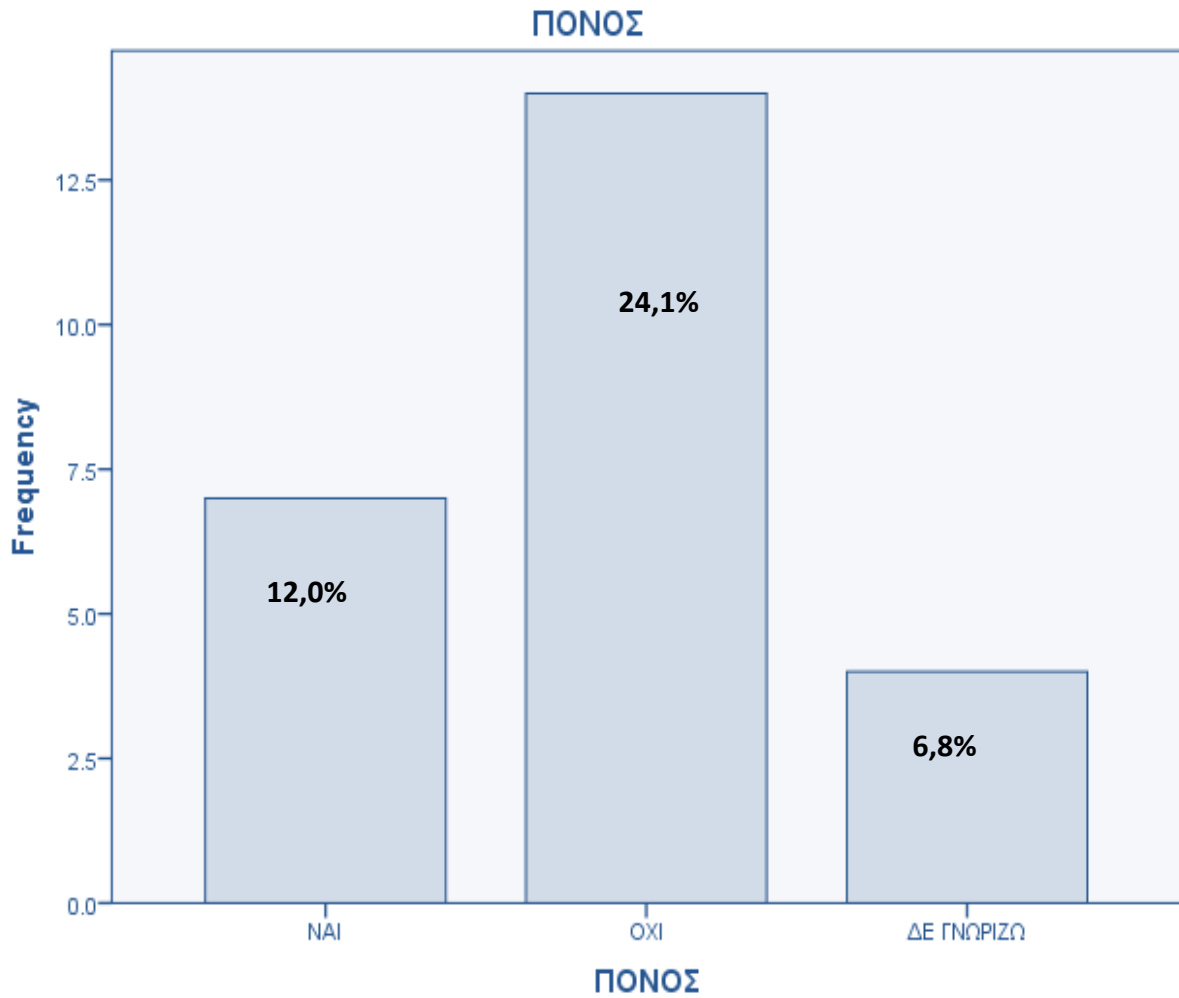
Στα διαγράμματα 8, 9,10 φαίνεται η αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετοχόντων στα 3 υποερωτήματα που αφορούσαν τα συμπτώματα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕΙΩΣΗ ΟΡΑΣΗΣ**



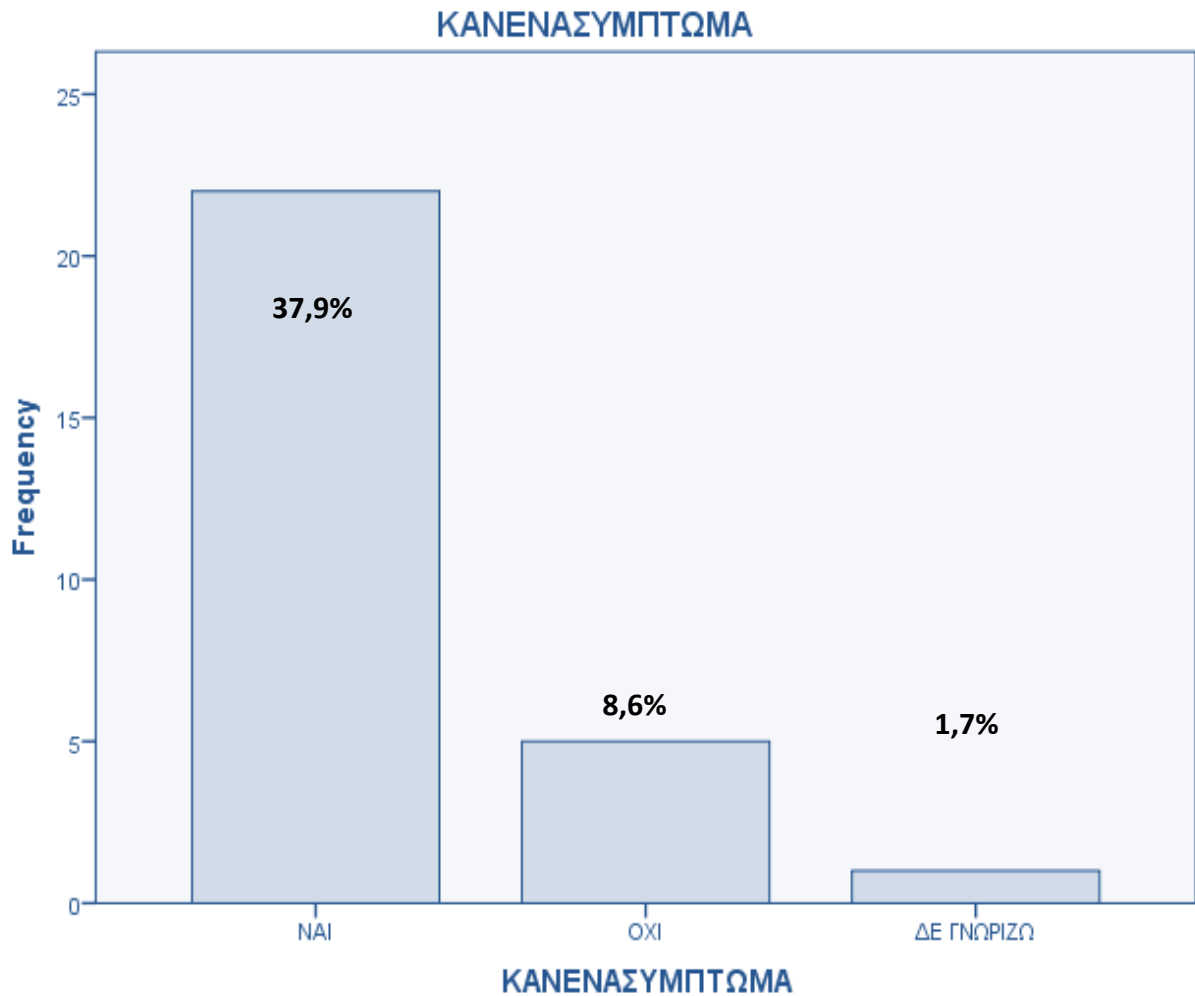
Διάγραμμα 8: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη δήλωση ότι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια προκαλεί μείωση της όρασης.

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ
ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΟΦΘΑΛΜΟΥΣ**



Διάγραμμα 9: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη δήλωση ότι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια προκαλεί πόνο στους οφθαλμούς.

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ
ΚΑΝΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑ**



Διάγραμμα 10: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη δήλωση ότι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα.

4.4 Πρακτικές και συμπεριφορές των συμμετεχόντων σχετικά με τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών

Η πλειοψηφία των ιατρών (94,8%) που συμμετείχαν στη μελέτη δήλωσαν ότι ενημερώνουν πάντοτε τους ασθενείς τους για τη σημασία της οφθαλμολογικής εξέτασης .

Στο διάγραμμα 11 φαίνεται η ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ερωτηθέντων στο παραπάνω ερώτημα.

