



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Ικανοποίηση ασθενών από τις
Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες της Κύπρου**

Χρύσω Χαραλάμπους

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Μάμας Θεοδώρου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2017

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας

Μεταπτυχιακή Διατριβή



**Ικανοποίηση ασθενών από τις
Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες της Κύπρου**

Χρύσω Χαραλάμπους

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Μάμας Θεοδώρου

Λευκωσία, Ιούνιος 2017

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας

Μεταπτυχιακή Διατριβή

Ικανοποίηση ασθενών από τις
Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες της Κύπρου

Χρύσω Χαραλάμπους

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Μάμας Θεοδώρου

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στο Πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Λευκωσία, Ιούνιος 2017

**Στους γονείς μου,
Κωνσταντίνο και Ελένη**

«Η υγεία είναι μία αντανάκλαση της αφοσίωσης μίας κοινωνίας στην ισότητα και τη δικαιοσύνη»

Χάρτα των Λαών για την Υγεία

Η ορειχάλκινη πινακίδα του Ιδαλίου (5^{ος} αιώνας π.Χ.), η ανακάλυψη της οποίας έγινε το 1850 μ.Χ. στην Κύπρο και η οποία φέρει και στις δύο της όψεις εγχάρακτη επιγραφή στην Κυπροσυλλαβική γραφή παρέχει ιδιαίτερα σημαντικές πληροφορίες για το πολιτικό σύστημα και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες στα χρόνια του πολέμου του βασιλείου του Ιδαλίου με τους Πέρσες και Φοίνικες του Κιτίου. Αναφέρεται στη συμφωνία που επιτεύχθηκε μεταξύ του βασιλιά Στασίκυπρου και των πολιτών του Ιδαλίου με το γιατρό Ονάσιλο και τους αδελφούς του για περίθαλψη των τραυματιών του πολέμου. Η φροντίδα των αρχών της «πόλης - κράτους» για τη θεραπεία των τραυματιών του πολέμου αποτελεί μαρτυρία για το **αρχαιότερο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας** που γνωρίζουμε μέχρι σήμερα.

(Πηγές: Ιστορικές και Αρχαιολογικές)

Περίληψη

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι μία πολυδιάστατη έννοια και αποτελεί τη συνισταμένη πολλών κριτηρίων εκτίμησης που αφορούν τις παρεχόμενες Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες (ΔΟΥ), όπως είναι η πρόσβαση και οργάνωση, το προσωπικό και η ποιότητα οδοντιατρικής φροντίδας.

Σκοπός:

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών που επισκέπτονται τις ΔΟΥ της Κύπρου και η διερεύνηση των παραγόντων/διαστάσεων που συνδέονται με την ικανοποίηση.

Μεθοδολογία:

Συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 24/5/2016 και 12/10/2016 στα Δημόσια Νοσοκομεία, αστικά και αγροτικά Κ.Υ. της Κύπρου, με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από 414 συμμετέχοντες, και την χρήση κάλπης. Εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αποτέλεσε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, η διαμόρφωση του οποίου στηρίχθηκε στο ερωτηματολόγιο των Davies and Ware (1982), καθώς και στα ερωτηματολόγια των Charalambous (2004), Ροδιάς & Βρυώνη (2010) και Βιολάρη (2012).

Αποτελέσματα:

Ο Συνολικός Δείκτης Οδοντιατρικής Ικανοποίησης στην κλίμακα 1-5, ανήλθε στο $4,41 \pm 0,49$ (83%). Το 71% δήλωσε ικανοποιημένο ή πολύ ικανοποιημένο από την προσβασιμότητα και οργάνωση, το 91% από το προσωπικό και το 87% από την ποιότητα της οδοντιατρικής φροντίδας. Το 97% των συμμετεχόντων προτίθεται να επισκεφθεί ξανά τις ΔΟΥ, ενώ το 95% θα τις συνιστούσε σε φίλους τους. Το 83% εάν είχε την δυνατότητα επιλογής μεταξύ ΔΟΥ και Ιδιωτικού Τομέα θα συνέχιζε στις ΔΟΥ. Το 76,6% επέλεξε τις ΔΟΥ κυρίως για οικονομικούς λόγους, ενώ το 19,6% δήλωσε ότι είναι η πρώτη φορά που τις επισκέπτεται.

Συμπεράσματα:

Η πλειοψηφία των ασθενών επισκέφθηκε τις ΔΟΥ κυρίως για οικονομικούς λόγους. Οι ΔΟΥ επιβάλλεται να συνεχίσουν να λειτουργούν εξυπηρετώντας αυτή την ευάλωτη κοινωνικο-οικονομικά μερίδα πληθυσμού που τις εμπιστεύεται και τις έχει ανάγκη. Η πολιτεία οφείλει να υιοθετήσει τις ανάλογες πολιτικές υγείας ούτως ώστε να εξασφαλίσει την ισότιμη και καθολική πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας.

Summary

Patient satisfaction is a multidimensional concept and is the resultant of several assessment criteria regarding the provided Public Dental Services (PDS), such as access and organization, staff and quality of dental care.

Background /Aim:

The assessment of the satisfaction of patients visiting the PDS of Cyprus and to investigate the factors / dimensions associated with the satisfaction.

Methods:

Cross-sectional study conducted between 24/5/2016 and 12/10/2016 in Public Hospitals, urban and rural Health Centers of Cyprus, with the method of self-completed questionnaires by 414 participants, and the use of a ballot box. The tool measuring of patients' satisfaction was a structured questionnaire which configuration was based on the questionnaire of Davies and Ware (1982), and the questionnaires of Charalambous (2004), Rodia and Vryonis (2011) and Violari (2012).

Results:

The Total Dental Satisfaction Index (Total DSI) in the scale 1-5 was 4.41 ± 0.49 (83%). 71% said they were satisfied or very satisfied with the accessibility and organization, 91% of the staff, and 87% of the quality of dental care. 97% of the participants intend to visit again the PDS, while 95% they would recommend them to their friends. 83% if they had the choice between PDS and the Private Sector they would continue to PDS. The 76.6% chose the PDS mainly for economic reasons, while 19.6% said it is the first time they have visited PDS.

Conclusions:

The majority of patients visited the PDS mainly for economic reasons. The PDS is required to continue to operate by serving this vulnerable socio-economic portion of the population that trusts and need them. The state must adopt the appropriate health policies to ensure the equal and universal access of citizens to the dental care services.

Ευχαριστίες

Πρωτίστως, θερμές ευχαριστίες στον Δρ. Μάμα Θεοδώρου (Καθηγητή ΑΠΚυ), υπεύθυνο του μεταπτυχιακού προγράμματος «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», επιβλέποντα καθηγητή της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής διατριβής, που με τις εύστοχες παρατηρήσεις, υποδείξεις και εισηγήσεις του, βοήθησε στην επιτυχή ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ πολύ τον Δρ. Χριστάκη Τσέλεπο (Διευθυντή Οδοντιατρικών Υπηρεσιών), για την συναίνεση, και το όλο ενδιαφέρον που έχει επιδείξει για την διεξαγωγή αυτής της έρευνας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην Δρ. Χρυστάλλα Χαραλάμπους, Δρ. Αναστασία Βιολάρη, καθώς και σε όλο το οδοντιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό που εργάζεται στα Δημόσια Νοσοκομεία, αστικά και αγροτικά Κ.Υ. της επαρχίας Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου, για την πολύτιμη βοήθεια που μου παρείχαν κατά τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων. Πολύ σημαντική υπήρξε ειδικά η συμβολή/βοήθεια της Δρ. Χρυστάλλας Χαραλάμπους την οποία ακόμη μία φορά ευχαριστώ για τη συστηματική καθοδήγηση και υποστήριξη που μου παρείχε.

Ένα τεράστιο ευχαριστώ οφείλω στους ασθενείς-επισκέπτες των ΔΟΥ Κύπρου για το χρόνο που αφιέρωσαν συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια. Η δική τους συμμετοχή υπήρξε καθοριστική ώστε να γίνει εφικτή η πραγματοποίηση αυτής της έρευνας.

Συντομογραφίες

(Κατά αλφαβητική σειρά)

Συντομογραφία	Επεξήγηση
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑμΕΑ	Άτομα με Ειδικές Ανάγκες
ΑΠΚυ	Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
CYS	Cyprus Organization for Standardization
ΓεΣΥ	Γενικό Σχέδιο Υγείας
ΓΝ	Γενικό Νοσοκομείο
Δ.Ε.	Διάστημα Εμπιστοσύνης
ΔΟΙ	Δείκτης Οδοντιατρικής Ικανοποίησης
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
DRG	Diagnostic Related Group
DSI	Dental Satisfaction Index
ΔΟΥ	Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες
DSQ	Dental Satisfaction Questionnaire
DVSS	Dental Visit Satisfaction Survey
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΕΕ	Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα
Ε.Ι.	Εξωτερικά Ιατρεία
ΕΟΙ	Ερωτηματολόγιο Οδοντιατρικής Ικανοποίησης
Η.Σ.	Health Centre
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ICD	International Classification of Diseases
ISO	International Organization for Standardization
Κ.Υ.	Κέντρο Υγείας
Μ.Ο.	Μέσος Όρος
ΝΓΝ	Νέο Γενικό Νοσοκομείο
ΟΑΥ	Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας
ΟΠΣ	Ολοκληρωμένο Πληροφορικό Σύστημα
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Ο.Τ.	Οδοντιατρικό Τμήμα

ΠΓΝ	Παλαιό Γενικό Νοσοκομείο
ΠΙ	Πολλαπλή Εισαγωγή
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
PDS	Public Dental Services
SERVQUAL	Service Quality
SPSS	Statistical Package of Social Sciences
SQ	Service Quality
T.A.	Τυπική Απόκλιση
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
TQM	Total Quality Management
UWI	University of the West Indies
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας

Περιεχόμενα

Σελίδα

Περίληψη	i
Summary	ii
Εισαγωγή	x
I. Παρούσα Εργασία	xi
II. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	xi
III. Αναγκαιότητα Έρευνας	xi
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
Κεφάλαιο 1	1
Στοματική Υγεία και Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες (ΔΟΥ) Κύπρου	1
1.1 Στοματική Υγεία	1
1.1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός	1
1.1.2 Η σημασία της στοματικής υγείας	1
1.1.3 Στοματική υγεία ως αντανάκλαση της γενικής υγείας	2
1.1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία	2
1.1.5 Ανισότητες πρόσβασης στη φροντίδα στοματικής υγείας	3
1.1.6 Οικονομική επίπτωση νοσημάτων στοματικής κοιλότητας	3
1.2 Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες (ΔΟΥ) Κύπρου	4
1.2.1 Υφιστάμενη κατάσταση	4
1.2.1.1 Ανθρώπινο Δυναμικό Οδοντιατρικών Υπηρεσιών	6
1.2.1.2 Στατιστικά Στοιχεία Δημόσιου Τομέα Υγείας.....	8
1.2.2 Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓεΣΥ)	8
Κεφάλαιο 2	10
Ικανοποίηση ασθενών από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες	10
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση ικανοποίησης	10
2.2 Προσδοκίες ασθενούς και ικανοποίηση	11
2.3 Χαρακτηριστικά ασθενούς που επηρεάζουν την ικανοποίηση	12
2.4 Θεωρητικά Μοντέλα Ικανοποίησης Ασθενούς	15
2.5 Η σημασία της ικανοποίησης από την οδοντιατρική φροντίδα.....	19

2.6	Ερευνητικό Εργαλείο Μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες	20
2.7	Ερωτηματολόγιο Davies and Ware (1982) - Dental Satisfaction Questionnaire – (DSQ).....	21
2.8	Η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης	25
Κεφάλαιο 3		27
Ποιότητα και υπηρεσίες υγείας		27
3.1	Ποιότητα υπηρεσιών υγείας κατά Donabedian	27
3.2	Ποιότητα στις οδοντιατρικές υπηρεσίες	28
3.3	Μέτρηση της ποιότητας από την πλευρά του χρήστη υπηρεσιών υγείας	29
3.4	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management)	30
3.5	Προγράμματα Πιστοποίησης ISO στην Οδοντιατρική	31
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		32
Κεφάλαιο 4		32
Ερευνητική Προσέγγιση		32
4.1	Σχεδιασμός και Μεθοδολογία έρευνας	32
Κεφάλαιο 5		37
Ερευνητικά Αποτελέσματα και Συζήτηση		37
5.1	Ερευνητικά Αποτελέσματα	37
5.2	Συζήτηση	59
Κεφάλαιο 6		74
Συμπεράσματα και Εισηγήσεις		74
6.1	Συμπεράσματα.....	74
6.2	Προτάσεις και Εισηγήσεις.....	75
6.3	Επίλογος	76
Βιβλιογραφία		78
Ελληνική.....		78
Αγγλική.....		83
Παράρτημα Α		91
I.	Οδοντιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων και Κ.Υ.	91
II.	Κέντρα Δειγματοληψίας	92

III.	Ενημερωτικό Σημείωμα προς ασθενείς και Ερωτηματολόγιο	93
	Ενημερωτικό Σημείωμα προς ασθενείς.....	93
	Ερωτηματολόγιο.....	94
Παράρτημα Β		99
Αντίγραφο παραχώρησης άδειας		99
I.	Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα	99
II.	Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου	101
III.	Υπουργείο Υγείας Κύπρου	102
Παράρτημα Γ		103
I.	Εισηγήσεις και Σχόλια ασθενών για τις ΔΟΥ.....	103

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1	Οδοντιατρικό προσωπικό Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα.....	7
Πίνακας 2	Κατανομή προσωπικού (μόνιμου και έκτακτου) κατά επαρχία.....	7
Πίνακας 3	Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων (N=414).....	38
Πίνακας 4	Στάσεις και συμπεριφορά ασθενών σχετικά με τις οδοντιατρικές υπηρεσίες	42
Πίνακας 5	Στάσεις και συμπεριφορά ασθενών μετά την επίσκεψή τους στις ΔΟΥ...	43
Πίνακας 6	Περιγραφικά στατιστικά του Επίπεδου Ικανοποίησης.....	44
Πίνακας 7	Συσχέτιση Φύλου και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	46
Πίνακας 8	Συσχέτιση Περιοχής Διαμονής και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης	47
Πίνακας 9	Συσχέτιση Εθνικότητας και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	47
Πίνακας 10	Συσχέτιση Επίπεδου Εκπαίδευσης και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	48
Πίνακας 11	Συσχέτιση Επαρχίας Κέντρου Υγείας και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης	49
Πίνακας 12	Συσχέτιση Οικογενειακής Κατάστασης και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	50
Πίνακας 13	Συσχέτιση Περιοχής Κέντρου Υγείας και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	51
Πίνακας 14	Συσχέτιση Συχνότητας Επισκέψεων και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	52
Πίνακας 15	Συσχέτιση Λόγου Επίσκεψης και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	53
Πίνακας 16	Συσχέτιση Δημόσιου / Ιδιωτικού Τομέα και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	53
Πίνακας 17	Συσχέτιση Πρόθεσης Επανάληψης Επίσκεψης στις ΔΟΥ και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης	54

Πίνακας 18	Σύσταση ΔΟΥ και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	55
Πίνακας 19	Λόγοι επιλογής ΔΟΥ αντί ιδιώτη οδοντίατρου κατά ηλικιακή ομάδα.....	57
Πίνακας 20	Συσχέτιση Επιλογής ΔΟΥ αντί ιδιώτη οδοντίατρου και Επίπεδο Εκπαίδευσης	58
Πίνακας 21	Κέντρα παροχής οδοντιατρικής φροντίδας ανά επαρχία.....	91
Πίνακας 22	Κέντρα Δειγματοληψίας.....	92
Πίνακας 23	Εισηγήσεις και Σχόλια ασθενών για τις ΔΟΥ.....	103

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1	Ποια ήταν η τελευταία φορά που επισκεφθήκατε οδοντίατρο;.....	40
Γράφημα 2	Ποιος ήταν ο λόγος που επισκεφθήκατε την τελευταία φορά τον οδοντίατρο;	40
Γράφημα 3	Είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεστε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες;	41
Γράφημα 4	Λόγοι επιλογής ΔΟΥ αντί του Ιδιωτικού Τομέα.....	42
Γράφημα 5	Στάσεις και συμπεριφορά ασθενών μετά την επίσκεψή τους στις ΔΟΥ....	43
Γράφημα 6	Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης.....	45
Γράφημα 7	Ποσοστό ικανοποιημένων / Πολύ ικανοποιημένων ασθενών.....	45
Γράφημα 8	Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης ανά Φύλο.....	46
Γράφημα 9	Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης ανά Πόλη.....	49
Γράφημα 10	Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης ανά Οικογενειακή Κατάσταση.....	50
Γράφημα 11	Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης ανά Περιοχή Κέντρου Υγείας.....	51
Γράφημα 12	Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης ανά Συχνότητα Επίσκεψης.....	52
Γράφημα 13	Συσχέτιση Δημόσιου / Ιδιωτικού Τομέα και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	54
Γράφημα 14	Συσχέτιση Πρόθεσης Επανάληψης Επίσκεψης στις ΔΟΥ και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	55
Γράφημα 15	Σύσταση ΔΟΥ και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης.....	56
Γράφημα 16	Ποσοστό ασθενών κατά ηλικιακή ομάδα που επέλεξαν τις ΔΟΥ για οικονομικούς λόγους	57
Γράφημα 17	Λόγοι επιλογής ΔΟΥ αντί οδοντίατρο από τον ιδιωτικό τομέα, ανά Επίπεδο Εκπαίδευσης.....	58

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....

Σχήμα 1	Μοντέλο Ικανοποίησης Ασθενούς.....	16
Σχήμα 2	Ιεράρχηση αναγκών κατά Maslow.....	18

Εισαγωγή

Η στοματική υγεία θεωρείται από τον ΠΟΥ (2012) ως ζωτικής σημασίας για τη γενική υγεία και ευεξία, καθώς και για την ποιότητα ζωής του ατόμου. Η καλή στοματική υγεία ταυτίζεται με την ευημερία, την ευμάρεια και τη θετική αντίληψη για την ζωή. Αντιθέτως, η κακή στοματική υγεία έχει αρνητικές συνέπειες τόσο στη σωματική όσο και ψυχική ευεξία του ατόμου. Οι επιπτώσεις της κακής στοματικής υγείας στα άτομα, είναι στις πλείστες περιπτώσεις η πρόκληση άλγους, η μείωση της παραγωγικότητας σε σχολείο και εργασία, ενώ η απαιτούμενη θεραπεία καταλήγει σε μία σημαντική οικονομική επιβάρυνση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Oral Health Atlas, 2015).

Η ανταποκρισιμότητα των οργανισμών υγείας στις ανάγκες των χρηστών και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν βασικές συνιστώσες της φροντίδας υγείας και η εστίαση ενός οργανισμού σε αυτές παρέχει συγκριτικό πλεονέκτημα στο ολοένα και πιο ανταγωνιστικό περιβάλλον (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Το σύστημα της υγειονομικής φροντίδας δεν αποτελεί πλέον μία μονόδρομη σχέση η οποία ξεκινά από το προμηθευτή και καταλήγει στον καταναλωτή. Αποτελεί μία αμφίδρομη σχέση, την οποία ο οργανισμός φροντίδας υγείας πρέπει να καλλιεργεί για να διατηρήσει και να αναβαθμίσει την ποιότητά του και να παραμείνει ανταγωνιστικός (Παπανικολάου, 2007).

Τις τελευταίες δεκαετίες, στο σύνολο των βιομηχανικών χωρών έχει γίνει κατανοητή η σπουδαιότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως ένα άμεσο και αξιόπιστο σύστημα ανατροφοδότησης για τους οργανισμούς υγείας, δεδομένου ότι παρέχει με ουσιαστικό και σαφή τρόπο την άποψή τους. Με αυτό τον τρόπο η μέτρηση της ικανοποίησης επιτρέπει τον προσδιορισμό ενός συνολικού βαθμού επίδοσης για τον οργανισμό και επιπλέον οριοθετεί την πιθανή υπεροχή ή υστέρησή του σε σχέση με αντίστοιχους φορείς (The World Health Report, 2000).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται έντονο ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Στο παρελθόν οι αξιολογήσεις της ποιότητας βασίζονταν αποκλειστικά στην άποψη του προσωπικού. Σήμερα, όλοι οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα πολύ σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Merkouris et al, 2003). Κατά τους Αντεριώτη & Αντωνίου (2014), η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό και αξιόπιστο μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας, καθώς φαίνεται να υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της

φροντίδας υγείας και των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων. Το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας απαιτεί καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

I. Παρούσα Εργασία

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών-επισκεπτών από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες (ΔΟΥ) της Κύπρου.

II. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

(1) Ικανοποίηση ασθενών από τις ΔΟΥ της Κύπρου

Έρευνες που διεξήχθησαν από τους Χαραλάμπους (2004), Οδοντιατρικές Υπηρεσίες Κύπρου (2010), Ροδιά & Βρυώνη (2011), Βιολάρη (2012), στα κρατικά νοσοκομεία, προσθετικές κλινικές, αστικά και αγροτικά Κ.Υ., κατέδειξαν ένα υψηλό ποσοστό συνολικής ικανοποίησης από τις ΔΟΥ. Κυρίως, οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και το οδοντιατρικό προσωπικό παρά με παραμέτρους που άπτονταν της προσβασιμότητας. Ως εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια των Davies and Ware και SERVQUAL.

(2) Διεθνής βιβλιογραφία ικανοποίησης ασθενών

Συγχρονικές μελέτες που διεξήχθησαν στις οδοντιατρικές κλινικές και κολέγια του Πανεπιστημίου Δυτικών Ινδιών (Balkaran et al, 2014), Damman, Βασίλειο Σαουδικής Αραβίας (ArRejaie et al, 2014), Taibah, Βασίλειο Σαουδικής Αραβίας (Mahrous & Hifnawy, 2012), Lagos, Νιγηρία (Orenuga et al, 2009), κατέληξαν σε ένα υψηλό συνολικό επίπεδο ικανοποίησης. Υψηλό ποσοστό ικανοποίησης από τις ΔΟΥ καταγράφηκε και σε ανάλογη έρευνα που διεξήχθηκε στην Ελλάδα (Ουλής και συν., 2005).

III. Αναγκαιότητα έρευνας

Σήμερα, η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ανάπτυξη μηχανισμών και εργαλείων αξιολόγησής της αποτελεί πρωταρχικό στόχο στη διαμόρφωση πολιτικής στον τομέα της υγείας, και περιλαμβάνεται ανάμεσα στις προτεραιότητες και τους προσανατολισμούς των συστημάτων υγείας και των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών τους. Η γνώμη των ασθενών είναι αποδεδειγμένο πως αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1988; Κυριόπουλος και συν., 2003;

Mitropoulos et al, 2006). Μέσω των απαντήσεων των ασθενών αποτυπώνεται η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια τους και αναδεικνύονται στοιχεία/παράμετροι που πιθανό να χρήζουν ανάγκης λήψης διορθωτικών μέτρων με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας. Επίσης, η μέτρηση της ικανοποίησης βοηθά στην αξιολόγηση της επίδρασης των προσπαθειών για βελτίωση των οδοντιατρικών υπηρεσιών (Patel, 2014). Εκτός από την άμεση βελτίωση της ποιότητας, η όλη αξιολόγηση ενισχύει την εμπιστοσύνη του κοινού παρέχοντας χρήσιμες πληροφορίες όσον αφορά τους καταναλωτές και ενημέρωση προς τους φορείς χάραξης πολιτικής (Dental Quality Alliance, 2012). Η κοινή γνώμη συνήθως χρησιμοποιείται για να τεκμηριώσει την χάραξη μίας νέας πολιτικής υγείας (Edgington and Pimlott, 2000).

Σε μία περίοδο όπου στην Κύπρο επίκεινται σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας με την αυτονόμηση των Δημόσιων Νοσοκομείων και την εφαρμογή του ΓεΣΥ, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών-επισκεπτών από τις ΔΟΥ θα είναι ενδεικτική του κατά πόσο αυτές ανταποκρίνονται στις ανάγκες/προσδοκίες των πολιτών, παρέχοντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, διατηρώντας ταυτοχρόνως την ανταγωνιστικότητά τους έναντι του ιδιωτικού τομέα. Ειδικά σε μια εποχή κοινωνικά μεταβαλλόμενη, όπου παρατηρείται αυξημένη προσέλευση ασθενών στα δημόσια οδοντιατρεία, συνεπεία της οικονομικής κρίσης, της κινητικότητας του πληθυσμού μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ και του κύματος προσφύγων από γειτονικές χώρες. Ένας επιπλέον παράγοντας/πρόκληση αποτελεί και η γήρανση του πληθυσμού, η οποία δημιουργεί αυξημένες και περίπλοκες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης στους ηλικιωμένους.

Κεφάλαιο 1

Στοματική Υγεία και Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες (ΔΟΥ) Κύπρου

1.1 Στοματική Υγεία

Η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο του δικαιώματος στην υγεία και συνεπώς, των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων που κατοχυρώθηκαν στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα ανθρώπινα δικαιώματα και υιοθετήθηκαν από όλα τα έθνη (Oral Health Atlas, 2015).

1.1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός

Η στοματική υγεία ορίζεται ως «μία κατάσταση απαλλαγμένη από στοματική λοίμωξη και έλκη, περιοδοντική νόσο, τερηδόνα, απώλεια δοντιών και άλλες ασθένειες και διαταραχές, οι οποίες περιορίζουν την ικανότητα του ατόμου να δαγκώνει, μασά, χαμογελά, μιλά, όπως περιορίζουν και τη δυνατότητά του για ψυχοκοινωνική ευεξία (Oral Health Atlas, 2015). Αυτό σημαίνει ότι κάποιος πρέπει να είναι ελεύθερος από χρόνια στοματοπροσωπικό άλγος, καρκίνο της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, αλλοιώσεις των ιστών της στοματικής κοιλότητας, όπως χειλογναθοϋπερωιοσχιστία και άλλες ασθένειες και διαταραχές που επηρεάζουν το στόμα, τα δόντια και τους κρανιοπροσωπικούς ιστούς, γενικώς γνωστά ως κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα (WHO, 2003).

1.1.2 Η σημασία της Στοματικής Υγείας

Μία υγιής και σε καλή λειτουργία οδοντοφυΐα είναι σημαντική σε όλα τα στάδια της ζωής, αφού υποστηρίζει βασικές ανθρώπινες λειτουργίες όπως είναι η μάσηση, η κατάποση, η ομιλία, το χαμόγελο, το φιλί, το τραγούδι. Η καλή στοματική υγεία ταυτίζεται με την

ευημερία, την ευμάρεια και τη θετική αντίληψη για την ζωή (Alaska Oral Health Plan, 2012; Oral Health Atlas, 2015). Προβλήματα στη στοματική υγεία μπορεί να καταλήξουν σε επώδυνες καταστάσεις, δυσφορία, περιορισμένη λειτουργική ικανότητα και να οδηγήσουν σε δυσκολίες στη διατροφή, στην επικοινωνία και στην εμφάνιση, με αποτέλεσμα την εκδήλωση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων (Oral Health Atlas, 2015; Σταμαδιάνος και συν., 2009).

1.1.3 Στοματική υγεία ως αντανάκλαση της γενικής υγείας

Το στόμα είναι ο καθρέπτης του σώματος αντικατοπτρίζοντας συχνά σημάδια από συστημικές ασθένειες όπως αιματολογικές, ενδοκρινολογικές, δερματικές, μεταβολικές. Η εξέταση της στοματικής κοιλότητας μπορεί να αποκαλύψει ανθυγιεινές συνήθειες όπως κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ, μικροβιακές λοιμώξεις, διαταραχές ανοσοποιητικού συστήματος, τραυματισμούς και ορισμένους τύπους καρκίνου. Αλλαγές στην εμφάνιση των δοντιών μπορούν να δείξουν σοβαρές διατροφικές διαταραχές και ελλείψεις. Η ανίχνευση της οστικής απώλειας επιτυγχάνεται με τη στοματική εξέταση. Μία ανάλυση του σάλιου μπορεί να προσφέρει ευρήματα για τη γενική υγεία ή ασθένεια ενός ατόμου (Alaska Oral Health Plan, 2012; Οδοντιατρικές Υπηρεσίες, 2012; Oral Health Atlas, 2015; USA Committee on an Oral Health Initiative, 2011; WHO, 2003).

Οι λοιμώξεις της στοματικής κοιλότητας όπως η περιοδοντική νόσος, δύναται να αυξήσουν τον κίνδυνο για καρδιακή νόσο, να συμβάλουν στην πρόκληση πρόωρου τοκετού, να αποσυντονίσουν τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και του σακχάρου αίματος σε άτομα με διαβήτη. Παθογόνοι οργανισμοί οι οποίοι βρίσκονται στη στοματική κοιλότητα ενδέχεται να έχουν πρόσβαση στην αναπνευστική οδό, προκαλώντας βακτηριακές πνευμονίες. Ακόμη, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια έχει συνδεθεί με την κακή κατάσταση του στόματος (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

1.1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη στοματική υγεία

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την στοματική υγεία, σύμφωνα με το Oral Health Report 2003 του ΠΟΥ είναι οι ακόλουθοι: πρόληψη και έλεγχος της στοματικής υγείας, συνεχής στοματική φροντίδα, συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο, προφίλ του οδοντίατρου, τρόπος ζωής και συνήθειες, ποιότητα ζωής, κόστος οδοντιατρικής φροντίδας και άλλες κοινωνικο-δημογραφικές παράμετροι όπως φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, επάγγελμα, εισοδηματική τάξη και ασφαλιστική κάλυψη (Υφαντόπουλος και Ουλής, 2011).

1.1.5 Ανισότητες πρόσβασης στη φροντίδα στοματικής υγείας

Παγκοσμίως, οι κοινωνικές ομάδες που πλήττονται περισσότερο από τα νοσήματα του στόματος είναι τα μειονεκτούντα και περιθωριοποιημένα άτομα και οι πληθυσμοί που βιώνουν την φτώχεια (Δημητριάδης και συν., 2008). Νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα έχουν τέσσερις έως έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ανικανοποίητες ανάγκες ιατρικής φροντίδας και οδοντιατρικής περίθαλψης για οικονομικούς ή άλλους λόγους από εκείνους με υψηλό εισόδημα (ΟΟΣΑ, 2015). Τρανταχτό παράδειγμα των ανισοτήτων στη στοματική υγεία αποτελεί ο επιπολασμός της τερηδόνας, ο οποίος επηρεάζει μόνο το 16% των Ιαπώνων ηλικίας 6-19 ετών, σε αντίθεση με το 97% των 12χρονων παιδιών στις Φιλιππίνες. Η πρόσβαση παρουσιάζει έντονες ανισότητες και λόγω της κακής κάλυψης στην πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα που έχει ως αποτέλεσμα μόνο τα 2/3 του παγκόσμιου πληθυσμού να έχουν πρόσβαση σε επαρκή οδοντιατρική φροντίδα (Oral Health Atlas, 2015). Επιπροσθέτως, τα περισσότερα δημόσια υγειονομικά κέντρα δεν είναι επαρκώς εξοπλισμένα ώστε να προσφέρουν τις πλήρεις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα. Το γεγονός ότι η πρόσβαση στις θεραπείες που προσφέρει ο ιδιωτικός τομέας είναι δύσκολη για τις περισσότερο μειονεκτικές ομάδες έχει ως αποτέλεσμα τις ανισότητες στη στοματική υγεία (Balkaran et al., 2014).

1.1.6 Οικονομική επίπτωση νοσημάτων στοματικής κοιλότητας

Η παροχή υπηρεσιών στοματικής υγείας είναι δαπανηρή, αντιπροσωπεύοντας το 5% των συνολικών δαπανών για την υγεία, και το 16% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2009. Στη σημερινή Ε.Ε. των 27 οι δαπάνες πλησιάζουν τα €79 δις, και αν συνεχιστούν οι αυξητικές τάσεις, το ποσοστό αυτό θα μπορούσε να φθάσει μέχρι €93 δις το 2020. Μελέτες έχουν δείξει ότι το στόμα είναι το πιο ακριβό μέρος του σώματος για να διατηρηθεί υγιές. Οι δαπάνες πιθανόν να υπερβούν αυτές για τον καρκίνο, τις καρδιακές παθήσεις, το εγκεφαλικό επεισόδιο ή την άνοια. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι τα οφέλη από την πρόληψη της οδοντικής τερηδόνας υπερβαίνουν το κόστος της θεραπείας (Oral Health in Europe, 2016). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, μεταξύ των 800 εκ. ανθρώπων που ζουν στις χώρες του οικονομικού εμπορίου (established market economies) στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η Ευρώπη, χάνονται πάνω από ένα εκατομμύριο «προσαρμοσμένα χρόνια ζωής» λόγω ανικανότητας για εργασία από προβλήματα στοματικής υγείας (Ουλής και συν., 2005).

1.2 Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες (ΔΟΥ) Κύπρου

Η παροχή οδοντιατρικής φροντίδας στην Κύπρο κυριαρχείται από τον ιδιωτικό τομέα. Παρ' ότι το 80% του πληθυσμού είναι δικαιούχοι οδοντιατρικής περίθαλψης που προσφέρεται από τον δημόσιο τομέα, εν τούτοις η συντριπτική πλειονότητα επιλέγει τον ιδιωτικό τομέα, καταβάλλοντας στο ακέραιο το κόστος από την τσέπη τους. Ένα σημαντικό όμως μέρος της οδοντιατρικής φροντίδας, ειδικά για τους πολίτες με χαμηλά εισοδήματα και τους συνταξιούχους καλύπτεται από τις ΔΟΥ στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων και Κ.Υ. (Theodorou et al, 2012).

1.2.1 Υφιστάμενη κατάσταση ΔΟΥ

Οι Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες αποτελούν μέρος του όλου υγειονομικού συστήματος, παρέχοντας στους δικαιούχους οδοντιατρικής περίθαλψης, Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα. Όραμά τους η προαγωγή της στοματικής υγείας όλων των πολιτών και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με σεβασμό προς τον πολίτη, καταργώντας κάθε μορφή γεωγραφικής, οικονομικής και κοινωνικής ανισότητας. Σύνθημά τους: «Υγεία στο στόμα – Ποιότητα στη Ζωή». Επιπροσθέτως, ευελπιστούν σε μία ολιστική και ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση των ασθενών ως απαραίτητο στοιχείο διασφάλισης ενεργούς γήρανσης (Υπουργείο Υγείας, 2016).

Παροχή Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας:

Η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια οδοντιατρική φροντίδα παρέχεται σε όλα τα Νοσοκομεία, αστικά και αγροτικά Κ.Υ., ενώ η τριτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα προσφέρεται μόνο στα Νοσοκομεία και περιλαμβάνει την κατασκευή κινητών προσθετικών εργασιών, αντιμετώπιση πολύπλοκων και εξειδικευμένων περιστατικών στους τομείς της Παιδοδοντίας, Περιοδοντολογίας και Ενδοδοντίας καθώς και την αντιμετώπιση περιστατικών που εμπίπτουν στο φάσμα της γναθοχειρουργικής (Οδοντιατρικές Υπηρεσίες Κύπρου, 2016).

Οι Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες διαθέτουν παγκύπρια ένα δίκτυο οδοντιατρικών κλινικών/οδοντιατρείων, που στεγάζονται σε έξι νοσοκομεία, οκτώ αστικά κέντρα υγείας, δύο ιδρύματα και είκοσι τέσσερα αγροτικά κέντρα υγείας (Πίνακας 23). Επίσης, είναι διαχωρισμένες σε δύο τομείς, τον προληπτικό και θεραπευτικό. Μέσα στις δράσεις του θεραπευτικού τομέα περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- Παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών σε νοσοκομεία, αστικά και αγροτικά κέντρα υγείας παγκύπρια.

- Αντιμετώπιση έκτακτων οδοντιατρικών περιστατικών επί 24ώρου βάσεως στα Τμήματα Πρώτων Βοηθειών.
- Στο ΝΓΝ Λευκωσίας όπου λειτουργούν Κλινικές Περιοδοντολογίας, Παιδοδοντίας και Ενδοδοντίας αντιμετωπίζονται περίπλοκα περιστατικά, που παραπέμπονται από τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας.
Στην Κλινική Παιδοδοντίας εξυπηρετούνται παιδιά διαφόρων ηλικιών καθώς και άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑμΕΑ).
- Κλινικές Μικρής Χειρουργικής Στόματος και Προσθητικής, στις οποίες προσφέρονται υπηρεσίες μερικών και ολικών οδοντοστοιχιών λειτουργούν σε όλα τα Γενικά Νοσοκομεία.
- Κλινικές Μικρής Χειρουργικής Στόματος λειτουργούν σε όλα τα Γενικά Νοσοκομεία των πόλεων.
- Αντιμετώπιση ορθοδοντικών περιστατικών παιδιών ηλικίας μέχρι 18 ετών τα οποία πληρούν συγκεκριμένα οικονομικά και λειτουργικά κριτήρια.
- Στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής, οδοντιατρικές κλινικές λειτουργούν στις Κεντρικές Φυλακές και στο Ίδρυμα Χρίστου Στέλιου Ιωάννου.

Δημόσια Νοσοκομεία & Κέντρα Υγείας:

Τα Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες, βρίσκονται υπό τη δικαιοδοσία του Υπουργείου Υγείας (ΥΥ) και είναι υπόλογες προς τον Υπουργό Υγείας. Διοικούνται από έναν Ανώτερο Λειτουργό που διορίζεται από το Υπουργείο, με σχετικά περιορισμένη εξουσία και δύναμη. Νοσοκομεία και Κ.Υ. δεν έχουν οικονομική και διοικητική αυτονομία κατά τον καθορισμό προτεραιοτήτων και την εφαρμογή προγραμμάτων υγείας (Theodorou et al, 2012).

Κλινικές Προσθητικής:

Κλινικές Προσθητικής¹ και εργαστήρια λειτουργούν στη Λευκωσία, Λάρνακα, Λεμεσό και Πάφο εξυπηρετώντας ως επί το πλείστον άτομα τρίτης ηλικίας. Τα τελευταία χρόνια οι ΔΟΥ έχουν διευρύνει το φάσμα των υπηρεσιών τους συμπεριλαμβάνοντας και τις μεταλλικές οδοντοστοιχίες εκτός από τις ακρυλικές.

¹ Προσθητική είναι ο κλάδος της οδοντιατρικής επιστήμης που ασχολείται με την αντικατάσταση των απολεσθέντων δοντιών με απώτερο στόχο την αποκατάσταση της λειτουργικότητας του στοματογναθικού συστήματος. Διακρίνεται σε ακίνητη προσθητική (στεφάνες και γέφυρες) και κινητή προσθητική (ολικές και μερικές οδοντοστοιχίες). Οι ολικές οδοντοστοιχίες αποτελούν λύση για ανθρώπους που δεν έχουν πλέον δόντια με στόχο την αποκατάσταση της μάσησης, της ομιλίας και φυσικά της αισθητικής του προσώπου!