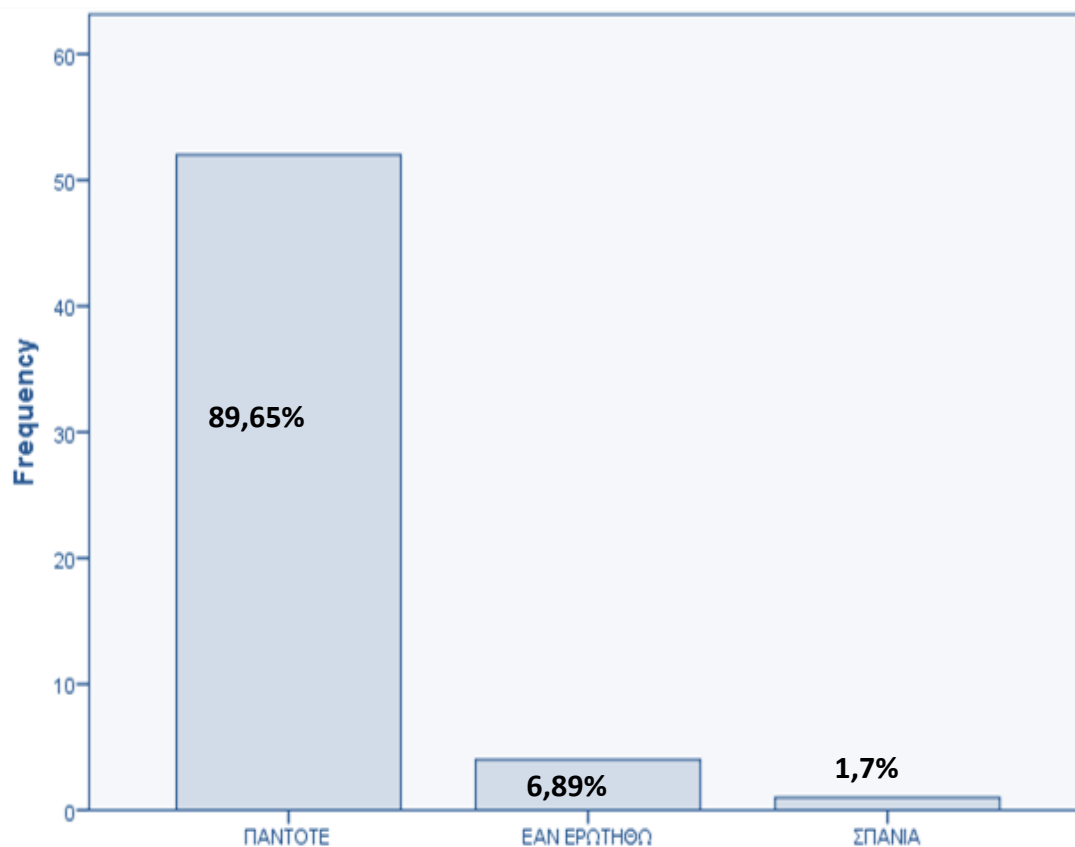


Διάγραμμα 11: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ιατρών σχετικά με το πότε ενημερώνουν τους διαβητικούς ασθενείς τους για τη σημασία της οφθαλμολογικής εξέτασης.

Όσον αφορά στη συμπεριφορά των γενικών ιατρών / παθολόγων σχετικά με το πότε πιστεύουν ότι οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο, 52 ιατροί (89,65%) απάντησαν πάντοτε, 4 (6,89%) απάντησαν όταν ερωτηθούν, 1 ιατρός (1,7%) απάντησε ότι σπάνια παραπέμπει τους διαβητικούς ασθενείς για οφθαλμολογική εξέταση και 1 (1,7%) δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Στο διάγραμμα 12 φαίνεται η αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των γενικών ιατρών / παθολόγων στο συγκεκριμένο ερώτημα.

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟ



Διάγραμμα 12: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των γενικών ιατρών/παθολόγων σχετικά με τις αντιλήψεις τους για την παραπομπή των διαβητικών ασθενών στον οφθαλμίατρο.

Όσον αφορά στην παραπομπή των διαβητικών ασθενών που παραπονούνται για μειωμένη όραση η πλειοψηφία των ιατρών (93,1%) που συμμετείχαν στη μελέτη απάντησε ότι παραπέμπει τους διαβητικούς αυτούς ασθενείς στον οφθαλμίατρο . Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων φαίνεται διαγραμματικά στο παρακάτω διάγραμμα. Ένα μικρό μόνο ποσοστό (6.9%) απάντησε ότι παραπέμπει τους ασθενείς αυτούς σε οφθαλμίατρο και οπτικό.

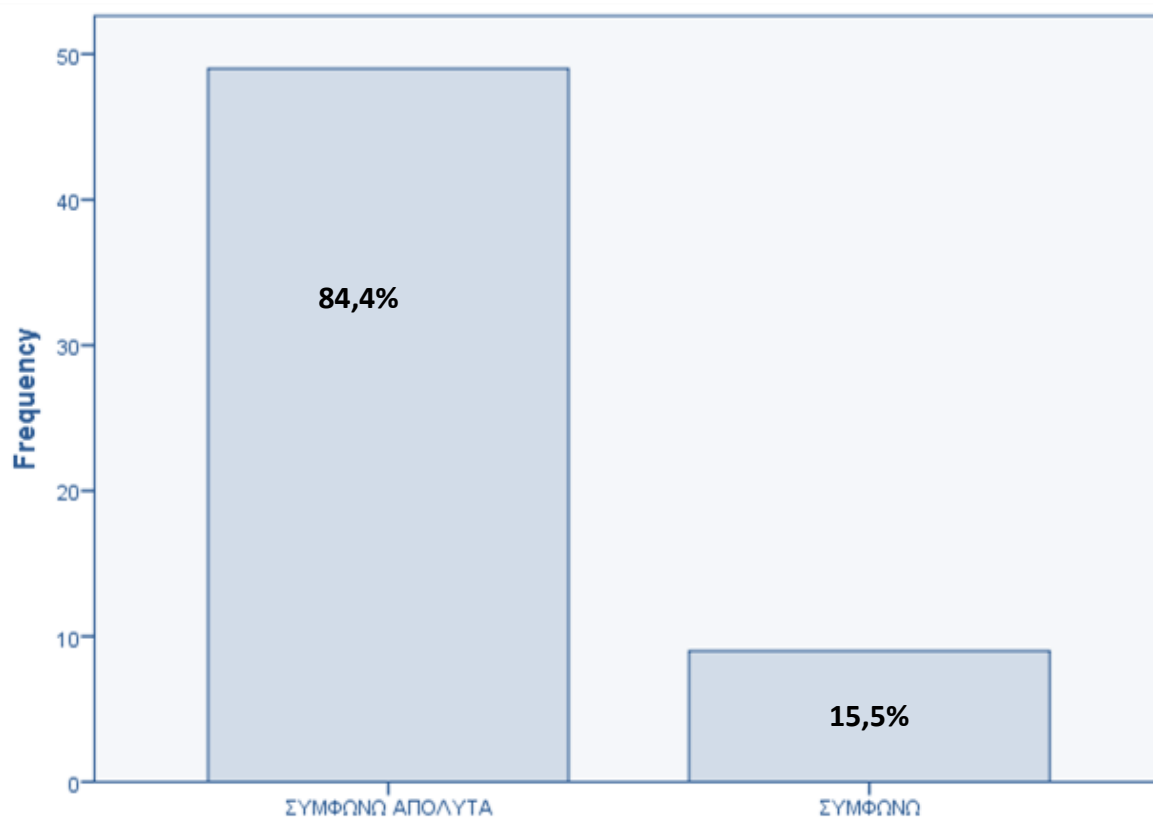


Διάγραμμα 13: Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το που πρέπει να παραπέμπονται οι διαβητικοί ασθενείς με μειωμένη όραση.

Τέλος, , όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι όλοι οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο. Συγκεκριμένα 49 συμμετέχοντες (84,4%) απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα και 9 συμμετέχοντες (15,5%) απάντησαν ότι συμφωνούν με την παραπάνω δήλωση. Επίσης η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν συμφωνεί με την άποψη ότι οι μόνοι οι διαβητικοί ασθενείς με μειωμένη όραση πρέπει να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο. Συγκεκριμένα 26 συμμετέχοντες (44,8%) απάντησαν ότι διαφωνούν και 24 συμμετέχοντες (41,3%) απάντησαν ότι διαφωνούν απόλυτα με την παραπάνω δήλωση. Επίσης η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν συμφωνεί με την άποψη ότι μόνο οι ασθενείς με ΣΔ και αρρυθμιστο ΣΔ πρέπει να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο. Συγκεκριμένα 26 συμμετέχοντες (44,8%) απάντησαν ότι διαφωνούν και 24 συμμετέχοντες (41,3%) απάντησαν ότι διαφωνούν απόλυτα με την παραπάνω δήλωση.

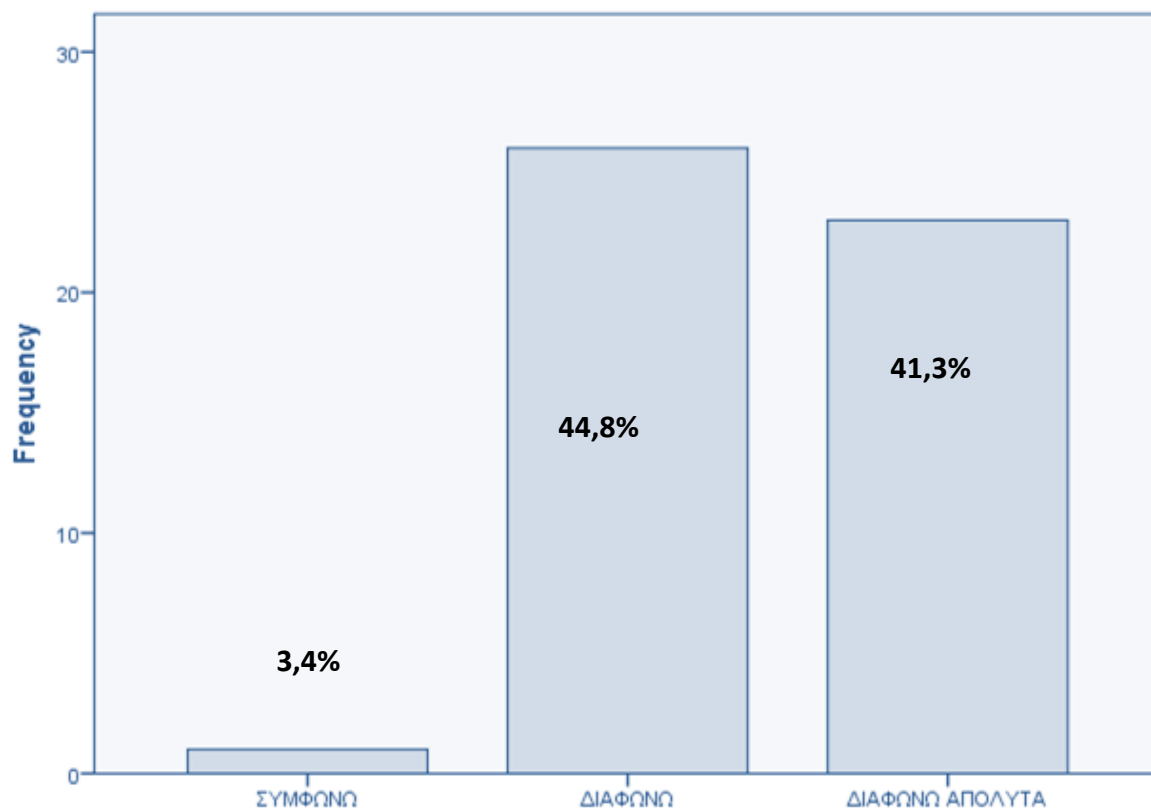
Στα διαγράμματα 14, 15 και 16 φαίνονται διαγραμματικά οι αριθμητικές και ποσοστιαίες κατανομές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις παραπάνω δηλώσεις.

**ΟΛΟΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟ**



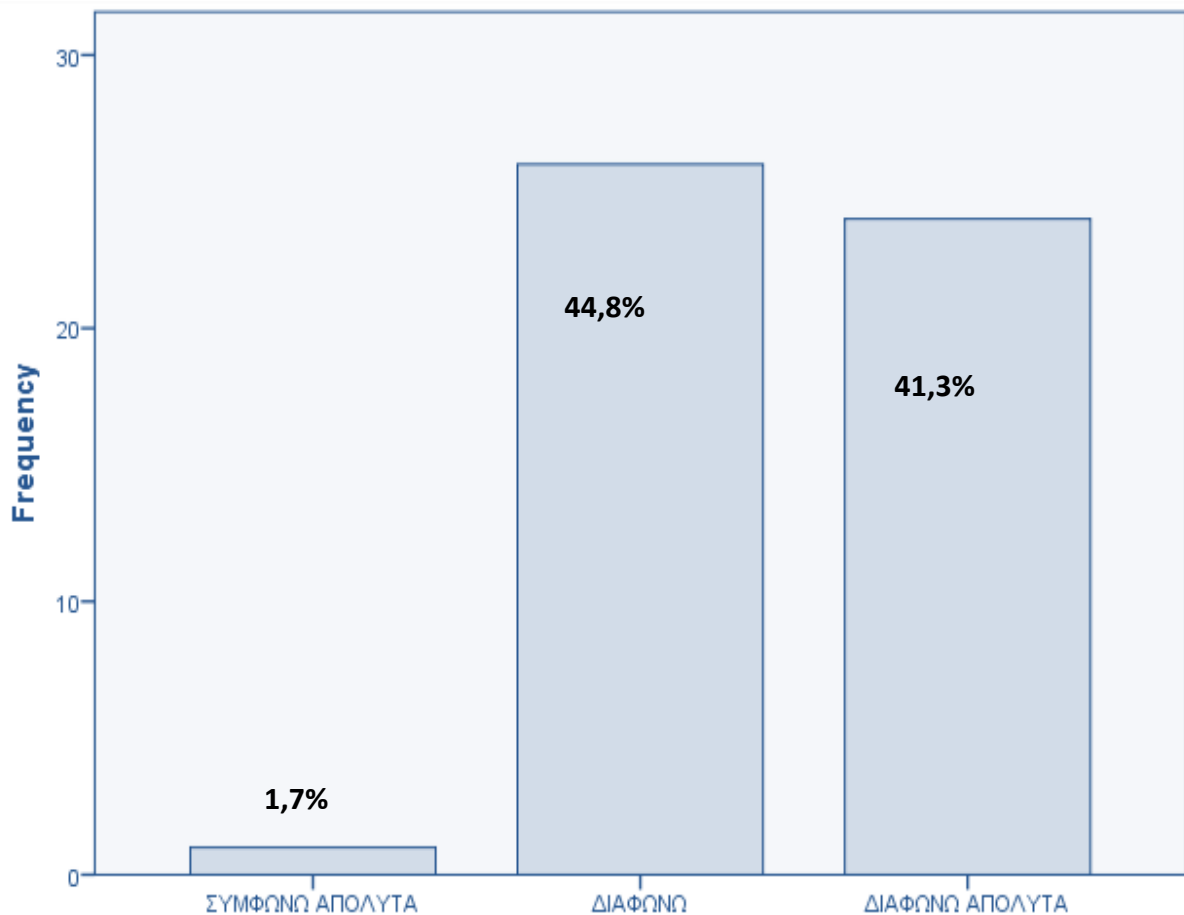
Διάγραμμα 14: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των γενικών ιατρών και των παθολόγων σχετικά με τη δήλωση ότι όλοι οι ασθενείς με ΣΔ πρέπει να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο.

ΜΟΝΟ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΟΡΑΣΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟ



Διάγραμμα 15: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των γενικών ιατρών και των παθολόγων σχετικά με τη δήλωση ότι μόνο οι ασθενείς με ΣΔ που έχουν μειωμένη όραση πρέπει να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο.

ΜΟΝΟ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΚΑΙ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΟ ΣΔ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟ



Διάγραμμα 16 : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τη δήλωση ότι μόνο οι ασθενείς με ΣΔ και αρρυθμιστο ΣΔ πρέπει να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Συζήτηση

Η παρούσα διατριβή πραγματοποιήθηκε για να καταγράψει και να αξιολογήσει τις γνώσεις, τις συμπεριφορές και τις πρακτικές των παθολόγων και των γενικών ιατρών σχετικά με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια στην Κύπρο. Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πρώτη προσπάθεια καταγραφής των γνώσεων και των συμπεριφορών των γενικών ιατρών και των παθολόγων για το συγκεκριμένο θέμα στην Κύπρο. Στην έρευνα μας συμμετείχαν 49 γενικοί ιατροί και 9 παθολόγοι και το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 86,36% το οποίο θεωρείται ικανοποιητικό. Στην Κύπρο η φροντίδα των διαβητικών ασθενών στο δημόσιο τομέα παρέχεται από τα αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ή διαβητολογικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων της Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου. Τα αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας στελεχώνονται από γενικούς ιατρούς ενώ τα εξωτερικά ιατρεία των γενικών νοσοκομείων στελεχώνονται από παθολόγους και τα διαβητολογικά ιατρεία από παθολόγους με εξειδίκευση στο ΣΔ. Η μελέτη κατέδειξε ότι οι γενικοί ιατροί εμπλέκονταν περισσότερο στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών στο δημόσιο σύστημα υγείας της Κύπρου παρά οι παθολόγοι κάτι το οποίο ισχύει και στα περισσότερα ευρωπαϊκά και παγκόσμια συστήματα υγείας. Οι παθολόγοι διαδραμάτιζαν μικρότερο ρόλο στη διαχείριση των διαβητικών ασθενών αφού εξέταζαν μικρότερο ποσοστό διαβητικών ασθενών και πιο συγκεκριμένα αυτούς που παρουσίαζαν προβλήματα στη ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη και παραπέμπονταν σε αυτούς από τους γενικούς γιατρούς. Επίσης οι παθολόγοι παρακολουθούσαν τους διαβητικούς ασθενείς για μικρότερο χρονικό διάστημα αφού μόλις επιτύγχαναν ρύθμιση του σακχάρου σε ικανοποιητικά επίπεδα παραπέμπονταν πίσω στους γενικούς ιατρούς για να συνεχίσουν την παρακολούθησή τους στα κέντρα υγείας. Στην πλειοψηφία τους οι γενικοί ιατροί στην Κύπρο σύμφωνα με την έρευνα συνέχιζαν την παρακολούθηση των διαβητικών ασθενών κάθε 2 μήνες, χρονικό διάστημα που θεωρείται αρκετά συχνό. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Διαβητική Ομοσπονδία η παρακολούθηση των διαβητικών ασθενών πρέπει να γίνεται κάθε 3-4 μήνες (American Diabetes Association, 2013).