Νέες ρυθμίσεις στη παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης:

- ◆ Από την 1^η Αυγούστου 2013, όλοι οι δικαιούχοι ασθενείς που επισκέπτονται τα Ε.Ι. των κρατικών νοσηλευτηρίων καταβάλλουν το ποσό των €3,00 για επίσκεψη σε γενικό γιατρό και το ποσό των €6,00 για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό.
- ◆ Επιπρόσθετα, καταβάλλουν το τέλος των €0,50 για κάθε χορηγούμενο φάρμακο και για κάθε εργαστηριακή εξέταση με μέγιστη δυνατή χρέωση τα €10,00 ανά συνταγή φαρμάκων ή ανά έντυπο παραπομπής εργαστηριακών εξετάσεων αντίστοιχα.
- ◆ Ασθενείς οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των κρατικών νοσηλευτηρίων καταβάλλοντας €15,00 για επίσκεψη σε γενικό γιατρό και το ποσό των €30,00 για επίσκεψη σε ειδικό γιατρό.
- ◆ Οι ασθενείς που επισκέπτονται τα ΤΑΕΠ καταβάλλουν το ποσό των €10,00 ανεξάρτητα από τις υπηρεσίες που θα τους παρασχεθούν. Εξαιρούνται από το τέλος κάποιες ευάλωτες κατηγορίες πολιτών όπως είναι οι λήπτες δημοσίου βοηθήματος, οι στρατιώτες, οι ανάπηροι αγώνων, ένοικοι συγκεκριμένων ιδρυμάτων κλπ.

Οι επικείμενες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, σύμφωνα με τις πρόνοιες του Μνημονίου Συναντίληψης με την Τρόικα το 2014:

Εν όψη της πλήρους εφαρμογής του ΓεΣΥ αναμένεται η αναδιοργάνωση/αυτονόμηση των Δημόσιων Νοσοκομείων και η μετατροπή τους σε Οργανισμούς Δημοσίου Δικαίου. Με την αυτονόμησή τους τα Δημόσια Νοσοκομεία θα κληθούν να ανταγωνιστούν επί ίσοις όροις τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία παραμένοντας βιώσιμα ως οικονομικές πλέον μονάδες παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σύγχρονο μοντέλο διοίκησης και ορθολογισμό των δαπανών. Τα αστικά και αγροτικά υγειονομικά κέντρα θα υπάγονται στο ΓΝ Λευκωσίας, ΓΝ Λεμεσού, ΓΝ Λάρνακας, ΓΝ Αμμοχώστου, ΓΝ Πάφου, Νοσοκομείο Μητέρας και Παιδιού Αρχ. Μακάριος ΙΙΙ (Υπουργείο Υγείας, 2016).

1.2.1.1 Ανθρώπινο Δυναμικό Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

Η αναλογία των οδοντιάτρων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι 5% προς 95%, και αυτό ως αποτέλεσμα της μειωμένης από τους πολίτες χρήσης των ΔΟΥ. Οι οδοντίατροι του δημόσιου τομέα είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και αμείβονται με μισθό, ενώ αυτοί του ιδιωτικού τομέα είναι ελεύθεροι επαγγελματίες και αμείβονται κατά πράξη και με τιμές που διαμορφώνονται από την αγορά (Χαραλάμπους και συν., 2015). Το 2014 ο δημόσιος τομέας απασχολούσε 40 οδοντιάτρους και ο ιδιωτικός τομέας 797. Ο αριθμός

ατόμων ανά οδοντίατρο υπολογίστηκε σε 1.019 το 2014 συγκριτικά με 1.040 το 2013 και 1.059 το 2012 (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2016).

Πίνακας 1. Οδοντιατρικό προσωπικό Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα

Οδοντιατρικό Προσωπικό	1990	1995	2000	2005	2012	2013	2014
Ολικό	428	543	619	728	816	829	837
Δημόσιος Τομέας	36	34	33	40	38	38	40
Ιδιωτικός Τομέας	392	509	586	688	778	791	797

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (2016).

Σύμφωνα με τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες Κύπρου (Ετήσια Έκθεση, 2015), υπηρέτησαν στις ΔΟΥ μέσα στο 2015, 41½ Οδοντιατρικοί Λειτουργοί όλων των βαθμίδων, 37 Βοηθοί Οδοντιατρείου, 9 Οδοντοτεχνίτες και 9 άτομα υποστηρικτικό προσωπικό (μόνιμοι και έκτακτοι) στους οποίους συμπεριλαμβάνονται 5 οδηγοί, 1 βοηθός γραμματειακός λειτουργός, 1 αχθοφόρος κλητήρας και 2 γενικοί βοηθοί. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι 11½ (27,7%) οδοντίατροι και 22 (59,5%) βοηθοί οδοντιατρείου εργάζονται ως έκτακτο προσωπικό.

Πίνακας 2. Κατανομή προσωπικού (μόνιμου και έκτακτου) κατά επαρχία

ΕΠΑΡΧΙΑ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	ΒΟΗΘΟΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	ΟΔΟΝΤΟ ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΟΔΗΓΟΙ ΚΙΝΗΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
Λευκωσία	21 ½(*)	20(**)	4	1
Λεμεσός	8	8	1	1
Λάρνακα	6	4	2	2
Πάφος	5	4	2	1
Αμμόχωστος	1	1		
ΣΥΝΟΛΟ	41½	37	9	5

(*) Από το 2013 ειδικός ορθοδοντικός εργάζεται 3 φορές τη βδομάδα στις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες, ενώ ένας Ανώτερος Οδοντιατρικός Λειτουργός είναι πλήρως αποσπασμένος στο Υπουργείο Υγείας

(**) Μία βοηθός οδοντιατρείου ήταν αποσπασμένη στο Νοσοκομείο Λευκωσίας

Πηγή: (Οδοντιατρικές Υπηρεσίες Κύπρου, 2015).

1.2.1.2 Στατιστικά Στοιχεία Δημόσιου Τομέα Υγείας

Επισκέψεις στα Οδοντιατρικά Ε.Ι. Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας:

Το 2012 και τους πρώτους μήνες του 2013 υπήρξε αύξηση του αριθμού των επισκέψεων στον δημόσιο τομέα σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη, όμως από τον Αύγουστο του 2013, με την επιβολή συμπληρωμών για τους ασθενείς, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση, ιδιαίτερα των συνταξιούχων (Οδοντιατρικές Υπηρεσίες - ΥΥ). Η μείωση κατά ηλικιακή ομάδα ήταν 17,8% για τους ασθενείς ηλικίας >75 ετών, 15,9% για τους ασθενείς ηλικίας 65-74 ετών, 8,4% για τους ασθενείς ηλικίας 45-64 ετών, 7,7% για τους ασθενείς ηλικίας 15-44 ετών και 6,7% για τους ασθενείς ηλικίας 5-14 ετών (Χαραλάμπους και συν., 2015).

Δαπάνες Υγείας:

Σύμφωνα με έκθεση της ΕΕ, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στην Κύπρο ως ποσοστό του ΑΕΠ έφθασαν μέχρι το 2013 το 7,4%, πολύ πιο κάτω από τον μέσο όρο στην ΕΕ (10,1%). Σημαντική διαφορά υπήρξε και σε ό,τι αφορά τις δημόσιες δαπάνες υγείας, αφού για την Κύπρο καταγράφηκε ποσοστό της τάξης του 3,4% (ΑΕΠ) σε σχέση με 7,8% (ΑΕΠ) στην ΕΕ 2013. Κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ βρίσκεται και η δαπάνη για την πρόληψη των ασθενειών (Κύπρος 0,1% του ΑΕΠ και ΕΕ 0,2%). Οι τρέχουσες δαπάνες των υπηρεσιών υγείας το 2014 υπολογίστηκαν στα €1.107,0 εκ. από τα οποία €448,1 εκ. αφορούσαν δαπάνες του δημόσιου τομέα και €658,9 εκ. του ιδιωτικού τομέα. Οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία σαν ποσοστό του ΑΕΠ μειώθηκαν από 6,7% το 2013 σε 6,4% το 2014 (Στατιστική Υπηρεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας, 2016).

1.2.2 Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓεΣΥ)

Ο νόμος για το ΓεΣΥ αναφέρεται σε ένα σύγχρονο ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας βασισμένο στην αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, της ισότητας και της καθολικότητας. Με την εφαρμογή του, ο ασθενής θα μπορεί να επιλέγει ελεύθερα τον προσωπικό/οικογενειακό του ιατρό, καθώς και νοσηλευτήριο είτε από τον δημόσιο είτε από τον ιδιωτικό τομέα, δικαίωμα το οποίο δεν απολαμβάνει σήμερα. Σε αντίθεση με το σημερινό σύστημα που χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, το νέο Γενικό Ασφαλιστικό Σχέδιο Υγείας θα χρηματοδοτείται κυρίως από τις εισφορές που θα καταβάλλουν οι εργαζόμενοι, εργοδότες ιδιωτικού και κρατικού τομέα, συνταξιούχοι, ελεύθεροι επαγγελματίες, αυτοεργοδοτούμενοι, και κράτος. Τα χρήματα αυτά θα συλλέγονται και μεταφέρονται στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) - (Theodorou & Cylus, 2012).

Εκτός ΓεΣΥ παραμένουν οι Οδοντιατρικές Υπηρεσίες, με εξαίρεση την προληπτική οδοντιατρική φροντίδα για παιδιά μέχρι 16 ετών (ΥΥ, 2016), μεταφέροντας ουσιαστικά σχεδόν το σύνολο των δαπανών οδοντιατρικής περίθαλψης στον οικογενειακό προϋπολογισμό (Χαραλάμπους και συν., 2015).

Κεφάλαιο 2

Ικανοποίηση ασθενών από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση ικανοποίησης

Η έννοια της ικανοποίησης είναι πολυδιάστατη και αφορά πολλές πτυχές της φροντίδας (Ebn Ahmady et al, 2015; Estabrook et al., 1980; Murray and Wiese, 1975; Stouthard et al., 1992). Αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, δηλώνουν ικανοποιημένοι ή ευχαριστημένοι από την επαφή τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, την λαμβανόμενη θεραπεία, καθώς και τις παροχές του συστήματος υγείας. Οι επί μέρους διαστάσεις της ικανοποίησης περιλαμβάνουν την ποιότητα φροντίδας, την προσβασιμότητα, τη διαθεσιμότητα, τις διευκολύνσεις που παρέχονται, την διαχείριση του πόνου, τη γενική ικανοποίηση, την πρακτική οργάνωση, τα ειδικά χαρακτηριστικά της θεραπείας, την αποτελεσματικότητα / εκβάσεις, και την συνέχεια του παροχέα (Davies and Ware, 1982).

Η ικανοποίηση σχετίζεται με διανοητικούς, συναισθηματικούς, ψυχολογικούς παράγοντες και την προηγούμενη εμπειρία και προσδοκίες του ασθενούς. Επηρεάζεται από τη φύση, τη συμπεριφορά, τις δεξιότητες επικοινωνίας και την προσωπικότητα του παροχέα υγειονομικής φροντίδας (Patel, 2014). Αποτελεί γνωστική κατάσταση (έπεται της υλοποίησης της υπηρεσίας) και διαμορφώνεται από την ποιότητα των υπηρεσιών. Εμπεριέχει δε το σύνολο των επιμέρους πληροφοριών, όπως την εκπλήρωση των εκφρασμένων και συνεπαγόμενων αναγκών, την αντιλαμβανόμενη απόδοση και, αξία των υπηρεσιών καθώς και την αξιολόγηση του οφέλους από τις υπηρεσίες υγείας (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Αντανακλά το βαθμό στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα δίνει απαντήσεις στις ανάγκες των ασθενών, ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους και παρέχει ένα αποδεκτό επίπεδο υπηρεσιών (Steward & Spencer, 2005).

Επιπροσθέτως, η ικανοποίηση έχει προσδιοριστεί και ως μία μεταβλητή η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, καθώς και τη συνεργασία μεταξύ των προσώπων που παρέχουν τη φροντίδα υγείας. Επηρεάζει την πρόσβαση (Κυριόπουλος, 2000) και τη χρήση των υπηρεσιών της υγείας και αποκτά ως εκ τούτου σπουδαία σημασία για το σχεδιασμό και τη χάραξη της πολιτικής υγείας (Παπανικολάου, 2007).

2.2 Προσδοκίες ασθενούς και ικανοποίηση

Η «προσδοκία» αποτελεί σύνθετη και δυναμική έννοια που ορίζεται στο πλαίσιο δύο κυρίαρχων τάσεων και συνδράμει στην αντίληψη που έχουμε για την ποιότητα των υπηρεσιών. Σύμφωνα με την πρώτη, οι προσδοκίες αφορούν στις προβλέψεις του χρήστη για την υπηρεσία που θα λάβει, ενώ σύμφωνα με τη δεύτερη, οι προσδοκίες αφορούν στις εκτιμήσεις του χρήστη για το επίπεδο των υπηρεσιών που πρέπει να παρέχει ο παραγωγός (Κωσταγιόλας και συν., 2006). Διακρίνονται δηλαδή στις προσδοκίες του ασθενούς σχετικά με τις πιθανές υπηρεσίες που θα λάβει και τις υπηρεσίες που θα επιθυμούσε να λάβει (O'Connor et al., 2000; Πιερράκος και συν., 2013). Δύο ασθενείς με τις ίδιες προσδοκίες και διαφορετικές επιθυμίες αξιολογούν διαφορετικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Ραφτόπουλος, 2009). Μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και του πως αντιλαμβάνονται τις προσδοκίες τους οι παροχές υπηρεσιών υγείας υπάρχει έναν ουσιώδες χάσμα. Η «ιδανική συμπεριφορά» σύμφωνα με τους Newsome και Wright (1999) είναι ισοδύναμη με την «επιθυμητή υπηρεσία».

Προσδιοριστικοί παράγοντες διαμόρφωσης των προσδοκιών των χρηστών υπηρεσιών υγείας, είναι οι προσωπικές ανάγκες των χρηστών υπηρεσιών υγείας, προηγούμενες εμπειρίες του χρήστη από την υπηρεσία, υποδείξεις τρίτων (ιατρών, συγγενών, φίλων και άλλων εμπλεκόμενων), παράγοντες που αφορούν στην επικοινωνία (άμεση και έμμεση) του χρήστη με την υπηρεσία, παράγοντες που αφορούν στο δημόσιο ή μη χαρακτήρα των υπηρεσιών (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Η εικόνα που έχει ο ασθενής για τον οδοντίατρο, εμπράγματα στοιχεία, περιστασιακοί παράγοντες και η ικανοποίηση του ασθενούς από προηγούμενους ομολόγους, φαίνεται να έχουν την μεγαλύτερη επίδραση στη διαμόρφωση των προσδοκιών του. Αντιθέτως, εμπορικές μεταβλητές όπως η τιμή και διαφήμιση εμφανίζονται να μην έχουν καμία επίδραση (Newsome and Wright, 1999).

Έρευνα των Crow et al έδειξε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά απολαμβάνουν (Καλογεροπούλου, 2011). Εκτός όμως από παράγοντες σχετιζόμενους με τις προσδοκίες, ο βαθμός ικανοποίησης εξαρτάται και από τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών καθώς και από την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Sitzia & Wood, 1998). Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επιδρούν στον χρήστη κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008).

2.3 Χαρακτηριστικά ασθενούς που επηρεάζουν την ικανοποίηση

Η πλειοψηφία των μελετών που διεξήχθησαν από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, επικεντρώθηκε στις αντιλήψεις των ασθενών όσον αφορά στα διάφορα χαρακτηριστικά της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και το ρόλο που οι κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές παίζουν στον καθορισμό της ικανοποίησης (Newsome and Wright, 1999), όπως είναι το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία του χρήστη, τα οποία συνιστούν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008). Τα ευρήματα των ερευνών σε κάποιες περιπτώσεις είναι αντιφατικά εξαιτίας του ότι οι εν λόγω παράγοντες δεν λειτουργούν μεμονωμένα αλλά σε αλληλεπίδραση ο ένας με τον άλλο. Οι Sur et al (2004), θεωρούν ότι τα διαφορετικά ευρήματα ίσως και να οφείλονται στη διαφορετική ερευνητική μεθοδολογία, τα διαφορετικά μέρη διεξαγωγής των ερευνών ή άλλες συγχυτικές επιδράσεις. Η αντίφαση των ευρημάτων καθιστά όμως δύσκολο τον ακριβή προσδιορισμό της επίδρασης των παραγόντων στην ικανοποίηση. Πιο κάτω παρατίθενται τα χαρακτηριστικά του ασθενούς που σύμφωνα με έρευνες δύναται να επηρεάσουν την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες.

(1) Ηλικία

Ο βαθμός ικανοποίησης επηρεάζεται από την ηλικία, με τους μεγαλύτερους ασθενείς να παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι, σε αντίθεση με τους μικρότερους ασθενείς που παρουσιάζονται λιγότερο ικανοποιημένοι από την οδοντιατρική περίθαλψη (Βιολάρη, 2012; Κομνηνού, 2012; Ροδιάς και Βρυώνη, 2011). Οι ασθενείς άνω των 60 ετών τείνουν να είναι

περισσότερο ικανοποιημένοι από την οδοντιατρική φροντίδα σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς (Davies and Ware, 1982; Kress and Silversin, 1985; Pascoe, 1983; Stege et al, 1986). Κατά τους Handelman et al (1990) και John et al (2011), η ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη στους γηραιότερους ασθενείς. Οι νεότεροι ασθενείς είναι λιγότερο ανεκτικοί απέναντι στους παροχές οδοντιατρικής φροντίδας σε σχέση με τους γηραιότερους, και άρα λιγότερο ικανοποιημένοι (Rahman et al, 2002). Αντίθετα, οι Lahti et al βρήκαν ότι οι ηλικιωμένοι ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι, ερμηνεύοντας τα ευρήματά τους από το γεγονός ότι η κατάσταση της στοματικής υγείας ενός νεότερου ασθενούς είναι συνήθως καλύτερη από ότι εκείνη των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, πράγμα που οδηγεί σε καλύτερες εμπειρίες (Newsome and Wright, 1999). Ομοίως, οι Chang et al (2015) βρήκαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από την οδοντιατρική φροντίδα γεγονός που υποδηλώνει ότι είναι πιο δύσκολο να εκπληρώσεις τις προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών. Κατά τους Newsome and Wright (1999), τα γηραιότερα άτομα με κακή στοματική υγεία παρά τις εκτενείς θεραπείες που λαμβάνουν δεν μπορούν να επαναφέρουν πίσω τη χαμένη τους άνεση και λειτουργικότητα. Από την άλλη, οι Balkaran et al (2014) και Sur et al (2004) δεν βρήκαν καμία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και της μεταβλητής «ηλικία».

(2) Φύλο

Οι Copalkrishna and Mummalaneni βρήκαν ότι οι γυναίκες εξέφραζαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τους άντρες, αποδίδοντας αυτή τη διαπίστωση στη μεγαλύτερη έκθεση των γυναικών στις οδοντιατρικές υπηρεσίες που ίσως και να μετριάξει τις προσδοκίες τους, οι οποίες με την σειρά τους είναι πιο πιθανό να εκπληρώνονται (Newsome and Wright, 1999). Σημαντικές διαφορές στο εκφραζόμενο επίπεδο ικανοποίησης μεταξύ αντρών και γυναικών δεν υπήρξαν στην έρευνα της Χαραλάμπους το 2004. Από την έρευνα εκτίμησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών από τα Κ.Υ. της Κύπρου, δεν προέκυψε οποιαδήποτε συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης (Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος, 2012). Καμία στατιστικά σημαντική σχέση δεν βρέθηκε μεταξύ της ικανοποίησης και της μεταβλητής «φύλο» από τους Balkaran et al (2014), Sur et al (2004), ArRejaie (2014). Αντίθετα, οι William & Calnan (1991), διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες τείνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένες.

(3) Εθνικότητα και Επάγγελμα

Προηγούμενες μελέτες έδειξαν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ ικανοποίησης ασθενών και εθνικότητας. Οι μαύροι ασθενείς έτειναν να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από ότι οι λευκοί,

ενώ οι ισπανοί ασθενείς ήταν μόνο μέτρια ικανοποιημένοι σε σύγκριση με τους μη ισπανούς (Cleary and McNeil, 1988; Handelman et al, 1990). Κατά τους Carasquillo et al (1999), άτομα διαφορετικής εθνικότητας και κουλτούρας ήταν λιγότερο ικανοποιημένα εξαιτίας του ότι δεν μιλούσαν αγγλικά για να επικοινωνήσουν με τον παροχέα. Καμία στατιστικά σημαντική σχέση δεν βρέθηκε μεταξύ της ικανοποίησης και των μεταβλητών «εθνικότητα» (Balkaran et al, 2014; Hashim, 2005) και «επάγγελμα» - (Balkaran et al, 2014).

(4) Γεωγραφικές διαφοροποιήσεις / τύπος διαμονής

Οι Blankfield et al (2002), διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς αγροτικών περιοχών είχαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας (Charalambous, 2004).

(5) Οικονομική κατάσταση

Σε σύγκριση με τους «πλούσιους», οι άνθρωποι που προέρχονται από χαμηλές εισοδηματικές ομάδες αποδείχθηκε ότι έχουν πολύ διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την ικανοποίηση, έχοντας περισσότερες αρνητικές απόψεις για την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα καθώς και χαμηλότερες προθέσεις αναζήτησης φροντίδας (Newsome and Wright, 1999).

(6) Επίπεδο μόρφωσης

Οι μορφωμένοι ασθενείς αποδείχθηκε ότι ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους λιγότερο μορφωμένους και αυτό ίσως οφείλεται στη γνώση, κατανόηση και στην ανταπόκρισή τους στη θεραπεία (Patel, 2014). Οι John et al (2011) παρατήρησαν ότι όσο πιο ψηλό ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο του ασθενούς τόσο πιο μεγάλη ήταν η δυσαρέσκειά του. Οι Hall και Dorman (1990), ερμήνευσα το φαινόμενο αυτό ως ακολούθως: «Μπορεί ο ασθενής με υψηλό μορφωτικό επίπεδο αντικειμενικά να ξέρει ότι λαμβάνει μία καλή ποιοτικά υγειονομική φροντίδα αλλά υποκειμενικά να μην είναι ικανοποιημένος εξαιτίας των υψηλών προσδοκιών του. Ισχυρή στατιστική συσχέτιση μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου και ικανοποίησης των ασθενών δεν βρέθηκε στις έρευνες των ArRejaie et al (2014), Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος (2012) και Sur et al (2004).

(7) Προηγούμενη εμπειρία οδοντιατρείου

Η οδοντιατρική φοβία η οποία αποδίδεται σε προηγούμενες επώδυνες, τραυματικές εμπειρίες (εξαγωγές δοντιών, ενδοστοματικές ενέσεις και τρόχισμα με χειρολαβή υψηλών ταχυτήτων) οδηγεί σε παραμέληση της στοματικής υγείας και αποτρέπει τη αναζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας (Κυριακίδης, 2013). Μία σειρά από μελέτες αναφέρουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις προηγούμενες εμπειρίες τους και ότι οι

οδοντίατροι που στο παρελθόν είχαν μία συστηματικά καλή απόδοση, θα μπορούσαν να ξεπεράσουν μία περιστασιακή κακή τους απόδοση, επειδή οι ασθενείς θα απέδιδαν τις τυχόν ελλείψεις τους σε «ανεξέλεγκτους ή σποραδικούς παράγοντες» - (Newsome and Wright, 1999).

(8) Τακτική έναντι μη τακτικής παρακολούθησης

Γενικά θεωρήθηκε ως θετική η συσχέτιση μεταξύ του βαθμού χρήσης των οδοντιατρικών υπηρεσιών και ικανοποίησης. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που επισκέπτονταν τον οδοντίατρο όταν είχαν πρόβλημα έτειναν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από ότι εκείνοι που τον επισκέπτονταν τακτικά (Hashim, 2005; John et al, 2011). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς με προβλήματα λάμβαναν άμεση ανακούφιση μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με εκείνους που έρχονταν για ένα έλεγχο ρουτίνας (check up). Οι Κωσταγιόλας και συν., (2008), εξηγούν ότι συνήθως ο δείκτης ικανοποίησης αυτού που επισκέπτεται συχνά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι αρκετά χαμηλότερος σε σχέση με τον χρήστη που σπάνια επισκέπτεται τα εξωτερικά ιατρεία. Ο πρώτος χρήστης δυσαρεστείται και μόνο από το γεγονός ότι θα πρέπει να βιώνει την αρνητική εμπειρία της συγκεκριμένης υπηρεσίας τακτικά! Επίσης, παρατηρήθηκαν διαφορές στις απόψεις μεταξύ των τακτικά προσερχόμενων προς εξέταση ασθενών έναντι των μη τακτικά προσερχόμενων (Newsome and Wright, 1999).

(9) Οδοντιατρικός φόβος ή άγχος

Έχει αποδειχθεί ότι τα οδοντιατρικά αγχώδη άτομα είναι περισσότερο δυσαρεστημένα με την οδοντιατρική φροντίδα σε σχέση με τους μη αγχώδεις ομολόγους τους (Newsome and Wright, 1999; Sur et al, 2004; Yellen and Davis, 2001).

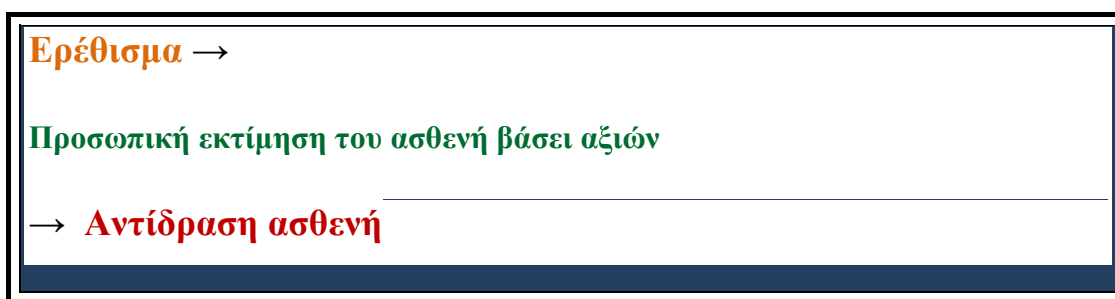
2.4 Θεωρητικά Μοντέλα Ικανοποίησης Ασθενούς

(Α) Ερεθίσματα, κρίσεις βάσει αξιών και αντιδράσεις ασθενούς

Η ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται θεωρητικά ως οι κρίσεις αξιών των ασθενών και οι επακόλουθες αντιδράσεις στα ερεθίσματα τα οποία αντιλαμβάνονται στο περιβάλλον φροντίδας υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο ή της κλινικής τους επίσκεψης. Αυτές οι κρίσεις αξιών και οι αντιδράσεις θα επηρεαστούν από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών και τις προηγούμενες εμπειρίες της ζωής τους και της φροντίδας υγείας.

Εισερχόμενος ο ασθενής σε μια υπηρεσία παροχής φροντίδας υγείας δέχεται πλήθος ερεθισμάτων (εξασφάλιση χώρου στάθμευσης, υπάλληλοι υποδοχής, άνεση στις καρέκλες υποδοχής, συμπεριφορά ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, διαδικασίες εργαστηριακών τεχνικών, αποστάσεις που πρέπει να διανύσουν στο νοσοκομείο, ήχοι μηχανημάτων κ.ά.). Καθώς αυτά τα ερεθίσματα γίνονται αντιληπτά, ο ασθενής ανταποκρίνεται κάνοντας συνειδητές ή ασυνείδητες κρίσεις γι' αυτά. Οι αξίες που αποδίδουν οι ασθενείς σε αυτές τις κρίσεις μπορούν να εκφραστούν με όρους όπως καλό, κακό, εξυπηρετικό, θετικό, αρνητικό, ουδέτερο και αποτελούν το πρώτο και, κύριο στοιχείο της ικανοποίησης. Ακολουθεί η συναισθηματική και γνωστική αντίδραση με αισθήματα και σκέψεις ικανοποίησης, δυσαρέσκειας, ευχαρίστησης, θυμού, χαράς ή λύπης.

Σχήμα 1. Μοντέλο Ικανοποίησης Ασθενούς



Πηγή: Παπανικολάου (2007)

Ο χαρακτήρας, η προσωπικότητα, οι ανάγκες, οι αξίες, τα πιστεύω, η προσωπική ζωή καθώς και οι προηγούμενες εμπειρίες φροντίδας υγείας μπορούν να τροποποιήσουν και να διαμορφώσουν τις αντιδράσεις των ασθενών σε αυτά τα ερεθίσματα. Εξετάζοντας το μοντέλο ως σύνολο, η ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται ως μία δυναμική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει τη σχέση μεταξύ ερεθισμάτων, κρίσεων, αξιών, αντιδράσεων και ατομικών διαφορών.

(B) Προσδοκίες και αντιληπτή πραγματικότητα ασθενούς

Οι χρήστες αντιλαμβάνονται μία υπηρεσία υγείας σε σχέση με τι θα ήθελαν να λάβουν από μία υπηρεσία και τι αισθάνονται ότι θα έπρεπε να λαμβάνουν σε ιδανικές συνθήκες, τι περιμένουν σε ρεαλιστική βάση ότι θα τους προσφερθεί, τι πιστεύουν ότι έχουν ανάγκη το οποίο μπορεί να είναι διαφορετικό απ' αυτό που επιθυμούν.

- Το πώς ο χρήστης αντιλαμβάνεται την υπηρεσία υγείας εξαρτάται από τη συνειδητή προσδοκία και την ασυνείδητη υπόθεση που κάνει.

- Ένας χρήστης είναι δυσαρεστημένος όταν η εμπειρία που έχει από μία υπηρεσία υπολείπεται των προσδοκιών και των υποθέσεων που κάνει.
- Οι προσδοκίες ή οι υποθέσεις του χρήστη των υπηρεσιών υγείας μπορεί να σχετίζονται με κάτι ιδανικό, ή με κάτι παρεμφερές που πιθανόν βίωσε σε μία άλλη υπηρεσία ή με το τι πιστεύει ότι χρειάζεται.
- Η ποιότητα προς τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας είναι η ικανοποίηση του χρήστη η οποία προκύπτει από περισσότερα πράγματα απ' ό τι έλλειψη της δυσαρέσκειας.
- Μια υπηρεσία πρέπει να έχει αποσαφηνίσει τι μετράει πριν αποφασίσει που πρέπει να επενδύσει για να βελτιώσει την ποιότητα προς τον χρήστη των υπηρεσιών (Παπανικολάου, 2007).

(Γ) Μοντέλο SERVQUAL

Το διεθνώς αναγνωρισμένο μοντέλο «Ποιότητα Υπηρεσίας» (SERVQUAL), αναπτύχθηκε από τους Parasuraman et al (1988) και έχει χρησιμοποιηθεί στις περισσότερες πρόσφατες μελέτες για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση η ποιότητα υπηρεσιών (Service Quality, SQ) ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ των αντιλήψεων (Perceptions, P) και προσδοκιών (Expectations, E) του χρήστη ($SQ=P-E$). Παρά το γεγονός ότι έχουν διατυπωθεί διαφορετικές απόψεις, εντός της συγκεκριμένης προσέγγισης, θεωρείται ότι ο χρήστης αντιλαμβάνεται την «υψηλή» ποιότητα όταν η απόδοση ξεπερνάει τις προσδοκίες του (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Οι πέντε διαστάσεις της ποιότητας που προτείνονται από το μοντέλο SERVQUAL είναι οι εξής: απτότητα (Tangibles), αξιοπιστία (Reliability), ανταπόκριση (Responsiveness), διασφάλιση (Assurance) και ενσυναίσθηση (Empathy). Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι το συγκεκριμένο εργαλείο μετρά μόνο την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα και όχι την τεχνική ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Επίσης, μετρά την απόδοση των υπηρεσιών και όχι το κόστος τους (Ahmady et al, 2015).

(Δ) Θεωρία της ιεράρχησης αναγκών

Το 1943 ο Αμερικανός ψυχολόγος Abraham Harold Maslow εισήγαγε για πρώτη φορά την έννοια της ιεράρχησης των ανθρώπινων αναγκών σε ερευνητική εργασία που δημοσιεύτηκε το 1943 με τίτλο «A Theory of Human Motivation» καθώς και στο βιβλίο του που εκδόθηκε το 1954 με τίτλο «Motivation and Personality». Σύμφωνα με τη θεωρία του Maslow, οι δράσεις ωθούνται από κίνητρα με σκοπό να ικανοποιηθούν συγκεκριμένες ανάγκες. Άρα, μόνο οι ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί είναι παράγοντες υποκίνησης. Τις ανάγκες αυτές τις ιεράρχησε σε πέντε επίπεδα τα οποία απεικονίζονται με τη μορφή πυραμίδας (Σχήμα 2).

Σχήμα 2. Ιεράρχηση αναγκών κατά Maslow



Πηγή: Κοτσαγιώργη & Λυμπέρη (2011).

(1) Φυσιολογικές/Βασικές Ανάγκες: τροφή, νερό, αέρας, στέγη, ένδυση, γενετήσια πράξη και άλλες σωματικές ανάγκες.

(2) Ανάγκες Ασφάλειας: προστασία από κινδύνους, σωματικές και συναισθηματικές βλάβες, απελευθέρωση από φόβο ή απειλές, σταθερότητα.

(3) Ανάγκες Κοινωνικής Αποδοχής: φιλία, στοργή, αίσθημα του ανήκειν, αποδοχή και συνεργασία με άλλους ανθρώπους.

(4) Ανάγκες Αυτοεκτίμησης: αισθήματα αυτοεκτίμησης, ανάγκη αναγνώρισης/σεβασμού από τους άλλους καθώς και ανάγκη για απόκτηση φήμης και κύρους.

(5) Ανάγκες Αυτοπραγμάτωσης: θεωρείται ως ο «συναισθηματικός χρυσός», περιλαμβάνονται τα αισθήματα αυτοϊκανοποίησης και υλοποίησης των δυνατοτήτων του καθενός, προσωπική ανάπτυξη, αυτοεκπλήρωση.

Η άνοδος στην ιεραρχία αναγκών του Maslow είναι κάτι αντίστοιχο με την ανάβαση μιας κλίμακας σκαλί-σκαλί. Το κατώτερο επίπεδο εκφράζει τον αγώνα του ανθρώπου για επιβίωση. Το επόμενο σκαλοπάτι αντιστοιχεί στην προσπάθεια του ατόμου να αισθάνεται ασφαλής και να αποφεύγει ό,τι είναι βλαβερό. Το επόμενο επίπεδο είναι η ανάγκη του ατόμου να ανήκει σε μια ομάδα, να γίνεται αποδεκτό και να εκτιμάται από άλλους. Το τέταρτο επίπεδο είναι το επίπεδο των αναγκών αυτοεκτίμησης. Στο υψηλότερο επίπεδο της κλίμακας βρίσκονται οι ανάγκες αυτοπραγμάτωσης, οι οποίες ικανοποιούνται όταν το άτομο έχει το αίσθημα της προσωπικής εξέλιξης και επιτυχίας (Βικιπαίδεια Ηλεκτρονική Εγκυκλοπαίδεια, 2016).

Ο ασθενής ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα, έχει πέρα από βιολογικές ή φυσικές ανάγκες και ψυχοκοινωνικές και πνευματικές. Η ανάγκη του ασθενούς για αυτοεκτίμηση ικανοποιείται με διαφορετικούς τρόπους. Επηρεάζεται από τις συνθήκες του νοσοκομείου όπου νοσηλεύεται, από το χαρακτήρα του ιδρύματος (ιδιωτικό ή δημόσιο) και από τη στάση και τη συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού απέναντί του (Κοτσαγιώργη και Λυμπέρη, 2011). Επίσης, οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές τους ανάγκες, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που του παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες (Bond and Thomas, 1992; Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

2.5 Η σημασία της ικανοποίησης από την οδοντιατρική φροντίδα

Η ικανοποίηση του ασθενούς από την οδοντιατρική φροντίδα επηρεάζει τη θεραπευτική συνεργασία και η καλύτερη συνεργασία οδηγεί μακροπρόθεσμα σε πιο υγιείς ασθενείς (Ebn Ahmady et al., 2015). Οι ασθενείς οι οποίοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την λαμβανόμενη οδοντιατρική φροντίδα έχουν καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία, λιγότερα ραντεβού μη προσέλευσης, μειωμένη ανησυχία, πόνο και ευαισθησία (Mahrous & Hifnawy, 2012). Η συμμόρφωση κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική σε καταστάσεις όπου η συνεργασία του ασθενούς θεωρείται ζωτικής σημασίας, όπως στην ορθοδοντική αγωγή και περιοδοντική θεραπεία (Newsome and Wright, 1999). Η μεγαλύτερη ικανοποίηση συνδέθηκε επίσης με βελτιωμένα αποτελέσματα σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, μειωμένα περιστατικά

εκδικάσεων κατά των γιατρών και ενίσχυση της εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού-ασθενούς ως αποτέλεσμα της βελτίωσης στη σχέση τους (Χαραλάμπους, 2004).

Σε ακραίες περιπτώσεις η δυσαρέσκεια μπορεί να ωθήσει τους ασθενείς σε αρνητικά σχόλια κατά του οργανισμού, αποτρέποντας τους άλλους από του να αναζητήσουν υγειονομικές υπηρεσίες από αυτόν ή να τους πείσουν να τις αναζητήσουν αλλού, ακόμη και στο εξωτερικό (Andaleeb et al, 2007). Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Οδοντιάτρων, το 70-80% των νέων ασθενών σε ένα τυπικό οδοντιατρείο προέρχεται κατόπιν σύστασης από τους ήδη υπάρχοντες ασθενείς του οδοντιατρείου (Κατσαλιάκη & Δόβρος, 2015).

Κατά τους Balkaran et al (2014), δεδομένου ότι η ικανοποίηση επηρεάζει την προσέλευση ασθενών για λήψη οδοντιατρικής φροντίδας, η βελτίωση της ικανοποίησης πρέπει να οδηγεί σε αυξημένη χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών, η οποία αυξημένη χρήση μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη νοσηρότητα από οδοντικές ασθένειες. Ο Hashim (2005) αναφέρει πως, «Εάν η ικανοποίηση επηρεάζει την συμμόρφωση, και η καλύτερη συμμόρφωση μακροπρόθεσμα σημαίνει υγιέστερους και λιγότερο δαπανηρούς ασθενείς τότε ίσως, ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για τη βελτίωση της συμμόρφωσης για τους νεότερους ασθενείς να είναι η αύξηση της γενικής τους ικανοποίησης από την οδοντιατρική φροντίδα».