Η πλειοψηφία επίσης των διαβητικών ασθενών που παρακολουθούνταν από τους γενικούς ιατρούς στα κέντρα υγείας ήταν διαβητικοί τύπου II, αφού οι ασθενείς με ΣΔ τύπου I οι οποίοι είναι ως επί το πλείστον παιδιά ή νεαροί ενήλικες παρακολουθούνται συνήθως από ενδοκρινολόγους ή παιδοενδοκρινολόγους. Η μελέτη μας κατέδειξε ότι ένα ποσοστό μόνο 60,3% των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα γνώριζε ότι η εμφάνιση της ΔΑ δε σχετίζεται με τον τύπο του ΣΔ και επομένως όλοι οι διαβητικοί ασθενείς μπορούν να εμφανίσουν ΔΑ. Επίσης στη δική μας μελέτη μόνο το 75,9% των συμμετεχόντων γνώριζε ότι η εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σχετίζεται με τη χρονική διάρκεια του ΣΔ ενώ σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (98,3%) γνώριζαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και τη ρύθμιση του ΣΔ. Το αντίστοιχο ποσοστό σε έρευνα που έλαβε χώρα στη Σρι Λάνκα για την καταγραφή των γνώσεων, των συμπεριφορών και των πρακτικών των γενικών ιατρών σχετικά με τη διαχείριση των ατόμων με ΣΔ ήταν 71,2% (Katulanda, Constantine, Weerakkody, Perera, Jayawardena, Wijegoonawardena, Matthews, Sheriff, 2011). Τα ποσοστά αυτά δε θεωρούνται ικανοποιητικά γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά το σχεδιασμό διαφόρων στρατηγικών για τη βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται στους διαβητικούς ασθενείς στην Κύπρο. Πιο συγκεκριμένα το γεγονός ότι η ΔΑ εμφανίζεται σε όλους τους διαβητικούς ασθενείς ανεξάρτητα από τον τύπο του ΣΔ και ότι η ηλικία εμφάνισης και ο ρυθμός εξέλιξης της ΔΑ εξαρτώνται από τη χρονική διάρκεια και τη ρύθμιση του ΣΔ θεωρούνται θεμελιώδεις γνώσεις που είναι σημαντικό να είναι ευρέως διαδεδομένες στους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών. Γι' αυτό εξάλλου είναι απαραίτητο όλοι οι διαβητικοί ασθενείς να υποβάλλονται σε οφθαλμολογική εξέταση σύμφωνα με τις διεθνείς κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες. Όσον αφορά δε στα συμπτώματα που προκαλεί η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (93,1%) πίστευε ότι η ΔΑ προκαλεί πάντοτε μείωση της όρασης και ποσοστό μόνο 37,9% των συμμετεχόντων γνώριζε ότι η ΔΑ δεν προκαλεί κανένα απολύτως σύμπτωμα. Παρόμοια έρευνα που διερεύνησε τις γνώσεις, τις συμπεριφορές και τις πρακτικές των γενικών γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Κέηπ Τάουν κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 100% των συμμετεχόντων γνώριζαν πλήρως τις επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη στους οφθαλμούς, υπήρχαν όμως κενά στη γνώση της παθοφυσιολογίας και των σημείων και συμπτωμάτων των

επειγόντων συμβαμάτων που σχετίζονται με το ΣΔ (Goodman , Zwarenstein , Robinson, Levitt, 1997). Αντιθέτως άλλη έρευνα που αξιολόγησε τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών στο Ομάν έδειξε ότι το αποδεκτό επίπεδο γνώσης ανάμεσα στους γενικούς ιατρούς για την πρωτογενή πρόληψη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας ανερχόταν σε 33,3% (Khandekar , Deshmukh , Vora , Al Harby , 2011) . Έρευνα επίσης που διερευνούσε τις γνώσεις και τις συμπεριφορές των γενικών γιατρών σχετικά με το ΣΔ στο Πακιστάν κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 62% των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις σχετικά με το ΣΔ και τις επιπλοκές του ήταν σωστές (Shera , Jawad , Basit , 2002) . Το αποτέλεσμα αυτό είναι απογοητευτικό αφού το γεγονός ότι η ΔΑ δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα εκτός από τα πολύ προχωρημένα στάδια θεωρείται βασική γνώση. Σε αυτή εξάλλου τη βασική γνώση στηρίζεται και η εφαρμογή προγραμμάτων διαλογής ανάμεσα στους διαβητικούς ασθενείς για έγκαιρη διάγνωση της ΔΑ σε μια προσπάθεια μείωσης του ποσοστού τυφλότητας που οφείλεται στη ΔΑ. Μελετώντας δε τις πρακτικές που εφαρμόζουν οι γενικοί ιατροί και παθολόγοι όσον αφορά στην οφθαλμολογική εξέταση των διαβητικών ασθενών η συγκεκριμένη μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ποσοστό 94,8% των γιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα ενημέρωναν πάντοτε τους διαβητικούς ασθενείς για τη σημασία της οφθαλμολογικής εξέτασης, ποσοστό 93,1% παρέπεμπε τους διαβητικούς ασθενείς που παραπονούνταν για μειωμένη όραση στον οφθαλμίατρο και όχι στον οπτικό και επίσης ποσοστό 84,4% των συμμετεχόντων πίστευαν ότι όλοι οι διαβητικοί ασθενείς έπρεπε να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο. Στις ΗΠΑ σε έρευνα που διενεργήθηκε από τον Kraft και τους συνεργάτες του ανάμεσα σε 1508 γενικούς ιατρούς στην πολιτεία της Ιντιάνα βρέθηκε ότι το 45% των ιατρών παραπέμπει όλους τους ασθενείς με ΣΔ τύπου I για οφθαλμολογική εξέταση στον οφθαλμίατρο κάθε χρόνο και το 35% των ιατρών παραπέμπει όλους τους ασθενείς με ΣΔ τύπου II για οφθαλμολογική εκτίμηση κάθε χρόνο από οφθαλμίατρο (Kraft , Marrero , Lazaridis, Fineberg , Qiu , Clark , 1997) . Παρόμοια έρευνα που διεξήχθη στη Νότια Ινδία κατέδειξε ότι σχεδόν όλοι οι γενικοί γιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι θα παρέπεμπαν τους διαβητικούς ασθενείς σε οφθαλμίατρο, 54 % ήταν ενημέρωτοι για τις κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούσαν την παραπομπή των διαβητικών ασθενών στους οφθαλμιάτρους και μόνο το 50% των συμμετεχόντων διενεργούσαν οφθαλμοσκόπηση με το άμεσο οφθαλμοσκόπιο μετά από μυδρίαση (Raman, Pradoop, Padmajakumari, Sharma, 2006) .

Παρόμοια έρευνα που διενεργήθηκε ανάμεσα στους γενικούς ιατρούς στην Αυστραλία έδειξε ότι το 88% των γενικών ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα παραπέμπουν συχνά ή πάντα τους ασθενείς τους με ΣΔ για οφθαλμολογική εξέταση από οφθαλμίατρο ανά τακτά χρονικά διαστήματα σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες (Dickson , McCarty, Keeffe , Baxter , Harper , Taylor, 1996). Ο Lazaridis και οι συνεργάτες του εξάλλου μετά από έρευνα που διενήργησαν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γενικοί ιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς τους με ΣΔ περισσότερο στους οπτικούς παρά στους οφθαλμιάτρους για έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και αυτό αφορά περισσότερο τους διαβητικούς τύπου II παρά τους διαβητικούς τύπου I (Lazaridis, Qiu, Kraft, Marrero , 1997).

Όσον αφορά στην παραπομπή των ασθενών με ΣΔ για οφθαλμολογική εξέταση, στην Κύπρο οι οπτικοί δεν εμπλέκονται στις διαδικασίες και δομές παραπομπής των διαβητικών ασθενών για οφθαλμολογική εξέταση και δεν διαδραματίζουν επίσης κανένα ρόλο στη διαλογή των διαβητικών ασθενών για εκτίμηση της ΔΑ. Αντιθέτως, σε πολλές χώρες στο εξωτερικό οι οπτικοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαλογή της ΔΑ και δέχονται επίσης παραπομπές από γενικούς ιατρούς για εξέταση διαβητικών ασθενών και σταδιοποίηση της διαβητικής τους αμφιβληστροειδοπάθειας. Στη Μεγάλη Βρετανία , οι οπτικοί διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στις διαδικασίες διαλογής των διαβητικών ασθενών για ΔΑ (Squirrell , Talbot, 2003). Στην Κύπρο λόγω της μη ύπαρξης ενός γενικού σχεδίου υγείας , της μη ύπαρξης μαζικών προγραμμάτων διαλογής των διαβητικών ασθενών , της απουσίας του κατάλληλου εξοπλισμού από τα κέντρα υγείας και της ανεπαρκούς εκπαίδευσης των γενικών γιατρών για διενέργεια βυθοσκόπησης στους διαβητικούς ασθενείς η εξέταση, σταδιοποίηση και εκτίμηση των διαβητικών ασθενών όσον αφορά στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί αποκλειστική ευθύνη των ειδικών οφθαλμιάτρων . Γι' αυτό το λόγο όλοι οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο για οφθαλμολογική εξέταση για ανίχνευση και σταδιοποίηση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Αντιθέτως, σε πολλές χώρες υπάρχουν μαζικά προγράμματα διαλογής των διαβητικών ασθενών όπως στη Μεγάλη Βρετανία στα οποία εμπλέκονται γενικοί ιατροί, , διαβητολόγοι, οπτικοί και οφθαλμίατροι (Owens, Dolben, Young, 1991) . Παρόμοια προγράμματα διαλογής ισχύουν στις ΗΠΑ και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Με την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών ελέγχεται η πλειονότητα των διαβητικών ασθενών ενώ καταλήγουν στον ειδικό οφθαλμίατρο για θεραπεία μόνο οι ασθενείς

εκείνοι οι οποίοι χρήζουν θεραπείας ή οι οποίοι δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα προγράμματα διαλογής και χρειάζονται πιο εξειδικευμένες εξετάσεις. Επίσης στην Κύπρο δεν εφαρμόζονται κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών. Αντιθέτως η ύπαρξη κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και η διάδοση τους ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα των ασθενών με ΣΔ αποτελεί τη συνήθη πρακτική στις περισσότερες χώρες.

Παρά όμως την ύπαρξη, τη διάδοση και την εφαρμογή των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών τα ποσοστά συμμόρφωσης των ασθενών με ΣΔ ή των ιατρών σε αυτές δεν είναι υψηλά όπως διαφαίνεται σε διάφορες έρευνες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Diabetic Retinopathy Awareness Program, το 35% των διαβητικών ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα δεν ακολουθούσαν τις οδηγίες που αφορούσαν τη φροντίδα των ματιών τους, τα δύο τρίτα εξ αυτών δήλωσαν ότι δεν έκαναν καμιά οφθαλμολογική εξέταση τον προηγούμενο χρόνο, ενώ το ένα τρίτο έκανε οφθαλμολογική εξέταση χωρίς όμως μυδρίαση (Schoenfeld, Greene, Wu, Leske, 2001). Υπολογίζεται επίσης ότι ποσοστό μικρότερο από το 5% των ασθενών με ΣΔ στις ΗΠΑ λαμβάνει φροντίδα σύμφωνα με τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικης Εταιρείας Διαβήτη λόγω της μη συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας σε αυτές (Beckles , Engelgau , Narayan , Herman , Aubert , Williamson , 1998).

Συμπερασματικά, οι γνώσεις των γενικών ιατρών και των παθολόγων σχετικά με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια στην Κύπρο εμφανίζουν κενά τα οποία επιδέχονται βελτίωσης. Πιο συγκεκριμένα, βασικές γνώσεις που αφορούν τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, τους παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η εμφάνιση και η εξέλιξη της και τη συμπτωματολογία που αυτή προκαλεί δεν είναι ευρέως διαδεδομένες ανάμεσα στους γενικούς γιατρούς και τους παθολόγους του δημόσιου τομέα του συστήματος υγείας της Κύπρου.

Οι πρακτικές και οι συμπεριφορές των γενικών γιατρών και των παθολόγων όσον αφορά τη διαχείριση των ατόμων με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια συγκλίνουν σε μεγάλο βαθμό με τις διεθνείς κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν το συγκεκριμένο θέμα. Η απόκλιση αφορά περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη διάγνωση και σταδιοποίηση της ΔΑ στο σύστημα υγείας της Κύπρου. Στη διαδικασία διαλογής των διαβητικών ασθενών για ανίχνευση της ΔΑ εμπλέκονται προς το παρόν μόνο οι ειδικοί

οφθαλμίατροι γι' αυτό όλοι οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να παραπέμπονται σε αυτούς . Αυτό πρέπει να γίνεται και για το λόγο της μη ύπαρξης μαζικών προγραμμάτων διαλογής της ΔΑ ανάμεσα στους διαβητικούς ασθενείς τα οποία θα μπορούσαν να γίνονται με τη συνδρομή των γενικών ιατρών ή τεχνικού προσωπικού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

5.1 Περιορισμοί της μελέτης

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνεται ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων στην έρευνα . Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα ο αριθμός των συμμετεχόντων σε ορισμένες υποκατηγορίες να είναι ιδιαίτερα μικρός με αποτέλεσμα τα συμπεράσματα που εξάγονται να γενικεύονται με επιφύλαξη. Συγκεκριμένα στην έρευνα συμμετείχαν μόνο 9 παθολόγοι στο σύνολο των 58 συμμετεχόντων. Επομένως πρέπει να υπάρχει επιφύλαξη κατά πόσον η έρευνα καταγράφει τις γνώσεις , τις συμπεριφορές και τις πρακτικές των παθολόγων στο σύνολο τους. Επίσης στην έρευνα δε συμμετείχαν γενικοί ιατροί που στελεχώνουν τα αγροτικά κέντρα υγείας και αυτό γιατί η επικοινωνία και η πρόσβαση στα συγκεκριμένα κέντρα για τη διανομή των ερωτηματολογίων ήταν δύσκολη. Επίσης υπήρχε μεγάλη ανομοιογένεια στην κατανομή των απαντήσεων η οποία δεν επέτρεψε τη διενέργεια συσχετίσεων για αποφυγή παραβίασης των κανόνων της στατιστικής. Όσον αφορά το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου αυτό περιορίστηκε σε ερωτήματα που αφορούσαν τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια , τη συμπτωματολογία και την αντιμετώπιση της και δεν επεκτάθηκε σε θέματα που αφορούν την εκπαίδευση των γενικών γιατρών σχετικά με τη διενέργεια βυθοσκόπησης και την ύπαρξη ή όχι του κατάλληλου εξοπλισμού για διενέργεια της στα ιατρεία τους.

5.2 Μελλοντικά βήματα

Η έρευνα αυτή αποτελεί μια πιλοτική εφαρμογή ενός ερωτηματολογίου το οποίο έχει σχεδιαστεί ειδικά για αυτό το σκοπό. Η πιλοτική δοκιμή του ερωτηματολογίου έχει οδηγήσει σε κάποια συμπεράσματα ως προς την περαιτέρω βελτίωση του . Όσον αφορά το περιεχόμενο του μπορεί να επεκταθεί ώστε να αξιολογεί τις γνώσεις και τις συμπεριφορές των γενικών ιατρών και παθολόγων που σχετίζονται άμεσα με τα διεθνή πρωτόκολλα διαχείρισης των ασθενών με

διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Για παράδειγμα, , στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν υπάρχει ερώτηση κάθε ποιο χρονικό διάστημα πρέπει να παραπέμπεται ένας διαβητικός ασθενής για οφθαλμολογική εξέταση σε οφθαλμίατρο. Το συγκεκριμένο ερώτημα αποτελεί μια βασική οδηγία των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών. Όσον αφορά τις επιλογές των απαντήσεων αυτές μπορεί να δίνονται στην ίδια κλίμακα βαθμολόγησης ώστε να μπορούν να γίνονται συγκρίσεις και συσχετίσεις μεταξύ τους. Σε μια προσπάθεια για καλύτερη μελέτη των γνώσεων και των συμπεριφορών όλων των επαγγελματιών που εμπλέκονται με τη διαχείριση ασθενών με διαβήτη σχεδιάζουμε τη συνέχιση της έρευνας στο μέλλον με διανομή του ερωτηματολογίου στα αγροτικά κέντρα υγείας καθώς και τη συμμετοχή των ιατρών του ιδιωτικού τομέα στην έρευνα. Υπάρχει επίσης σκέψη να συμμετέχουν στην έρευνα και ενδοκρινολόγοι οι οποίοι εμπλέκονται κυρίως στη διαχείριση των ασθενών με ΣΔ τύπου I. Με αυτό τον τρόπο θα υπάρχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των γνώσεων και των συμπεριφορών των ιατρών που εμπλέκονται στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών στην Κύπρο. Γίνονται επίσης σκέψεις να επεκταθεί το ερωτηματολόγιο και στους ίδιους τους διαβητικούς ασθενείς ώστε να αξιολογηθεί το επίπεδο της ενημέρωσης, της διαφώτισης και της εκπαίδευσης των διαβητικών ασθενών σχετικά με το ΣΔ και τη ΔΑ.