2.6 Ερευνητικό Εργαλείο Μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες

Για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών συνιστάται η χρήση σύνθετα δομημένων ερωτηματολογίων τα οποία συνδυάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις, καθώς και ανοικτές ερωτήσεις που δίνουν τη δυνατότητα στον ερωτηθέντα να αναφέρει χωρίς περιορισμό την άποψή του.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες είναι μία πολυδιάστατη έννοια (Davies and Ware, 1982), η οποία όπως έχει αποδειχθεί επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα μέτρα (εργαλεία μέτρησης). Τα δύο κύρια εργαλεία μέτρησης της οδοντιατρικής ικανοποίησης περιλαμβάνουν:

- (1) Το Dental Satisfaction Questionnaire (DSQ) των Davies και Ware (1982) – αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει διαστάσεις της τεχνικής ικανότητας του οδοντιάτρου, διαπροσωπικές πτυχές της φροντίδας, τον πόνο και τον φόβο ως αποτέλεσμα της θεραπείας, όπως επίσης και την συνολική ικανοποίηση από την οδοντιατρική φροντίδα.
- (2) Το Dental Visit Satisfaction Survey (DVSS) – (Corah et al, 1984) – αυτό το ερωτηματολόγιο αξιολογεί διαστάσεις όπως «γνωστική, συναισθηματική, συμπεριφοριστική ικανοποίηση και συνολική ικανοποίηση» - (Balkaran et al, 2014).

2.7 Ερωτηματολόγιο των Davies and Ware (1982) - Dental Satisfaction Questionnaire – (DSQ)

Το Ερωτηματολόγιο των Davies and Ware (1982), σχεδιάστηκε για αυτοσυμπλήρωση από αποδέκτες ηλικίας 14 ετών και άνω και απαιτεί 5 λεπτά για να συμπληρωθεί. Τα σημεία που περιλαμβάνονται στο DSQ των Davies and Ware αναφέρονται στην ποιότητα οδοντιατρικής φροντίδας (τεχνικές και διαπροσωπικές πτυχές), την προσβασιμότητα (χρηματοοικονομικές και μη-χρηματοοικονομικές πτυχές), τη διαθεσιμότητα, την ευκολία, τη συνέχεια, την αποτελεσματικότητα/εκβάσεις, τη γενική ικανοποίηση και τη διαχείριση του πόνου. Στο ερωτηματολόγιο των Davies and Ware χρησιμοποιείται η 5-βαθμη κλίμακα Likert (Hashim, 2005). Παρατίθενται πιο κάτω οι διαστάσεις της ικανοποίησης από την οδοντιατρική φροντίδα:

(1) **Τεχνική:** Πτυχές της φροντίδας που σχετίζονται με τη διαδικασία της διάγνωσης και της θεραπείας.

Η τεχνική διάσταση είναι η περισσότερο μετρήσιμη διάσταση και συμπεριλαμβάνει την ολική ποιότητα φροντίδας, τις σύγχρονες τεχνικές, τις αρμοδιότητες του οδοντιάτρου και του προσωπικού, τον μοντέρνο εξοπλισμό, την εμπιστοσύνη στον οδοντίατρο, την επιμέλεια, τις διευκρινίσεις και την απάντηση ερωτήσεων και το να διενεργεί ο οδοντίατρος την αναγκαία εργασία. Έρευνα που διεξήχθηκε στην Ελλάδα το 2008, στο Δήμο Περιστερίου / Νομός Αττικής, κατέδειξε ότι μέσα στα βασικά κριτήρια επιλογής οδοντιάτρου περιλαμβάνονται η ανώδυνη και καθησυχαστική συνεδρία, η ικανότητα του ειδικού να παρέχει πληροφορίες και λεπτομέρειες σχετικά με το είδος και το σχέδιο θεραπείας, η ποιότητα του εξοπλισμού του οδοντιατρείου και το κόστος της θεραπείας (Δημητριάδης και συν., 2008).

(2) Διαπροσωπική: Πτυχές της φροντίδας που σχετίζονται με το στυλ ή τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενούς ως άτομο από τον παροχέα.

Οι διαπροσωπικές πτυχές της φροντίδας είναι η δεύτερη πιο συχνά μετρήσιμη διάσταση. Η διάσταση αυτή αναφέρεται στον οδοντίατρο και περιλαμβάνει την συμπαθητική προσέγγιση, εξατομικευμένη θεραπεία, φιλικότητα, διαβεβαιώσεις, προσωπικότητα και άλλα στοιχεία σχετιζόμενα με τον τρόπο που ο οδοντίατρος χειρίζεται τον ασθενή ως άτομο (Davies and Ware, 1982). Ένας καλός οδοντίατρος εξηγεί τι κάνει στον ασθενή, πιο είναι το κόστος της θεραπείας, νοιάζεται για αυτόν, είναι ευγενικός και καθησυχαστικός, εμπνέει εμπιστοσύνη (Hill et al, 2003), αντιμετωπίζει το οδοντιατρικό άγχος και βοηθά τον ασθενή να ελέγξει τους φόβους τους (Andersen and Newman, 1973). Η ικανότητα των οδοντιάτρων να επικοινωνούν αποτελεσματικά, να αποκωδικοποιούν τα συναισθήματα των ασθενών, να συγκεντρώνουν σύντομα τις σωστές πληροφορίες, να δείχνουν ενσυναίσθηση και επαγγελματισμό θεωρείται ζωτικής σημασίας. Η αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών, βοηθάει στη συμμόρφωσή τους ως προς τη θεραπεία, μειώνει το άγχος τους και τον κίνδυνο καταγγελιών λόγω κακής πρακτικής (Ρήγα και Κοσιώνη, 2011).

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες αποκτούν ιδιαίτερη σημασία όταν αναφερόμαστε σε ηλικιωμένους ασθενείς που παρουσιάζουν αισθητηριακή αποστέρηση και διαταραχές στη μνήμη. Η επίδραση πιθανής νόσου (άνοια, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, κατάθλιψη κ.ά.), είναι γεγονός πως επιβαρύνει περαιτέρω την επικοινωνία. Πρέπει να διαθέτει κάποιος αρκετό χρόνο κατά την συνεδρία με έναν ηλικιωμένο, τόσο για να τον ακούσει όσο και για να εξηγήσει το σχέδιο θεραπείας, να δώσει οδηγίες και να απαντήσει σε ερωτήσεις που συχνά επαναλαμβάνονται (Ρήγα και Κοσιώνη, 2011). Ο χρόνος που αφιερώνεται στον ασθενή και ο χρόνος που του δίνεται για να εκθέσει το πρόβλημά του αποτελεί μία σημαντική παράμετρο της επικοινωνίας (Μπογοσιάν, 2011).

Λόγω των κοινωνικο-δημογραφικών αλλαγών, ο σύγχρονος οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε θέση να επικοινωνεί αποτελεσματικά με ασθενείς που προέρχονται από διάφορα φυλετικά, εθνικά, γλωσσικά, κοινωνικοοικονομικά και πολιτισμικά υπόβαθρα. Οι δεξιότητες αυτές είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην φροντίδα της στοματικής υγείας (Ρήγα & Κοσιώνη, 2011). Η παρεχόμενη οδοντιατρική φροντίδα δεν πρέπει να διαφέρει εξαιτίας προσωπικών χαρακτηριστικών όπως φύλο, εθνικότητα, γεωγραφική τοποθεσία και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (Dental Quality Alliance of America, 2012).

Όσον αφορά την προστασία των προσωπικών δεδομένων, ο Yamallik (2005) αναφέρει πως η διασφάλιση της εμπιστευτικότητας αποτελεί ένδειξη σεβασμού στο δικαίωμα για ιδιωτική

ζωή, ενθαρρύνει τους ασθενείς να μιλήσουν ανοικτά και να αποκαλύψουν προσωπικές και ευαίσθητες πληροφορίες δημιουργώντας μία σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού-ασθενούς. Ο οδοντίατρος έχει ηθική και νομική υποχρέωση να προστατεύει το απόρρητο του ασθενή. Η προστασία του ιατρικού απορρήτου αφορά όλα τα μέλη της οδοντιατρικής ομάδας και όλες τις πληροφορίες που αποκαλύφθηκαν από τον ασθενή στα πλαίσια της επαγγελματικής του σχέσης με τον οδοντίατρο. Οι πληροφορίες αυτές προστατεύονται ακόμα και μετά τον θάνατο του ασθενή (Μπογοσιάν, 2011).

(3) Προσβασιμότητα/Διαθεσιμότητα: Διαδικασία διευθέτησης για εισδοχή και λήψη φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της παρουσίας και διευκόλυνσης υπηρεσιών.

Η πρόσβαση επηρεάζεται από τις δομές και υποδομές των υπηρεσιών υγείας, τη κατανομή τους γεωγραφικά αλλά και κατά επίπεδο φροντίδας, όπως και από το χρόνο αναμονής για νοσηλεία (Μόσιαλος και Θεοδώρου, 2003). Κατά τους Penchansky and Thomas (1981), η προσβασιμότητα καθορίζεται από την ευκολία με την οποία ο ασθενής με φυσικά μέσα μπορεί να φθάσει στην τοποθεσία όπου βρίσκεται ο παροχέας υπηρεσιών υγείας. Η εύκολα προσβάσιμη τοποθεσία του οδοντιατρείου αποτελεί κριτήριο επιλογής οδοντίατρου (Κατσαλιάκη και Δόβρος, 2015). Έρευνες απέδειξαν πως η διάνυση κοντινότερης απόστασης μέσα σε μία σχετικά μικρή γεωγραφική περιοχή αυξάνει τη χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών (Al-Husseyeen, 2010). Η ανεπαρκής στελέχωση δημιουργεί εμπόδια πρόσβασης στις ΔΟΥ για τους αγροτικούς πληθυσμούς (McBean et al, 2014). Επίσης, ένα καλά οργανωμένο σύστημα για ραντεβού αντιμετωπίζει το πρόβλημα του μεγάλου χρόνου αναμονής των ασθενών, ο οποίος αποτελεί παράγοντα δυσαρέσκειας για τον ασθενή (Κατσαλιάκη & Δόβρος, 2015).

(4) Οικονομική πρόσβαση: Οικονομικές πτυχές διευθέτησης για φροντίδα, συμπεριλαμβανομένου του κόστους της περίθαλψης.

Η οικονομική προσβασιμότητα, κατά τους Penchansky και Thomas (1981) καθορίζεται από την ικανότητα και την προθυμία του ασθενούς να πληρώσει για τις υπηρεσίες που του προσφέρονται. Το εισόδημα και η ασφαλιστική κάλυψη είναι οι δύο πιο σημαντικοί και καθοριστικοί παράγοντες για την χρησιμοποίηση των οδοντιατρικών υπηρεσιών (Μόσιαλος και Θεοδώρου, 2003; Sur et al, 2004; Thompson, 2012).

Ιδιωτική δαπάνη

Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

Οικογενειακός προϋπολογισμός.

Άτυπες πληρωμές.

Εργαζόμενοι, μισθωτοί, ελεύθεροι επαγγελματίες και νοικοκυριά επωμίζονται ένα μεγάλο μέρος της δαπάνης υγείας, μέσω της συμμετοχής τους στο κόστος.

(5) Αποτελεσματικότητα / Εκβάσεις: Αποτελεσματικότητα φροντίδας και αποτέλεσμα θεραπείας.

Η «αποτελεσματικότητα» ορίζεται ως ο βαθμός επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων οδοντιατρικής φροντίδας. Σύμφωνα με τους Brennan et al (2008), περιμένοντας κάποιος για μακρά χρονικά διαστήματα στις λίστες αναμονής, δυνατό να οδηγήσει σε επιδείνωση της στοματικής του υγείας. Με αποτέλεσμα, όταν τελικά προσέλθει για θεραπεία, η κατάστασή του να έχει χειροτερέψει σε τέτοιο βαθμό, ώστε να αναζητήσει επείγουσα φροντίδα για ανακούφιση από τον πόνο.

(6) Συνέχεια: Το να παραμείνει ο παροχέας οδοντιατρικής φροντίδας ο ίδιος.

Η εκπλήρωση των προσδοκιών και απαιτήσεων των ασθενών, όπως επίσης και οι θετικές διαβεβαιώσεις, οι καλές απαντήσεις, η επίλυση τυχόν συγχύσεων και αμφιβολιών, παρέχει την καλύτερη ικανοποίηση, και έχει ως αποτέλεσμα την μελλοντική επιστροφή των ασθενών για λήψη μίας καλής ποιότητας θεραπεία (Patel, 2014). Ο οδοντίατρος πρέπει να μπορεί να αντιμετωπίζει το οδοντιατρικό άγχος και να βοηθά τους ασθενείς να ελέγξουν τους φόβους τους (Andersen and Newman, 1973). Κατά τους Chaffin et al, (2008), η προσωπικότητα ήταν το πιο συχνά αναφερόμενο χαρακτηριστικό γνώρισμα ενός ιδανικού οδοντίατρου καθώς και η κύρια αιτία που δυσαρεστούσε τους ασθενείς και άλλαζαν οδοντίατρο. Μία Νότιο Κορεάτικη μελέτη που διεξήχθη από τους Kim, Myoung και Lee κατέδειξε ότι η αντιληπτή ποιότητα και αξία των υπηρεσιών είχε θετικά αποτελέσματα τόσο στην ικανοποίηση των ασθενών όσο και στις προθέσεις τους για μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας (McBean et al, 2014).

(7) Γενική: Απόψεις σχετικά με τη συνολική φροντίδα, μη αναφερόμενες σε μια συγκεκριμένη διάσταση.

Οι εγκαταστάσεις της οδοντιατρικής κλινικής είναι πολύ σημαντικές για την ικανοποίηση του ασθενούς. Ο χώρος όπου παρέχονται οι υπηρεσίες, η διακόσμηση και η ατμόσφαιρα που επικρατεί αποτελούν χαρακτηριστικά που μεταξύ άλλων αξιολογεί ο ασθενής όσον αφορά στο επίπεδο και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο χώρος υποδοχής πρέπει να είναι κατάλληλος σε μέγεθος, καθαρός και τακτοποιημένος. Να έχει επαρκή και κατά

προτίμηση φυσικό φωτισμό. Να έχει λιτή και λειτουργική επίπλωση και διακόσμηση. Στοιχεία όπως καθαριότητα, άνετο κάθισμα, επιλογή περιοδικού και μουσική υπόκρουση έχουν αναφερθεί ότι επηρεάζουν τις απόψεις του ασθενούς. Ο χώρος εξέτασης πρέπει να έχει τον απαραίτητο εξοπλισμό και να εξασφαλίζει την ιδιωτικότητα και το σεβασμό της προσωπικότητάς του. Να έχει κατάλληλη θερμοκρασία και να είναι απαλλαγμένος από θορύβους (φωνές, γέλια, μουσική, κινητά τηλέφωνα) - (ArRejaie et al., 2014; Κατσαλιάκη & Δόβρος, 2015; Μπογοσιάν, 2011). Ακόμη πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η διευκόλυνση της μετακίνησης και πρόσβασης ατόμων με ειδικές ανάγκες, ατόμων τρίτης ηλικίας, εγκύων γυναικών, ατόμων με ασυνήθεις σωματικές διαστάσεις (όπως υπέρβαροι), και τέλος όσων χρησιμοποιούν ή οδηγούν οποιοδήποτε τύπου αμαξίδιο (Γκιζάνη, 2011).

2.8 Η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης

Η ικανοποίηση του ασθενή όπως και σε κάθε είδους υπηρεσία εμφανίζει τη δυσκολία της μέτρησης γιατί η υπηρεσία που παρέχεται καταναλώνεται εκείνη τη στιγμή. Παρά τις όποιες δυσκολίες, η μέτρηση της ικανοποίησης δύναται να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες σε αυτούς που επιχειρούν να κατανοήσουν ή να προβλέψουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και σε αυτούς που αξιολογούν τους οδοντιατρικούς παροχείς, τις προσφερόμενες υπηρεσίες και τις διευκολύνσεις που προσφέρονται (Davies & Ware, 1981).

Η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί το μοναδικό τρόπο για να αντλήσουμε τις αναγκαίες πληροφορίες σχετικά με τα προβλήματα, τις προσδοκίες, ανάγκες, εμπειρίες, και στάσεις των χρηστών απέναντι στις υπηρεσίες υγείας, ενώ ταυτόχρονα επέρχεται βελτίωση στη διαχείριση των πόρων υπηρεσιών υγείας και στους τρόπους με τους οποίους μπορεί να ικανοποιηθούν οι χρήστες των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος και συν., 2003; Παπανικολάου, 2007). Η συστηματική μέτρηση της ικανοποίησης υποβοηθά με άμεσο και έμμεσο τρόπο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Πιερράκος και συν., 2013), καθώς σύμφωνα με τους Mahrous & Hifnawy, (2012), η ανατροφοδότηση είναι ζωτικής σημασίας για τη συνεχή βελτίωση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών και εκβάσεων.

Οι έρευνες ικανοποίησης, στο βαθμό που λαμβάνονται υπόψη, μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη κουλτούρας-διαχείρισης και της εισαγωγής στοιχείων αποτελεσματικής διοίκησης στις μονάδες υγείας (Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, 2012). Η μέτρηση της ικανοποίησης δημιουργεί ένα ισχυρό κίνητρο για τους εργαζόμενους και τη διοίκηση ώστε να βελτιώσουν την επίδοσή τους και να τη διατηρήσουν σε υψηλά επίπεδα. Η

χρησιμοποίηση των στοιχείων της μέτρησης μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση του ηθικού των εργαζομένων ως ανατροφοδότηση για την εξαιρετική εργασιακή επίδοση αναπτύσσοντας ένα ευνοϊκό εργασιακό κλίμα για τον οργανισμό φροντίδας υγείας. Μπορεί επίσης να γίνει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής μάνατζμεντ (Παπανικολάου, 2007). Τα δεδομένα ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να χρησιμοποιηθούν και από εξωτερικούς οργανισμούς, φορείς διαπίστευσης, ασφαλιστικές εταιρείες, καθώς και από διαφορετικούς επιχειρηματικούς συνασπισμούς.

Κεφάλαιο 3

Ποιότητα και υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εξυπηρετεί μια πραγματική και διαχρονική ανάγκη του ανθρώπου, ως μια προσπάθεια συνολικής βελτίωσης της ζωής. Οι αλλαγές των κοινωνικών προτύπων, η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου των πολιτών, η ενίσχυση της κοινωνίας της πληροφορίας, η παγκοσμιοποίηση και ο ανταγωνισμός, καθώς και η ανάγκη εξοικονόμησης πόρων έχουν δημιουργήσει αυξημένες απαιτήσεις για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

3.1 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας κατά Donabedian

Ο Avedis Donabedian (Καθηγητής Πανεπιστημίου Michigan, ΗΠΑ), ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Έγινε γνωστός για το εννοιολογικό «Μοντέλο Donabedian» που παρέχει ένα πλαίσιο για την μελέτη των υπηρεσιών υγείας και την αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Κατά τον Donabedian η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συνίσταται σε τρεις διαστάσεις: (1) τεχνική ποιότητα (technical), (2) διαπροσωπική ποιότητα (interpersonal) και (3) ξενοδοχειακή υποδομή (amenities).

(1) Η τεχνική διάσταση (technical):

Η τεχνική διάσταση αφορά την εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή με τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται ο επιθυμητός συνδυασμός οφέλους-κινδύνου. Η τεχνική ποιότητα εξαρτάται από τη γνώση και την κρίση που χρησιμοποιείται στην επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας και από την ικανότητα εφαρμογής αυτών των στρατηγικών. Η επιτυχία της τεχνικής ποιότητας είναι ανάλογη με τη δυνατότητα να επιτευχθούν οι μέγιστες δυνατές βελτιώσεις στο επίπεδο υγείας σύμφωνα με τις τεχνολογικές υποδομές και τη διαθέσιμη τεχνογνωσία. Υπό αυτή τη έννοια, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ανάλογη της αποτελεσματικότητας αλλά και της ασφάλειας που τις χαρακτηρίζει.

(2) Η διαπροσωπική διάσταση (interpersonal, art of medicine):

Η διαπροσωπική διάσταση αναφέρεται στην ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του χρήστη των υπηρεσιών από τον ιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών. Μέσω της διαπροσωπικής σχέσης, ο ασθενής μεταφέρει πληροφορίες, οι οποίες είναι απαραίτητες για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας. Για την επίτευξη συνεργασίας, είναι απαραίτητο να υπάρχει εμπιστοσύνη μεταξύ του χρήστη των υπηρεσιών και του επαγγελματία υγείας καθώς και συμμετοχή, ως συνέπεια της κατάλληλης ενημέρωσης του ασθενή στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν (Donabedian, 1988).

(3) Ξενοδοχειακή Υποδομή (amenities):

Η διάσταση της ξενοδοχειακής υποδομής αφορά το χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες. Συνήθως στον δημόσιο τομέα οι ξενοδοχειακές υποδομές δεν είναι τόσο σημαντικές για τον χρήστη όσο η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες ή/και η ανταπόκριση του δημόσιου συστήματος υγείας στις πραγματικές του ανάγκες (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

3.2. Ποιότητα στις οδοντιατρικές υπηρεσίες

Η Ποιότητα στις οδοντιατρικές υπηρεσίες συνίσταται πρωτίστως στη διασφάλιση της στοματικής υγείας των ασθενών, την εκπλήρωση των επιθυμιών τους, την ικανοποίηση των αναγκών τους και τη παροχή βέλτιστων λύσεων όσον αφορά τη λειτουργία, την αισθητική και τη συντήρηση με μια πιο αποδεκτή διαδικασία που θα μπορούσε να προκαλέσει τη μικρότερη δυνατή βλάβη ή ταλαιπωρία για τους ασθενείς (John et al, 2011).

Ποιότητα σημαίνει τη δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ποιότητα είναι η έγκαιρη φροντίδα, η ακριβής και κατανοητή πληροφόρηση για τους κινδύνους και τα οφέλη, η προστασία από ανασφαλείς υπηρεσίες υγείας καθώς και η προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Ποιότητα είναι η λήψη μέτρων ώστε να αποφεύγεται η μετάδοση μολυσματικών ασθενειών από τον ένα ασθενή στον άλλον λόγω αμέλειας ή κακών χειρισμών. Επιβάλλεται το πλύσιμο και η υγιεινομική απολύμανση χεριών, καθώς και η χρήση εξοπλισμού ατομικής προστασίας

(ρόμπα, γάντια, μάσκα, γυαλιά) από σταγονίδια αερολυμάτων και εκτόξευση μολυσμένων ή ενδεχομένως μολυσμένων υλικών ή υγρών κατά τη διενέργεια οδοντιατρικών διαδικασιών. Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η διενέργεια εσωτερικών υγειονομικών ελέγχων ασφάλειας και επιθεωρήσεων.

Ο ενδεδειγμένος καθαρισμός, η καθαριότητα, η απολύμανση, η αποστείρωση, η διαχείριση των αποβλήτων και ένα ευρύ φάσμα πρωτοκόλλων υγιεινής αποτελούν σημαντικές και ουσιώδεις παραμέτρους της σύγχρονης οδοντιατρικής περίθαλψης (Council of European Dentists, 2011). Έρευνα των Karydis et al (2001), η οποία διενεργήθηκε σε ασθενείς-επισκέπτες της Οδοντιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1998-1999 έδειξε ότι οι κανόνες αντισηψίας και αποστείρωσης ήταν στην κορυφή των προτεραιοτήτων των ασθενών. Πρέπει επίσης να υπάρχουν συστήματα πυρασφάλειας, έξοδοι κινδύνου, καθώς και σωστή εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα πυρασφάλειας. Πρέπει να τηρούνται τα καθιερωμένα πρωτόκολλα τόσο για την ασφάλεια στο χώρο του οδοντιατρείου όσο και για την συντήρηση των μηχανημάτων (Βιολάρη, 2012).

3.3 Μέτρηση της ποιότητας από την πλευρά του χρήστη υπηρεσιών υγείας

Η μέτρηση της ποιότητας έχει τις ρίζες της στη βασικές αρμοδιότητες διασφάλισης ότι το κοινό λαμβάνει τα βέλτιστα οφέλη από τις διαθέσιμες γνώσεις καθώς και μία αποτελεσματική οδοντιατρική φροντίδα. Για να διασφαλιστεί ότι παρέχεται υψηλής ποιότητας ασθενοκεντρική οδοντιατρική φροντίδα, η οδοντιατρική πρέπει να είναι σε θέση να μετρήσει τι λειτουργεί και τι όχι από άποψης υγείας του ασθενούς και να κάνει τις απαιτούμενες αλλαγές ούτως ώστε να βελτιωθεί το αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας. Τα δεδομένα που παράγονται μέσω της μέτρησης της ποιότητας μεταφράζονται σε πληροφορίες και γνώσεις και στη συνέχεια χρησιμοποιούνται για να παρθούν έξυπνες αποφάσεις για βελτίωση των διαδικασιών και αποτελεσμάτων της οδοντιατρικής φροντίδας (Dental Quality Alliance, 2012).

Η αξιολόγηση της ποιότητας γίνεται κατορθωτή με τρεις τρόπους. Με το να ορίσουν οι ασθενείς τι είναι επιθυμητό ή ανεπιθύμητο (δηλαδή τη θέσπιση προτύπων φροντίδας), με την παροχή πληροφοριών που επιτρέπει στους άλλους να αξιολογήσουν την ποιότητα φροντίδας και εκφράζοντας ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια από την παρεχόμενη φροντίδα (Vaidyanathan et al, 2015). Κατά τον Oliver (1981), ακόμη και αν ένας ασθενής είναι ικανοποιημένος από

τις υπηρεσίες υγείας αυτό δεν συνεπάγεται πάντοτε και ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα! Η ικανοποίηση σύμφωνα με τον ίδιο συνδέεται με μία συγκεκριμένη συναλλαγή και η αντιληπτή ποιότητα είναι κάτι περισσότερο από αυτό. Πρόκειται για μία σφαιρική αξιολόγηση ή άποψη η οποία συνδέεται με την ανωτερότητα μίας υπηρεσίας.

Στις Υπηρεσίες Οδοντιατρικής Περίθαλψης η ανάλυση της ποιότητας είναι πολυπλοκότερη, καθώς επηρεάζεται από την εξατομικευμένη φύση της υπηρεσίας και την φόρτιση του ασθενή, που αδυνατεί να γνωρίζει τη σοβαρότητα ή μη της κατάστασης της στοματικής του υγείας. Ο ασθενής επιθυμεί να εξυπηρετηθεί σε ένα περιβάλλον όπου θα του παρέχεται η ψυχολογική υποστήριξη, η ευγένεια και η φροντίδα που του χρειάζεται. Η πολυπλοκότητα αυτή του οδοντιατρικού επαγγέλματος και η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της οδοντιατρικής υπηρεσίας με δείκτες αξιοπιστίας, ανθεκτικότητας και καταλληλότητας καθιστούν τον ασθενή αδύναμο να εκτιμήσει την ποιότητα που έλαβε (Βλασιάδης & Κουτσαμάνη, 2012).

3.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management)

Η πρόσφατη παγκόσμια οικονομική ύφεση οδήγησε στην αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με την βέλτιστη διαχείριση των διαθέσιμων οικονομικών, φυσικών, τεχνολογικών και ανθρώπινων πόρων. Οι μονάδες γενικής υγείας και στη συνέχεια οι οδοντιατρικές μονάδες δέχτηκαν έντονες πιέσεις για παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, αλλά με την καλύτερη διαχείριση των ολοένα και αυξανόμενων οικονομικών ελλειμμάτων, γεγονός που τις οδήγησε στον επαναπροσδιορισμό της θέσης τους στο περιβάλλον εργασίας τους και στην ραγδαία ανάπτυξη προγραμμάτων ποιότητας, με επικρατέστερη την «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας» (Βλασιάδης & Κουτσαμάνη, 2012).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) γνωστή ως Total Quality Management (TQM) είναι ένα σύστημα διοίκησης/διαχείρισης επιχειρήσεων και οργανισμών, το οποίο αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία το 1950 από τον Αμερικανό καθηγητή William Edwards Deming. Επεκτάθηκε στην συνέχεια στην Αμερική και την δεκαετία του 1980 άρχισε να εφαρμόζεται και στην Ευρώπη (Σταυρόπουλος, 2009). Πρόκειται για μια ανθρωποκεντρική, συστηματική προσέγγιση που στοχεύει στη συνεχή βελτίωση προϊόντων και υπηρεσιών, με βάση τις ανάγκες του πελάτη και στην κάλυψη αυτών των αναγκών στον υψηλότερο δυνατό βαθμό. Η εφαρμογή της ΔΟΠ απαιτεί την καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος. Όλο το προσωπικό

συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών, όλοι είναι υπεύθυνοι για το τελικό αποτέλεσμα και ο καθένας για την δική του εργασία (Βλασιάδης & Κουτσαμάνη, 2012).

3.5 Προγράμματα Πιστοποίησης ISO στην Οδοντιατρική

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization for Standardization - ISO) είναι ένας διεθνής, μη κυβερνητικός οργανισμός δημιουργίας και έκδοσης προτύπων, που αποτελείται από αντιπροσώπους των εθνικών οργανισμών τυποποίησης. Ιδρύθηκε το 1947 και παράγει τα παγκόσμια και εμπορικά πρότυπα, τα επονομαζόμενα ISO. Τα πρότυπα ISO αναφέρονται στις απαιτήσεις που πρέπει να τηρούνται από ένα οργανισμό για την εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης της ποιότητας. Το 1961 ιδρύθηκε στην Ευρώπη ο Κοινός Ευρωπαϊκός Οργανισμός Τυποποίησης, γνωστός ως CEN/CENELEC (Joint European Standards Institution CEN/CENELEC). Το 2005 συστάθηκε στην Κύπρο ο Εθνικός Οργανισμός Τυποποίησης (CYS).

Τα προγράμματα πιστοποίησης ISO εφαρμόζονται στις οδοντιατρικές μονάδες από το 1987. Ιδιαίτερη σημασία για την Οδοντιατρική έχει το ISO 9000, το ISO 13485 που ασχολείται με την ποιοτική πιστοποίηση και ποιοτική διαχείριση των ιατρικών προϊόντων, το ISO 13485 που στοχεύει στην προστασία του περιβάλλοντος και το ISO 9001:2000 που προσβλέπει στη συντήρηση εξοπλισμού και εγκαταστάσεων, εκπαίδευση προσωπικού και ασφάλεια εργαζομένων, μέτρηση ικανοποίησης ασθενών, οργάνωση αποθήκης και έλεγχο υπηρεσιών (Βλασιάδης & Κουτσαμάνη, 2012).

Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Κύπρος ως κράτος-μέλος της ΕΕ και το αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, ώθησαν τις ΔΟΥ στο να υλοποιήσουν ένα πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας, για βελτίωση της παρεχόμενης οδοντιατρικής φροντίδας καθώς και για την κάλυψη των ολοένα και πιο απαιτητικών αναγκών και προσδοκιών του κοινού στην Κύπρο (Χαραλάμπους, 2004). Η πιστοποίηση της ποιοτικής λειτουργίας των Μονάδων παροχής Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας, θα αποτελέσει πλεονέκτημα, διασφαλίζοντας για τις ΔΟΥ μία «ταυτότητα» διεθνούς αποδοχής, διάκρισης και αναγνώρισης.

Κεφάλαιο 4

Ερευνητική Προσέγγιση

4.1 Σχεδιασμός και Μεθοδολογία έρευνας

Η έρευνα αποτελεί ένα μοναδικό εργαλείο απόκτησης νέας επιστημονικής γνώσης γιατί μέσω της ανάλυσης των στατιστικών δεδομένων εξάγονται τεκμηριωμένα συμπεράσματα τα οποία χρησιμεύουν στην αξιολόγηση μιας υπάρχουσας κατάστασης και κατ' επέκταση στη λήψη των ανάλογων διορθωτικών μέτρων με στόχο την βελτίωσή της.

(1) Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών-επισκεπτών από τις ΔΟΥ της Κύπρου. Επιμέρους ερευνητικοί στόχοι: (1) Η διερεύνηση των παραμέτρων που σχετίζονταν με την ικανοποίηση και η συγκριτική ανάλυση των στοιχείων που θα προέκυπταν ανά Νοσοκομείο και Κέντρο Υγείας. (2) Η καταγραφή της γενικής άποψης των συμμετεχόντων. (3) Η σκιαγράφηση των προσδοκιών τους. (4) Η εξαγωγή βασικών συμπερασμάτων και η σύγκρισή τους με ανάλογες διεθνείς μελέτες μέτρησης της ικανοποίησης, καθώς και με προηγούμενες έρευνες που διεξήχθησαν στην Κύπρο. (5) Τέλος, ο εντοπισμός προβλημάτων και αδυναμιών που έχρηζαν βελτίωσης.

(2) Δείγμα

Το τελικό παγκύπριο δείγμα αποτέλεσαν 414 ενήλικες ασθενείς-επισκέπτες των ΔΟΥ από Δημόσια Νοσοκομεία, αστικά και αγροτικά Κ.Υ., με εξαίρεση το Νοσοκομείο Αμμοχώστου.

Κριτήρια ένταξης (συμπερίληψης)

Δειγματοληψία ευκολίας. Όλοι οι εξωτερικοί ασθενείς που προσέρχονταν στα δημόσια οδοντιατρεία, το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας, συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό μέγεθος.

Κριτήρια εξαίρεσης

- Ασθενείς οι οποίοι αρνήθηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα.
- Οι ασθενείς-επισκέπτες οι οποίοι ήταν ηλικίας <18 ετών.
- Ασθενείς οι οποίοι δεν μιλούσαν/διάβαζαν την ελληνική γλώσσα.
- Ασθενείς της Στοματογοναθοπροσωποχειρουργικής Κλινικής.
- Άτομα με ειδικές ικανότητες.

(3) Τρόπος διεξαγωγής της έρευνας

(Τήρηση κανόνων Ηθικής και Δεοντολογίας)

Για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας υποβλήθηκε αίτηση στο:

(α) Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, (β) Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και (γ) Υπουργείο Υγείας (Τμήμα Ερευνών), από όπου πάρθηκαν όλες οι ενδεικνυόμενες άδειες για την διεξαγωγή της έρευνας (Παράρτημα Β).

(4) Ερευνητική προσέγγιση

Συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), με δείγμα ευκολίας (Convenience sampling). Εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αποτέλεσε ένα ερωτηματολόγιο του οποίου η διαμόρφωση στηρίχθηκε στο Ερωτηματολόγιο των Davies and Ware (1982) Dental Satisfaction Questionnaire, καθώς επίσης και στα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στις έρευνες των Charalambous C. (2004), Ροδιάς Χ., Βρυώνη Ε. (2011) και Βιολάρη Α. (2012). Το ερωτηματολόγιο αρχικά δοκιμάστηκε σε πιλοτική βάση (Μάρτιος-Απρίλιος/2016), σε μικρό αριθμό ασθενών (N=20) στην Οδοντιατρική Κλινική του ΝΓΝ Λευκωσίας, και υποβλήθηκε στις κατάλληλες τροποποιήσεις πριν δοθεί στους τελικούς αποδέκτες, που στην προκειμένη περίπτωση ήταν οι ασθενείς-επισκέπτες των ΔΟΥ Κύπρου. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και συνοδευόταν από ένα λευκό φάκελο, καθώς και από ένα συνοδευτικό σημείωμα. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν αυτή της αυτοσυμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τον ίδιο τον ασθενή. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τοποθετήθηκαν σε φακέλους και στη συνέχεια σε κλειστά κουτιά-κάλπες τα οποία είχαν τοποθετηθεί για το σκοπό αυτό στον χώρο αναμονής των οδοντιατρικών. Η διανομή, συμπλήρωση και συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μεταξύ 24/5/2016 και 12/10/2016. Από συνολικά 450 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 414 (ποσοστό ανταπόκρισης 92%), τα οποία αποτέλεσαν και το τελικό δείγμα. Ο χρόνος που απαιτήθηκε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν 5 λεπτά. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων διενεργήθηκε από ανεξάρτητο

στατιστικό, με τη χρήση του προγράμματος SPSS (Statistical Package of Social Sciences), software version 21.0.

(5) Δομή ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε πέντε μέρη/ενότητες (Α, Β, Γ, Δ, Ε) και 17 αριθμημένα σημεία, με ερωτήσεις κλειστού τύπου, προκαθορισμένων, διατάξιμων απαντήσεων, και ερωτήσεις ανοικτού τύπου στις οποίες δινόταν η δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν τις απόψεις, εισηγήσεις ή σχόλια τους αναφορικά με τις ΔΟΥ Κύπρου. Στο Μέρος Α καταγράφηκαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενούς (φύλο, ηλικία, τόπος μόνιμης διαμονής, εθνικότητα, επάγγελμα, καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, επίπεδο εκπαίδευσης). Στο Μέρος Β παράμετροι που σχετίζονται με την αναζήτηση υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας (λόγος επίσκεψης στον οδοντίατρο, λόγος επιλογής των ΔΟΥ, συχνότητα επισκέψεων), όπου στο σημείο 12 γινόταν ιεράρχηση του τι θεωρούσαν οι ίδιοι οι ασθενείς σημαντικότερο για την δική τους ικανοποίηση. Στα Μέρη Γ, Δ και Ε καταγράφηκε αντιστοίχως η ικανοποίησή τους από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες όσον αφορά στην προσβασιμότητα και τρόπο οργάνωσης, προσωπικό και ποιότητα εργασίας διαβαθμισμένη σε μία 5βαθμη κλίμακα: (1) Πολύ ικανοποιημένος/η, (2) Ικανοποιημένος/η, (3) Ούτε ικανοποιημένος/νη ούτε δυσαρεστημένος/νη, (4) Δυσανεστημένος/νη, (5) Πολύ δυσαρεστημένος/νη. Το ερωτηματολόγιο επισυνάπτεται στο Παράρτημα Α.

(6) Περιορισμοί έρευνας

- Παρόλο που η έρευνα ήταν παγκύπριας εμβέλειας, το Νοσοκομείο Αμμοχώστου δεν επέτρεψε την αξιοποίηση των ερωτηματολογίων από το εν λόγω δειγματοληπτικό κέντρο.
- Η μελέτη βασίστηκε στην ανάλυση συγχρονικών δεδομένων (cross-sectional data). Δηλαδή η λήψη των δεδομένων έγινε σε μία μικρή χρονική περίοδο.
- Το δείγμα αποτελείτο από άτομα που επισκέπτονταν και «προτιμούσαν» τις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες. Νοούμενου ότι οι ασθενείς που ήταν δυσαρεστημένοι δεν χρησιμοποιούσαν πλέον τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών περιορίζεται αποκλειστικά στους τρέχοντες επισκέπτες των ΔΟΥ.
- Πιθανό «σφάλμα ανάκλησης / recall bias» πληροφοριών.
- Η μη μετάφραση του ερωτηματολογίου στην Αγγλική για όσους ασθενείς δεν διάβαζαν την Ελληνική γλώσσα.

- Η αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων λόγω και των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζει το κάθε σύστημα υγείας (σχεδιασμός/προγραμματισμός), το κοινωνικο-πολιτικό κατεστημένο, η κουλτούρα έκαστης χώρας και οι συγκοινωνιακές υποδομές. Συνεπώς, τα ευρήματα περιορίζονται στα πλαίσια της Κυπριακής Δημοκρατίας.

(7) Ερευνητικά κενά

Η μη απάντηση συγκεκριμένων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου από ένα μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων, για παράδειγμα *μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα*, αλλά και η λανθασμένη συμπλήρωση ή η μη ιεράρχηση του ερωτήματος 13 «Ιεραρχείστε από το 1 έως το 8 τι είναι πιο σημαντικό για την ικανοποίησή σας, καθορίζοντας τη σειρά προτεραιότητας».

Συνεπώς, δεν κατέστη δυνατή η διασύνδεση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος και της ικανοποίησης των ασθενών. Επίσης, ήταν αδύνατο να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για το τι θεωρούν οι ίδιοι ασθενείς ιεραρχικά σημαντικό για την δική τους ικανοποίηση.

(8) Μεθοδολογία Στατιστικής Ανάλυσης

Διαστάσεις Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης από ΔΟΥ

Όλες οι δηλώσεις/ερωτήσεις του ερωτηματολογίου έτυχαν αντίστροφης κωδικοποίησης (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) έτσι ώστε αυξανόμενο σκορ στην απάντηση να υποδηλώνει αυξημένη ικανοποίηση.

Οι διαστάσεις που διερευνήθηκαν είναι: Ικανοποίηση από προσβασιμότητα και οργάνωση, ικανοποίηση από προσωπικό, και ικανοποίηση από ποιότητα εργασίας. Επιπλέον, μελετήθηκε και ο συνολικός δείκτης ικανοποίησης (Dental Satisfaction Index - DSI).

Για τον κάθε ασθενή υπολογίστηκε το επίπεδο ικανοποίησης του/της στις τρεις διαστάσεις, και στο συνολικό δείκτη οδοντιατρικής ικανοποίησης (DSI), ως ο μέσος όρος των δηλώσεων που αποτελούσαν την κάθε διάσταση. Ο συνολικός δείκτης ικανοποίησης υπολογίστηκε στο σύνολο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Το μέσο επίπεδο ικανοποίησης στο δείγμα κυμαίνεται από το 1 έως το 5 με μεγαλύτερη βαθμολογία να υποδηλώνει μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Στατιστική ανάλυση

Οι ελλείπουσες τιμές στα ερωτήματα/δηλώσεις του εργαλείου εισήχθησαν (imputed) με τη μέθοδο της Πολλαπλής Εισαγωγής (Multiple Imputation). Η Πολλαπλή Εισαγωγή (ΠΙ), χρησιμοποιεί προβλεπτικούς παράγοντες των μεταβλητών που έχουν ελλείπουσες τιμές για

να «αντικαταστήσει» τις ελλείπουσες. Ως προβλεπτικοί παράγοντες χρησιμοποιήθηκαν οι απαντήσεις των ασθενών στις υπόλοιπες ερωτήσεις/δηλώσεις του ερωτηματολογίου.

Οι ελλείπουσες τιμές στα δημογραφικά στοιχεία δεν έτυχαν οποιασδήποτε προσαρμογής και το πλήθος τους αναφέρεται στο πίνακα των δημογραφικών στοιχείων.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται ως Συχνότητες (N) και Ποσοστά (%) για τις κατηγορικές μεταβλητές και ως Μέσος όρος (M.O.) \pm Τυπική Απόκλιση (T.A.) για τις συνεχείς μεταβλητές.

Κατά πόσο διαφοροποιούνται οι διαστάσεις της ικανοποίησης από προσβασιμότητα και οργάνωση, ικανοποίηση από προσωπικό, ικανοποίηση από ποιότητα εργασίας αλλά και ο γενικός δείκτης DSI υπό την επίδραση δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, περιοχή διαμονής, εθνικότητα, επίπεδο εκπαίδευσης, επαρχία κέντρου υγείας, οικογενειακή κατάσταση, περιοχή του κέντρου υγείας), μελετήθηκε με τη χρήση των στατιστικών τεστ t-test για ανεξάρτητες μεταβλητές με δυο κατηγορίες (π.χ. φύλο) και με το στατιστικό τεστ ANOVA για τις μεταβλητές με πέραν των 2 κατηγοριών.

Επίσης, μελετήθηκε η διαφοροποίηση της ικανοποίησης ανάλογα με την δήλωση πρόθεσης συνέχισης θεραπείας στις δημόσιες ή οδοντιατρικές υπηρεσίες, πρόθεση για επανεπίσκεψη των ΔΟΥ και πρόθεση σύστασης των ΔΟΥ με το στατιστικό κριτήριο t-test.

Η συσχέτιση του λόγου επιλογής των ΔΟΥ σχέση με την ηλικία (κατηγορίες) και μορφωτικό επίπεδο έγινε με το στατιστικό τεστ X^2 .

Η στατιστική ανάλυση έγινε στο SPSS version 21 και τα γραφήματα διαμορφώθηκαν στο Excel. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Κεφάλαιο 5

Ερευνητικά Αποτελέσματα και Συζήτηση

5.1 Ερευνητικά Αποτελέσματα

Παρατίθενται πιο κάτω τα αποτελέσματα της έρευνας, καταγεγραμμένα με βάση τις ενότητες του Ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών-επισκεπτών από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες Κύπρου.

ΜΕΡΟΣ Α

Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 414 ασθενείς που επισκέφθηκαν τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες, εκ των οποίων οι 170 ήταν άντρες (41,1%) και οι 244 γυναίκες (58,9%). Οι 147 (35,5%) από τους συμμετέχοντες ήταν ηλικίας 18-44 ετών, οι 152 (36,7%) 45-64 ετών, οι 83 (20,0%) 65-74 ετών και οι 29 (7,0%) 75 ετών και άνω.

Όσον αφορά την εθνικότητα των συμμετεχόντων, οι 390 (94,2%) ήταν Κύπριοι, οι 18 (4,3%) πολίτες Ε.Ε. πλην χωρών του πρώην ανατολικού μπλοκ π.χ. Βουλγαρίας, Ρουμανίας κ.ά., 3 (0,7%) πολίτες χωρών του πρώην ανατολικού μπλοκ και 3 (0,7%) πολίτες άλλων χωρών. Σχετικά με τον τόπο μόνιμης διαμονής οι 256 (61,8%) δήλωσαν ότι διαμένουν σε αστική περιοχή ενώ 152 (36,7%) σε αγροτική.

Εκατό εβδομήντα επτά (42,8%) από τους συμμετέχοντες εργάζονται, 93 (22,5%) είναι συνταξιούχοι, 59 (14,3%) είναι οικοκυρές, 36 (8,7%) είναι άνεργοι, 19 (4,6%) είναι φοιτητές/μαθητές και 3 (0,7%) είναι στρατιώτες.

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, 79 (19,1%) είναι απόφοιτοι δημοτικού ή δεν έτυχαν καμίας εκπαίδευσης, 186 (44,9%) είναι απόφοιτοι γυμνασίου-

λυκείου, 37 (8,9%) έτυχαν μεταλυκειακής μη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και 110 (26,6%) είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, 280 (67,6%) δήλωσαν έγγαμοι, 64 (15,5%) άγαμοι, 39 (9,4%) διαζευγμένοι, 24 (5,8%) χήροι και 7(1,7%) δήλωσαν άλλη οικογενειακή κατάσταση.

Από τους 414 συμμετέχοντες, οι 239 (57,7%) επισκέφθηκαν Κέντρα Υγείας στην επαρχία Λευκωσίας, 68 (16,4%) στην επαρχία Λεμεσού, 61 (14,7%) στην επαρχία Λάρνακας και 46 (11,1%) στην επαρχία Πάφου (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων (N=414)

		N	%
Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας	Λευκωσία	239	57,7%
	Παλιό Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	30	7,2%
	Νέο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	29	7,0%
	Έγκωμη	30	7,2%
	Καϊμακλί	27	6,5%
	Λακατάμεια	24	5,8%
	Ευρύχου/Ακάκι	23	5,6%
	Κλήρου	19	4,6%
	Δάλι/Λυθροδόνας	17	4,1%
	Τσέρι	20	4,8%
	Ανθούπολη/Παλιομέτοχο	20	4,8%
	Λεμεσός	68	16,4%
	Νοσοκομείο Λεμεσού	34	8,2%
	Παλιό Νοσοκομείο Λεμεσού	10	2,4%
	Λινόπετρα	17	4,1%
	Κυπερούντα	7	1,7%
	Λάρνακα	61	14,7%
	Παλιό Νοσοκομείο Λάρνακας	49	11,8%
	Ορμήδεια	12	2,9%
	Πάφος	46	11,1%
Πάφος	30	7,2%	
Πόλης Χρυσοχούς	16	3,9%	
Φύλο	Άντρας	170	41,1%
	Γυναίκα	244	58,9%
Ηλικία (έτη)	18-44	147	35,5%
	45-64	152	36,7%
	65-74	83	20,0%
	75 και άνω	29	7,0%
Τόπος μόνιμης διαμονής (Περιοχή)	Αστική	256	61,8%
	Αγροτική	152	36,7%
Εθνικότητα	Κύπριος/ρια	390	94,2%

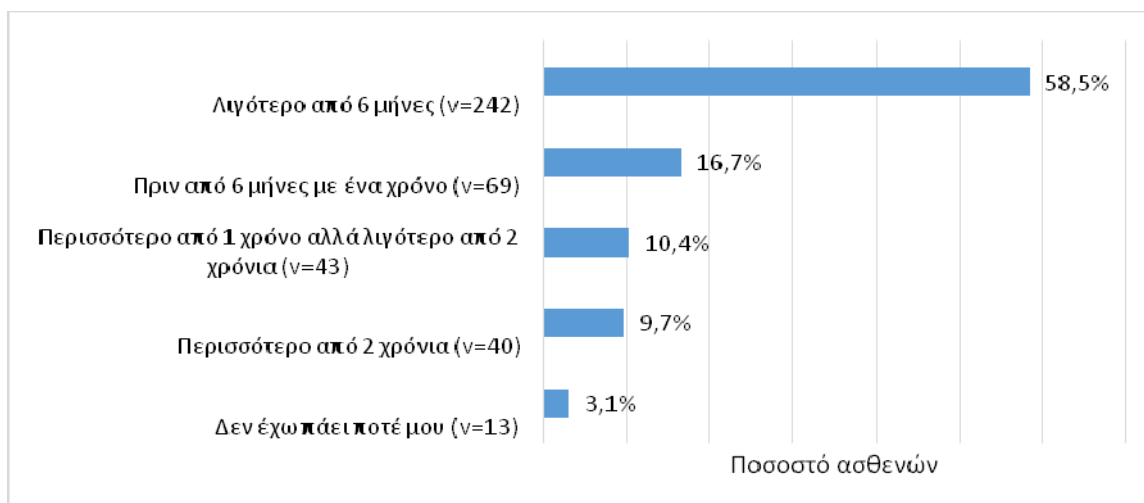
	Πολίτης Ε.Ε. πλην χωρών του πρώην ανατολικού μπλοκ π.χ. Βουλγαρίας, Ρουμανίας κ.ά.	18	4,3%
	Πολίτης χωρών του πρώην ανατολικού μπλοκ	3	0,7%
	Πολίτης άλλων χωρών	3	0,7%
Επάγγελμα (κατηγορίες)	Εργαζόμενος/η	177	42,8%
	Συνταξιούχος	93	22,5%
	Οικοκυρά	59	14,3%
	Άνεργος/η	36	8,7%
	Φοιτητές/ Μαθητές	19	4,6%
	Στρατιώτης	3	0,7%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό	26	6,3%
	Απόφοιτος(η) Δημοτικού	53	12,8%
	Απόφοιτος(η) Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)	42	10,1%
	Απόφοιτος(η) Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου	144	34,8%
	Μεταλυκειακή μη Τριτοβάθμια (λιγότερο από 2 χρόνια)	37	8,9%
	Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)	80	19,3%
	Μεταπτυχιακές σπουδές (Μάστερ, Διδακτορικό)	30	7,2%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/μη	280	67,6%
	Άγαμος/μη	64	15,5%
	Χήρος/ρα	24	5,8%
	Διαζευγμένος/νη	39	9,4%
	Άλλο	7	1,7%

Σημ. Ελλείπουσες τιμές: Ηλικία -3, Τόπος μόνιμης διαμονής -6, Επάγγελμα -27, Επίπεδο εκπαίδευσης -2.

ΜΕΡΟΣ Β

Συχνότητα επίσκεψης σε οδοντίατρο

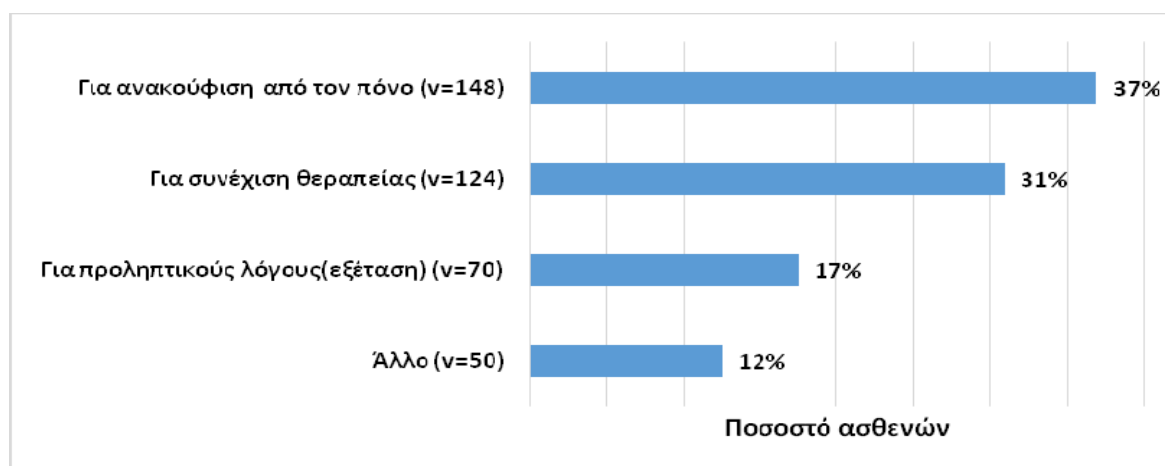
Στο ερώτημα «Ποια ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε οδοντίατρο;» 242 (58,5%) από τους συμμετέχοντες δήλωσαν «Λιγότερο από 6 μήνες», 69 (16,7%) «Πριν από 6 μήνες με ένα χρόνο», 43 (10,4%) «Περισσότερο από 1 χρόνο αλλά λιγότερο από 2 χρόνια», 40 (9,7%) «Περισσότερο από 2 χρόνια» και 13 (3,1%) «Δεν έχω πάει ποτέ μου» (Γράφημα 1).



Γράφημα 1. Ποια ήταν η τελευταία φορά που επισκεφθήκατε οδοντίατρο;

Ποιος ήταν ο λόγος της τελευταίας σας επίσκεψης στον οδοντίατρο;

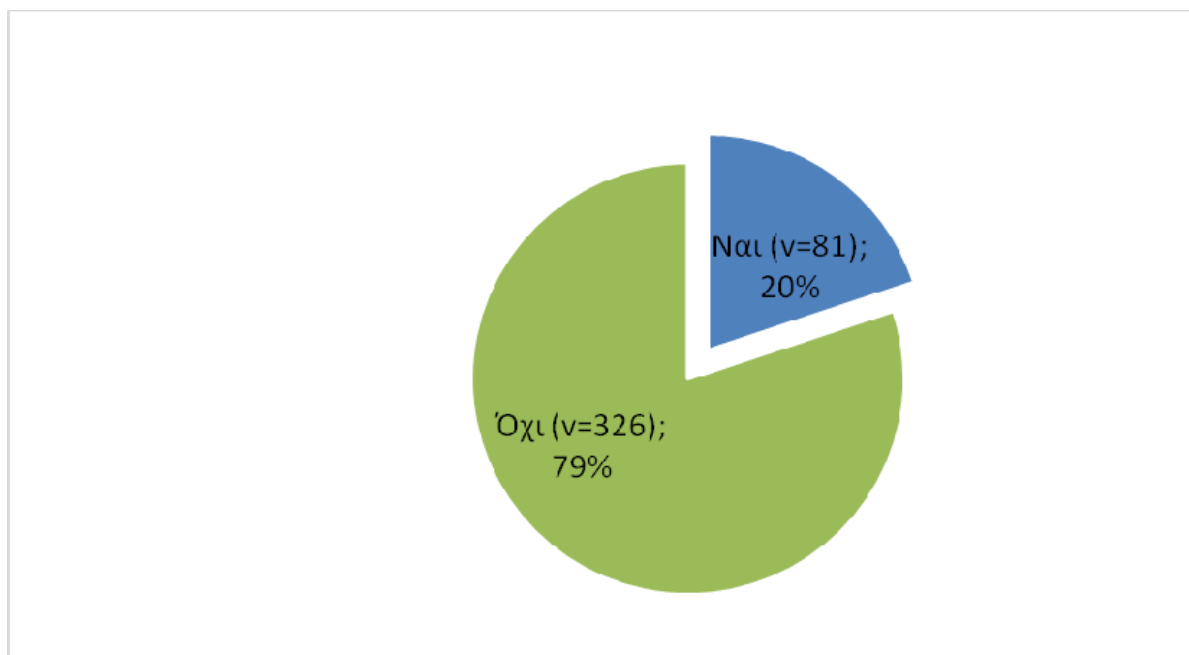
Εκατό σαράντα οκτώ (36,9%) από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ο λόγος της τελευταίας τους επίσκεψης σε οδοντίατρο ήταν για ανακούφιση από τον πόνο, 124 (30,9%) για συνέχιση θεραπείας, εβδομήντα (17,5%) για προληπτικούς λόγους και 50 (12,5%) για άλλους λόγους. (Γράφημα).



Γράφημα 2. Ποιος ήταν ο λόγος που επισκεφθήκατε την τελευταία φορά τον οδοντίατρο;

Είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεστε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες;

Όπως φαίνεται και στο Γράφημα 3, ογδόντα ένας (19,6%) από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είναι η πρώτη φορά που επισκέπτονταν τις ΔΟΥ, ενώ 326 (78,7%) δήλωσαν ότι τις έχουν επισκεφτεί ξανά.

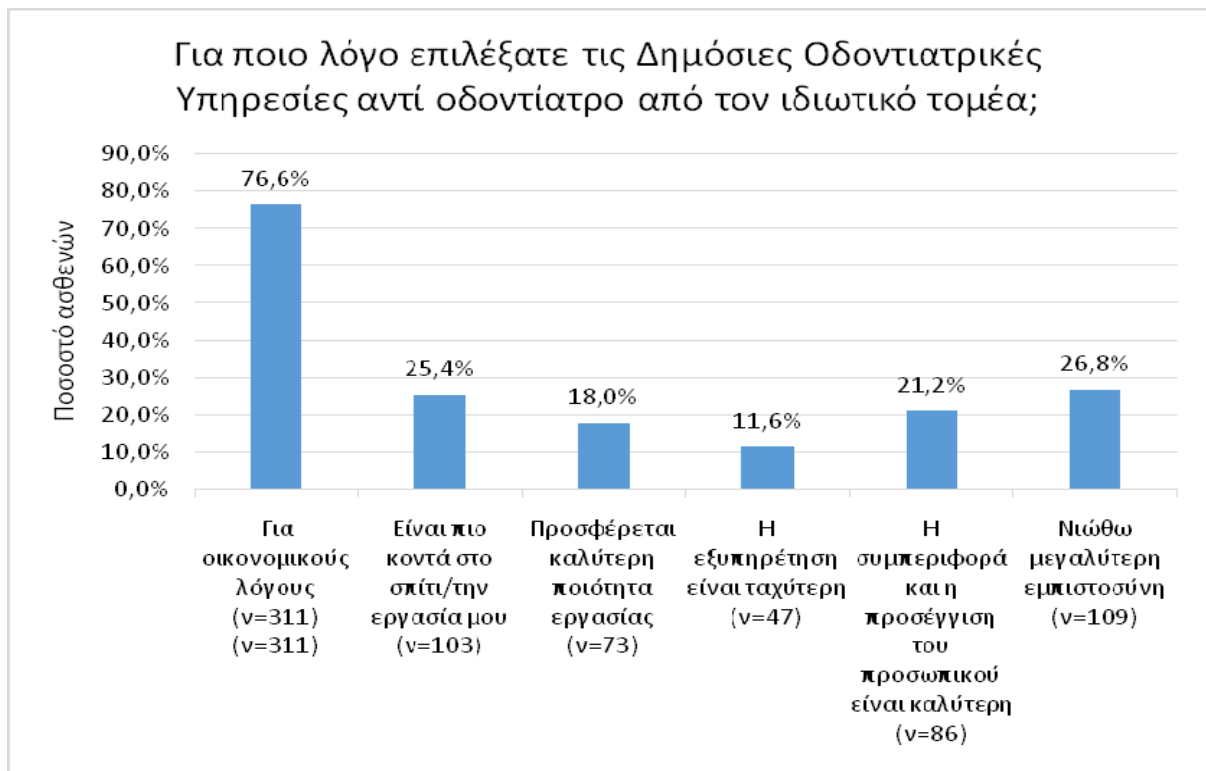


Γράφημα 3. Είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεστε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες;

Για ποιο λόγο επιλέξατε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες αντί οδοντίατρο από τον ιδιωτικό τομέα;

Οι λόγοι για τους οποίους οι συμμετέχοντες επέλεξαν τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες αντί του ιδιωτικού τομέα κατανέμονται ως εξής (Γράφημα):

Η μεγάλη πλειοψηφία των επισκεπτών (n=311, 76,6%) δήλωσαν για οικονομικούς λόγους, οι 109 (26,8%) νιώθουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις ΔΟΥ, 103 (25,4%) είναι πιο κοντά στο σπίτι/την εργασία τους, 86 (21,2%) λόγω της καλύτερης συμπεριφοράς και προσέγγισης του προσωπικού, 73 (18,0%) επειδή προσφέρεται καλύτερη ποιότητα εργασίας και 47 (11,6%) για την ταχύτερη εξυπηρέτηση.



Γράφημα 4. Λόγοι επιλογής ΔΟΥ αντί του Ιδιωτικού Τομέα

Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει συνοπτικά την κατανομή των απαντήσεων στις ερωτήσεις του μέρους Β (ερώτηση 9, ερώτηση 10, ερώτηση 11).

Πίνακας 4. Στάσεις και συμπεριφορά ασθενών σχετικά με τις οδοντιατρικές υπηρεσίες

Ποια ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε οδοντίατρο	Δεν έχω πάει ποτέ μου (v=13)	13	3,1%
	Περισσότερο από 2 χρόνια (v=40)	40	9,7%
	Περισσότερο από 1 χρόνο αλλά λιγότερο από 2 χρόνια (v=43)	43	10,4%
	Πριν από 6 μήνες με ένα χρόνο (v=69)	69	16,7%
	Λιγότερο από 6 μήνες (v=242)	242	58,5%
Ποιος ήταν ο λόγος που επισκεφτήκατε την τελευταία φορά τον οδοντίατρο;	Άλλο (v=50)	50	12,5%
	Για προληπτικούς λόγους(εξέταση) (v=70)	70	17,5%
	Για συνέχιση θεραπείας (v=124)	124	30,9%
Είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεστε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες;	Για ανακούφιση από τον πόνο (v=148)	148	36,9%
	Ναι (v=81)	81	19,6%
	Όχι (v=326)	326	78,7%

Σημ. Ελλείπουσες τιμές: Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε οδοντίατρο -7, Ποιος ήταν ο λόγος που επισκεφτήκατε την τελευταία φορά τον οδοντίατρο -9, Είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεστε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες -7.

Τα ποσοστά είναι υπολογισμένα στα άτομα που έχουν δώσει απάντηση στα ερωτήματα.

Στάσεις και συμπεριφορά μετά την επίσκεψη

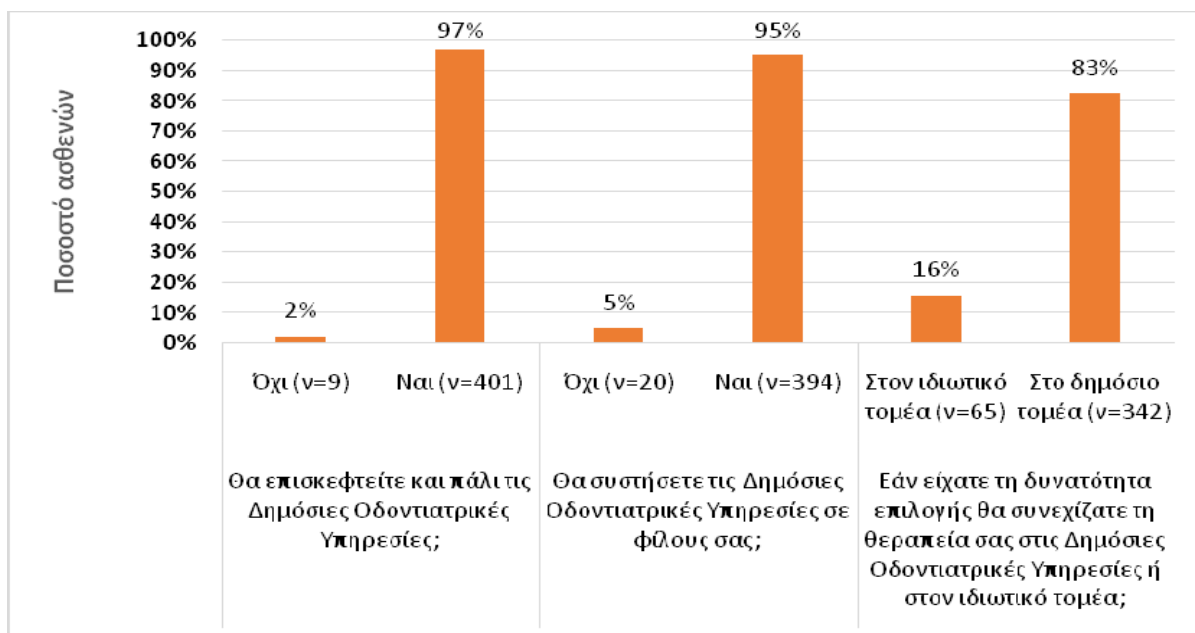
Ερωτήσεις 14, 15, 16

Τετρακόσιοι ένας (97%) από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι θα επισκεφθούν ξανά τις ΔΟΥ, ενώ 394 (95%) ότι θα σύστηναν τις ΔΟΥ σε φίλους τους. Τριακόσιοι σαράντα δύο (83%) αν είχαν δυνατότητα επιλογής ανάμεσα στις Δ.Ο.Υ. και στον ιδιωτικό τομέα, θα συνέχιζαν τη θεραπεία τους στις ΔΟΥ (Πίνακας 5, Γράφημα).

Πίνακας 5. Στάσεις και συμπεριφορά ασθενών μετά την επίσκεψή τους στις ΔΟΥ

		N	%
Θα επισκεφτείτε και πάλι τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες;	Ναι (v=401)	401	97%
	Όχι (v=9)	9	2%
Θα συστήσετε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες σε φίλους σας;	Ναι (v=394)	394	95%
	Όχι (v=20)	20	5%
Εάν είχατε τη δυνατότητα επιλογής θα συνεχίζατε τη θεραπεία σας στις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες ή στον ιδιωτικό τομέα;	Στο δημόσιο τομέα (v=342)	342	83%
	Στον ιδιωτικό τομέα (v=65)	65	16%

**Σημ. Ελλείπουσες τιμές: Θα επισκεφτείτε και πάλι τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες' -4, Εάν είχατε τη δυνατότητα επιλογής θα συνεχίζατε τη θεραπεία σας στις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες ή στον ιδιωτικό τομέα; -7.*



Γράφημα 5. Στάσεις και συμπεριφορά ασθενών μετά την επίσκεψή τους στις ΔΟΥ

Μέσο επίπεδο ικανοποίησης από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για το μέσο επίπεδο ικανοποίησης από τις ΔΟΥ.

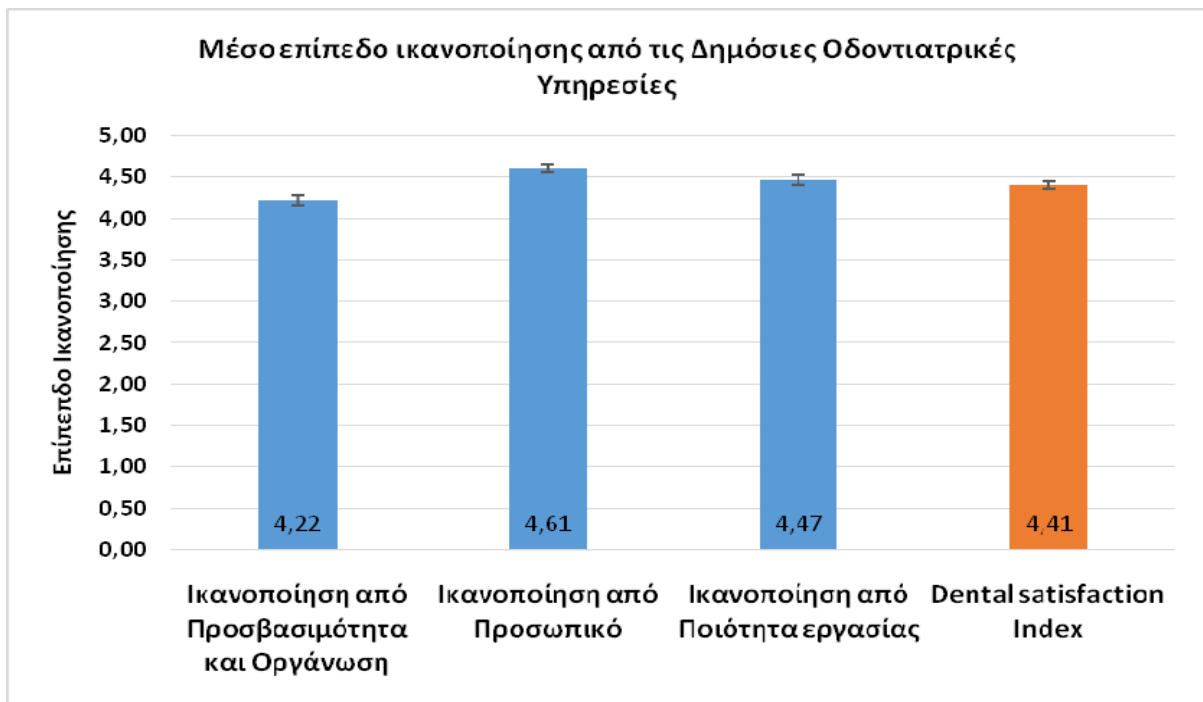
Στην κλίμακα 1-5, από προσβασιμότητα και οργάνωση η μέση ικανοποίηση είναι $4,22 \pm 0,57$, από ικανοποίηση από προσωπικό $4,61 \pm 0,51$ και ικανοποίηση από ποιότητα εργασίας $4,47 \pm 0,60$. Ο συνολικός δείκτης ικανοποίησης (DSI) ανέρχεται στο $4,41 \pm 0,49$.

Στο Γράφημα παρουσιάζονται τα ποσοστά των ικανοποιημένων ή πολύ ικανοποιημένων ασθενών. Το ποσοστό αυτό αντιπροσωπεύει τους ασθενείς των οποίων η μέση βαθμολογία τους κυμαινόταν μεταξύ 4 και 5, για κάθε διάσταση και για το γενικό δείκτη DSI.

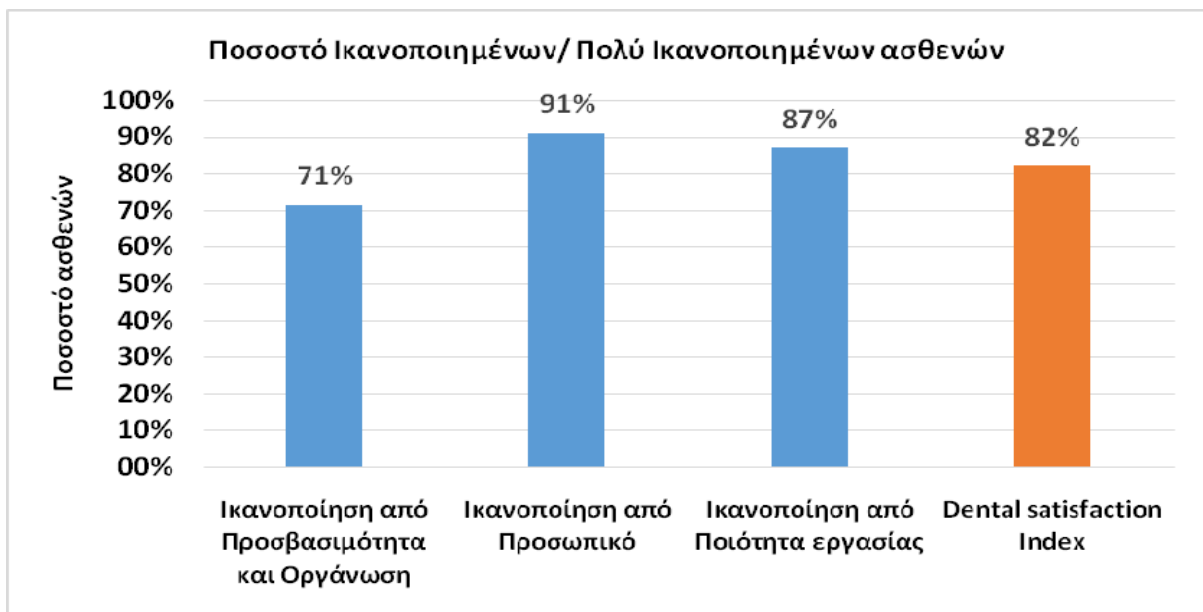
Όσο αφορά το συνολικό δείκτη ικανοποίησης (Dental Satisfaction Index) το 82% είναι ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι. Συγκεκριμένα, το 71% των ασθενών είναι ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από την *Προσβασιμότητα και Οργάνωση των ΔΟΥ*, το 91% των ασθενών είναι ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από το *Προσωπικό των ΔΟΥ*, το 87% ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από την *Ποιότητα εργασίας των ΔΟΥ*.

Πίνακας 6. Περιγραφικά στατιστικά του Επίπεδου Ικανοποίησης

	Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	Ικανοποίηση από Προσωπικό	Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	Dental Satisfaction Index
Μέσος Όρος	4,22	4,61	4,47	4,41
Τυπική Απόκλιση	0,57	0,51	0,60	0,49
Τυπικό Σφάλμα	0,03	0,03	0,03	0,02
Ελάχιστο	1,00	1,00	1,00	1,00
Μέγιστο	5,00	5,00	5,00	5,00
95% Δ.Ε. - Κάτω Όριο	4,16	4,56	4,41	4,36
95% Δ.Ε. - Άνω Όριο	4,27	4,66	4,53	4,45



Γράφημα 6. Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης



Γράφημα 7. Ποσοστό Ικανοποιημένων / Πολύ Ικανοποιημένων ασθενών

Συσχέτιση δημογραφικών χαρακτηριστικών ανά ικανοποίηση

Ανά Φύλο

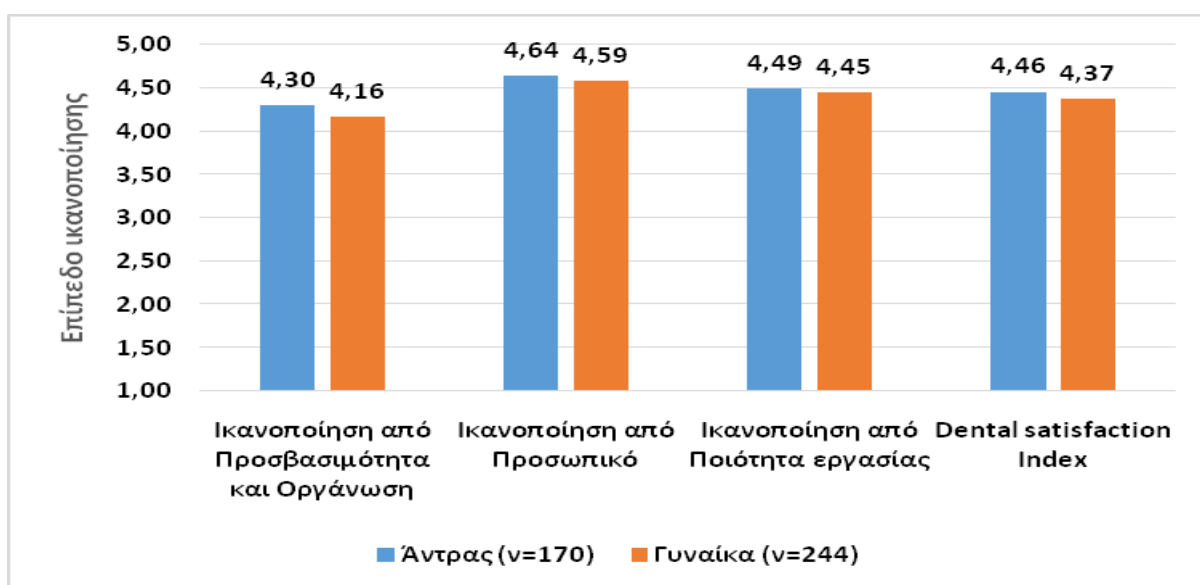
Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 7, παρατηρείται ότι οι άντρες συμμετέχοντες έχουν ελαφρώς ψηλότερο μέσο επίπεδο ικανοποίησης από τις γυναίκες, τόσο στις τρεις διαστάσεις της ικανοποίησης όσο και στο Συνολικό Δείκτη Ικανοποίησης (DSI).

Συγκεκριμένα, όσον αφορά την ικανοποίηση από προσβασιμότητα και οργάνωση οι άντρες ($4,3\pm 0,56$) έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο μέσο επίπεδο ικανοποίησης από τις γυναίκες ($4,16\pm 0,57$) ($t=2,4$, $p=0,02$).