5.3 Εισηγήσεις

Όσον αφορά στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών η δημιουργία πολυθεματικών ομάδων παρακολούθησης τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σύμφωνα με διεθνή πρότυπα πρέπει να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα της πολιτείας. Στις πολυθεματικές αυτές ομάδες μπορούν να συμμετέχουν γενικοί ιατροί, παθολόγοι, ενδοκρινολόγοι, διαιτολόγοι, ποδίατροι και ψυχολόγοι. Για τη βελτίωση των γνώσεων και των πρακτικών των γενικών ιατρών και των παθολόγων κατά τη διαχείριση των διαβητικών ασθενών πρέπει να ληφθούν άμεσα μέτρα. Η δημιουργία κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών οι οποίες να αφορούν τη διαχείριση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και ειδικότερα με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και η ευρεία διάδοση τους ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών πρέπει να πραγματοποιηθεί το συντομότερο δυνατό. Εκτός όμως από τη δημιουργία κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών πρέπει να διασφαλιστεί υψηλό ποσοστό συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας σε αυτές. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης ή μετεκπαίδευσης των γενικών ιατρών ώστε να διδάσκονται την

οφθαλμολογική εξέταση με άμεσο οφθαλμοσκόπιο μετά από μυδρίαση και να έχουν εμπειρία και αυτοπεποίθηση στη διενέργεια της συγκεκριμένης εξέτασης . Γιαυτό το λόγο ο εξοπλισμός των κέντρων υγείας με τα κατάλληλα μέσα ώστε η εξέταση αυτή να μπορεί να γίνει στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πολύ σημαντικός . Υψηλός βαθμός συμμόρφωσης μπορεί επίσης να εξασφαλιστεί με τη συχνή επίβλεψη και εξέταση του βαθμού εφαρμογής των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και την ανατροφοδότηση μιας κεντρικής αρχής ώστε να γίνονται οι απαραίτητες αναπροσαρμογές στις τοπικές ιδιομορφίες και ανάγκες των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών. Η συχνή επίσης διοργάνωση σεμιναρίων για υπενθύμιση των οδηγιών στους γενικούς ιατρούς και παθολόγους στα πλαίσια μιας συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης θα βοηθούσε σημαντικά προς αυτή την κατεύθυνση . Η δημιουργία και η εφαρμογή προγραμμάτων μαζικής διαλογής των διαβητικών ασθενών για εκτίμηση και σταδιοποίηση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να αποτελεί επίσης πρωταρχικό στόχο της πολιτείας. Στα προγράμματα αυτά μπορούν να εμπλακούν και άλλοι επαγγελματίες υγείας εκτός από τους γενικούς ιατρούς και τους παθολόγους , οι οποίοι να είναι εύκολα προσβάσιμοι από την πλειοψηφία των διαβητικών ασθενών όπως π.χ οι οπτικοί. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται ο έλεγχος μεγαλύτερου ποσοστού διαβητικών ασθενών με περισσότερη ευκολία και σημαντική εξοικονόμηση πόρων . Με την εφαρμογή των προγραμμάτων μαζικής διαλογής οι ειδικοί οφθαλμίατροι θα αποφορτιστούν από τη διαλογή όλων των διαβητικών ασθενών και σε αυτούς θα καταλήγουν μόνο οι διαβητικοί ασθενείς που χρήζουν άμεσης θεραπείας.

5.4 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά οι γνώσεις των γενικών ιατρών και των παθολόγων για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια βρίσκονται σε μη ικανοποιητικό επίπεδο και χρειάζεται να ληφθούν άμεσα μέτρα για τη βελτίωση τους. Οι συμπεριφορές και οι πρακτικές όμως των γενικών ιατρών και των παθολόγων στη διαχείριση των διαβητικών ασθενών συνάδουν σε μεγάλο ποσοστό με τα διεθνή πρωτόκολλα. . Οι γενικοί ιατροί αποτελούν τον κύριο πυλώνα φροντίδας των διαβητικών ασθενών στο δημόσιο τομέα του κυπριακού συστήματος υγείας ενώ οι παθολόγοι διαδραματίζουν μικρότερο ρόλο . Οι οπτικοί στην Κύπρο δεν εμπλέκονται στη φροντίδα των διαβητικών ασθενών όπως συμβαίνει στα συστήματα υγείας άλλων χωρών. Οι γενικοί ιατροί κατά τη διαχείριση των διαβητικών ασθενών στην καθημερινή κλινική τους

πρακτική ενεργούν με βάση τις δικές τους γνώσεις και πεποιθήσεις αφού δεν υπάρχουν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών στην Κύπρο. Όσον αφορά εξάλλου τον έλεγχο των διαβητικών ασθενών για ανίχνευση και σταδιοποίηση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας δεν υπάρχουν προγράμματα μαζικής διαλογής των διαβητικών ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο έλεγχος των διαβητικών ασθενών για εμφάνιση διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας αποτελεί αποκλειστική ευθύνη των οφθαλμιάτρων οι οποίοι είναι επιφορτισμένοι με την ανίχνευση, την παρακολούθηση και τη θεραπεία της ΔΑ. Για αυτό το λόγο όλοι οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να παραπέμπονται από τους γενικούς ιατρούς και τους παθολόγους στους οφθαλμιάτρους για λεπτομερή οφθαλμολογική εξέταση η οποία να περιλαμβάνει οπωσδήποτε βυθοσκόπηση μετά από μυδρίαση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσσες αναφορές

Agardh E, Agardh CD, Hansson-Lundblad C (1993)The five-year incidence of blindness after introducing a screening programme for early detection of treatable diabetic retinopathy, Diabet Med 10(6):555-559

American Diabetes Association (2004) Retinopathy in Diabetes, Diabetes Care 27 (Suppl. 1): S84-S87

American Diabetes Association (2009) Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 32 (Suppl. 1):S13-S61

American Diabetes Association (2013) Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care 37 (Suppl. 1): S11-S66

American Diabetes Association (2014) Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care 37 (Suppl. 1): S14- S80

Beckles GL, Engelgau MM, Narayan KM, Herman WH, Aubert RE, Williamson DF (1998) Diabetes Care 21 (9): 1432-1438

Bennet IJ (1992) The role of the general practitioner in Diabetes Care, Diabetic Medicine, 9 (8): 769-772

Burgers JS, Grol R, Klazinga NS, Makela M, Zaat J, AGREE Collaboration (2003) Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. Int J Qual Health Care, 15(1):31-45

Cikamatana L, Mitchell P, Rochtchina E, Foran S, Wang J (2007) Five-year incidence and progression of diabetic retinopathy in a defined older population: the Blue Mountains Eye Study, *Eye (Lond)*. 21(4): 465- 471

Commission on Chronic Illness (1957) *Chronic illness in the United States. Prevention of chronic illness*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1:45

Degen RM, Hodgins JL, Bhandari M (2008) The language of evidence based medicine: answers to common questions? *Indian Journal of Orthopaedics*, 42 (2):111–117

Dickson PR, McCarty CA, Keeffe JE, Baxter R, Harper CA, Taylor HR (1996) Diabetic retinopathy: examination practices and referral patterns of general practitioners *Med J Aust* 164(6):341-344

Early treatment diabetic retinopathy study design and baseline patient characteristics. EDTRS report number 7(1991) *Ophthalmology* 98 (Suppl): 741-756

Fong DS , Aiello L, Gardner TW, King GL, Blankenship G, Cavallerano JD , Ferris FL 3rd, Klein R; American Diabetes Association (2004) Retinopathy in diabetes. *Diabetes Care* 27 (Suppl. 1) S84-S87

Faruqi N, Frith J, Colagiuri S, Harris M (2000) The use and perceived value of diabetes clinical management guidelines in general practice. *Aust Fam Physician*. 29 (2):173-176

Garg S, Davis R (2009) Diabetic Retinopathy Screening Update. *Clinical Diabetes* 27(4): 140-145

Griffin S (1998) Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials, *BMJ* 317(7155):390-396.

Goodman GR, Zwarenstein MF, Robinson II, Levitt NS (1997) Staff Knowledge, attitudes and practices in public sector primary care of diabetes in Cape Town, S Afr Med J 87(3): 305-309

Harper CA, O'Day J, Taylor HR (1995) early detection of diabetic retinopathy, Med J Aust, 162(10): 536-538

Hoskins PL, Fowler PM, Constantino M, Forrest J, Yue DK, Turtle JR (1993) Sharing the Care of Diabetic Patients between Hospital and General Practitioners: Does it Work? Diabetic Medicine 10 (1): 81-86

Javitt JC, Aiello LP, Chiang Y, Ferris FL, Canner JK, Greenfield S (1994) Preventive eye care in people with diabetes is cost-saving to the federal government: implications for health-care reform, Diabetes Care 17(8) : 909-917

Javit JC (1995) Cost savings associated with detection and treatment of diabetic eye disease, Pharmacoeconomics ; 8 Suppl 1:33-39

Javit JC, AielloLP (1996) Cost Effectiveness of Detecting and Treating Diabetic Retinopathy, Ann Intern Med 1; 124(1 Pt 2):164-169

Jayasuriya R, Griffiths R, Cheung J (2000) Outcome assessment of a community based model of general practitioner care of diabetes patients, Practical Diabetes International 17 (6): 179–182

Kahn HA, Hiller R (1974) Blindness caused by diabetic retinopathy, Am J Ophthalmol 78 (1):58-67

Katulanda P, Constantine GR, Weerakkody MI, Perera YS, Jayawardena MG, Wijegoonawardena P, Matthews DR, Sheriff MH (2011) Can we bridge the gap? Knowledge and practices related to Diabetes Mellitus among general practitioners in a developing country: A cross sectional study, Asia Pac Fam Med 10 (1):15