Πίνακας 7. Συσχέτιση Φύλου και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Άντρας (n=170)		Γυναίκα (n=244)		T-TEST	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	t	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,30	0,56	4,16	0,57	2,41	0,02
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,64	0,53	4,59	0,50	0,99	0,33
Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	4,49	0,61	4,45	0,60	0,64	0,53
Dental Satisfaction Index	4,46	0,50	4,37	0,49	1,76	0,08

*M.O. = Μέσος όρος, T.A.= Τυπική Απόκλιση



Γράφημα 8. Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης ανά Φύλο

Ανά Περιοχή Διαμονής

Όσον αφορά το μέσο επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με την περιοχή διαμονής των συμμετεχόντων (αστική / αγροτική) δεν παρατηρείται καμία στατιστικά σημαντική διαφορά (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Συσχέτιση Περιοχής Διαμονής και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Αστική (n=256)		Αγροτική (n=152)		T-TEST	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	t	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,23	0,57	4,23	0,54	0,15	0,88
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,62	0,52	4,60	0,47	0,36	0,72
Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	4,50	0,59	4,45	0,58	0,80	0,43
Dental Satisfaction Index	4,42	0,50	4,40	0,46	0,39	0,69

*M.O. = Μέσος όρος, T.A.= Τυπική Απόκλιση

Ανά Εθνικότητα

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρείται, όσον αφορά το μέσο επίπεδο ικανοποίησης και την εθνικότητα (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Συσχέτιση Εθνικότητας και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Κύπριοι (n=390)		Άλλες εθνικότητες (n=24)		T-TEST	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	t	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,23	0,57	4,09	0,56	1,20	0,24
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,62	0,50	4,42	0,64	1,46	0,16
Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	4,48	0,60	4,28	0,66	1,44	0,16
Dental Satisfaction Index	4,42	0,49	4,24	0,55	1,49	0,15

*M.O. = Μέσος όρος, T.A. = Τυπική Απόκλιση

Ανά επίπεδο εκπαίδευσης

Σχετικά με το μέσο επίπεδο ικανοποίησης σε συνάρτηση με την εκπαίδευση, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επιπέδων εκπαίδευσης (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Συσχέτιση Επίπεδου Εκπαίδευσης και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Καμία Εκπαίδευση Απόφοιτος Δημοτικού (n=79)		Απόφοιτοι Γυμν./ Λυκείου (n=186)		Μεταλυκειακή (n=37)		Τριτοβάθμ. Εκπαίδευση (n=110)		ANOVA	
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	F	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,23	0,55	4,23	0,61	4,21	0,55	4,19	0,53	0,16	0,92
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,53	0,57	4,61	0,53	4,54	0,55	4,66	0,42	1,19	0,32
Ικανοποίηση από Ποιότητα Εργασίας	4,42	0,65	4,46	0,64	4,52	0,60	4,50	0,51	0,43	0,73
Dental satisfaction Index	4,37	0,52	4,41	0,52	4,39	0,52	4,42	0,43	0,17	0,92

*Μ.Ο. = Μέσος Όρος, Τ.Α. = Τυπική Απόκλιση

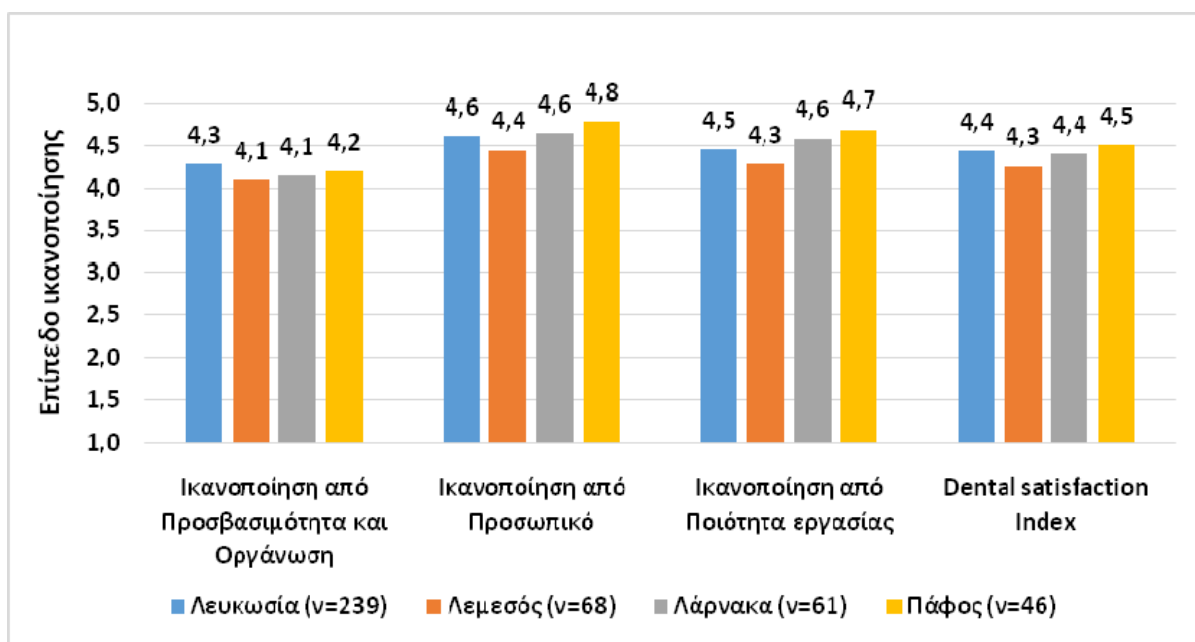
Ανά Επαρχία

Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο μέσο επίπεδο ικανοποίησης, τόσο στις τρεις διαστάσεις της ικανοποίησης όσο και στο δείκτη DSI (Πίνακας 11). Συγκεκριμένα, όσον αφορά την προσβασιμότητα και οργάνωση, οι συμμετέχοντες που επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας της Λευκωσίας παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($4,28 \pm 0,52$) ($F=2,64$, $p=0,05$). Όσον αφορά την ικανοποίηση από το προσωπικό ($F=4,32$, $p=0,01$), την ποιότητα εργασίας ($F=5,17$, $p=0,00$) αλλά και το DSI ($F=3,06$, $p=0,03$), οι συμμετέχοντες που επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας στην επαρχία Πάφου φαίνεται ότι έχουν υψηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης απ' ό,τι στις άλλες επαρχίες (Γράφημα 9).

Πίνακας 11. Συσχέτιση Επαρχίας Κέντρου Υγείας και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Λευκωσία (v=239)		Λεμεσός (v=68)		Λάρνακα (v=61)		Πάφος (v=46)		ANOVA	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	F	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,28	0,52	4,09	0,69	4,14	0,68	4,19	0,44	2,64	0,05
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,61	0,47	4,44	0,73	4,64	0,41	4,78	0,38	4,32	0,01
Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	4,46	0,58	4,28	0,80	4,58	0,44	4,68	0,47	5,17	0,00
Dental Satisfaction Index	4,43	0,46	4,25	0,68	4,40	0,45	4,50	0,35	3,06	0,03

*M.O. = Μέσος όρος, T.A. =Τυπική Απόκλιση



Γράφημα 9. Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης ανά Πόλη

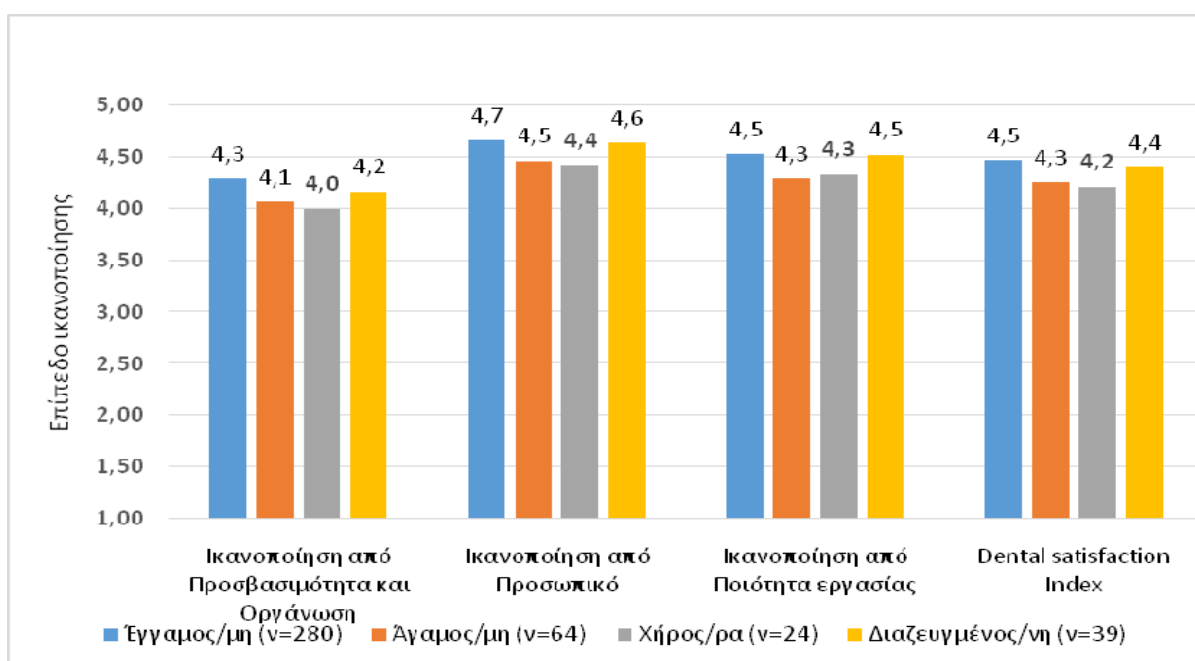
Ανά Οικογενειακή Κατάσταση

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται και όσον αφορά το μέσο επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Γενικά, βρέθηκε ότι οι έγγαμοι παρουσιάζουν υψηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης και στις τρεις διαστάσεις αλλά και στο δείκτη DSI συγκριτικά με τις άλλες ομάδες / κατηγορίες ($p < 0,05$) (Γράφημα 10, Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Συσχέτιση Οικογενειακής Κατάστασης και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Έγγαμος/μη ($n=280$)		Άγαμος/μη ($n=64$)		Χήρος/ρα ($n=24$)		Διαζευγμένος/νη ($n=39$)		ANOVA	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	F	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,29	0,50	4,07	0,66	4,00	0,55	4,17	0,80	4,33	0,01
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,67	0,45	4,46	0,68	4,42	0,62	4,63	0,48	4,02	0,01
Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	4,53	0,55	4,29	0,77	4,33	0,74	4,53	0,56	3,22	0,02
Dental Satisfaction Index	4,47	0,43	4,25	0,64	4,21	0,56	4,40	0,55	4,93	0,00

*M.O. = Μέσος όρος, T.A. =Τυπική Απόκλιση



Γράφημα 10. Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης ανά Οικογενειακή Κατάσταση

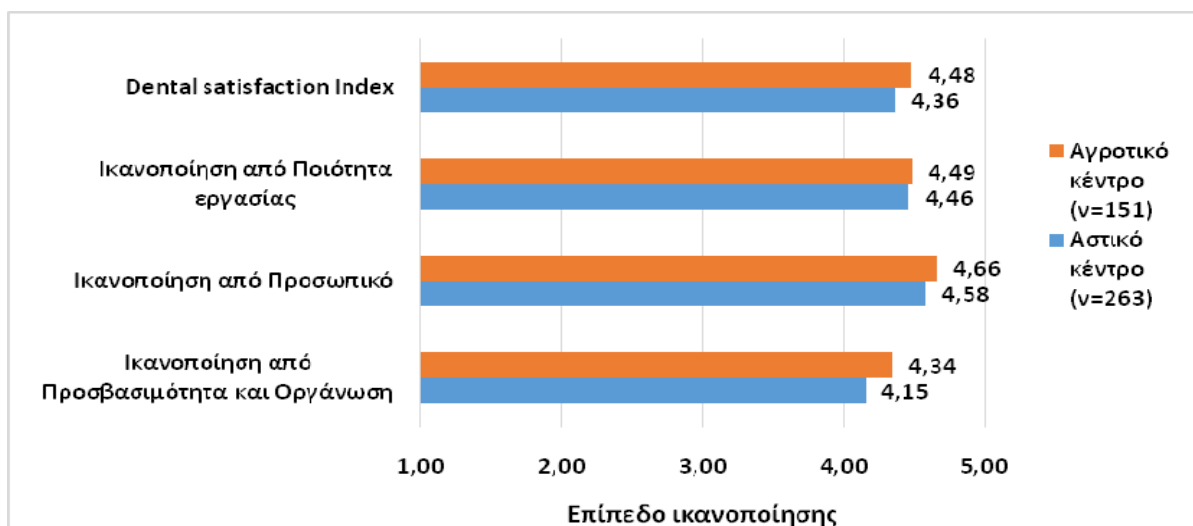
Ανά Περιοχή του Κέντρου Υγείας (Αστική / Αγροτική)

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στη διάσταση ικανοποίηση από προσβασιμότητα και οργάνωση ($t=-3,45$, $p=0,00$) και στο DSI ($t=-2,52$, $p=0,01$). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που επισκέπτονται Κέντρα Υγείας σε αγροτικές περιοχές εμφανίζουν υψηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης από εκείνους που επισκέπτονται Κέντρα Υγείας σε αστικές περιοχές (Γράφημα 11).

Πίνακας 13. Συσχέτιση Περιοχής Κέντρου Υγείας και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Αστικό κέντρο ($n=263$)		Αγροτικό κέντρο ($n=151$)		T-TEST	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	t	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,15	0,60	4,34	0,49	-3,45	0,00
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,58	0,55	4,66	0,43	-1,62	0,11
Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	4,46	0,64	4,49	0,53	-0,41	0,68
Dental Satisfaction Index	4,36	0,53	4,48	0,42	-2,52	0,01

*M.O. = Μέσος όρος, T.A. =Τυπική Απόκλιση



Γράφημα 11. Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης ανά Περιοχή Κέντρου Υγείας

Ανά συχνότητα επισκέψεων

Εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις ικανοποίηση από προσωπικό ($t=2,24$, $p=0,03$), ποιότητα εργασίας ($t=2,06$, $p=0,04$) και στο δείκτη DSI ($t=1,83$, $p=0,07$).

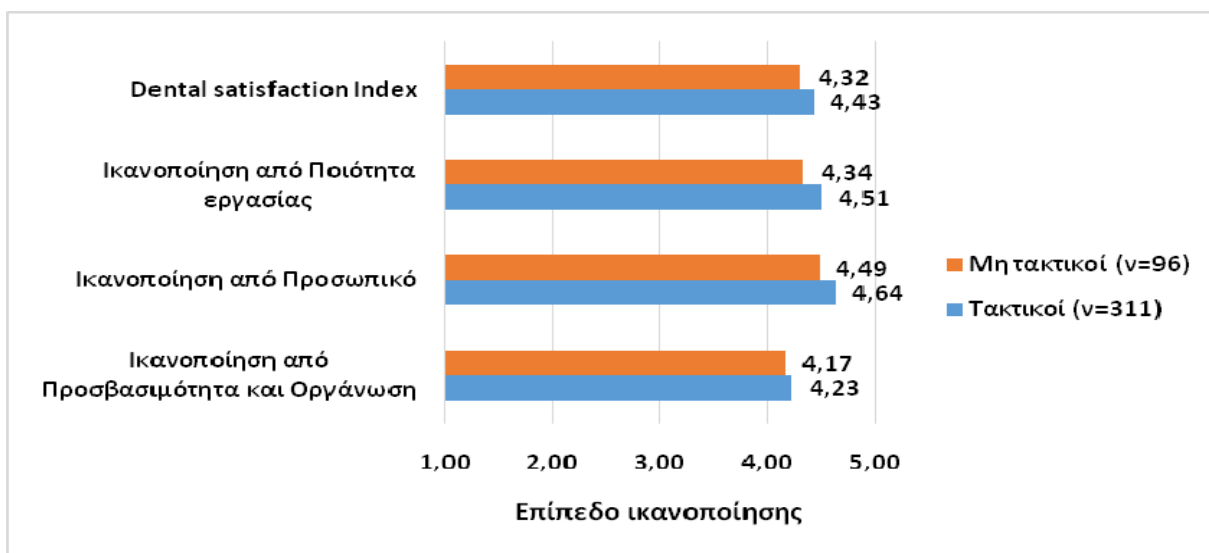
Γενικά, παρατηρούνται υψηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης στους Τακτικούς ασθενείς σε σχέση με τους Μη Τακτικούς (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Συσχέτιση Συχνότητας Επισκέψεων και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Τακτικοί (v=311)		Μη τακτικοί (v=96)		T-TEST	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	t	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,23	0,57	4,17	0,55	0,98	0,33
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,64	0,48	4,49	0,60	2,24	0,03
Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	4,51	0,56	4,34	0,72	2,06	0,04
Dental Satisfaction Index	4,43	0,47	4,32	0,55	1,83	0,07

*M.O. = Μέσος όρος, T.A. =Τυπική Απόκλιση

Σημ.: Τακτικοί = ασθενείς που επισκέφθηκαν οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο, Μη τακτικοί = ασθενείς που επισκέφθηκαν οδοντίατρο πέραν του ενός έτους ή ποτέ



Γράφημα 12. Μέσο Επίπεδο Ικανοποίησης ανά Συχνότητα Επίσκεψης

Ικανοποίηση ασθενών σε σχέση με τους λόγους που οι ασθενείς επισκέφθηκαν τη τελευταία φορά οδοντίατρο

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με τους λόγους (προληπτικούς λόγους / άλλοι λόγοι) που επισκέπτονται οι ασθενείς τις ΔΟΥ (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Συσχέτιση Λόγου Επίσκεψης και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Προληπτικούς Λόγους (n=70)		Άλλοι λόγοι (n=322)		T-TEST	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	t	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,16	0,50	4,24	0,56	-1,19	0,24
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,62	0,45	4,62	0,48	0,00	1,00
Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	4,44	0,48	4,48	0,59	-0,69	0,50
Dental Satisfaction Index	4,38	0,41	4,42	0,47	-0,81	0,42

*M.O. = Μέσος όρος, T.A. =Τυπική Απόκλιση

Σημ. : Άλλοι λόγοι= Για ανακούφιση από τον πόνο, Για συνέχιση θεραπείας, Άλλο

Μετά την επίσκεψη / ικανοποίηση

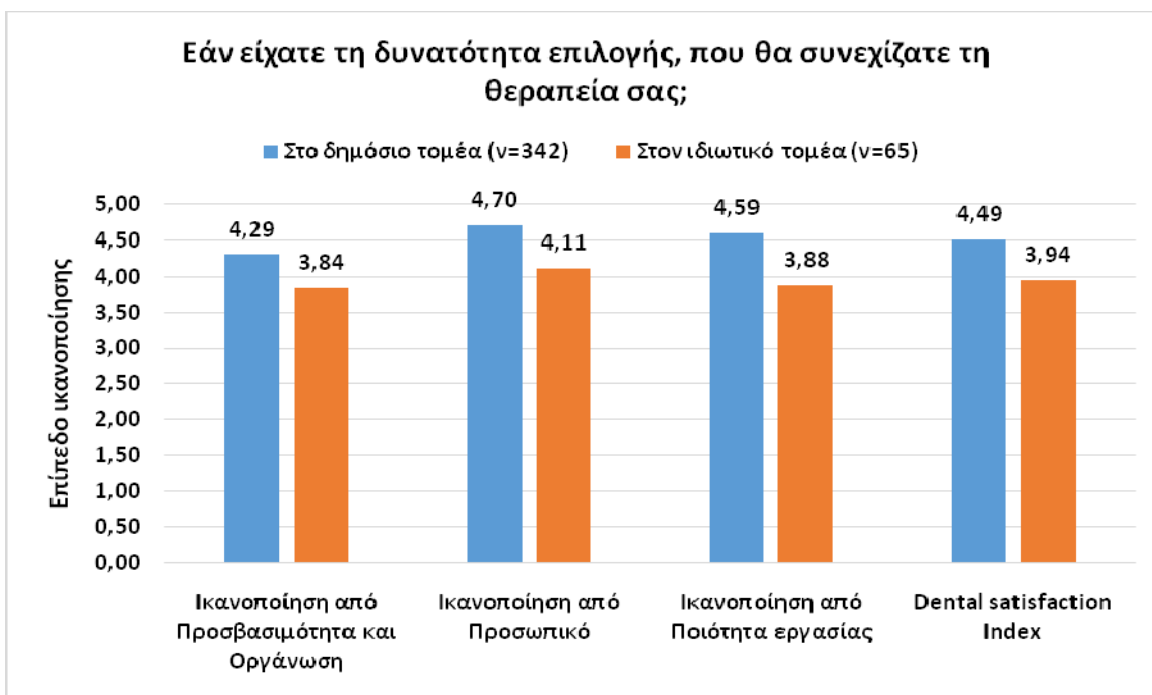
Εάν είχατε τη δυνατότητα επιλογής θα συνεχίζατε τη θεραπεία σας στις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες ή στον ιδιωτικό τομέα;

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται τόσο στις τρεις διαστάσεις της ικανοποίησης όσο και στο δείκτη DSI (Πίνακας 16). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς οι οποίοι εάν είχαν δυνατότητα επιλογής θα συνέχιζαν την θεραπεία τους στο δημόσιο τομέα εμφανίζουν υψηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης απ' ότι τους ασθενείς που θα συνέχιζαν στον ιδιωτικό τομέα.

Πίνακας 16. Συσχέτιση Δημόσιου / Ιδιωτικού Τομέα και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Στο δημόσιο τομέα (n=342)		Στον ιδιωτικό τομέα (n=65)		T-TEST	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	t	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,29	0,54	3,84	0,59	5,77	<0,001
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,70	0,44	4,11	0,60	7,58	<0,001
Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	4,59	0,52	3,88	0,65	8,25	<0,001
Dental Satisfaction Index	4,49	0,43	3,94	0,54	7,81	<0,001

*M.O. = Μέσος όρος, T.A. =Τυπική Απόκλιση



Γράφημα 13. Συσχέτιση Δημόσιου / Ιδιωτικού Τομέα και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

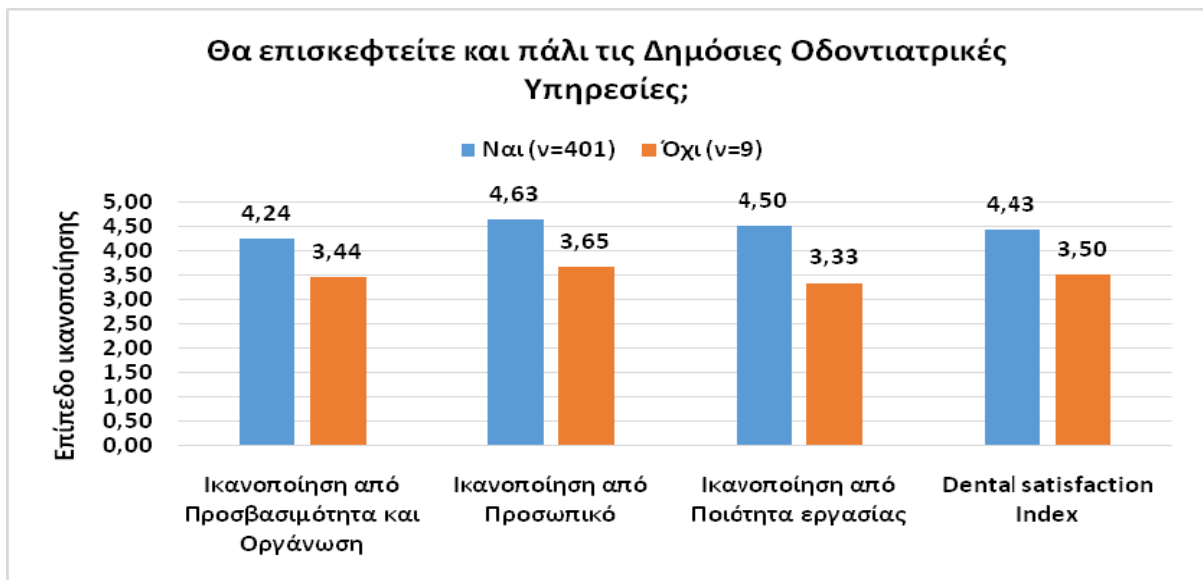
Θα επισκεφτείτε και πάλι τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες;

Οι ασθενείς που δήλωσαν ότι θα επισκέπτονταν ξανά τις ΔΟΥ εμφανίζουν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης στις διαστάσεις ικανοποίηση από προσωπικό ($t=2,38$, $p=0,04$), ποιότητα εργασίας ($t=2,90$, $p=0,02$) και στο δείκτη DSI ($t=2,33$, $p=0,05$).

Πίνακας 17. Συσχέτιση Πρόθεσης Επανάληψης Επίσκεψης στις ΔΟΥ και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Θα επισκεπτόμουν ξανά τις ΔΟΥ (n=401)		ΔΕΝ θα επισκεπτόμουν ξανά τις ΔΟΥ (n=9)		T-TEST	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	t	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,24	0,54	3,44	1,20	1,99	0,08
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,63	0,47	3,65	1,23	2,38	0,04
Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	4,50	0,56	3,33	1,21	2,90	0,02
Dental Satisfaction Index	4,43	0,45	3,50	1,19	2,33	0,05

*M.O. = Μέσος όρος, T.A. =Τυπική Απόκλιση



Γράφημα 14. Συσχέτιση Πρόθεσης Επανάληψης Επίσκεψης στις ΔΟΥ και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

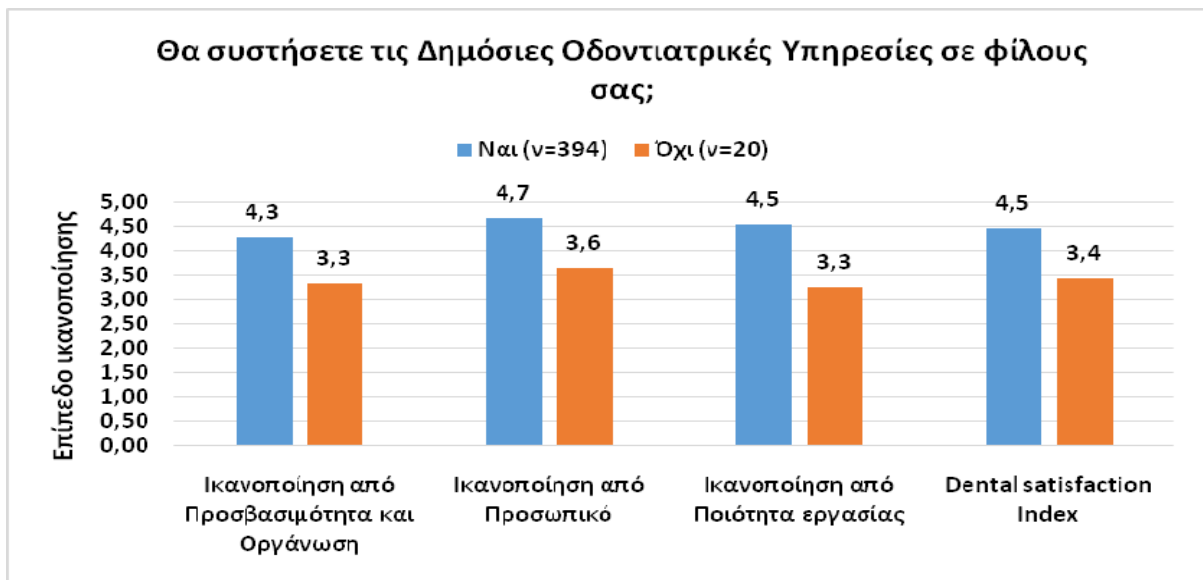
Θα συστήσετε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες σε φίλους σας;

Τόσο στις τρεις διαστάσεις όσο και στο δείκτη DSI εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, με τους ασθενείς που δήλωσαν ότι θα σύστηναν τις ΔΟΥ σε φίλους να έχουν υψηλότερους μέσους όρους ικανοποίησης (Πίνακας 18).

Πίνακας 18. Σύσταση ΔΟΥ και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

	Ναι (n=394)		Όχι (n=20)		T-TEST	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	t	p
Ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση	4,27	0,52	3,33	0,81	5,14	<0,01
Ικανοποίηση από Προσωπικό	4,66	0,43	3,64	0,93	4,89	<0,01
Ικανοποίηση από Ποιότητα εργασίας	4,53	0,51	3,25	0,92	6,17	<0,01
Dental Satisfaction Index	4,46	0,42	3,43	0,81	5,65	<0,01

*M.O. = Μέσος όρος, T.A. =Τυπική Απόκλιση



Γράφημα 15. Σύσταση ΔΟΥ και Μέσου Επίπεδου Ικανοποίησης

Συσχετίσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών ασθενών

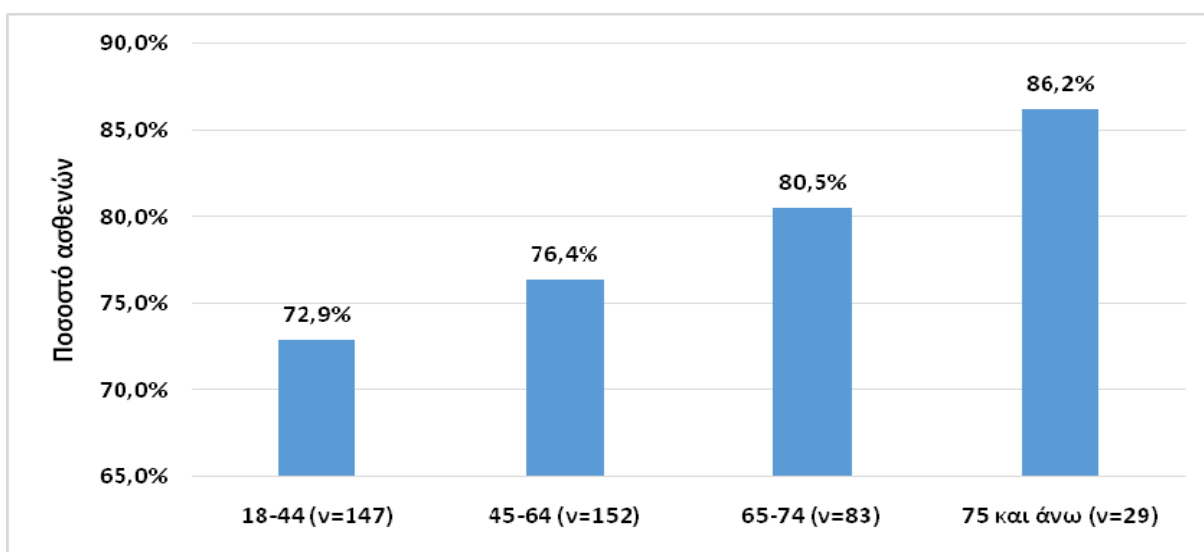
Λόγος επιλογής ΔΟΥ σε σχέση με την Ηλικία

Το Γράφημα παρουσιάζει το ποσοστό επιλογής των ΔΟΥ για οικονομικούς λόγους ανά ηλικιακή ομάδα. Φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και το ποσοστό εκείνων που επισκέπτονται τις ΔΟΥ για οικονομικούς λόγους. Αυτή η σχέση όμως δεν φτάνει στα όρια της στατιστικής σημαντικότητας (Πίνακας 19).

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται στο λόγο «Νιώθω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη» ($\chi^2=10,64$, $p=0,01$), με τις ηλικίες 18-44 ετών και 75 ετών και άνω να εμφανίζουν χαμηλότερη εμπιστοσύνη από ότι οι ηλικίες 45-74 ετών. Οι λοιπές συσχετίσεις παρατίθενται στον Πίνακα 19.

Πίνακας 19. Λόγοι επιλογής ΔΟΥ αντί ιδιώτη οδοντίατρου κατά ηλικιακή ομάδα

	18-44		45-64		65-74		75 και άνω		χ ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Για οικονομικούς λόγους	105	72,9%	113	76,4%	66	80,5%	25	86,2%	3,29	0,35
Είναι πιο κοντά στο σπίτι/την εργασία μου	43	29,9%	30	20,3%	23	28,0%	6	20,7%	4,22	0,24
Προσφέρεται καλύτερη ποιότητα εργασίας	19	13,2%	27	18,2%	20	24,4%	6	20,7%	4,69	0,20
Η εξυπηρέτηση είναι ταχύτερη	14	9,7%	20	13,5%	11	13,4%	2	6,9%	1,90	0,59
Η συμπεριφορά και η προσέγγιση του προσωπικού είναι καλύτερη	30	20,8%	31	20,9%	21	25,6%	3	10,3%	3,03	0,39
Νιώθω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη	26	18,1%	51	34,5%	25	30,5%	7	24,1%	10,64	0,01



Γράφημα 16. Ποσοστό ασθενών κατά ηλικιακή ομάδα που επέλεξαν τις ΔΟΥ για οικονομικούς λόγους

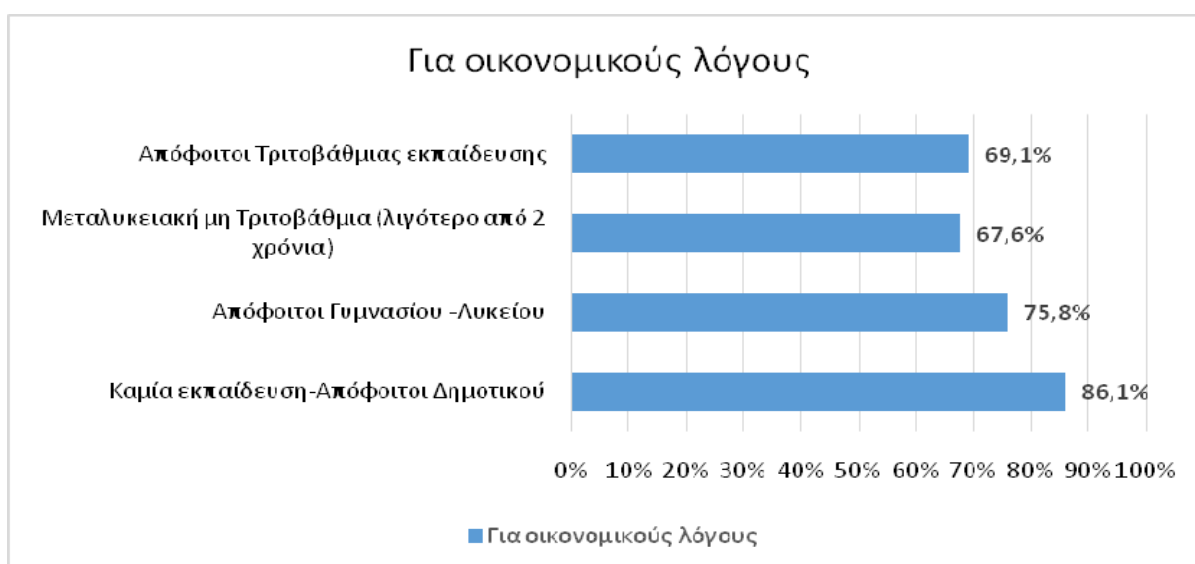
Λόγος επιλογής ΔΟΥ σε σχέση με το Επίπεδο Εκπαίδευσης

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται στην επιλογή των ΔΟΥ για οικονομικούς λόγους ($\chi^2=8,41$, $p=0,04$), (Πίνακας 20). Όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο αυξάνεται το ποσοστό των ασθενών που επέλεξαν τις ΔΟΥ για οικονομικούς λόγους. Η σχέση επιπέδου εκπαίδευσης με τους οικονομικούς λόγους επίσκεψης στις ΔΟΥ

παρουσιάζεται γραφικά στο Γράφημα 17. Οι λοιπές συσχετίσεις δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 20. Συσχέτιση Επιλογής ΔΟΥ αντί ιδιώτη οδοντίατρου και Επίπεδο Εκπαίδευσης

	Καμία εκπαίδευση-Απόφοιτοι Δημοτικού		Απόφοιτοι Γυμνασίου - Λυκείου		Μεταλυκειακή μη Τριτοβάθμια (λιγότερο από 2 χρόνια)		Απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης		Χ ² test	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Χ ²	p
Για οικονομικούς λόγους	68	86,1%	141	75,8%	25	67,6%	76	69,1%	8,41	0,04
Είναι πιο κοντά στο σπίτι/την εργασία μου	20	25,3%	48	25,8%	7	18,9%	28	25,5%	0,81	0,85
Προσφέρεται καλύτερη ποιότητα εργασίας	11	13,9%	34	18,3%	6	16,2%	21	19,1%	1,01	0,80
Η εξυπηρέτηση είναι ταχύτερη	4	5,1%	20	10,8%	5	13,5%	18	16,4%	6,06	0,11
Η συμπεριφορά και η προσέγγιση του προσωπικού είναι καλύτερη	10	12,7%	41	22,0%	6	16,2%	29	26,4%	5,88	0,12
Νιώθω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη	17	21,5%	44	23,7%	12	32,4%	36	32,7%	4,64	0,20



Γράφημα 17. Λόγοι επιλογής ΔΟΥ αντί οδοντίατρου από τον ιδιωτικό τομέα ανά επίπεδο εκπαίδευσης

5.2 Συζήτηση

Στην ενότητα που ακολουθεί ερμηνεύονται και σχολιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Επιπλέον, γίνεται συζήτηση σε σχέση με τα ευρήματα άλλων ερευνών που αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Μέχρι τη διεξαγωγή της παρούσης έρευνας, οι προηγούμενες έρευνες που διεξήχθησαν για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις ΔΟΥ της Κύπρου κατέδειξαν ένα υψηλό ποσοστό ικανοποίησης (Βιολάρη, 2012; Οδοντιατρικές Υπηρεσίες Κύπρου, 2010; Ροδιάς και Βρυώνη, 2011; Χαραλάμπους, 2004). Ομοίως, η συγκεκριμένη έρευνα ανέδειξε ένα συνολικό Δείκτη Οδοντιατρικής Ικανοποίησης (Dental Satisfaction Index - DSI) αρκετά υψηλό $4,41 \pm 0,49$, σε μία κλίμακα που κυμαίνεται από 1-5, επαληθεύοντας προηγούμενα ευρήματα. Το αποτέλεσμα αυτό δυνατό να υποδηλώνει ικανοποιητική ή απλά μία αποδεκτή ποιότητα παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών, με κάποια περιθώρια βελτίωσης. Το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης που καταγράφηκε βρίσκεται σε αρμονία με ανάλογη έρευνα που διεξήχθηκε το 2005 στην Ελλάδα, από τους Ουλής και συν., και απευθυνόταν σε ηλικιακές ομάδες ενηλίκων, με το αθροιστικό ποσοστό ικανοποίησης (υψηλό και μέτριο) να υπερβαίνει το 90%.

Παρόλο που κάθε σύστημα υγείας έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες, τα ως άνω αποτελέσματα είναι σύμφωνα και με διεθνείς μελέτες όπως για παράδειγμα αυτές των Orenuga et al, (2009), Mahrous & Hirnawy (2012), ArRejaie et al (2014), Balkaran et al, (2014) και Patel (2014), που διεξήχθησαν αντίστοιχα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Lagos της Νιγηρίας, Κολέγια Οδοντιατρικής Πανεπιστημίων Taibah και Dammam της Σαουδικής Αραβίας, Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Δυτικών Ινδιών και Νοσοκομείο/Κολέγιο Οδοντιατρικής Priyadarshini στις Ινδίες. Τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης σύμφωνα με τους Balkaran et al (2014), ερμηνεύονται από το γεγονός ότι οι ασθενείς πιστεύουν ότι η φροντίδα σε μία Οδοντιατρική Σχολή όπου η θεραπεία είναι στενά εποπτευόμενη και ελεγχόμενη μπορεί να είναι καλύτερη. Επίσης, τα πολύ χαμηλότερα κόστη σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα ίσως να συνεπάγονται χαμηλότερες προσδοκίες. Κατά τους McBean et al (2014), οι Πανεπιστημιακές Κλινικές παρέχουν ολοκληρωμένες θεραπείες χωρίς ή με ελάχιστη επιβάρυνση και προσφέρουν υπηρεσίες που δεν παρέχονται από τις ΔΟΥ, όπως γέφυρες, στεφάνες, μοριακή ενδοδοντία. Από ένα τυχαία επιλεγμένο δείγμα 3000 κατοίκων της Λιθουανίας, προέκυψε επίσης ότι η πλειοψηφία των χρηστών ήταν ικανοποιημένοι από τις δημόσιες οδοντιατρικές κλινικές καθώς και τον ιδιωτικό τομέα (Pūriene et al, (2008).

Είναι γεγονός πως όλες σχεδόν οι μελέτες που έγιναν για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών κατέληξαν σε ένα υψηλό, έως πολύ υψηλό συνολικό ποσοστό ικανοποίησης.

Βέβαια, τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης δεν ταυτίζονται πάντα με υψηλά επίπεδα ποιότητας. Ένα υψηλό συνολικό ποσοστό ικανοποίησης ίσως και να υποδηλώνει πως ένας ασθενής παρόλο που πιθανό να έχει μία κακή εμπειρία με τον οδοντίατρο, εκφράζει μία συνολική ικανοποίηση. Οι Williams et al (1988) αναφέρουν ότι «υψηλά ποσοστά ικανοποίησης» δεν δείχνουν κατά ανάγκη ότι οι άνθρωποι είχαν καλές ή μέτριες εμπειρίες από τις υπηρεσίες. Σύμφωνα με τη **Θεωρία της απόδοσης** η οποία στηρίζεται στις έννοιες *καθήκον* και *ενοχή*, όταν οι χρήστες των υπηρεσιών καλούνται να αξιολογήσουν μια υπηρεσία, οι απαντήσεις τους φαίνεται να καθοδηγούνται από πεποιθήσεις για το τι η υπηρεσία «πρέπει» ή «δεν πρέπει» να κάνει («καθήκον») και εάν ή όχι η υπηρεσία πρέπει να «κατηγορηθεί» όταν κάνει πράγματα που δεν πρέπει ή δεν κάνει τα πράγματα που θα έπρεπε («ενοχή»). Υψηλά ποσοστά ικανοποίησης πιθανό να μην είναι ενδεικτικά του ότι οι άνθρωποι είχαν μίαν καλή ή μέτρια εμπειρία σε σχέση με την υπηρεσία. Μάλλον, οι εκφράσεις ικανοποίησης μπορεί συχνά να αντανακλούν απόψεις όπως «κάνουν το καλύτερο που μπορούν» ή «καλά δεν είναι στην πραγματικότητα η δουλειά τους...». Η θεωρία της απόδοσης ίσως να μπορεί να βοηθήσει στην εξήγηση αυτής της φαινομενικής αντίφασης γιατί διαπραγματεύεται το πώς κατανέμεται το σφάλμα όταν τα πράγματα πάνε «λάθος» (Newsome & Wright, 1999).

Αναλύοντας τις τρεις διαστάσεις της ικανοποίησης (προσβασιμότητα και τρόπος οργάνωσης, προσωπικό και ποιότητα οδοντιατρικής φροντίδας), η διάσταση που συγκεντρώνει την υψηλότερη βαθμολογία 91%, είναι αυτή της ικανοποίησης από το προσωπικό. Αυτό είναι σύνηθες εύρημα στις έρευνες ικανοποίησης ασθενών που διεξάγονται σε δημόσια συστήματα υγείας. Το πιο πιθανό είναι ότι οι ασθενείς που επισκέπτονται τις ΔΟΥ δυσκολεύονται να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους από το προσωπικό, ιδιαίτερα όταν είναι συχνοί επισκέπτες και έχουν δημιουργήσει μία σχέση εξάρτησης από το προσωπικό. Από την άλλη, ίσως και να είναι ενδεικτικό της προσπάθειας που καταβάλλεται καθημερινά και διαχρονικά για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών από το οδοντιατρικό, και λοιπό προσωπικό, και της ιδιαίτερης σημασίας που δίνεται στα προβλήματα της στοματικής τους υγείας. Η βελτίωση των τεχνικών δεξιοτήτων και η ανάπτυξη διαύλων επικοινωνίας με τους ασθενείς μπορεί και να συνετέλεσε στον υψηλό αυτό βαθμό ικανοποίησης. Οι διαπροσωπικοί παράγοντες όπως η «επικοινωνία», το «να νοιάζεται» και «να δίνει πληροφορίες» ένας οδοντίατρος στους ασθενείς θεωρούνται πολύ σημαντικοί (Hashim, 2005).

Στη παρούσα έρευνα, η διάσταση που πιο πολύ υστερεί και χρήζει περαιτέρω βελτίωσης είναι αυτή της προσβασιμότητας και οργάνωσης, αφού μόνο το 71% των ασθενών δήλωσε ικανοποιημένο ή πολύ ικανοποιημένο από τις ΔΟΥ. Βέβαια, θα πρέπει να τονιστεί ότι η αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων/αδυναμιών είναι ίσως και η πιο δύσκολη αφού

απαιτεί ευρύτερα μέτρα που ξεφεύγουν από την εξουσία των ΔΟΥ. Ο χώρος στάθμευσης (parking), οι κτηριακές εγκαταστάσεις, το ωράριο λειτουργίας, ο χρόνος αναμονής για εξέταση, είναι χρόνια προβλήματα που εντοπίστηκαν και σε προηγούμενες έρευνες (Βιολάρη, 2012; Οδοντιατρικές Υπηρεσίες Κύπρου, 2010; Ροδιάς και Βρυώνη, 2011; Χαραλάμπους, 2004). Συγκεκριμένα, στην παγκύπρια έρευνα αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις Προσθετικές Κλινικές, οι ασθενείς παρουσιάστηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι σε θέματα που άπτονταν της ποιότητας των εργασιών παρά με παραμέτρους που σχετίζονταν με την προσβασιμότητα (άνεση χώρου αναμονής, ταχύτητα εξυπηρέτησης, καθαριότητα ιατρείων) – (Οδοντιατρικές Υπηρεσίες Κύπρου, 2010). Οι Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος (2012), αποτυπώνοντας τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών από τα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο, βρήκαν ότι τα προβλήματα που παρουσίαζαν τα εν λόγω Κ.Υ. συνδέονταν περισσότερο με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας τους. Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξε και η έρευνα των Balkaran et al (2014), όπου η προσβασιμότητα ήταν η διάσταση με τα μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης.

Αδιαμφισβήτητα, οι ώρες λειτουργίας, ο χρόνος αναμονής και ο χρόνος που δαπανάται με τον οδοντίατρο είναι καθοριστικής σημασίας για την ικανοποίηση του ασθενούς. Πιθανοί τρόποι επίλυσης των πιο πάνω προβλημάτων θα ήταν η επέκταση του ωραρίου λειτουργίας των ΔΟΥ, η αύξηση του οδοντιατρικού προσωπικού, των οδοντιατρικών καρεκλών, καθώς και η υιοθέτηση του συστήματος εξέτασης με προκαθορισμένο ραντεβού, με εξαίρεση τις επείγουσες καταστάσεις. Την ανάγκη για καλύτερη στελέχωση των Οδοντιατρικών Κλινικών με στόχο την βελτίωση της εξυπηρέτησης και μείωση του χρόνου αναμονής για εξέταση, είχαν επισημάνει και οι ίδιοι οι ασθενείς-επισκέπτες των ΔΟΥ στα σχόλια και εισηγήσεις τους.

Εξετάζοντας τους επί μέρους παράγοντες που βρέθηκε να επηρεάζουν την ικανοποίηση, οι άντρες συμμετέχοντες είχαν ελαφρώς υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από ότι οι γυναίκες, τόσο στις τρεις διαστάσεις της ικανοποίησης, όσο και στο συνολικό Δείκτη Οδοντιατρικής Ικανοποίησης (DSI). Συγκεκριμένα, ως προς την ικανοποίηση από την προσβασιμότητα και τρόπο οργάνωσης, οι άντρες ($4,3 \pm 0,56$) είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από ότι οι γυναίκες ($4,16 \pm 0,57$) ($t=2,4$, $p=0,02$). Οι William και Calnan (1991), διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες τείνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένες σε σχέση με τους άνδρες. Παλαιότερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τις ΔΟΥ της Κύπρου δεν εντόπισε σημαντικές διαφορές στο εκφραζόμενο επίπεδο ικανοποίησης μεταξύ αντρών και γυναικών (Χαραλάμπους, 2004). Σημαντική σύνδεση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης δε βρέθηκε ούτε και στις έρευνες των ArRejaie, (2014), Balkaran et al (2014), John et al (2010), Sur et al

(2004). Αντίθετα, οι Gopalkrishna και Mummalaneni (1993), αναγνώρισαν ότι οι γυναίκες είναι πιο ικανοποιημένες σε σύγκριση με τους άνδρες. Η μεγαλύτερη έκθεση των γυναικών στις οδοντιατρικές υπηρεσίες θεωρείται ως μία πιθανή αιτία μετριασμού των προσδοκιών τους, οι οποίες με τη σειρά τους είναι πιο πιθανό να εκπληρώνονται.

Από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος διαφάνηκε ότι η πλειονότητα των ασθενών που επισκέφθηκαν τις ΔΟΥ ήταν γυναίκες (58,9%), γεγονός που συμβαδίζει με προηγούμενες έρευνες της Βιολάρη (2012) με 62,1% των συμμετεχόντων να είναι γυναίκες, και της Χαραλάμπους (2004) με 64,5% στις αστικές και 63,5% στις αγροτικές περιοχές να είναι γένους θηλυκού. Τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με αυτά των Balkaran et al (2014), όπου το 69% των συμμετεχόντων στη δική τους έρευνα ήταν γυναίκες. Το 37,7% των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας 45-64 ετών και ακολουθούσαν οι ηλικίες 28-44 (35,5%), 65-74 (20,0%) και ≥ 75 (7,0%). Τα ως άνω στοιχεία είναι σύμφωνα με το ηλικιακό προφίλ των ασθενών που επισκέφθηκαν τις ΔΟΥ τα έτη 2011-2015, όπου παρατηρείται ότι υπερτερεί η ηλικιακή ομάδα των 45-64 ακολουθούμενη από τις ηλικιακές ομάδες των 20-44, 65-74, 75+ (Οδοντιατρικές Υπηρεσίες, 2015). Σε συμφωνία βρίσκονται και με τα δημογραφικά στοιχεία στην έρευνα της Χαραλάμπους (2004), όπου η επισκεψιμότητα στις ΔΟΥ ήταν μεγαλύτερη στις ηλικίες 35-64 (35-49, 31% & 50-64, 32%). Ομοίως, στην έρευνα των Balkara et al (2014), το 40% των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας 45-64 ετών.

Όσον αφορά στην εθνικότητα των συμμετεχόντων, οι 390 (94,2%) ήταν Κύπριοι, ενώ το 5,7% πολίτες της Ε.Ε., πολίτες χωρών του πρώην ανατολικού μπλοκ και άλλων χωρών. Γλωσσικά εμπόδια και πολιτισμικές πρακτικές, ενδέχεται να αποτρέπουν μειονοτικές εθνοτικές ομάδες σε μια χώρα από του να αναζητήσουν οδοντιατρική φροντίδα ακόμη και όταν οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται δωρεάν. Το 61,8% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι διαμένει σε αστική περιοχή ενώ το 36,7% σε αγροτική. Η απογραφή του πληθυσμού που έγινε το 2011 κατέδειξε ότι το 67,4% του πληθυσμού ζούσε στις αστικές περιοχές και το 32,6% στις αγροτικές (Στατιστική Υπηρεσία, 2011).

Το 42,8% των συμμετεχόντων ήταν εργαζόμενοι, ενώ το υπόλοιπο 50,8% ήταν συνταξιούχοι, άνεργοι, οικοκυρές, φοιτητές/μαθητές και στρατιώτες. Το 6,4% (N 27) δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Άρα, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που επισκέφθηκε τις ΔΟΥ ήταν άτομα χωρίς εργασία, με χαμηλά ή καθόλου εισοδήματα, εξαρτώμενα οικονομικά από κρατικές χορηγίες ή τον οικογενειακό προϋπολογισμό (σύνταξη γήρατος, επίδομα ανεργίας, ΕΕΕ, επίδομα Γραφείου Ευημερίας, μαθητικό/φοιτητικό χαρτζιλίκι), άρα χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής τάξης. Άλλωστε, οι ίδιοι οι ασθενείς δήλωσαν, ότι οι κυριότεροι λόγοι επιλογής

των ΔΟΥ αντί ιδιώτη οδοντίατρο ήταν «οικονομικοί». Κατά τους Silveira Pinto et al (2014), άτομα με μικρή αγοραστική δύναμη εμφάνιζαν μεγαλύτερες οδοντιατρικές ανάγκες και κρίνοντας από την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση αποτείνονταν στο δημόσιο για θεραπεία. Οι Pūriene et al (2008), βρήκαν ότι περισσότερα άτομα χαμηλότερου εισοδήματος επισκέπτονταν τις ΔΟΥ σε σχέση με αυτά με υψηλότερο εισόδημα. Έρευνα των Quinonez et al (2010), απέδειξε ότι οι κοινωνικά περιθωριοποιημένοι και με χαμηλά εισοδήματα Καναδοί έτειναν να αναζητούν οδοντιατρική φροντίδα από τον δημόσιο τομέα (McBean, 2014). Από την παρούσα έρευνα διαφάνηκε ότι, όσο χαμηλότερο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο αυξανόταν το ποσοστό των ασθενών που επέλεξαν τις ΔΟΥ για οικονομικούς λόγους. Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, συνήθως συνδέεται με καλύτερες θέσεις εργασίας και υψηλότερα εισοδήματα. Επίσης, διαφάνηκε ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες επισκέπτονταν τις ΔΟΥ για οικονομικούς λόγους, αν και αυτή η σχέση δεν φτάνει στα όρια της στατιστικής σημαντικότητας.

Αυτό που προβληματίζει είναι το πως οι προαναφερόμενοι ασθενείς με την εφαρμογή του ΓεΣΥ, οπότε και θα επιβαρυνθούν εξ' ολοκλήρου το κόστος για την οδοντιατρική τους φροντίδα, θα μπορέσουν να καλύψουν το κόστος οδοντιατρικής φροντίδας, και κατά πόσο αυτό θα επηρεάσει την συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο με τις όποιες συνακόλουθες επιπτώσεις στο επίπεδο της στοματικής τους υγείας. Έρευνα της Αντωνιάδου που διεξήχθη το 2015 και αφορούσε την επιβολή συμπληρωμών στους ασθενείς, κατέδειξε ότι τα άτομα χαμηλότερου εισοδήματος και όσοι δεν εργάζονταν παρουσίαζαν δυσκολίες στην χρήση των δημόσιων υπηρεσιών και ειδικότερα τις Πρώτες Βοήθειες. Ένα άλλο ερώτημα που εγείρεται είναι πώς θα καλύψουν οι ηλικιωμένοι τις προσθετικές τους ανάγκες νοουμένου ότι το κόστος για εμφυτεύματα και τεχνητές οδοντοστοιχίες είναι υψηλό, με το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού να είναι εμφανές στην Κύπρο.

Αξίζει να σημειωθεί ότι με βάση τα αποτελέσματα Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών διαβίωσης του 2014, 27,4% του πληθυσμού της Κύπρου βίωνε κατά το 2014 τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες συνθήκες: ζούσε κάτω από το όριο κινδύνου φτώχειας (14,4%) (εισοδηματική φτώχεια), ζούσε σε νοικοκυριό με σοβαρή υλική στέρηση (15,3%) ή ζούσε σε νοικοκυριό με πολύ χαμηλό δείκτη έντασης εργασίας (9,7%). Επιπροσθέτως, το χρηματικό όριο της εισοδηματικής φτώχειας το 2014 μειώθηκε στα €8.640 σε σύγκριση με €9.614 που ήταν το 2008 (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2016).

Αυτό θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στα πλαίσια του νέου σχεδίου υγείας με επιλογές είτε την διεύρυνση των καλυπτόμενων από αυτό υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας είτε τη

συνέχιση του ρόλου των ΔΟΥ ως ένα κοινωνικό δίκτυ προστασίας για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού. Στην Taiwan η οδοντιατρική φροντίδα, εκτός από τις κοσμητικές υπηρεσίες, καλύπτεται ως μέρος του πακέτου προσφοράς ενός ολοκληρωμένου προγράμματος Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα επιλογής παροχέα οδοντιατρικών υπηρεσιών με τις ίδιες συμπληρωμές, ανεξαιρέτως διαβάθμισης του Οδοντιατρικού Κέντρου (Chang et al, 2015).

Σύμφωνα με τους Balkaran et al (2014), το κόστος μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για την οδοντιατρική φροντίδα λαμβανομένου υπόψη ότι η οδοντική νόσος έχει χαρακτηριστεί ως η «τέταρτη πιο δαπανηρή ασθένεια για να θεραπευτεί στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες». Στην Αυστραλία, η μειωμένη πρόσβαση στις οδοντιατρικές υπηρεσίες σχετίζεται με τις τρέχουσες ρυθμίσεις χρηματοδότησης και την κακή κατανομή των ΔΟΥ, έχοντας και τα δύο αντίκτυπο στην στοματική υγεία των ασθενών χωρίς ιδιωτική ασφάλιση υγείας (McBean, 2014). Έρευνα που πραγματοποίησε το Αυστραλιανό Κέντρο Στοματικής Υγείας Πληθυσμού κατέδειξε ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (60+), επιλέξιμοι για δημόσια οδοντιατρική φροντίδα είχαν ένα πολύ χαμηλότερο ετήσιο ποσοστό παρακολούθησης και ήταν τρεις φορές πιο πιθανό να έχουν δυσκολία στην πληρωμή ενός οδοντιατρικού λογαριασμού \$100.- (McBean et al. 2014).

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, 44,9% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου-λυκείου, 26,6% απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 19,1% απόφοιτοι δημοτικού ή δεν έτυχαν καμίας εκπαίδευσης και 8,9% έτυχαν μεταλυκειακής μη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Αυτά ως ένα βαθμό συνάδουν με τα στοιχεία που δόθηκαν από την Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου το 2013 για το μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού. Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ μέσου επιπέδου ικανοποίησης και διαφόρων επιπέδων εκπαίδευσης. Ίσως γιατί οι ασθενείς με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης στην συγκεκριμένη έρευνα ήταν λίγοι. Το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με έρευνες των Balkaran et al (2014), John et al (2011), Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος (2012). Σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα του Hashim (2005), οι περισσότεροι ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο ήταν και οι λιγότερο ικανοποιημένοι με τη παρεχόμενη θεραπεία. Αναφέροντας πως, πιθανό οι πιο μορφωμένοι ασθενείς να είχαν υψηλότερες προσδοκίες από τις υπηρεσίες ενώ οι λιγότερο μορφωμένοι να είχαν αποδεχτεί το γεγονός ότι θα λάμβαναν οποιαδήποτε οδοντιατρική φροντίδα. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι John et al (2011). Δηλαδή, όσο πιο ψηλό ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών τόσο μεγαλύτερη ήταν η δυσαρέσκειά τους.

Οι έγγαμοι παρουσιάζουν υψηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης και στις τρεις διαστάσεις, αλλά και στο δείκτη DSI συγκριτικά με άλλες ομάδες / κατηγορίες ($p < 0,05$) – (Γράφημα 10). Ίσως, αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι είναι πιο συγκαταβατικοί ως άτομα, έχουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, διαφορετικές συναισθηματικές ανάγκες, δεν δίνουν την ίδια σημασία που αποδίδουν οι υπόλοιπες ομάδες ασθενών για την επίσκεψη στον οδοντίατρο και δεν αναπτύσσουν το ίδιο υψηλές προσδοκίες όπως οι υπόλοιποι. Γενικά οι προσωπικές τους ανάγκες διαφέρουν.

Στην παρούσα έρευνα, το 57,7% κατοικούσαν στην Λευκωσία, 16,4% στη Λεμεσό, 14,7% στη Λάρνακα και 11,1% στην Πάφο. Τα ως άνω στοιχεία είναι σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που κοινοποίησαν οι Οδοντιατρικές Υπηρεσίες για το 2015, όπου το 53,8% των ασθενών επισκέφθηκε τις ΔΟΥ της επαρχίας Λευκωσίας, 16,4% της Λεμεσού, 15,2% της Λάρνακας και 11,9% της Πάφου. Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ μέσου επιπέδου ικανοποίησης και περιοχής διαμονής των συμμετεχόντων (αστικής / αγροτικής) καθώς και της εθνικότητας. Όμως, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός πως η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών ήταν κύπριοι 94,2%. Όσον αφορά στην εθνικότητα και το επίπεδο ικανοποίησης, καμία σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε ούτε και στις έρευνες των Balkaran et al, 2014 και Hashim, 2005.

Όσον αφορά την σύγκριση ανά επαρχία Κ.Υ. και ικανοποίησης, οι ασθενείς της επαρχίας Πάφου κατέγραψαν τα υψηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τις άλλες επαρχίες. Η Λευκωσία αναδείχθηκε ως η 2^η πιο ικανοποιημένη επαρχία της Κύπρου, με 3^η την Λάρνακα και 4^η τη Λεμεσό η οποία κατέγραψε τα χαμηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης. Τα ως άνω αποτελέσματα βρίσκονται σε συμφωνία και με άλλες πρόσφατες έρευνες, όπου η Πάφος εμφανίζεται ως η πλέον ικανοποιημένη επαρχία της Κύπρου, ενώ η Λεμεσός ως η πλέον δυσαρεστημένη (Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος, 2012). Συγκρίνοντας τα πιο πάνω αποτελέσματα με εκείνα της Βιολάρη το 2012, προκύπτει ότι και πάλι οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τις οδοντιατρικές υπηρεσίες Πάφου ήταν πιο ικανοποιημένοι, συγκριτικά με τις άλλες επαρχίες. Συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα η Πάφος παρουσίασε υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης όσον αφορά τις παραμέτρους που αφορούσαν το προσωπικό, την ποιότητα και τον Δείκτη Οδοντιατρικής Ικανοποίησης (DSI). Λαμβάνοντας υπόψη ότι η επαρχία της Πάφου είναι αριθμητικά μικρότερη, το πιθανότερο είναι οι στενότερες διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ ασθενούς-ιατρού να ανεβάζουν υψηλότερα τα επίπεδα ικανοποίησης. Η προσκόλληση στις παραδόσεις και τις πολιτισμικές αξίες του νησιού συμβάλλει στο να δημιουργείται μία πιο ζεστή και φιλική ατμόσφαιρα κατά την διάρκεια της επίσκεψης/εξέτασης, γεγονός που βοηθά στην εδραίωση

της εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο εμπλεκόμενων μερών. Επιπροσθέτως, ο ετήσιος αριθμός επισκέψεων ανά ιατρό στα Κ.Υ. της επαρχίας Πάφου είναι μικρότερος και μεγαλύτερος σε αυτά της επαρχίας Λεμεσού. Αυτό προφανώς επηρεάζει αρνητικά το χρόνο που αφιερώνει ο ιατρός για κάθε ασθενή, γεγονός που δικαιολογεί σε μεγάλο βαθμό τη χαμηλή ικανοποίηση στα Κ.Υ. της Λεμεσού σε σχέση με αυτά της Πάφου (Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος, 2012). Εάν βέβαια θεωρήσουμε ότι η Λεμεσός ήταν η λιγότερο ικανοποιημένη επαρχία, λόγω οξυμένων προβλημάτων που αντιμετωπίζει, τότε η λήψη βελτιωτικών/διορθωτικών μέτρων από τις αρμόδιες αρχές κρίνεται αναγκαία.

Όσον αφορά την προσβασιμότητα και οργάνωση, οι συμμετέχοντες που επισκέφθηκαν τα Κ.Υ. της Λευκωσίας παρουσίασαν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης $4,28 \pm 0,52$ ($F=2,64$, $p=0,05$). Το φαινόμενο αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι η επαρχία Λευκωσίας διαθέτει καλύτερο δημόσιο δίκτυο συγκοινωνιών, συγκεντρώνει τα περισσότερα Κ.Υ., είναι καλύτερα οργανωμένη, διαθέτει χώρους στάθμευσης, καλύτερο εξοπλισμό καθώς και μεγαλύτερο αριθμό οδοντιάτρων οι οποίοι στελεχώνουν πολλά από τα κέντρα επί καθημερινής βάσεως (Δευτέρα έως Παρασκευή). Επίσης, το Παλαιό και Νέο ΓΝ Λευκωσίας, όπως και τα Κ.Υ. της Έγκωμης, Καϊμακλίου, Λακατάμειας, Κλήρου, διαθέτουν μηχανογραφημένο σύστημα.

Οι συμμετέχοντες που επισκέφθηκαν τα Κ.Υ. σε αγροτικές περιοχές εμφάνισαν υψηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης απ' ότι αυτοί που επισκέφθηκαν τα Κ.Υ. σε αστικές περιοχές. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στη διάσταση ικανοποίηση από Προσβασιμότητα και Οργάνωση ($t=3,45$, $p=0,00$) και στο DSI ($t=2,52$, $p=0,01$). Συνήθως, οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών που επισκέπτονται τις ΔΟΥ είναι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και μειωμένες προσδοκίες, και άρα είναι λιγότερο δυσαρεστημένοι και περισσότερο ευχαριστημένοι από τις παρεχόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες, παρουσιάζοντας υψηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης. Υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης στις αγροτικές περιοχές 84,3% έναντι 66,2% στις αστικές περιοχές βρέθηκαν και στη έρευνα των Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος (2012). Οι ίδιοι ερμήνευσαν το αποτέλεσμα με το γεγονός ότι ο αριθμός επισκέψεων ανά γιατρό ετήσια είναι μεγαλύτερος στα αστικά απ' ότι στα αγροτικά Κ.Υ. και αυτό είναι που δικαιολογεί τη χαμηλότερη ικανοποίηση χρηστών στα αστικά Κ.Υ. Οι Blankfield et al (2002), διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς αγροτικών περιοχών είχαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας (Charalambous, 2004; Harutyunyan et al, 2010; Quintana et al, 2006). Τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συσχετίστηκαν με το προφίλ των ασθενών στις αγροτικές περιοχές, οι οποίοι ήταν γηραιότεροι και το πιο πιθανό ήταν υπό τη συνεχή φροντίδα του ίδιου γιατρού. Σημαντικές διαφορές στο εκφραζόμενο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών

μεταξύ των χρησιμοποιηθέντων αστικών και αγροτικών Κ.Υ. δεν παρατηρήθηκαν στην έρευνα της Charalambous το 2004.

Το γεγονός ότι παρατηρείται υψηλότερος μέσος όρος ικανοποίησης (DSI 4,43) στους τακτικούς ασθενείς σε σχέση με τους μη τακτικούς (DSI 4,32) ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι μη τακτικοί ασθενείς συνήθως προσφεύγουν για θεραπεία όταν έχουν ένα οξύ οδοντιατρικό πρόβλημα συνοδευόμενο τις πλείστες φορές από έντονο πονόδοντο. Ένα άτομο που βρίσκεται σε μία δυσάρεστη κατάσταση και χρήζει άμεσης αντιμετώπισης δεν είναι δυνατό να διακατέχεται από θετικά συναισθήματα. Λογικό είναι η οδυνηρή εμπειρία που βιώνει την συγκεκριμένη στιγμή να του δημιουργεί και τα ανάλογα αρνητικά συναισθήματα. Επιπροσθέτως, οι τακτικοί ασθενείς πραγματοποιώντας συχνές επισκέψεις στις οδοντιατρικές υπηρεσίες το πιθανότερο είναι να διαθέτουν και καλύτερη στοματική υγεία. Ακόμη, εάν δεν ήταν ευχαριστημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δεν θα τις επισκέπτονταν. Αντίθετα, ο Hashim (2005), βρήκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι επισκέφθηκαν οδοντίατρο μόνο όταν είχαν πρόβλημα έτειναν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από ότι εκείνοι που επισκέπτονταν οδοντίατρο τακτικά. Σύμφωνα με τον ίδιο αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το ότι οι ασθενείς με προβλήματα ανακουφίζονται άμεσα μετά την λαμβανόμενη θεραπεία σε σύγκριση με εκείνους που έρχονται για ένα απλό check up. Οι John et al (2010), κατέληξαν στο εξής: «Ο οδοντικός πόνος είναι έντονος και βασανιστικός. Η φύση του πόνου και η μεταγενέστερη ανακούφισή του μπορεί να αποτελεί την αιτία για υψηλή ικανοποίηση μεταξύ των ασθενών με οδοντικό πόνο».

Η έρευνα ικανοποίησης των ασθενών από τις ΔΟΥ 2016, κατέδειξε ότι 58,5% του πληθυσμού αναφοράς επισκέφθηκε οδοντίατρο σε χρονικό διάστημα «λιγότερο από 6 μήνες», ενώ 16,7% «πριν από 6 μήνες με ένα χρόνο». Άρα, το 75,2% της ηλικιακής ομάδας των 18-76 ετών επισκέφθηκε τις ΔΟΥ τον «προηγούμενο χρόνο». Στην επιδημιολογική έρευνα που διεξήχθη το 2014 από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες Κύπρου, σε δείγμα πληθυσμού 2925 ατόμων καλύπτοντας ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα, το 70,4% ηλικίας 35-44 και 58,3% ηλικίας 65-74 επισκέφθηκε οδοντίατρο τον «προηγούμενο χρόνο». Η Επιδημιολογική Έρευνα του 2014 έδειξε ότι η συχνότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας, αφού μόνο το 58,3% των ατόμων ηλικίας 65-74 επισκέφθηκε οδοντίατρο τον προηγούμενο χρόνο, ενώ το αντίστοιχο για τις ηλικίες 35-44 ήταν 70,4%. Νοούμενου ότι απουσιάζουν οι ηλικίες 18-34 στην επιδημιολογική έρευνα και θεωρώντας ότι τα άτομα αυτά θα είχαν υψηλότερο ποσοστό επισκέψεων στον οδοντίατρο, δεν παρατηρείται μεγάλη διαφορά μεταξύ των δύο ερευνών. Η απόκλιση που παρατηρείται θα ήταν μικρότερη εάν υπήρχαν οι ελλείπουσες ηλικίες 18-34. Παρόμοια έρευνα που εκπονήθηκε από τους

Υφαντόπουλο και Ουλή (2011) με την μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης σε δείγμα πληθυσμού 1500 ατόμων στα μητροπολιτικά κέντρα της Αθήνας και Θεσσαλονίκης, καθώς και Πάτρα, Ιωάννινα, Καστοριά, κατέδειξε ότι η πλειοψηφία 44,8% χρησιμοποιεί 1 έως 2 φορές τις οδοντιατρικές υπηρεσίες ετησίως.

Επιπροσθέτως, το 36,9% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ο λόγος της τελευταίας τους επίσκεψης σε οδοντίατρο ήταν «για ανακούφιση από τον πόνο», 30,9% «για συνέχιση θεραπείας», 17,5% «για προληπτικούς λόγους» και 12,5% «για άλλους λόγους». Έρευνα της Χαραλάμπους το 2004, έδειξε ότι η «επείγουσα κατάσταση» ήταν η βασική αιτία επίσκεψης στα αστικά (69%) και αγροτικά (62%) Κ.Υ. της Κύπρου. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα από τους Σταμαδιάνος και συν., (2009), με το 61,2% των ασθενών να επισκέπτεται οδοντίατρο περιστασιακά και μόνον όταν υπήρχε πρόβλημα. Ο Hashim στη δική του έρευνα το 2005, βρήκε ότι ο κυριότερος λόγος προσέλευσης των ασθενών (80,0%), ήταν για ανακούφιση από τον πόνο, ενώ το 83% επισκεπτόταν οδοντίατρο μόνο όταν είχε πρόβλημα.

Στην Παγκύπρια Επιδημιολογική Μελέτη Καταγραφής Στοματικής Υγείας 2014, το 20% των ατόμων ηλικίας 65 έως 74 ετών, επισκέφθηκαν οδοντίατρο για την «αντιμετώπιση επείγοντος περιστατικού». Επίσης, από την εν λόγω έρευνα φάνηκε ότι η συχνότητα επίσκεψης για «προληπτικούς λόγους» μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας. Μόνο το 42,2% ηλικίας 35-44 και 20,3% ηλικίας 65-74 προσήλθε στις οδοντιατρικές υπηρεσίες για «προληπτικούς λόγους». Στην παρούσα έρευνα «Ικανοποίηση ασθενών από τις ΔΟΥ της Κύπρου», οι ασθενείς ηλικίας 18-75 που επισκέφθηκαν τις ΔΟΥ για «ανακούφιση από τον πόνο» αποτελούσαν το 36,9%. Διαφαίνεται λοιπόν και πάλι το ιδιαίτερο προφίλ των ασθενών του δημόσιου τομέα, οι οποίοι δεν επισκέπτονται τακτικά και συστηματικά οδοντίατρο για προληπτικούς λόγους, παρά μόνο για έκτακτα περιστατικά και λήψη θεραπείας.

Σύμφωνα με την Χαραλάμπους (2004) δεν πρέπει να μας εκπλήσσει το ότι η πλειονότητα των ασθενών επισκέφθηκε τις ΔΟΥ μόνο γιατί είχε πρόβλημα, νοουμένου ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν άτομα με χαμηλά εισοδήματα, χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, μεσήλικες και γηραιότεροι. Οι Richards and Ameen (2002) υποστηρίζουν ότι τα άτομα με υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό status είναι πιο πιθανό να πραγματοποιούν επισκέψεις για check-up όταν δεν έχουν συμπτώματα σε σύγκριση με ασθενείς με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό status. Κατά τους Brennan et al (2008), τα κοινωνικο-οικονομικά μειονεκτούντα άτομα που λάμβαναν θεραπεία στο δημόσιο έδιναν μεγαλύτερη έμφαση στην επείγουσα θεραπεία παρά στην προληπτική και συντηρητική. Επίσης, κατά τους Pūriene et al (2008), στη Λιθουανία τα

ηλικιωμένα άτομα και οι ασθενείς με χαμηλότερα εισοδήματα ήταν αυτοί που επέλεξαν τα Κρατικά Οδοντιατρικά Ινστιτούτα.

Επίσης, αρνητικές φαίνεται να είναι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, τόσο στο επίπεδο της στοματικής υγείας όσο και στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών από τους πολίτες. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, οι δαπάνες των νοικοκυριών για οδοντιατρική φροντίδα φαίνεται να περιορίζονται, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της στοματικής υγείας. Οι πολίτες αξιολογούν σχετικά χαμηλά τις ανάγκες στοματικής υγείας και αναζητούν καθυστερημένα οδοντιατρικές υπηρεσίες, κυρίως για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Χαραλάμπους και συν., 2015). Κατά την Αντωνοπούλου και συν. (2016), η μείωση και η απώλεια εισοδήματος για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, περιορίζει τη χρήση οδοντιατρικών υπηρεσιών, επιστρέφοντας δεκαετίες πίσω, όταν η επίσκεψη στον οδοντίατρο αφορούσε επείγοντα περιστατικά και η ενδεδειγμένη θεραπεία ήταν το σφράγισμα ή και η εξαγωγή.

Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι το 30,9% επισκέφθηκε τις ΔΟΥ για συνέχιση θεραπείας. Το γεγονός πως μόνο το 17,5% επισκέπτεται οδοντίατρο «για προληπτικούς λόγους» είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό. Τα ποσοστά αυτών που επισκέπτονται τον οδοντίατρο για έλεγχο στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι 70% (Ουλής και συν., 2009). Η μη συνειδητοποίηση της σημασίας της πρόληψης για την διαφύλαξη τόσο της στοματικής όσο και της γενικότερης υγείας και ευεξίας του ατόμου, θα πρέπει να εντατικοποιήσει τις προσπάθειες ενημέρωσης του κοινού από τις αρμόδιες υπηρεσίες. Άλλωστε, «Καλύτερο είναι το προλαβαίνει παρά το θεραπεύει». Ο προσανατολισμός στην πρόληψη των νοσημάτων του στόματος και στην ευαισθητοποίηση των ατόμων στη σημασία της φροντίδας της στοματικής υγείας, αποτελεί επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο της χώρας και είναι βασικό συστατικό για την ανάπτυξη των ανθρώπων (Αντωνοπούλου και συν., 2016). Η πολιτεία και οι φορείς για τη στοματική υγεία, οφείλουν να ενημερώσουν και να πείσουν τον πληθυσμό για τη σπουδαιότητα της στοματικής υγείας και τη σχέση της με την γενική υγεία και την ποιότητα ζωής (Δημητριάδης και συν., 2008). Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως αυτή την οποία διανύουμε, η σωστή ενημέρωση των πολιτών αναφορικά με τη σημασία της πρόληψης των στοματικών παθήσεων αποτελεί ενδεχομένως τον ευκολότερο, αποδοτικότερο και πλέον αποτελεσματικό τρόπο προαγωγής της στοματικής υγείας (Χαραλάμπους και συν., 2015).

Στην ερώτηση **«Είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεστε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες;»** το 19,6% απάντησε καταφατικά, που μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει αυξημένο ποσοστό στροφής δικαιούχων προς τον δημόσιο τομέα λόγω της τρέχουσας οικονομικής

κρίσης και της σημαντικής συρρίκνωσης του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών. Συνεπώς, για μία μερίδα πολιτών χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου το δημόσιο αποτελεί σανίδα σωτηρίας για την κάλυψη των αναγκών οδοντιατρικής φροντίδας. Η οικονομική κρίση οδήγησε εκτός από τις περικοπές δαπανών για την υγεία και σε μείωση των ατομικών δαπανών (out of pocket) για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και σε στροφή της ζήτησης προς το δημόσιο τομέα (Κατσιαλάκη και Δόβρος, 2015). Άρα, λογικό είναι κάποιος να συμπεράνει πως οι ΔΟΥ πρέπει να συνεχίσουν να λειτουργούν προς εξυπηρέτηση και μόνο αυτής της μερίδας πληθυσμού. Οι ευάλωτες ομάδες πληθυσμού επιβάλλεται να τύχουν της κατάλληλης προστασίας από το κράτος.

Στο επόμενο ερώτημα «για ποιο λόγο επιλέξατε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες αντί οδοντίατρο από τον ιδιωτικό τομέα;» η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (76,6%) επικαλέστηκε οικονομικούς λόγους, που αποτελεί μία επιπλέον απόδειξη για το πιο πάνω συμπέρασμα. Αυτό συνάδει και με τα αποτελέσματα της έρευνας που έγινε το 2004 από την Χαραλάμπους, στην οποία οι ασθενείς επέλεξαν τις ΔΟΥ αντί τον ιδιωτικό τομέα γιατί η θεραπεία ήταν δωρεάν. Κατά τους Συγγελάκη & Κωλέτση-Κουνάρη (2014), η οικονομική κρίση ιστορικά συνδέεται τόσο με την επιδείνωση του επιπέδου υγείας όσο και με τη μείωση της πρόσβασης των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας. Η ασκούμενη πολιτική λιτότητας προκάλεσε, αφενός τον δραστικό περιορισμό των δημόσιων δαπανών υγείας και κοινωνικής προστασίας και αφετέρου τη μαζική στροφή των πολιτών προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Όμως, η υποστελέχωση των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών και τα ελλείμματα υποδομών και οργάνωσης δεν επιτρέπουν την αποτελεσματική ανταπόκριση στις αυξημένες ανάγκες των πολιτών.