Khandekar R, Deshmukh R, Vora U, Al Harby S (2011) Knowledge of primary prevention of diabetic retinopathy among general ophthalmologists, mid level eye care personnel and general physicians in Oman. *Middle East Afr J Ophthalmol* 18 (3):204-208

Kirkman MS , Williams SR , Caffrey HH , Marrero DG (2002) Impact of a program to improve adherence to diabetes guidelines by primary care physicians. *Diabetes Care* 25 (11): 1946-1951

Klein R, Klein BE, Moss SE, Davis MD, DeMets DL (1987) The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy VI. Retinal Photocoagulation, *Ophthalmology* 94 (7): 747-753

Klein R, Moss SE, Klein BE (1987), New Management Concepts for Timely Diagnosis of Diabetic Retinopathy Treatable by Photocoagulation, *Diabetes Care* 10 (5): 633-638

Klein R, Klein BE, Moss SE, Cruickshanks KJ (1998) The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy: XVII. The 14- year incidence and progression of diabetic retinopathy and associated risk factors in type 1 diabetes , *Ophthalmology*, 105(10): 1801-1815

Kraft SK, Marrero DG, Lazaridis EN, Fineberg N, Qiu C, Clark CM Jr (1997) Primary care physicians' practice patterns and diabetic retinopathy. Current levels of care. *Arch Fam Med* 6(1):29-37

Lazaridis EN, Qiu C, Kraft SK, Marrero DG (1997) Same Eyes, Different Doctors: Differences in Primary Care Physician Referrals for Diabetic Retinopathy Screening, *Diabetes care* 20(7):1073-1077

Leese GP, Morris AD, Swaminathan K, Petrie JR, Sinharay R, Ellingford A, Taylor A, Jung RT, Newton RW, Ellis JD (2005) Implementation of national diabetes retinal screening programme is associated with a lower proportion of patients referred to ophthalmology, *Diabet Med* 22 (8): 1112–1115

Liss RA, Smith RE, Patz A (1991) American Academy of Ophthalmology: Elimination of Preventable Blindness from Diabetes by the Year 2000, *Md Med J* 40 (11) 1016-1017

Lohr KN (1990) Institute of Medicine activities related to the development of practical guidelines. *Journal of Dental Education*, 54(11):699–704

Loizou T, Pouloukas S, Tountas C, Thanopoulou A, Karamanos V(2006) An epidemiologic study on the prevalence of diabetes, glucose intolerance, and metabolic syndrome in the adult population of the republic of Cyprus, *Diabetes Care* 29 (7) 1714-1715

McCarty CA, Taylor KI, Keeffe JE (2001) Management of diabetic retinopathy by general practitioners in Victoria. *Clin Experiment Ophthalmol.* 29 (1):12-16

McDonald CJ (1996). Medical heuristics: the silent adjudicators of clinical practice. *Annals of Internal Medicine*, 124(1 Pt 1):56–62

Moss S., Klein R, Klein B (1995): Factors associated with having eye examinations in persons with diabetes, *Arch Fam Med* 4 (6):529- 534

Murphy E, Coles C (1997) Caring for people with diabetes in general practice, *Practical Diabetes International*, 14 (7): 192-196

Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM (2002) Self- management education for adults with type 2 diabetes: a meta- analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 25(7): 1159-1171

Owens DR, Dolben J, Young S , Ryder RE, Jones D, Morsman D, Hayes TM (1991) Screening for diabetic retinopathy *Diabet Med.* 8 (S2) : S4 -10

Palmberg PF (1977) Diabetic retinopathy, *Diabetes* 26 (7): 703-709

Raman R, Paul GP, Padmajakumari R., Sharma T (2006) Knowledge and attitude of general practitioners towards diabetic retinopathy practice in South India, , Community Eye Health 19 (57):13-14

Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijkvan JT, Assendelft WJ (2001) Interventions to Improve the Management of Diabetes in Primary Care, Outpatient, and Community Settings - A systematic review, Diabetes Care 24 (10): 1821-1833

Rose G, Barker D (1978) Epidemiology for the uninitiated. Screening. BMJ; ii: 1417–1418

Russell AW, Baxter KA, Askew DA, Tsai J, Ware RS, Jackson CL (2013) Model of care for the management of complex Type 2 diabetes managed in the community by primary care physicians with specialist support: an open controlled trial, Diabetic Medicine 30 (9) : 1112-1121

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS (1996) Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312(7023):71–72

Shera AS, Jawad F, Basit A (2002) Diabetes related knowledge, attitude and practices of family physicians in Pakistan, J Pak Med Assoc 52(10): 465-470

Schoenfeld ER, Greene JM, Wu SY, Leske MC (2001) Patterns of adherence to diabetes vision care guidelines: baseline findings from the Diabetic Retinopathy Awareness Program , Ophthalmology 108 (3): 563-571

Silagy CA, Weller DP, Lapsley H, Middleton P, Shelby-James T, Fazekas B (2002) The effectiveness of local adaptation of nationally produced clinical practice guidelines. Fam Pract.19 (3): 223-230

Singer DE, Nathan DM, Fogel HA, Schachat AP (1992) Screening for Diabetic Retinopathy Ann Intern Med. 116(8) : 660-671

Stellingwerf C, Hardus PL, Hooymans JM (2001) Two-field photography can identify patients with vision-threatening diabetic retinopathy: a screening approach in the primary setting. *Diabetes Care* 24 (12): 2086-2090

Squirrell DM, Talbot JF (2003) Screening for diabetic retinopathy, *J R Soc Med* 96(6): 273-276
The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1997): Report of the Expert Committee on the Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 20: 1183-1197

The Expert Committee on the Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus (2003): Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 26:3160-3167

The National Screening Committee review of diabetic retinopathy screening (2001) *Eye* 15, 1–2

Thepwongsa I, Kirby C, Paul C, Piterman L (2014) Management of type 2 diabetes: Australian rural and remote general practitioners' knowledge, attitudes, and practices, *Rural Remote Health*. 14:2499. Epub 2014 Mar 9

Trautner C, Icks A, Haastert B, Plum F , Berger M (1997) Incidence of blindness in relation to diabetes: A population - based study , *Diabetes Care* , 20 (7) :1147-1153

WHO, 2013, *Clinical Guidelines for Chronic Conditions in the European Union*

Will JC, German RR, Schuman E, Michael S, Kurth DM, Deeb L (1994) Patient adherence to guidelines for diabetes eye care: results from the diabetic eye disease follow –up study. *Am J Public Health* 84 (10):1669-1671

Wilson JMG, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: WHO (1968)

Witkin SR, Klein R (1984), Ophthalmologic care for persons with diabetes, *JAMA* 251 (19): 2534-2537

Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R, Lamoureux EL, Kowalski JW, Bek T et al. (2012) Global Prevalence and Major Risk Factors of Diabetic Retinopathy, *Diabetes Care* 35 (3): 556-564

Younis N, Broadbent DM, Vora JP, Harding SP, Liverpool Diabetic Eye Study(2003) Incidence of sight-threatening retinopathy in patients with type 2 diabetes in the Liverpool Diabetic Eye Study: a cohort study, *Lancet*, 361(9353):195-200

Ελληνικές αναφορές

Ιωαννίδη, Λοπατατζίδη, Μάντη (1999), Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Α, ΕΑΠ, Πάτρα

Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ (1994) Η οργανωτική και περιφερειακή διάρθρωση των υγειονομικών συστημάτων. Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 61-80

Παυλάκης Α., Ζαχαριάδου Θ (2011) Φροντίδα Υγείας στην Κύπρο. Εκδόσεις Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Διαδουκτιακές αναφορές

www.icophth.org 2014 ICO Guidelines for Diabetic Eye Care

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1) Ερωτηματολόγιο μεταπτυχιακής διατριβής



ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ
ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΤΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ
ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2013

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η μελέτη αυτή διεξάγεται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου «Διοίκηση Μονάδων Υγείας». Η μελέτη περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου το οποίο αφορά την καταγραφή και την αξιολόγηση των γνώσεων και των αντιλήψεων αναφορικά με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια μεταξύ των παθολόγων και των γενικών ιατρών.

Σας παρακαλούμε, αφού διαβάσετε με προσοχή κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου, να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια τοποθετώντας ένα X στην απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο. Δεν υπάρχουν σωστές, ή λάθος απαντήσεις. Αυτό που ζητάμε από εσάς είναι η προσωπική σας άποψη. Μην σκέφτεστε πολύ για κάθε πρόταση και απαντήστε αυθόρμητα. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο. Χωρίς τη βοήθεια τη δική σας και άλλων συναδέλφων δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση αυτής της σημαντικής μελέτης σε ένα τόσο σημαντικό ζήτημα.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εκλαμβάνεται ως συναίνεση συμμετοχής στην έρευνα.

Για οποιεσδήποτε διευκρινήσεις σας παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τη συντονίστρια της μελέτης κα Ελένη Λουκιανού τηλ. XXXXXXXX.