Η ιεράρχηση της πιο συχνής αιτίας επιλογής του δημόσιου αντί του ιδιωτικού τομέα είναι ενδεικτική του ότι οι ασθενείς δεν θεωρούν ότι, σε σύγκριση με τον ιδιωτικό τομέα, ο δημόσιος προσφέρει ταχύτερη εξυπηρέτηση, καλύτερης ποιότητας οδοντιατρική φροντίδα ή τυγχάνουν καλύτερης συμπεριφοράς και προσέγγισης από το προσωπικό. Αφού, μόνο το 18,0% δήλωσε ότι επέλεξε τις ΔΟΥ γιατί προσφέρεται καλύτερης ποιότητας εργασία (Γράφημα 4). Ομοίως, στην έρευνα της Χαραλάμπους το 2004, μόνο το 20,0% των ασθενών που χρησιμοποίησε τις αστικές και 11,0% τις αγροτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες δήλωσε ότι επέλεξε το δημόσιο γιατί προσέφερε ένα ευρύτερο φάσμα θεραπειών. Οι ΔΟΥ σύμφωνα με την ερευνήτρια, προσέφεραν ένα ολοκληρωμένο φάσμα οδοντιατρικών υπηρεσιών εκτός από ορθοδοντική και ορισμένες προσθετικές εργασίες όπως στεφάνες, γέφυρες και εμφυτεύματα. Στα αγροτικά Κέντρα Υγείας οι προσφερόμενες υπηρεσίες περιορίζονταν στη φροντίδα αποκατάστασης, πρόληψης, περιοδοντολογία και κοινοτική οδοντιατρική. Στη παρούσα

έρευνα, η 3^η πιο συχνή αιτία επιλογής του δημόσιου τομέα, «το υγειονομικό κέντρο ήταν πιο κοντά στο τόπο διαμονής ή εργασίας μου», πολύ πιθανό να αφορά άτομα αγροτικών περιοχών όπου η πρόσβαση στα αστικά κέντρα υγείας είναι πιο δύσκολη και χρονοβόρα με τα υφιστάμενα δημόσια μέσα συγκοινωνίας. Στην έρευνα των Püriene et al (2008), οι ασθενείς προτιμούσαν τον δημόσιο τομέα λόγω της εγγύτητας στην κατοικία τους ή του τόπου γνωριμιών τους.

Στην ερώτηση «**Θα επισκεφτείτε και πάλι τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες;**» το 97% απάντησε «Ναι», που είναι αδιαμφισβήτητα ένα θετικό αποτέλεσμα, που επιβεβαιώνεται και στη συνέχεια, με τα επίσης πολύ υψηλά ποσοστά σε δύο σχετικές ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα στην ερώτηση «**Θα συστήσετε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες σε φίλους σας;**», με 95% ποσοστό θετικών απαντήσεων, και στην ερώτηση «**Εάν είχατε τη δυνατότητα επιλογής θα συνέχιζατε τη θεραπεία σας στις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες ή στον Ιδιωτικό τομέα;**», με ποσοστό 83% που απάντησε ότι θα συνέχιζε στις ΔΟΥ. Άρα, για το 14% που εάν είχε την δυνατότητα επιλογής, θα συνέχιζε τη θεραπεία του στον ιδιωτικό τομέα, ο δημόσιος τομέας είναι μία λύση ανάγκης στους δύσκολους οικονομικά καιρούς που διανύουμε. Ομοίως, στην έρευνα της Χαραλάμπους (2004) η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (98%) τόσο σε αστικές όσο και αγροτικές περιοχές δήλωσε ότι θα επισκεφθεί ξανά τις ΔΟΥ, θα τις συνιστούσε σε φίλους και εάν ήταν οικονομικά σε θέση να επιλέξουν θα προτιμούσαν τις ΔΟΥ παρά Ιδιώτη Οδοντίατρο. Επίσης, λογικά είναι τα ευρήματα ότι υψηλότερα μέσα επίπεδα ικανοποίησης εμφάνισαν οι ασθενείς που εάν είχαν δυνατότητα επιλογής θα συνέχιζαν την θεραπεία τους στο δημόσιο τομέα και όχι στον ιδιωτικό, οι ασθενείς που δήλωσαν ότι θα επισκέπτονταν ξανά τις ΔΟΥ και οι ασθενείς που δήλωσαν ότι θα σύστηναν τις ΔΟΥ σε φίλους τους. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών θα συνιστούσε τον γιατρό του σε άλλους και στη μελέτη των ArRejaie et al που διεξήχθη το 2014.

Όσον αφορά τη συσχέτιση ηλικίας και επιλογής των ΔΟΥ αντί ιδιώτη οδοντίατρο, διαφάνηκε ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες επισκέπτονται τις ΔΟΥ κυρίως για οικονομικούς λόγους, αν και αυτή η σχέση δεν φτάνει στα όρια της στατιστικής σημαντικότητας. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται στο λόγο «Νιώθω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη», με τις ηλικίες 18-44 και ≥ 75 ετών, να εμφανίζουν χαμηλότερη εμπιστοσύνη από ότι οι ηλικίες 45-74 ετών (Πίνακας 19). Οι ηλικίες 18-44 έχουν συνήθως πιο κριτική διάθεση σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικίες ασθενών. Όσον αφορά τις ηλικίες ≥ 75 ετών, ο κυριότερος λόγος που επισκέπτονται τις ΔΟΥ είναι για προσθετική εργασία και το δείγμα της έρευνας ήταν αρκετά μικρό ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Σε συσχετισμό με το επίπεδο εκπαίδευσης, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στην επιλογή των ΔΟΥ για οικονομικούς λόγους ($p=0,04$), αντί οδοντίατρο από τον ιδιωτικό τομέα. Όσο χαμηλότερο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο αυξανόταν το ποσοστό των ασθενών που επέλεξαν τις ΔΟΥ για οικονομικούς λόγους. Γεγονός που ερμηνεύεται από το ότι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται με καλύτερες θέσεις εργασίας και υψηλότερα εισοδήματα. Έρευνα των Quinonez et al (2010) απέδειξε ότι οι Καναδοί με χαμηλά εισοδήματα, έτειναν να αναζητούν οδοντιατρική φροντίδα από τον δημόσιο τομέα. Σύμφωνα με τους Pürriene et al (2008), περισσότεροι συμμετέχοντες με δευτεροβάθμια και χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευση χρησιμοποιούσαν τις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες σε σύγκριση με εκείνους με υψηλότερη εκπαίδευση, όπως και περισσότεροι με χαμηλότερο εισόδημα επισκέπτονταν τις ΔΟΥ σε σχέση με αυτούς με υψηλότερο εισόδημα. Επίσης, οι γηραιότεροι ασθενείς επισκέφθηκαν τα δημόσια οδοντιατρεία περισσότερο συχνά από ότι οι νεότεροι.

Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου με την οποία οι ασθενείς κλήθηκαν να καταγράψουν εισηγήσεις ή σχόλια αναφορικά με τις ΔΟΥ, ανταποκρίθηκαν συνολικά 122. Τα θετικά σχόλια συνοψίζονται σε ευχαριστίες, συγχαρητήρια, εκφράσεις ευγνωμοσύνης και ικανοποίησης από το προσωπικό και τις παρεχόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες, παροτρύνσεις για συνέχιση του άριστου έργου που προσφέρουν, καθώς και εισηγήσεις για επιβράβευση του προσωπικού. Περισσότερες θετικές παρατηρήσεις κατεγράφησαν για τα Οδοντιατρεία Έγκωμης, Λακατάμειας, Τσερίου, ΠΝ Λάρνακας (Πίνακας 23).

Εισηγήσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα έρευνα αποτελεί σημαντική πηγή πληροφοριών για τις ΔΟΥ, με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών. Όμως, η ικανοποίηση των ασθενών από την οδοντιατρική φροντίδα είναι το αποτέλεσμα μιας εξαιρετικά περίπλοκης διαδικασίας και απέχουμε κατά πολύ από την διαλεύκανση των πολλών σημαντικών παραγόντων που οδηγούν στις εκφράσεις ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας (Newsome and Wright, 1999). Σύμφωνα, με τους Balkaran et al (2014), αν η ικανοποίηση είναι εκ φύσεως υποκειμενική, τότε αυτό το ερωτηματολόγιο δεν μπορεί να εκμαιεύσει όλες τις πτυχές της οδοντιατρικής φροντίδας που οι ασθενείς θεωρούν ότι σχετίζονται με την ικανοποίησή τους. Μάλιστα, νοούμενου ότι οι ανάγκες των ασθενών διαφέρουν σχετικές διακυμάνσεις θα παρατηρούνται και στα επίπεδα ικανοποίησής τους.

Κατ' επέκταση, μία ποιοτική μελέτη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξακριβώσει τους συναισθηματικούς, αντιληπτικούς και κοινωνικούς παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών από την οδοντιατρική φροντίδα (Balkaran, 2013; McBean et al, 2014) με την μέθοδο της δομημένης συνεντεύξεως. Η συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο βοηθά στην παροχή περαιτέρω διευκρινίσεων όταν μία ερώτηση δεν γίνεται κατανοητή από τον συμμετέχοντα με απώτερο σκοπό την ελαχιστοποίηση των λαθών και την αποφυγή των μη απαντημένων ερωτήσεων.

Βέβαια, καλό θα ήταν να έχουμε και ένα δείγμα αντιπροσωπευτικό των δικαιούχων / μη χρηστών των ΔΟΥ, για να διερευνήσουμε το γιατί αυτά τα άτομα προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα, ή γιατί δεν επισκέπτονται τις ΔΟΥ παρά το ότι είναι δωρεάν. Σύμφωνα με τους Theodorou et al (2012), το 80% του πληθυσμού είναι δικαιούχοι οδοντιατρικής περίθαλψης που προσφέρεται από το δημόσιο τομέα, εν τούτοις η συντριπτική πλειονότητα επιλέγει τον ιδιωτικό τομέα.

Κεφάλαιο 6

Συμπεράσματα και Εισηγήσεις

6.1 Συμπεράσματα

Καθοριστικά στοιχεία για τον τρόπο με τον οποίο οι ΔΟΥ ανταποκρίνονται στις προκλήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος αποτελούν ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένες, η εγκατεστημένη τεχνολογία, ο βαθμός επάρκειας των χρηματοοικονομικών πόρων, η επάρκεια και η εξειδίκευση του ανθρώπινου δυναμικού της, τα οποία συνθέτουν και το εσωτερικό της περιβάλλον.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η πλειοψηφία των ασθενών-επισκεπτών ήταν ευχαριστημένοι από τις ΔΟΥ Κύπρου, κυρίως από το προσωπικό και έπειτα από την ποιότητα οδοντιατρικής φροντίδας, γεγονός που έρχεται να επιβραβεύσει τις προσπάθειες που καταβάλλονται καθημερινώς για την καλύτερη εξυπηρέτηση του κοινού. Η πρόσβαση και τρόπος οργάνωσης είναι οι δύο διαστάσεις που πιο πολύ υστερούν και πρέπει να τύχουν περαιτέρω βελτίωσης.

Παρά τα βελτιωτικά μέτρα που έχουν ληφθεί τα τελευταία χρόνια από τις ΔΟΥ, όπως ενίσχυση ανθρώπινου δυναμικού, εισαγωγή τελευταίας τεχνολογίας οδοντιατρικού εξοπλισμού, ανακαινίσεις και εκσυγχρονισμός των κτηριακών εγκαταστάσεων σε αστικά και αγροτικά οδοντιατρεία, τα προβλήματα παραμένουν με αρκετά περιθώρια για περαιτέρω βελτίωση. Η άμεση κάλυψη των αναγκών σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό (οδοντιατρικά μηχανήματα, κλίβανος αποστείρωσης, ακτινογραφικά μηχανήματα, χρηστικές συσκευές, οδοντιατρικά εργαλεία και υλικά) θα βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών.

6.2 Προτάσεις και εισηγήσεις

Οι Δημόσιες Οδοντιατρικές Κλινικές λειτουργούν πέντε μέρες την εβδομάδα Δευτέρα με Παρασκευή από τις 7:30 μέχρι τις 15:00. Η επέκταση του ωραρίου λειτουργίας τους θα βοηθήσει στην καλύτερη εξυπηρέτηση του κοινού και στη μείωση των λιστών αναμονής, δημιουργώντας ταυτοχρόνως περιθώρια για διεύρυνση του χρόνου που δαπανάται για εξέταση ανά ασθενή. Επιπροσθέτως, θα προσελκύσει εκείνη τη μερίδα πληθυσμού η οποία λόγω εργασίας είναι αδύνατο να επισκεφθεί οδοντίατρο τις πρωινές ώρες (δημόσιοι υπάλληλοι από τον ευρύτερο δημόσιο τομέα, εκπαιδευτικοί, εργαζόμενοι σε ημικρατικούς οργανισμούς, τραπεζικοί υπάλληλοι κ.ά.), με αποτέλεσμα να εξυπηρετείται τα απογεύματα από ιδιώτες οδοντιάτρους. Οι ΔΟΥ εφεξής θα πρέπει να μπορούν να προσελκύουν ασθενείς από όλο το φάσμα των ηλικιών. Κυρίως, θα πρέπει να είναι σε θέση να προσελκύσουν μικρότερα ηλικιακά άτομα παρέχοντάς τους πρωτίστως ένα ελκυστικό πακέτο διευρυσμένων οδοντιατρικών υπηρεσιών και αναβαθμίζοντας ταυτόχρονα τις υφιστάμενες κτηριακές τους υποδομές και τον υλικοτεχνικό τους εξοπλισμό. Χρειάζεται να ληφθούν μέτρα που να απευθύνονται τόσο στην προσφορά όσο και στη ζήτηση.

Προκειμένου οι ΔΟΥ να συνεχίσουν να παρέχουν υψηλής ποιότητας οδοντιατρική φροντίδα, επιβάλλεται ο περαιτέρω εκσυγχρονισμός, αναδιοργάνωση και αποκέντρωση των υπηρεσιών τους με την ενίσχυση των Κ.Υ. στην περιφέρεια. Αυτό μπορεί να γίνει εφικτό με ορθολογικότερη και αποτελεσματικότερη αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων που διαθέτει ο δημόσιος τομέας της υγείας, καθώς και μέσω ενός καλύτερου προγραμματισμού, οργάνωσης και συντονισμού των δραστηριοτήτων στα αγροτικά Κ.Υ., ώστε να εξασφαλίζεται η απρόσκοπτη λειτουργία τους επί καθημερινής βάσεως. Η ενίσχυση των υφιστάμενων δομών, ιδιαίτερα σε περιοχές όπου οι οδοντιατρικές υπηρεσίες κρίνονται υποβαθμισμένες είναι αναγκαία. Μία εναλλακτική λύση σύμφωνα και με το ΥΥ (2016) θα ήταν η συμπλεγματοποίηση κάποιων ιατρείων και η δημιουργία ενός μεγαλύτερου το οποίο θα λειτουργεί από τις 7:00 το πρωί μέχρι τις 7:00 το απόγευμα. Απαραίτητη είναι και η άμεση αντιμετώπιση της υποστελέχωσης που παρατηρείται σε συγκεκριμένα οδοντιατρεία τόσο σε αστικά όσο και αγροτικά Κ.Υ. με την πρόσληψη επιπλέον οδοντιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ή την εφαρμογή της κινητικότητας του υφιστάμενου.

Συνοπτικά τα βελτιωτικά μέτρα που θα μπορούσαν να ληφθούν είναι τα ακόλουθα:

(1) Μείωση της εργασιακής υπερφόρτωσης των οδοντιάτρων με αύξηση του υφιστάμενου προσωπικού ή των οδοντιατρικών καρεκλών με στόχο πάντοτε την παροχή ποιοτικά υψηλής οδοντιατρικής φροντίδας. (2) Μηχανογραφημένα συστήματα οργάνωσης ραντεβού με στόχο

την αντιμετώπιση του μεγάλου χρόνου αναμονής των ασθενών που αποτελεί παράγοντα δυσαρέσκειας. (3) Εγκατάσταση συσκευής εξασφάλισης αριθμού προτεραιότητας σε όλα τα Νοσοκομεία και Κ.Υ. για καλύτερη ρύθμιση της προσέλευσης και εξέτασης των ασθενών. (4) Αποσυμφόρηση του συνωστισμού που παρατηρείται καθημερινώς με την αυξημένη ροή ασθενών, επεκτείνοντας το ωράριο λειτουργίας των οδοντιατρείων και τις απογευματινές ώρες. (5) Αναβάθμιση των χώρων στάθμευσης και δημιουργία διευκολύνσεων πρόσβασης. (6) Κατάλληλες, σύγχρονες και προσβάσιμες κτηριακές εγκαταστάσεις για άτομα με ειδικές ανάγκες. (7) Συνεχής εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, προς εξασφάλιση ότι τα πρόσωπα που έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους, ενημερώνονται για τις επαγγελματικές εξελίξεις στο βαθμό που απαιτείται, ώστε να εξακολουθούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους κατά τρόπο ασφαλή και αποτελεσματικό. (8) Βέλτιστη χρήση των περιορισμένων υλικών και ανθρώπινων πόρων, και διασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας με τεκμηριωμένες βάση ενδείξεων καλές πρακτικές. (9) Κωδικοποίηση των ιατρικών πράξεων, διαδικασιών και διαγνώσεων/ασθενειών (International Classification of Diseases, ICD-9, ICD-10), αξιολόγηση των διαγνωστικών κατηγοριών (Diagnostic Related Groups, DRG's), εισαγωγή ενός Ολοκληρωμένου Πληροφορικού Συστήματος (ΟΠΣ), εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Υγείας (E-Health), καθώς και του η-Φακέλου ασθενούς. (10) Κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων ως απαραίτητη προϋπόθεση της αυτονομίας, βάση της οποίας θα ετοιμάζεται και ο προϋπολογισμός έκαστου Νοσοκομείου στο οποίο θα υπάγονται και τα Κ.Υ. (11) Εφαρμογή Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. (12) Δημιουργία Περιφερειακών Δικτύων Υγείας (ΠΔΥ) για την ανταλλαγή πληροφοριών σε πραγματικό χρόνο μεταξύ όλων των νοσοκομείων, Κ.Υ., περιφερειακών ιατρείων καθώς και των ιδιωτών γιατρών, η οποία θα δίνει τη δυνατότητα στους παροχείς υγείας να έχουν πρόσβαση στη σωστή πληροφορία, όποια στιγμή θελήσουν για την καλύτερη και ποιοτικότερη παροχή ιατρικής φροντίδας (Υπουργείο Υγείας, 2016).

6.3 Επίλογος

Το φαινόμενο της συρρίκνωσης του κράτους πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια σε αρκετές χώρες της ευρωζώνης αλλά και διεθνώς, οξύνει τις κοινωνικές ανισότητες και κυρίως τις ανισότητες πρόσβασης για λήψη οδοντιατρικής φροντίδας. Σε μία περίοδο οικονομικής ύφεσης και αυξημένων αναγκών για μία μεγάλη μερίδα του κυπριακού πληθυσμού ο ρόλος που έχει να διαδραματίσει το δημόσιο σύστημα στη προστασία και προαγωγή της υγείας των πολιτών είναι αναμφίβολα σημαντικός. Ειδικά, όσον αφορά στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες αντιμετωπίζουν τη φτώχεια και

τον κοινωνικό αποκλεισμό και αδυνατούν να επισκεφθούν ιδιωτικά οδοντιατρεία. Το δημόσιο σύστημα οφείλει να προστατεύει τη στοματική υγεία του πληθυσμού και κυρίως να εξασφαλίζει τη λειτουργία υπηρεσιών σε πεδία αποκλειστικής αρμοδιότητάς του (Αντωνοπούλου και συν., 2016). Η εξυπηρέτηση του καλύτερου συμφέροντος των ασθενών και η προαγωγή της δικαιοσύνης είναι βασικές αρχές που δεν πρέπει να τίθενται σε κίνδυνο από τυχόν δυνάμεις της αγοράς ή κοινωνικές πιέσεις, στοχεύοντας πάντοτε στην ευημερία των ασθενών (Yamalik, 2005).

Προς άμβλυνση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών, οι ΔΟΥ πρέπει να συνεχίσουν να λειτουργούν παρέχοντας υψηλής ποιότητας οδοντιατρική φροντίδα και εξυπηρετώντας κυρίως τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού. Με την επικείμενη εφαρμογή του ΓεΣΥ θα πρέπει να διασφαλιστεί ότι τα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα του πληθυσμού θα εξακολουθήσουν να λαμβάνουν υψηλής ποιότητας οδοντιατρικές υπηρεσίες, ανεξαρτήτως των οποιοδήποτε οικονομικών δυσχερειών που δυνατό να αντιμετωπίζουν, γεγονός που θα αναβαθμίσει ταυτοχρόνως και την ποιότητα ζωής τους. Βέβαια, το ιδανικό θα ήταν η πολιτεία να μεριμνήσει ούτως ώστε να εξασφαλίσει μία ελάχιστη δέσμη υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας (προληπτική και θεραπευτική), για όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες, ως μέρος του πακέτου προσφοράς ενός ολοκληρωμένου Εθνικού Ασφαλιστικού Σχεδίου Υγείας. Πολύ περισσότερο όμως θα πρέπει να φροντίσει για τις οδοντιατρικές ανάγκες των κοινωνικο-οικονομικά ασθενέστερων ομάδων, των ατόμων της τρίτης ηλικίας και των ΑμΕΑ. Η διασφάλιση της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης θα γίνει κατορθωτή με την ενίσχυση των υφιστάμενων ΔΟΥ μέσα στο πλαίσιο του ΓεΣΥ. Τέλος, αυτοί που χαράσσουν πολιτική θα πρέπει να μεριμνήσουν για την προσέλκυση, εκπαίδευση, κατανομή, διατήρηση, παρακίνηση και διαχείριση του προσωπικού.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αντεριώτη, Π., Αντωνίου, Γ. (2014), Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 1, Τεύχος 1, σελ. 62-68.

Αντωνιάδου, Μ. (2015), Συμπληρωμές (Co-payments) στα Δημόσια Συστήματα Υγείας: Η περίπτωση της Κύπρου, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Πολιτικής Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», Λευκωσία, Ιούλιος 2015.

Αντωνοπούλου, Α., Βάλτος, Ι., Δημητριάδης, Δ., Καλύβας, Δ., Κωνσταντινίδης, Ρ., Κοφινά, Ε., Λυγιδάκης, Ν., Πάβη, Ε. (2016), Πρόταση για την αναδιάρθρωση της Δημόσιας Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας.

Αυστραλιανός Καταστατικός Χάρτης Δικαιωμάτων Υγειονομικής Περίθαλψης, Κυβέρνηση της Βικτώρια, Αυστραλία. www.safetyandquality.gov.au.

Βικιπαίδεια Ηλεκτρονική Εγκυκλοπαίδεια (2016). <https://el.wikipedia.org>.

Βιολάρη, Α. (2012), Προσδοκίες και αντιλήψεις πολιτών που ζητούν οδοντιατρική περίθαλψη από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Διοίκηση Υπηρεσιών και Μονάδων Υγείας, Frederick University, Λευκωσία, σελ. 1-90.

Βλασιάδης, Κ., Κουτσαμάνη, Μ. (2012), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε Οδοντιατρικές Μονάδες, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Τεύχος 5, σελ. 55-59.

Bodenheimer, T., Grumbach, K. (2010), Συμπεράσματα: τάσεις & προκλήσεις, στο Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας, Μία Κλινική Προσέγγιση, Κεφ. 18, Σουλιώτης, Κ. (επιμ.), Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε., σελ. 196-198.

Γκιζάνη, Σ. (2011), Παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε άτομα με σωματική ή/και νοητική διαταραχή, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Τεύχος 4, σελ. 65-71.

Δημητριάδης, Δ., Κωνσταντινίδης, Ρ., Σαραφίδου, Γ., Κοντός, Δ., Αγραφιώτης, Δ., Petersen, P.E. (2008), Σχέση Οδοντιάτρου – Ασθενούς, Αντιλήψεις και στάσεις ασθενών ιδιωτικών οδοντιατρείων ενός Δήμου της Αθήνας, Στοματολογία, Τόμος 65, σελ. 46-54. α

Δημητριάδης, Δ., Κωνσταντινίδης, Ρ., Ντόκος, Ε. (2008), Προσεγγίζοντας την Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Τεύχος 1, σελ. 13-18. β

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία 2008-2012, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2008, σελ. 1-68.

Καλογεροπούλου, Μ. (2011), Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών, Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 28 (5), σελ. 667-673.

Κατσαλιάκη, Κ., Δόβρος, Μ., (2015), Οδοντιατρικό Management, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 32 (2), σελ. 236-244.

Κομπόλη-Κοντοβαζαινίτη, Μ., Καρύδης, Α., Χατζηγεωργίου, Δ., Πανής, Β. (2004), Αντιλήψεις και απαιτήσεις νοσοκομειακών γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων του λεκανοπεδίου Αττικής για την ποιότητα παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 21 (5), σελ. 437-444.

Κοτσαγιώργη, Ι., Γκέκα, Κ., (2010), Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9 (4), σελ. 398-408.

Κοτσαγιώργη, Ι., Λυμπέρη, Β. (2011), Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 10 (1), σελ. 1-37.

Κουθούρης, Χ., Εξάρχου, Β. (2015), Αξιολόγηση της Ποιότητας των Υπηρεσιών σε Κέντρα Αποκατάστασης Υγείας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, Ελληνικό Περιοδικό Διοίκησης Αθλητισμού & Αναψυχής, Τόμος 12 (1), Ιούλιος, σελ. 35-50.

Κυπριακός Οργανισμός Τυποποίησης (CYS). <http://www.cys.org.cy>.

Κυριακίδης, Μ. (2013), Εκτίμηση του Οδοντιατρικού άγχους σε δείγμα πληθυσμού της Κύπρου, Διατριβή Επιπέδου Μάστερ, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μάιος 2013.

Κωνσταντίνου, Ε., Μητρόπουλος, Ι. (2012), Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 29 (5), σελ. 614-622.

Κωσταγιόλας, Π., Πλατής, Χ.Γ. (2007), «Μεθοδολογικές Προσεγγίσεις για την Αξιολόγηση στο δημόσιο τομέα της οικονομίας με βάση το τρίπτυχο: Οργάνωση-Πληροφόρηση-Ποιότητα», στον Συλλογικό Επιστημονικό Τόμο: “Διοικητική Θεωρία και Πράξη-Διοίκηση της Κοινωνίας», σελ. 207-240, Εκδ. Σάκκουλα: Αθήνα-Θεσσαλονίκη.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008), Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Λιαρόπουλος, Λ. (επιμ.), Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα, σελ. 1-447.

Μάτσης, Σ., Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Κύπρο και το Γενικό Σχέδιο Υγείας, Λευκωσία, Δεκέμβριος 2008.

Μερκούρης, Α., Παπαθανάσογλου, Ε., Λεμονίδου, Χ. (2003), Αξιολόγηση της ικανοποίησης του ασθενούς από την νοσηλευτική φροντίδα: Ποσοτική ή Ποιοτική προσέγγιση;, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 41 (4), pp. 355-367.

Μερκούρης, Α. (2008), Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, σελ. 1-263.

Μόσιαλος, Η. Θεοδώρου, Μ. (2003), Η χρηματοδότηση των συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη, στο Νιάκας Δ. (επιμ.), Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα, σελ. 25-48.

Μπογοσιάν, Ε. (2011), Βελτιώνοντας την σχέση Οδοντιάτρου-Ασθενή. Με έμφαση τον ειδικό ασθενή, *Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική*, Τεύχος 4, σελ. 29-34.

Οδοντιατρικές Υπηρεσίες Κύπρου (2010), Ικανοποίηση ασθενών από τις Προσθετικές Κλινικές.

Οικονόμου, Χ. (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Ινστιτούτο εργασίας ΙΝΕ, σελ. 1-122.

Ουλής, Κ., Θεοδώρου, Μ., Μαστρογιαννάκης, Τ., Μαμάη-Χωματά, Χ., Πολυχρονοπούλου, Α., Παπαγιαννούλη, Α., Αθανασούλη, Θ., (2009), Η επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Προτάσεις για τη βελτίωσή της, *Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά*, Τεύχος 53, σελ. 97-120.

Ουλής, Κ. (2005), Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού, *Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία*, Αθήνα. <http://www.oral-health.gr>.

- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος, Γ. (2008), Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 25 (1), σελ. 73-82.
- Παπαθεοδώρου, Χ., Μουσιδίου, Α., (2011), Υγειονομική Περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα, Η διανεμητική επίδραση του συστήματος, υγείας, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, σελ. 1-81.
- Παπακωστίδη, Α., Τσουκαλάς, Ν. (2012), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29 (4), σελ. 480-488.
- Παπαλεξανδρή, Ν., Μπουραντάς, Δ. (2003), *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων*, στο Έννοια και Περιεχόμενο της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων, Κεφ. 1, Εκδόσεις Γ. Μπένου, σελ. 16-54.
- Παπανικολάου, Β. (2007), Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 72-90.
- Παπανικολάου, Β., Σιγάλας, Ι. (1994), «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας», Πρακτικά Συνεδρίου: «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας», Θεσσαλονίκη, 1994.
- Πεφάνης, Π. (2004), Συνοπτική Ιστορία της Ιατρικής: ανιχνεύοντας την αβεβαιότητα, Αθήνα: Εξάντας.
- Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Πατέρας, Ι., Βουρλιώτου, Κ., Γιαννουλάτος, Π. (2013), Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 30 (3), σελ. 316-324.
- Ραφτόπουλος, Β.Γ (2009), Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, Λευκωσία, εκπαιδευτικές σημειώσεις.
- Ρήγα, Β., Κοσιώνη, Α., (2011), Η επικοινωνία του οδοντιάτρου με τον ηλικιωμένο ασθενή, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Τεύχος 4, σελ. 23-28.
- Ροδιάς, Χ., Βρυώνη, Ε. (2011), Αξιολόγηση της ποιότητας των Οδοντιατρικών Υπηρεσιών στην Κύπρο (Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας), Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Διοίκηση Υπηρεσιών και Μονάδων Υγείας, Frederick University, Λευκωσία, σελ. 1-104.

Σπηλιωτόπουλος, Α., Ντόκος, Ε. (2013), Οδοντιατρικός φόβος: Ένα πρόβλημα για τον ασθενή και τον οδοντίατρο, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Τεύχος 6, σελ. 11-20.

Συγγελάκης, Α., Κωλέτση-Κουνάρη, Χ., Πολυχρονοπούλου, Α., Παναγιωτάκος, Δ., Λιονής, Χ. (2012), Αποτύπωση και αξιολόγηση της στελέχωσης και οργάνωσης των Οδοντιατρικών Τμημάτων των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ., Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, Τεύχος 5, σελ. 11-20.

Στατιστική Υπηρεσία, Απογραφή πληθυσμού 2011, Τόμος Ι, Κυπριακή Δημοκρατία, Υπουργείο Οικονομικών.

Τούντας, Γ. (2000), Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα, 2000.

Τούντας, Γ. (2008), Υπηρεσίες Υγείας, Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα, 2008, σελ. 1-27.

Σταμαδιάνος, Β., Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (2009), Στοματική υγεία και ποιότητα ζωής των οδοντιατρικών ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Καλύμνου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 26(4), σελ. 503-516.

Στατιστική Υπηρεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας (CYSTAT), Ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf>.

Σταυρόπουλος, Ν. (2009), Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Μελέτη Ικανοποίησης Ασθενών Δημόσιου Νοσοκομείου, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Ευρωπαϊκό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων – Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (MBA – TQM).

Υφαντόπουλος, Ι., Ουλής, Κ. (2011), Πρόγραμμα προαγωγής και καταγραφής της στοματικής υγείας του Ελληνικού πληθυσμού, Ανισότητες και ικανοποίηση από τις Οδοντιατρικές Υπηρεσίες και σχέση της στοματικής υγείας με τη ποιότητα ζωής των Ελλήνων, Αθήνα, Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Ινστιτούτο Πολιτικών Οικονομικών & Κοινωνικών Ερευνών.

Παπανικολάου Β, Σιγάλας Ι. «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας», Πρακτικά Συνεδρίου: «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας. Θεσσαλονίκη, 1994.

Χαραλάμπους, Χ. (2004), Ικανοποίηση ασθενών από τις αστικές και αγροτικές Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες της Κύπρου, Thesis King's College University of London.

Χαραλάμπους, Χ., Θεοδώρου, Μ., Γαλάνης, Π. (2015), Οι επιπτώσεις της κρίσης στην οδοντιατρική φροντίδα στην Κύπρο, Η άποψη των οδοντιάτρων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 32 (2), σελ. 194-201.

Αγγλική

(Κατά αλφαβητική σειρά)

Abbott, L. (1955), Quality and competition, New York: Columbia University Press, Advancing Oral Health.

Alaska Oral Health Plan, (2012). Available at:

<http://dhss.alaska.gov/dph/wcfh/Documents/oralhealth/docs/OralHealthPlan2012.pdf>.

Al-Hussyeen, Al-J.A. (2010), Factors affecting utilization of dental health services and satisfaction among adolescent females in Riyadh City, The Saudi Dental Journal, Vol. 22, pp. 19-25.

American Dental Association (2016). Available at: <http://www.ada.org>.

Andaleeb, S.S., Sidiqqi, N., Khandakar, S. (2007), Patient satisfaction with health services in Bangladesh, Health Policy Plan, Vol. 22 (4), pp. 263-273.

Andersen, R., Newman, J.F. (1973), Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States, Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society, Vol. 51, pp. 195-224.

ArRejaie, A.S., Nawasrah, A.M., Khan, S.Q., Farooqi, F.A., Somali, R., Al-Mudani W.F. (2014), Patients' perception toward various dental treatments provided in the internship program, Saudi Medical Journal, Vol. 35 (12), pp. 1513-1516.

Balkaran, R.L., Osoba, T. Rafeek, R. (2014), A cross-sectional Study of Patients' Satisfaction with Dental Care Facilities: A Survey of Adult Treatment at the University of the West Indies, School of Dentistry, West Indian Medical Journal, Vol. 63 (5), pp. 490-498.

Blankfield, R.P., Goodwin, M., Jaen, C.R., Stange, K.C. (2002), Addressing the unique challenges of inner-city practice: a direct observation study of inner-city, rural and suburban family practices, Journal Urban Health, Vol. 79 (2), pp. 173-185.

- Bloom, D.E., Canning, D., Jamison, D.T. (2004), Health, Wealth and Welfare, Finance & Development, pp. 10-15.
- Bond S., Thomas L.H. (1992), Measuring patients' satisfaction with nursing care, Journal of Advanced Nursing, Vol. 17, pp. 52-56.
- Brennan, D.S., Luzzi, L., Luzzi, L., Roberts-Thomson, K.F. (2008), Dental Service patterns among private and public adult patients in Australia, BMC Health Services Research, Vol. 8 (1), pp. 1-8.
- Camilleri, D., O' Callaghan, M. (1998), "Comparing public and private hospital care service quality", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 11 (4), pp. 127-133.
- Carrasquillo, O., Orav, E.J., Brennan, T.A., Burstin, H.R. (1999), Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department, J Gen Intern Med, Vol. 14, pp. 82-87.
- Chaffin, J.G., Moss, D., Brehm, B. (2006), Patient Satisfaction in US Army Dental Treatment Facilities, Army Medical Department Jan.-Mar., pp. 10-15.
- Chang, W-J., Chang, Y-H, Hsiao, H-C., (2015), Effects of the Hospital Gradation System on Patient Behavior and Satisfaction: An Investigation of Dental Health Care, Iranian Journal of Public Health, Vol. 44 (2), pp. 287-289.
- Charalambous, C. (2004), Patients' satisfaction with urban and rural public dental services in Cyprus, Thesis King's College University of London.
- Cleary, P.D., McNeil, B.J. (1988), Patient satisfaction as an indicator of quality care, Inquiry, Vo. 25 (1), pp. 29-36.
- Corah N.L., O'Shea, R.M., Pace L.F., Syrek, S.K. (1984), Development of a patient measure of satisfaction with the dentist: the Dental Visit Satisfaction Scale, Journal of Behavioral Medicine, Vol. 7, pp. 367-373.
- Cylus, J., Papanicolas, I., Constantinou, E., Theodorou, M. (2013), Moving forward: Lessons for Cyprus as it implements its health insurance scheme, Heath Policy, Vol. 110, pp. 1-5.
- Davies, A.S., Ware Jr., J.E. (1981), Measuring patient satisfaction with Dental Care, Social Science & Medicines, Vol. 15A, pp. 751-760.

Davies, A.R., Ware Jr., J.E. (1982), Development of a Dental Satisfaction Questionnaire for the Health Insurance Experiment, U.S. Department of Health and Human Services, Published by the Rand Corporation, pp. 1-110.

Dental Quality Alliance (2012), Quality Measurement in Dentistry: a Guidebook, American Dental Association, pp.1-26.

Donabedian, A. (1988), The quality of care. How can it be assessed?, Arch Pathol Lab Med 1997, Vol. 121, pp. 1145-1150.

Donabedian, A, The seven pillars of quality, Archives of Pathology and Laboratory Medicine, 1990, 114, pp. 1115-1118.

Ebn Ahmady, A., Pakkhesal, M., Zafarmand, A.H., Lando, H.A. (2014), Patient Satisfaction Surveys in Dental School Clinics: A Review and Comparison, Journal of Dental Education, Vol. 79 (4), pp. 388-393.

Edgington, E., Pimlott, (2000), Public attitudes of independent dental hygiene practice, Journal of Dental Hygiene, Vol. 74, pp. 261-269.

Estabrook, B., Zapka, J., Lubin, H., (1980), Consumer perceptions of dental care in the health services program of an educational institution, The Journal of American Dental Association., Vol. 100 (4), pp. 540-543.

Eurobarometer (2010), Oral Health, Report, Brussels, European Commission (Special Eurobarometer No. 330/Wave 72.3, February 2010).

European Observatory on Health systems and Policies (2014), Economic Crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy, pp. 1-60.

Feigenbaum, A.V. (1951), Quality control; Principles, practice, and administration, New York: McGraw-Hill.

Gopalakrishna, P., Mummalaneni, V. (1993), Influencing satisfaction for dental services, Journal of Health Care Marketing, Vol. 13, pp. 16-22.

Hall J.A., Dorman, M.C. (1990), Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: meta-analysis, Social Science & Medicine, Vol. 30 (7), pp. 811-818.