Οδηγίες συμπλήρωσης: Βάλτε X στο κατάλληλο τετραγωνάκι

1. Πόσους διαβητικούς ασθενείς εξετάζετε κάθε μήνα;

0-10	<input type="checkbox"/>
11-20	<input type="checkbox"/>
21-30	<input type="checkbox"/>
>31	<input type="checkbox"/>

2. Οι περισσότεροι από αυτούς πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη

A) Τύπου I B) Τύπου II

3. Πόσο συχνά παρακολουθείτε ένα διαβητικό ασθενή;

Κάθε 2 μήνες	<input type="checkbox"/>
Κάθε 4 μήνες	<input type="checkbox"/>
Κάθε 6 μήνες	<input type="checkbox"/>
Μία φορά το χρόνο	<input type="checkbox"/>

4. Ποια η συχνότερη χρόνια επιπλοκή που εμφανίζουν οι διαβητικοί ασθενείς ;

διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια	<input type="checkbox"/>
διαβητική νεφροπάθεια	<input type="checkbox"/>
διαβητική νευροπάθεια	<input type="checkbox"/>
διαβητική μακροαγγειοπάθεια (στεφανιαία νόσος, εγκεφαλικό , διαλείπουσα χωλότητα)	<input type="checkbox"/>
διαβητικό πόδι	<input type="checkbox"/>

5. Γνωρίζετε αν η εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας εξαρτάται από τον τύπο του διαβήτη (Τύπος I, Τύπος II);

A) Ναι B) Όχι Γ) Δεν ξέρω

6. Γνωρίζετε αν η εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας εξαρτάται από τη χρονική διάρκεια του σακχαρώδους διαβήτη;

A) Ναι B) Όχι Γ) Δεν ξέρω

7. Γνωρίζετε αν τα άτομα με αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια;

A) Ναι β) Όχι γ) Δεν ξέρω

8. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια μπορεί να προκαλέσει

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν ξέρω
Μείωση της όρασης			
Πόνο στο μάτι			
Κανένα σύμπτωμα			

9. Ενημερώνετε τους διαβητικούς ασθενείς σας για τη σημασία της οφθαλμολογικής εξέτασης;

Πάντοτε	
Εάν ερωτηθώ	
Σπάνια	
Ποτέ	

10. Πότε πιστεύετε ότι πρέπει να παραπέμπετε τους διαβητικούς ασθενείς σας να επισκεφθούν οφθαλμίατρο;

Πάντοτε	
Εάν ερωτηθώ	
Σπάνια	
Ποτέ	

11. Εάν ένας διαβητικός ασθενής σας προσέλθει στο ιατρείο και παραπονείται για μειωμένη όραση τι πιστεύετε ότι πρέπει να κάνετε;

Τον παραπέμπετε σε οπτικό	
Τον παραπέμπετε σε οφθαλμίατρο	
Και τα δύο	

12. Συμπληρώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα παρακάτω:

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α) Όλοι οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο.					
β) Μόνο οι διαβητικοί ασθενείς που αναφέρουν προβλήματα στην όραση τους πρέπει να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο.					
γ) Μόνο οι διαβητικοί ασθενείς με αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να παραπέμπονται στον οφθαλμίατρο.					

13. Φύλο

Αντρας

Γυναίκα

14. Ηλικία

20-29

30-39

40-49

50-59

60-65

15. Ειδικότητα

A) Γενικός Ιατρός

B) Παθολόγος

16. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος

Άγαμος

Διαζευγμένος....

Χήρος.....

17. Τόπος διαμονής

Αστική περιοχή

Αγροτική περιοχή

18. Χρονική διάρκεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος μη συμπεριλαμβανομένης της

ειδικότητας

1-5 χρόνια

6-10

11 - 15

>15 χρόνια

19. Πραγματοποίηση Μεταπτυχιακών σπουδών

A) Ναι

B) Όχι

20. Πραγματοποίηση Διδακτορικών σπουδών

A) Ναι

B) Όχι

21. Συμμετοχή σε σεμινάρια τους τελευταίους 12 μήνες (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)

A) Ναι

B) Όχι

22. Συμμετοχή σε συνέδρια τους τελευταίους 12 μήνες (τουλάχιστον σε ένα (1) ανά έτος)

A) Ναι

B) Όχι

23. Βαθμός εξοικείωσης και χρήσης Η/Υ

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Υψηλή εξοικείωση | <input type="checkbox"/> |
| Ικανοποιητική εξοικείωση | <input type="checkbox"/> |
| Μικρή εξοικείωση | <input type="checkbox"/> |
| Καμία εξοικείωση | <input type="checkbox"/> |

24. Βαθμός εξοικείωσης και χρήσης Διαδικτύου

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Υψηλή εξοικείωση | <input type="checkbox"/> |
| Ικανοποιητική εξοικείωση | <input type="checkbox"/> |
| Μικρή εξοικείωση | <input type="checkbox"/> |
| Καμία εξοικείωση | <input type="checkbox"/> |

25. Χρησιμοποιείτε το Διαδίκτυο για βιβλιογραφική ή και συνταγογραφική έρευνα από το σπίτι ή την εργασία;

- | | |
|-------------|--------------------------|
| Πολύ συχνά | <input type="checkbox"/> |
| Συχνά | <input type="checkbox"/> |
| Σπάνια | <input type="checkbox"/> |
| Σχεδόν ποτέ | <input type="checkbox"/> |
| Ποτέ | <input type="checkbox"/> |

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.177
Αρ. Τηλ.: 22818303

31 Οκτωβρίου 2013

Κυρία Ελένη Λουκιανού
Πέτρου Ταίρου 100
3076 Λεμεσός

Γνωστοποίηση σύστασης και λειτουργίας Αρχείου / Έναρξης Επεξεργασίας έρευνας της Δρ. Ελένης Λουκιανού, χειρούργου οφθαλμιάστρου και μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου με θέμα «Έρευνα καταγραφής και αξιολόγησης των γνώσεων και των αντιλήψεων αναφορικά με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια μεταξύ των παθολόγων και των γενικών ιατρών στην Κύπρο», με χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου.

Αναφέρω στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 14.10.2013, καθώς και στο ηλεκτρονικό μήνυμά σας ημερομηνίας 30.10.2013 με διευκρινίσεις/συμπληρώσεις για τα σημεία «Γ», «Θ» και «Μ», που αφορά το πιο πάνω Αρχείο και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012, στο εξής «ο Νόμος»), και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριας Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

W.P.m



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ/ΕΠ 2013.01.122

Αρ. Τηλ.: 22809038/039

Αρ. Φαξ: 22353878

13 Δεκεμβρίου 2013

Δρ. Ελένη Λουκιανού
Πέτρον Τσίραη 100
3076 Λεμεσός

Θέμα: «Έρευνα κατ'εργασίας και αξιολόγηση των γνώσεων και των αντιλήψεων σχετικά με τη διεθνητική αμοιβλητροειδοπάθεια των παθολόγων και των γενικών ιατρών στην Κύπρο»

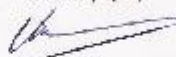
Σε συνέχεια αλληλογραφίας μας για το πιο πάνω θέμα ημερομηνίας 14 Νοεμβρίου 2013, και απάντησης σας ημερομηνίας 02 Δεκεμβρίου 2013, επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από την μελέτη του περιορισμένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλοσηπτική επιστολή, πρωτόκολλο, ερωτηματολόγιο, έντυπο ενημέρωσης προς συμμετέχοντες και διευκρινιστική επιστολή), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω αντιληφθεί ότι:

1. Η μελετησιακή έρευνα που θα διεξαχτεί στηρίζεται στη διανομή και συλλογή ανώνυμου ερωτηματολογίου σε παθολόγους και γενικούς ιατρούς Κέντρων Υγείας και Γενικών Νοσοκομείων στη Κύπρο.
2. Δεν θα υπάρξει από δικής σας πλευράς οποιαδήποτε αιτιμολόγηση σε συμμετέχοντες για τη λήψη οποιασδήποτε βιολογικής ουσίας για οποιοσδήποτε εξετάσεις, και
3. Δεν τίθεται θέμα παροχής οποιασδήποτε ιατρικής φρονιτιδας προς τους συμμετέχοντες.

Λόγω του με όλα τα πιο πάνω, έχω την άποψη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν γρήξει οποιασδήποτε βιοηθικής αξιολόγησης από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στην διεξαγωγή της έρευνας σας

Με εκτίμηση


Δρ. Μιχάλης Βιονιάτης

Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Κέντρο Υγείας Έγκλημα, Νίκου Κρανιδιώτη, 2411 Λευκωσία,
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: ebec@bioethics.gov.cy Ιστοσελίδα: www.bioethics.gov.cy



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.2Ε
Αρ. τηλ:22605738
Email:igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου:0186/2014

25 Φεβρουαρίου 2014

Κυρία Ελένη Λουκιανού
Πέτρου Τσίρου 100
3076 Λεμεσός

Θέμα: Αίτημα για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «έρευνας καταγραφής και αξιολόγησης των γνώσεων αντιλήψεων σχετικά με τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια των παθολόγων και των γενικών ιατρών στην Κύπρο» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 22/1/2014 και να σας ενημερώσω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί.

Νοείται ότι θα πρέπει να προβαίτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεση συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασία σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφο ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας,
- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.


(Ειρήνη Γεωργίου)
για Αν. Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κω: ΠΛΥ
Αν. Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ



Υπουργείο Υγείας 1418 Λευκωσία
Τηλ: 22605738 φαξ:22605928 ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>