- Handelman, S.L., Fan-Hsu J., Proskin H.M. (1990), Patient satisfaction in four types of dental practice, *Journal of the American Dental Association*, Vol. 121 (5), pp. 624–30.
- Harutyunyan, T., Demirchyan, A., Thompson, M.E., Petrosyan, V. (2010), Patient satisfaction with primary care in Armenia: good rating of bad services? *Health Services Management Research*, Vol. 23 (1), pp. 12-17.
- Hashim, R. (2005), Patient satisfaction with dental services at Ajman University, United Arab Emirates, *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 11 (5), pp. 913-921.
- Hill, K.B., White, D.A., Morris, A.J., Goodwin, N., Burke, F.J., Hill, K.B. (2003), Verifiable CPD paper: National evaluation of personal dental services: a qualitative investigation into patients' perceptions of dental services, *British Dental Journal*, Vol. 195, pp. 654-656.
- John, J., Yatim, F.M., Mani, S.A. (2011), Measuring Service Quality of Public Dental Health Care Facilities in Kelantan, Malaysia, *Asia Pacific Journal of Public Health*, Vol. 23 (5), pp. 743-753.
- Karydis, A., Komboli-Kondovazeniti, M., Hatzigeorgiou, D. (2001), Expectations and perceptions of Greek patient regarding the quality of dental health care, *International Journal of Quality of Health Care*, Vol. 13 (5), pp. 409-416.
- Kress, G.S., Siversin, J.B. (1985), Internal marketing and quality assurance through patient feedback, *The Journal of the American Dental Association*, Vol. 110 (1), pp. 29-34.
- Lahti, S., Tuutti, H., Hausen, H., Käärläinen, R. (1996), Patients' expectations of an ideal dentist and their views concerning the dentist they visited: Do the views conform to the expectations and what determines how well they conform?, *Community Dental Oral Epidemiology*, Vol. 24, pp. 240-244.
- Mahrous, M.S., Hifnawy, T. (2012), Patient satisfaction from dental services provided by the College of Dentistry, Taibah University, Saudi Arabia, *Journal of Taibah University Medical Sciences*, Vol. 7, Issue 2, pp. 104-109.
- McBean, A., Campell, C., Casella, B, Justus. A., Mills, J. (2014), The Impact of University Dental clinics on Public Health Patients, *e-Journal of Dentistry*, Vol. 4 (1), pp. 524-535.

Merkouris, A., Papathanasoglou, E., Lemonidou, C. (2003), Evaluation of patient satisfaction, with nursing care: Quantitative or Qualitative Approach?, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 41 (4), pp. 355-367.

Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., Giannakos, I., Sissouras, A. (2006). A biobjective model for the locational planning of hospitals and health centers. *Health Care Management Science*, Vol. 9, pp. 171-179.

Murray, B.P., Wiese, H.J. (1975), Satisfaction with care and utilization of dental services at a neighborhood health center, *Journal of Public Health Dentistry.*, Vol. 35 (3), pp. 170-176.

Nagappan, N., John, J. (2014), Patient satisfaction with the dental services offered by a dental Hospital in India, *Journal of Indian association of Public Health Dentistry*, Vol. 12 (4), pp. 297-301.

Newsome, P.R.H., Wright, G.H. (1999), A review of patient satisfaction: 2. Dental Patient satisfaction: an appraisal of recent patient satisfaction, *British Dental Journal*, Vol. 186, No. 4, pp. 166-170.

O' Connor, S.J., Trinh, H.Q., Shewchuck, R.M (2000), Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality, *Health Care Manage Rev.*, Vol. 25 (2), pp. 7-23.

Oliver, R.L., (1981), Measurement and evaluation of the satisfaction process in retail settings, *Journal of Retailing*, Vol. 57 (3), pp. 25-48.

ΟΟΣΑ, 2015. Available at: <http://www.oecd-ilibrary.org>.

Oral Health Atlas, 2015. Available at: <http://www.fdiworldddental.org/resources/oral-health-atlas/oral-health-atlas-2015>.

Orenuga, O.O., Sofola, O.O., Uti, O.O. (2009), Patient satisfaction: a survey of dental outpatients at the Lagos University Teaching Hospital, Nigeria, *Nigerian Quarterly Journal of Hospital Medicine*, Vol. 19 (1), pp. 47-52.

Pascoe, G.C. (1983), Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis, *Evaluation and Program Planning*, Vol. 6 (3-4), pp. 185-210.

Patel, R. (2012), The State of Oral Health in Europe, Better Oral Health in Europe Platform.

Patel, J.Y. (2014), A study on Evaluation of Patient Satisfaction with Dental Health Care Services, International Journal of Scientific and Research Publications, Vol. 4, Issue 8, pp. 1-4.

Platform of Oral Health in Europe. Available at: <http://www.oralhealthplatform.eu/our-work/the-state-of-oral-health-in-europe>.

Penchansky, R., Thomas, J.W. (1981), The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction, Medical Care, Vol. 19 (2), pp. 127-140.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981), The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction, Medical Care, 19 (2), pp. 127-40.

Pollitt, E. (1989), Malnutrition and infection in the Classroom, New York: UNESCO.

Pūriene, A., Petrauskiene, J., Balciūniene, I., Janulite, V., Kutkauskienė, J., Musteikyte, M. (2008), Private or Public dental care? Patients' perception and experience in Lithuania, Medicina (Kaunas), Vol. 44 (10), pp. 805-811.

Quinonez, C. Figueredo, R., Azarpazhooh, A., Locker, D., (2010), Public preferences for seeking publicly financed dental care and professional preferences for structuring it, Community Dentistry and Oral Epidemiology, Vol. 38 (2), pp. 152-158.

Quintana, J., M., González, N., Bilbao, A., et al. (2006), Predictors of patient satisfaction with hospital health care. BioMed Central Health Services Research, Vol. 6, p. 102.

Rahman, H.H., Shahidullah, M., Shahiduzzaman, M., Rashid, H. A. (2002), Quality of health care from patient perspectives, Bangladesh Medical Research Council Bulletin, Vol. 28, pp. 87-96.

Richards, W., Ameen, J. (2002), The impact of attendance patterns on oral health in a general dental practice, British Dental Journal, Vol. 193, pp. 697-702.

Robinson, St. "Measuring service quality: current thinking and future requirements". Marketing Intelligence & Planning 1999, 17 (1), pp. 21-32.

Silveira Pinto, R, Abreu, M.H.N.G., Duarte Vargas, A.M. (2014), Comparing adult users of public and private dental services in the state of Minas Gerais, Brazil, BMC Oral Health.

Sitzia, J., Wood, N. (1998), Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 10 (4), pp. 311-317.

Stege, P.M., Handelman, S.L., Baric, J.M., Espeland, M. (1986), Satisfaction of older patient with dental care, *Gerodontology*, Vol. 2 (5), pp. 171-174.

Steward, J.F., Spencer, A.J. (2005), *Dental Satisfaction Survey 2002*, Australian Institute of Health and Welfare of Canberra, Dental Statistics and Research Unit, The University of Adelaide, pp. 1-124.

Stuthard, M., Hartman, C., Hoogstraten, J. (1992), Development of a Dutch version of the dental visit satisfaction scale, *Community Dental Oral Epidemiology*, Vol. 20, pp. 351-353.

Sur, H., Hayran, O., Yildirim, C., Mumcu, G. (2004), Patient Satisfaction in Dental Outpatient Clinics in Turkey, *Croatian Medical Journal*, vol. 45 (5), pp. 651-654.

Sureshchandar, G.S., Rajendran, Ch., Anantharaman, R.N. (2001), "A holistic model for total quality service", *International Journal of Service Industry Management*, 12(4): pp. 378-412.

The Oral Health Atlas (2015), *The Challenge of Oral Disease, a call for global action*, 2nd Ed., FDI World Dental Federation, pp. 1-120. Available at:

http://www.fdiworldental.org/media/77552/complete_oh_atlas.pdf.

Theodorou, M., Charalambous, C., Petrou, C., Cylus, J. (2012), *Health Systems in Transition, Cyprus Health System Review*, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 14(6), pp. 1-155.

The world Health Report, 2000.

Thompson, B. (2012), *Cost Barriers to Dental Care in Canada*, Master of Science in Dental Public Health, Faculty of Dentistry, University of Toronto.

USA Committee for an Oral Health Initiative, 2011. Available at:

<https://www.hrsa.gov/publichealth/clinical/oralhealth/advancingoralhealth.pdf>.

U.S. Department of Health and Human Services, 2000. Available at: <https://www.hhs.gov/>.

Vaidyanathan, S., Susmitha, T.S., Rajkumar, M., Ganesh, A., Balaji, S.K., Kandaswamy (2015), Patient satisfaction with dental services at a rural health care center: A questionnaire survey, *Journal of International Oral Health* 2015, Vol. 7 (10), pp. 62-64.

WHO, (1946), International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, No. 2, p. 100).

WHO, (2003), The World Oral Health Report 2003, Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme, Geneva, Switzerland.

Williams, B., Healy, D. (1998), The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels, *Social Science of Medicines*, Vol. 47 (9), pp. 1351-1359.

William, S.J., Calnan, M. (1991), Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings, *Social Science of Medicines*, Vol. 33 (6), pp. 707-716.

Yamalik, N. (2005), Dentist-patient relationship and quality care 1. Introduction, *International Dental Journal*, No. 55, Ankara, pp. 110-112. a

Yamalik, N. (2005), Dentist-patient relationship and quality care 2. Trust, *International Dental Journal*, No. 55, Ankara, pp. 168-170. b

Yamalik, N. (2005), Dentist-patient relationship and quality care 3. Communication, *International Dental Journal*, No. 55, Ankara, pp. 254-256. c

Yellen, E., Davis, G.C. (2001), Patient satisfaction in ambulatory surgery, Home study program cover story- statistical data included, *AORN Journal*, pp. 1-15.

Ι. Οδοντιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων και Κ.Υ.

Πίνακας 21. Κέντρα παροχής οδοντιατρικής φροντίδας ανά επαρχία

ΕΠΑΡΧΙΑ				
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	ΛΕΜΕΣΟΣ	ΛΑΡΝΑΚΑ	ΠΑΦΟΣ	ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ
Ε.Ι* ΓΝ Λευκωσίας	Ο.Τ. * ΓΝ Λεμεσού	Ε.Ι. ΠΝ Λάρνακας	Ο.Τ. ΓΝ Πάφου	Ε.Ι. Νοσοκομείου Παραλιμνίου
Ε.Ι. ΠΝ Λευκωσίας	ΓΝ Κυπερούντας		Πόλης Χρυσοχούς	
Αστικά Κέντρα:				
Λευκωσία Αγ. Δομέτιος Καϊμακλί Αγλαντζιά Λατσία Λακατάμεια Στρόβολος Έγκωμη				
Αγροτικά Κέντρα:				
Ευρύχου Κάμπος Ανθούπολη Δάλι Κλήρου Παλαιχώρι Λυθροδόνας Ακάκι Τσέρι Παλιομέτοχο	Λινόπετρα Αγρός Πελέντρι Αυδήμου	Κοφίνου Λεύκαρα Αθένου Κόκκινες Ορμήδεια	Παναγιά Σαλαμιού Πύργος	Αυγόρου Βρυσούλες
Ιδρύματα:				
Κεντρικές Φυλακές Ίδρυμα Χριστού Στέλιου Ιωάννου				

*Ε.Ι.: Εξωτερικά Ιατρεία, *Ο.Τ.: Οδοντιατρικό Τμήμα.

Πηγή: Υπουργείο Υγείας 2016

II. Κέντρα Δειγματοληψίας

Πίνακας 22. Κέντρα Δειγματοληψίας

ΕΠΑΡΧΙΑ	Αστική		Αγροτική	
	Κέντρο	Δείγμα	Κέντρο	Δείγμα
Λευκωσία	Παλαιό Γενικό Νοσοκομείο	30	Ευρύχου/Ακάκι	20
	Νέο Γενικό Νοσοκομείο	30	Κλήρου	20
	Έγκωμη	30	Δάλι/Λυθροδόνας	20
	Καϊμακλί	30	Τσέρι	20
	Λακατάμεια	30	Ανθούπολη/Παλιομέτοχο	20
Λεμεσός	Νέο Νοσοκομείο	40	Λινόπετρα	20
	Παλαιό Νοσοκομείο	10	Κυπερούντα	10
Λάρνακα	Παλαιό Νοσοκομείο	50	Ορμήδεια	20
Πάφος	Νοσοκομείο Πάφου	30	Πόλης Χρυσοχούς	20
Αμμόχωστος	Νοσοκομείο Αμμοχώστου	50		

III. Ενημερωτικό Σημείωμα προς ασθενείς και Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αγαπητοί ασθενείς-επισκέπτες των ΔΟΥ,

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μέρος έρευνας που εκπονείται στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής του προγράμματος Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου (ΑΠΚυ) «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» και έχει ως στόχο να αξιολογήσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες της Κύπρου. Όλες οι σχετικές εγκρίσεις που απαιτούνται για την διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας εξασφαλίστηκαν από: (1) Επιτροπή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, (2) Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και (3) Υπουργείο Υγείας (Επιτροπή προώθησης ερευνών).

Η δική σας συμβολή σε αυτό το εγχείρημα είναι πολύ σημαντική αφού μέσω των απαντήσεών σας θα αποτυπωθεί η ικανοποίησή σας αλλά και η ανάδειξη στοιχείων/παραμέτρων που πιθανό να χρήζουν ανάγκης λήψης διορθωτικών μέτρων με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας.

Πρέπει να γνωρίζετε ότι έχουν ληφθεί όλα τα αναγκαία μέτρα διασφάλισης της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Όλες οι πληροφορίες από τα ερωτηματολόγια θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και στη συνέχεια θα καταστραφούν. Επίσης, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δε διαρκεί περισσότερο από 5 λεπτά. Παρακαλώ όπως τοποθετήσετε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στο συνοδευτικό φάκελο και ακολουθήσετε σε κλειστό κουτί-κάλπη με ένδειξη «ΕΡΕΥΝΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΟΥ».

Σε περίπτωση που χρειαστεί να επικοινωνήσετε με οποιοδήποτε αρμόδιο οδοντιατρικό λειτουργό για τυχόν διευκρινήσεις ή και παράπονα αναφορικά με τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, παρακαλώ όπως αποστείνετε στα κατά τόπους Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας από όπου και εξυπηρετηθήκατε.

Ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας,

Χρύσω Χαραλάμπους (Κινητό Τηλέφωνο:, E-mail:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΜΕΡΟΣ Α: Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

1. Φύλο

Άντρας Γυναίκα

2. Ηλικία (έτη)

18-44 45-64 65-74 ≥ 75

3. Τόπος μόνιμης διαμονής (Περιοχή)

Αστική Αγροτική

4. Εθνικότητα

Κύπριος/ρια

Πολίτης Ε.Ε. πλην χωρών του πρώην ανατολικού μπλοκ π.χ. Βουλγαρίας,
Ρουμανίας κ.ά.

Πολίτης χωρών του πρώην ανατολικού μπλοκ

Πολίτης άλλων χωρών

5. Επάγγελμα

.....

6. *Ποιο είναι το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα από όλες τις πηγές; (μισθοί, συντάξεις, ενοίκια, τόκοι κλπ) €

7. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος/μη Άγαμος/μη Χήρος/ρα Διαζευγμένος/νη
 Άλλο

8.*Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας;

Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό

Απόφοιτος(η) Δημοτικού

Απόφοιτος(η) Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)

Απόφοιτος(η) Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου

Μεταλυκειακή μη Τριτοβάθμια (λιγότερο από 2 χρόνια)

Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)

Μεταπτυχιακές σπουδές (Μάστερ, Διδακτορικό)

Μέρος Β: Αναζήτηση υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας

9. Ποια ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε οδοντίατρο;

-]. Δεν έχω πάει ποτέ μου
-]. Λιγότερο από 6 μήνες
-]. Πριν από 6 μήνες με ένα χρόνο
-]. Περισσότερο από 1 χρόνο αλλά λιγότερο από 2 χρόνια
-]. Περισσότερο από 2 χρόνια

10. Ποιος ήταν ο λόγος που επισκεφτήκατε την τελευταία φορά τον οδοντίατρο;

(δεν απαντούν όσοι στην ερώτηση 9 δήλωσαν ότι «δεν έχω πάει ποτέ μου»).

-]. Για προληπτικούς λόγους(εξέταση)
-]. Για ανακούφιση από τον πόνο
-]. Για συνέχιση θεραπείας
-]. Άλλο

11. Είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεστε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες;

-]. Ναι
-]. Όχι

12. Για ποιο λόγο επιλέξατε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες αντί οδοντίατρο από τον ιδιωτικό τομέα; (μπορείτε να βάλετε X σε περισσότερο από ένα τετραγωνάκια)

-]. Για οικονομικούς λόγους
-]. Είναι πιο κοντά στο σπίτι/την εργασία μου
-]. Προσφέρεται καλύτερη ποιότητα εργασίας
-]. Η εξυπηρέτηση είναι ταχύτερη
-]. Η συμπεριφορά και η προσέγγιση του προσωπικού είναι καλύτερη
-]. Νιώθω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη

13. Ιεραρχείστε από το 1 έως το 8 τι είναι πιο σημαντικό για την ικανοποίησή σας, καθορίζοντας τη σειρά προτεραιότητας και ξεκινώντας με 1 από εκείνο που εσείς θεωρείτε πιο σημαντικό για την ικανοποίησή σας και καταλήγοντας με 8 στο λιγότερο σημαντικό για την ικανοποίησή σας.

-]. Συμπεριφορά προσωπικού
-]. Ενημέρωση του προσωπικού για τη στοματική σας υγεία
-]. Χρόνος αναμονής για εξέταση
-]. Άνεση και καθαριότητα του χώρου αναμονής
-]. Καθαριότητα ιατρείων
-]. Ωράριο λειτουργίας των δημόσιων οδοντιατρικών κλινικών
-]. Ποιότητα εργασίας
-]. Χρόνος ολοκλήρωσης της θεραπείας

**Μέρος Γ: Ικανοποίηση από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες
(προσβασιμότητα και τρόπος οργάνωσης)**

Παρακαλώ σημειώστε με V πόσο ικανοποιημένοι είστε από τα ακόλουθα:

	Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ Δυσανεστημένος/η
Επαρκής χώρος στάθμευσης					
Εργάσιμες ώρες οδοντιατρείου					
Χρόνος αναμονής για εγγραφή					
Χρόνος αναμονής για εξέταση από οδοντίατρο					
Καθαριότητα χώρου αναμονής					
Ύπαρξη αρκετών και άνετων καθισμάτων στο χώρο αναμονής					
Το Κέντρο Υγείας είναι κοντά στο σπίτι μου ή την εργασία ή σε δημόσιες συγκοινωνίες					
Καθαριότητα ιατρείων					
Μέτρα αποστείρωσης και απολύμανσης που λαμβάνονται					
Υλικά και εξοπλισμός					

Μέρος Δ: Ικανοποίηση από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες (προσωπικό)

Παρακαλώ σημειώστε με V πόσο ικανοποιημένοι είστε από τα ακόλουθα:

	Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ Δυσανεστημένος/η
Συμπεριφορά του προσωπικού των εγγραφών					
Ενδιαφέρον του οδοντιάτρου προς εσάς					
Χρόνος που αφιερώνει ο οδοντίατρος σε σας					
Πληροφόρηση που σας δίνει ο οδοντίατρος αναφορικά με τη στοματική σας υγεία					
Ευγένεια των βοηθών οδοντιατρείου					
Προστασία των προσωπικών σας δεδομένων					
Επάρκεια εξηγήσεων-οδηγιών του οδοντιάτρου αναφορικά με τη θεραπεία					
Προστατευτικά μέτρα που λαμβάνει το προσωπικό (γάντια, μάσκα κ.ά.)					

**Μέρος Ε: Ικανοποίηση από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες
(Ποιότητα εργασίας)**

	Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ούτε ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ Δυσανεστημένος/η
Έλεγχο του πόνου κατά τη διάρκεια της παροχής οδοντιατρικής φροντίδας					
Αριθμός επισκέψεων που χρειάστηκαν για να ολοκληρωθεί η θεραπεία					
Από το αποτέλεσμα της θεραπείας					
Συνολική ικανοποίηση από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες					

14. Θα επισκεφτείτε και πάλι τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες;

. Ναι

. Όχι

15. Θα συστήσετε τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες σε φίλους σας;

. Ναι

. Όχι

16. Εάν είχατε τη δυνατότητα επιλογής θα συνεχίζατε τη θεραπεία σας στις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες ή στον ιδιωτικό τομέα;

. Στο δημόσιο τομέα

. Στον ιδιωτικό τομέα

Αν όχι παρακαλώ διευκρινίστε τους λόγους

.....

Παρακαλώ γράψετε οποιεσδήποτε άλλες εισηγήσεις ή σχόλια έχετε αναφορικά με τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες.

.....

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας και τη συμμετοχή σας

Ι. Αντίγραφο παραχώρησης άδειας από Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.407
Αρ. Τηλ.: 22818303

11 Μαρτίου 2016

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας που υποβλήθηκε από την κα Χρύσω Χαραλάμπους, νοσηλευτικό λειτουργό και μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου για τη διεξαγωγή έρευνας με θέμα: «Ικανοποίηση ασθενών από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες της Κύπρου», με εθελοντική συμμετοχή ασθενών με απαντήσεις σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο

Αναφέρομαι στο πιο πάνω έντυπο Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας με ημερομηνία 8.3.2016 που ελήφθη στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα στις 9.3.2016, καθώς και στη συνημμένη σε αυτό επιστολή του Δρ. Χριστάκη Τσέλεπου, Αν Διευθυντή Οδοντιατρικών Υπηρεσιών με Αρ. Φακ.: Ο.Υ. 21.08.003 και ημερομηνία 4.3.2016 από την οποία φαίνεται ότι τα ευρήματα της έρευνας θα αξιοποιηθούν για τη λήψη διορθωτικών μέτρων για την καλύτερη οργάνωση του Τμήματος Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, και (α) εφόσον οι ασθενείς θα ενημερώνονται και θα απαντούν εθελοντικά ανώνυμο ερωτηματολόγιο (όπως δηλώνετε στο σημείο «Δ» της Γνωστοποίησης) και (β) θα λαμβάνετε τα μέτρα που αναφέρετε στο σημείο «Θ» της Γνωστοποίησης, (γ) υπό τον όρο/προϋπόθεση ότι στο ερωτηματολόγιο η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο θα λαμβάνονται με κάποιο εύρος (π.χ. η ηλικία ανά δεκαετία, από 18 έως 25, από 25 έως 35, από 35 έως 45...., το επίπεδο μόρφωσης Δημοτικό/Γυμνάσιο, Λύκειο, Κολλέγιο/ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο, Μεταπτυχιακό), (δ) υπό τον όρο ότι δεν θα κοινοποιηθούν ατομικά /προσωπικά δεδομένα σε αυτούς που αναφέρονται στο σημείο «Η. Αποδέκτες» αλλά θα τους ανακοινωθούν μόνο στατιστικά συγκεντρωτικά αποτελέσματα/πορίσματα, και (ε) ότι η συλλογή των απαντημένων ερωτηματολογίων θα γίνεται σε κλειστούς φακέλους που θα ρίχνονται σε κουτί, έχω οδηγίες να σας πληροφορήσω ότι η εν λόγω Γνωστοποίηση φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις του άρθρου 7(1)(2) των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού

Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(Ι)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(Ι)/2003 και Ν. 105(Ι)/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), 23(1)(ιγ) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.



(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠαπ

II. Αντίγραφο παραχώρησης άδειας από Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2016.01.53
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

31 Μαρτίου 2016

Θέμα: «Ικανοποίηση ασθενών από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες της Κύπρου»

Αναφέρομαι στην επιστολή σας ημερομηνίας 29 Μαρτίου 2016 για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω τα ακόλουθα.

2. Μέσα από τη μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (πρωτόκολλο, ερωτηματολόγιο, επιστολή Επιτρόπου Δεδομένων και βιογραφικό σημείωμα), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας **δεν εμπίπτει** στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση. Παρακαλούμε σημειώστε ότι το έντυπο αίτησης (ΕΕΒΚ02) που καταθέσατε δεν λήφθηκε υπόψη, καθότι η αίτηση σας είναι για γνωμοδότηση και όχι για πλήρη βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ενημερώνουμε ότι για σκοπούς καλύτερου συντονισμού και αποφυγής επανάληψης ερευνών με το ίδιο θέμα ή/και υπό εξέταση πληθυσμό μέσα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η ΕΕΒΚ δημοσιεύει στην ιστοσελίδα της το θέμα της έρευνας, τον φορέα και τον υπό εξέταση πληθυσμό.

4. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνάς σας.

Με εκτίμηση,

Δρ. Κωνσταντίνος Ν. Φελλάς
Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

III. Αντίγραφο παραχώρησης άδειας από το Υπουργείο Υγείας Κύπρου



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6^Ε

Αρ. τηλ: 22605738

Αρ. φαξ: 2260529

Email: igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου: 0369/2016

19 Μαΐου 2016

**Θέμα: Αίτημα για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας με τίτλο :
«Ικανοποίηση Ασθενών από δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες στην Κύπρο»**

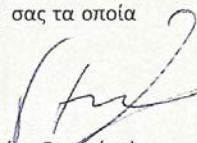
Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας σχετικά με το πιο πάνω θέμα που υποβλήθηκε στην Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας, με ημερομηνία 22/04/2016 και να σας ενημερώσω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί.

Σημειώνεται ότι το Υπουργείο Υγείας δεν φέρει οποιαδήποτε ευθύνη για την έκβαση των αποτελεσμάτων σας.

Νοείται ότι θα πρέπει να προβείτε 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.

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

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- Γραπτή συγκατάθεσή 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 Γενική Διευθύντρια
Υπουργείου Υγείας

Κοιν: ΠΛΥ
Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ
Διευθυντή ΝΥ



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605300, Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>

I. Εισηγήσεις και Σχόλια ασθενών για τις ΔΟΥ

Πίνακας 23. Εισηγήσεις και Σχόλια ασθενών

Εισηγήσεις και Σχόλια

Αν μελλοντικά να κάνετε και εμφυτεύματα. Ευχαριστώ.

Θα ήταν καλύτερα να υπάρχει άσπρο χρώμα για σφράγισμα. Να μπούνε τηλεοράσεις για τα μωρά και να δείχνουν cartoon. Ξένα δόντια για βοήθεια και λεπτομέρειες στα δόντια.

Με τις λίγες επισκέψεις που είχα είμαι πολύ ικανοποιημένος.

Περισσότερο χρόνο για την εξέταση.

Καλύτερη ποιότητα στα υλικά και εξοπλισμό.

Ειδικά για πανοραμικές.

Δεν κάνουν πολύ καλή δουλειά λόγω έλλειψης εργαλείων. Ποτέ δεν κάνουν καλή δουλειά.

Έρχομαι μόνο για καθαρισμό ποτέ ξανά για ότι άλλο.

Θα εισηγούμωνα πιο πολλές επισκέψεις οδοντιάτρων σε αγροτικά κέντρα.

Έχω να πω τα πιο καλά λόγια.

Να μπορούν και οι Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες να βάλουν φυτευτά δόντια έτσι ώστε να μην χρειάζεται να μεταβαίνουμε στον ιδιωτικό τομέα.

Πολλής χρόνος στα ραντεβού.

Να παραμείνουν ως έχουν προς βοήθεια του κόσμου.

Να συζητούν περισσότερο με τους ασθενείς τους για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν και να τους συμβουλεύουν για τον τρόπο θεραπείας του προβλήματός τους.

Να έχουμε περισσότερα ωφελήματα.

Να υπάρχει πάντα αντικαταστάτης.

Περιμένουμε κάποτε πολλές ώρες και οι βοηθοί στα ιατρεία είναι λίγοι.

Είναι ικανοποιητικά. Το μόνο νομίζω ότι πρέπει να προμηθευτούν με πιο σύγχρονα μηχανήματα. Οι ιατροί είναι πολύ καλοί και τα χρειάζονται.

Είναι όλα άψογα. Αισθάνομαι ευγνωμοσύνη για τους λειτουργούς και άλλο προσωπικό και ειδικότερα για τη λειτουργό που με περιθάλπει συνήθως.

Δεν έχει αρκετό χώρο στάθμευσης και δεν έχει αρκετό προσωπικό με αποτέλεσμα να καθυστερούμε πολύ. Παρακαλώ να το διευθετήσετε άμεσα.

Περιμένουμε πολλή ώρα.

Δεν υπάρχουν χώροι στάθμευσης.

Ευχαριστούμε.

Πολύ καλός ο υπεύθυνος και η βοηθός του.

Αρκετά ικανοποιημένος από το καθετί των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, παρόλο που τις έχω επισκεφθεί μέχρι τώρα 1-2 φορές, πράγμα που στο μέλλον θα πράττω συχνότερα.

Σήμερα εμείς ασθενείς, αύριο εσείς υποψήφιοι ασθενείς.

Ραντεβού με καθορισμένη ώρα.

Δεν υπάρχουν βοηθοί και είναι πιο δύσκολο για μας και για τους γιατρούς.

Αρκετά καλή δουλειά.

Το συγκεκριμένο Τμήμα Οδοντιατρικής Υπηρεσίας ξεχωρίζει για την τάξη, συνέπεια, καθαριότητα και επιστημονική ικανότητα.

Συγχαρητήρια.

Να παρέχεται οδοντιατρική θεραπεία όπως στον Ιδιωτικό Τομέα και ο ασθενής να πληρώνει μικρό μέρος του όλου κόστους για:

- 1) Σφραγίσματα
- 2) Εξαγωγές
- 3) Θεραπεία
- 4) Καπάκια από πορσελάνες
- 5) Γέφυρες από πορσελάνες
- 6) Σιαγόνες (αυτό γίνεται).

Στο οδοντιατρείο Έγκωμης υπάρχει πολύ καλή και ποιοτική εξυπηρέτηση από τον ιατρό.

Είμαι πολύ ευχαριστημένος και συγχαίρω τον γιατρό και βοηθό.

Πολλές ευχαριστίες.

Ικανοποιημένος από την εξυπηρέτηση.

Να μας παρέχονται γέφυρες.

Όλα αυτά που απάντησα κρίνονται από το Κέντρο Υγείας που επισκέπτομαι. Δεν γνωρίζω τι συμβαίνει στα άλλα ιατρικά κέντρα.

Είμαι πολύ ικανοποιημένος αλλά κατά την άποψή μου χρειάζεται τουλάχιστον ακόμα ένας οδοντίατρος.

Όσον αφορά στην πληροφόρηση που δίνει ο οδοντίατρος για τη στοματική υγεία: "Νομίζω ότι δεν υπάρχει χρόνος πρέπει να "δει" άλλους ασθενείς".

Προστασία προσωπικών δεδομένων: "Δεν γνωρίζω".

Προστατευτικά μέτρα που λαμβάνει το προσωπικό: "Δεν μπορώ να γνωρίζω ενδελεχώς, ο χρόνος είναι λίγος αλλά όταν μπαίνω είναι αρκετά καθαρά !!!".

Από το αποτέλεσμα της θεραπείας: "Ακόμη να ολοκληρωθεί".

Χρειάζονται περισσότεροι οδοντίατροι που να ενδιαφέρονται !!! Στην Ευρύχου, Ακάκι και Έγκωμη που δοκίμασα η αντιμετώπιση από τους οδοντίατρους ήταν χλιαρή και αδιάφορη!

Μπορούσατε να μας προσφέρετε δόντια και όχι σιαγόνες.

Σας παρακαλώ να βάλλουν δόντια φυτευτά γιατί εγώ δεν έχω λεφτά για να πάω στον Ιδιωτικό Τομέα.

Η Οδοντίατρος στη Λακατάμεια είναι εξαιρετική κυρία το ίδιο και η βοηθός της είναι πολύ εξυπηρετική.

Οι ιατροί είναι πολύ καλοί και το προσωπικό επίσης και θα τους άξιζε μια προαγωγή.

Ο θεσμός των ραντεβού στις επισκέψεις είναι πολύ καλός και βοηθητικός για τους εργαζόμενους.

Είναι ιδιαίτερα εξυπηρετικές και με τα παιδιά μας, όχι μόνο με μας τους μεγάλους.

Τα αντιμετωπίζουν με πολλή υπομονή και κατανόηση, γι' αυτό και τα παιδιά μου έπαψαν να φοβούνται τον οδοντίατρο!

Τους ευχαριστώ πολύ.

Πιστεύω ότι πρέπει να υπάρχει οδοντίατρος καθημερινά.

Χρειάζεται πιο σύγχρονος εξοπλισμός, κατάλληλοι οδοντίατροι, πιο ευρύχωρος χώρος.

Ευχαριστημένη με το Δημόσιο.

Εάν βελτιωθεί η προσφορά όλων των απαραίτητων υπηρεσιών (π.χ. γέφυρες) θα ήταν εξαιρετική η εργασία των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών.

Να εργάζονται και το απόγευμα.

Να γίνονται γέφυρες.

Περισσότερους οδοντίατρους.

Να γίνεται καλύτερη, πιο αποτελεσματική κατανομή των ασθενών στους οδοντίατρους.

Να λειτουργούν και απογεύματα για καλύτερη εξυπηρέτηση του κοινού.

Να υπάρχουν περισσότεροι γιατροί και προσωπικό.

Το Κέντρο Υγείας που είναι κοντά στο σπίτι μου δεν μπορεί να μας εξυπηρετήσει.

Να υπάρχουν πιο πολλές Οδοντιατρικές Υπηρεσίες στη Λακατάμεια γιατί υποχρεωνόμαστε να ερχόμαστε στο Παλαιό Νοσοκομείο και ταλαιπωρούμαστε πάρα πολύ.

Ο χρόνος αναμονής για εξέταση είναι πολύ μεγάλος.

Πρόβλημα εγγραφής όσο αφορά τα νούμερα.

Καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση των γιατρών λόγω πολλών ατόμων και λίγων γιατρών.

Περισσότερο προσωπικό ή λιγότερους ασθενείς.

Αναδιοργάνωση γραφειακού προσωπικού.

Τήρηση ραντεβού + - 10 λεπτά όχι 1-2-3 ώρες.

Ενημέρωση όσον αφορά την Κινητή Μονάδα Οδοντιατρικής Περίθαλψης. Ποιές περιοχές καλύπτει. Πολύ σημαντικό.

Να έχει το απόγευμα.

Για να τελειώνω γρήγορα και να πάω στην ώρα μου δουλειά έρχομαι από η ώρα 5:30 το πρωί.

Για να γίνει μία ακτινογραφία δοντιού πρέπει να πάμε στο Νοσοκομείο Λευκωσίας γιατί δεν υπάρχει μηχανήμα και αυτό είναι μεγάλη ταλαιπωρία.

Να συνεχίσουν με μεγαλύτερο ζήλο για το έργο που διεξάγουν και τις άοκνες προσπάθειες για την εξυπηρέτηση του κοινού / των ασθενών που καταβάλλουν.

Το έργο που διεξάγουν είναι άριστο, σύμφωνα με τα μέσα που τους παρέχει η υπηρεσία.

Να υπάρχει σωστή, γρήγορη εξυπηρέτηση.

Σε όλους.

Με την ανάλογη σημασία.

Να προσληφθούν περισσότεροι οδοντίατροι για να εξυπηρετείται ταχύτερα ο πολίτης που δεν μπορεί να επισκεφθεί τον Ιδιωτικό τομέα.

(1) Η εγγραφή να γίνεται γρήγορα.

(2) Η καθαριότητα να είναι σημαντική για τους πελάτες.

Συγχαρητήρια.

Χρειάζονται και άλλοι ιατροί διότι έχει πολύ κόσμο (πολλοί οι ασθενείς).

Δεν γνωρίζω τα μέτρα αποστείρωσης και απολύμανσης που λαμβάνονται.

Αύξηση οδοντιάτρων.

Είμαι πολύ ικανοποιημένη.

Δεν έχετε υπόθεση με τα ραντεβού. Δεν γίνεται ο ασθενής να περιμένει 6-7 ώρες. Τα ραντεβού είναι για μέρα και ώρα. Όταν δεν είσαι στην ώρα σου σε 5 λεπτά χάνεις το ραντεβού σου. Έτσι γίνεται στην Ευρώπη. Εδώ και 40 χρόνια πριν.

Στο Κέντρο Υγείας Κοφίνου συνιστώ ο/η οδοντίατρος να εργάζεται 2 φορές την βδομάδα για καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και να εξετάζουν όχι μόνο 8 αλλά περισσότερους. Είναι πολύ καλή η εξυπηρέτησή τους και σου λένε ακριβώς τι θα κάνεις.

Να δίνουν περισσότερη προσοχή και χρόνο.

Κανένα.

Θα ήταν καλύτερα αν υπήρχε χαρτί για σκούπισμα του στόματος κατά τη διάρκεια της εργασίας του/της ιατρού.

Χρειάζεται ακόμη ένας οδοντίατρος για το Καϊμακλί.

Ειδική πάστα και ειδικό βουρτσάκι για πιο καλό καθάρισμα στις λεπτομέρειες και γυάλισμα.

Πολύ καλές.

Και άλλες υπηρεσίες όπως λεύκανση, σιδεράκια, παιδοδοντίατρος.

Να ενισχυθούν οι υπηρεσίες.

Πολύ καλά. Να συνεχίσουν έτσι.

Πολύ καλή συμπεριφορά, καλή ενημέρωση για στοματική υγεία και άνετο περιβάλλον.

Να παραμένει οδοντίατρος στο Κ.Υ. Ανθούπολης ακόμη μία ημέρα της εβδομάδας.

Αρκετά υψηλό επίπεδο.

Όσον αφορά στην ερώτηση τι είναι πιο σημαντικό για την ικανοποίησή σας, όλα είναι σημαντικά.

Τα όσα ανέφερα σχετίζονται σε κάποιες περιπτώσεις. Δηλαδή υπάρχουν γιατροί άψογοι και γιατροί που δεν ενδιαφέρονται και τόσο.

Θέλουμε να έχουμε περισσότερο χρόνο στο οδοντιατρείο για καλύτερη εξυπηρέτηση.

Αποστειρωμένα εργαλεία, καθαριότητα!

Πολύ καλά.

Στο Δημόσιο Τομέα διότι υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό.

Ο γιατρός να είναι πιο πολλές φορές την εβδομάδα για εξέταση.

Χρειάζεται περισσότερες μέρες οδοντίατρο.

Θετικά.

Είναι πολύ καλοί, καθαροί, εξυπηρετικοί.

Πολύ ευχαριστημένος με τέλεια αποτελέσματα.

Να πληρώνουμε κάτι παραπάνω και να προσφέρουν ότι και οι ιδιώτες.

Να υπάρχει συχνότερα οδοντίατρος.

Περισσότερη σημασία στους ασθενείς όταν εισέρχονται στο ιατρικό κέντρο.

Αριθμοί έξω για την καλύτερη λειτουργία του κέντρου.

Για την εγγραφή αν υπήρχε το ηλεκτρονικό σύστημα.

Το κυριότερο όμως πρέπει να υπάρχει περισσότερες ημέρες οδοντίατρος. Όχι μία φορά την εβδομάδα.

Να γίνεται 2 φορές την εβδομάδα η περιοδεία Ακακίου.

Όχι μια φορά την εβδομάδα πιο πολλές.

Να υπάρχουν αριθμοί για να θυμόμαστε την σειρά εγγραφής μας (έξω από την πόρτα).

Θα ήθελα πολύ όπως οι υπηρεσίες αναλαμβάνουν την τοποθέτηση καπακίων αντί να πηγαίνουμε σε ιδιώτες και να πληρώνουμε ένα λογικό ποσό.