

# Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

*Διοίκηση Μονάδων Υγείας*

## Μεταπτυχιακή Διατριβή



**Η Ικανοποίηση και η Προσβασιμότητα των Ασθενών με  
Σακχαρώδη Διαβήτη στη Οφθαλμολογική Κλινική ενός  
Δημόσιου Νοσοκομείου**

**Γεωργία Κυπριανού**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Δάφνη Καϊτελίδου**

**Μάιος, 2019**

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκηση Μονάδων**

**Υγείας**

## **Μεταπτυχιακή Διατριβή**

**Η Ικανοποίηση και η Προσβασιμότητα των Ασθενών με  
Σακχαρώδη Διαβήτη στη Οφθαλμολογική Κλινική ενός  
Δημόσιου Νοσοκομείου**

**Γεωργία Κυπριανού**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Δάφνη Καϊτελίδου**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Λευκωσία από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

**Μάιος, 2019**



## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η αξιολόγηση της ικανοποίησης και των εμπειριών των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας καθώς και η πρόσβαση τους σε αυτές έχουν ιδιαίτερα μεγάλη σημασία για την αξιολόγηση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

**Σκοπός:** Η μελέτη αυτή επικεντρώνεται στην αξιολόγηση της ικανοποίησης και των εμπειριών των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη στην Οφθαλμολογική Κλινική δύο δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου και την προσβασιμότητα τους στην κλινική.

**Μεθοδολογία:** Χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο 47 ερωτήσεων το οποίο συμπληρώθηκε από τους ασθενείς. Το δείγμα αποτέλεσαν 400 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη οι οποίοι επισκέφθηκαν την Οφθαλμολογική Κλινική των νοσοκομείων από τον Φεβρουάριο μέχρι και τον Απρίλιο του 2018. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS.

**Αποτελέσματα:** Στην πλειονότητα τους, οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι με τον οφθαλμίατρο τους και από το νοσηλευτικό προσωπικό. Με την παρούσα μελέτη το 100% των ασθενών δήλωσε ότι ο οφθαλμίατρος του ήταν ευγενικός και τον άκουγε με προσοχή κατά την διάρκεια της εξέτασης του. Σε ότι αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, το 96.5% των ασθενών δήλωσε ότι τον άκουγε προσεκτικά και το 97.5% ότι ήταν ευγενικός/ή μαζί του. Στην ερώτηση κατά πόσο θα σύστηναν οι ασθενείς τον οφθαλμίατρο τους σε άλλους διαβητικούς ασθενείς, οι 397 από τους 400 ασθενείς της μελέτης βαθμολόγησαν με 10 (τον μέγιστο βαθμό) στην κλίμακα Likert.

Θετικά είναι επίσης τα αποτελέσματα που αφορούν την προσβασιμότητα των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Το 47.3% των ασθενών δήλωσαν ότι είναι μέτρια ευχαριστημένοι στο εάν θα μπορούσαν να εξεταστούν χωρίς προγραμματισμένο ραντεβού. Το 40.3% των ασθενών δήλωσε ότι θα τους βόλευε πολύ εάν λειτουργούσαν τα εξωτερικά ιατρεία τις απογευματινές ώρες. Το 64.8% των ασθενών δήλωσε ότι έχει πρόσβαση σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα.

Λιγότερο θετικά είναι τα αποτελέσματα στην ερώτηση που αφορούσε τον καιρό αναμονής για το ραντεβού όπου το 71.8% των ασθενών δήλωσε ότι η αναμονή ήταν περισσότερη από 12 μήνες.

**Συμπεράσματα:** Η συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών της Οφθαλμολογικής Κλινικής ήταν σε αρκετά ψηλά επίπεδα. Διαφάνηκαν ορισμένες δυσκολίες, όπως για παράδειγμα ο μεγάλος χρόνος αναμονής για το προγραμματισμένο ραντεβού, οι οποίες όμως με σωστό προγραμματισμό μπορούν να επιλυθούν έτσι ώστε οι ασθενείς να μπορέσουν να απολαύσουν ιατρικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.

**Λέξεις ευρητηρίου:** ικανοποίηση, προσβασιμότητα, υπηρεσίες υγείας, σακχαρώδης διαβήτης

## Summary

**Background:** The evaluation of patients' satisfaction and experience of health services as well as their accessibility to them has become an inseparable aspect of the health care system.

**Aim:** The current study concentrates on the evaluation of satisfaction of patients with diabetes mellitus that were examined at the Ophthalmology Departments of the two public hospitals in Cyprus as well as their accessibility to them.

**Methods:** The tool used was a structured questionnaire that consisted of 47 questions that was completed by the patients. The sample population consisted of 400 patients with diabetes mellitus that were examined at the Ophthalmology Departments of two public hospitals during the period between February and April 2018. The statistical analysis was performed using the SPSS program.

**Results:** The majority of the patients were satisfied with their ophthalmologist and with the nursing staff. In the current study, 100% of the patients stated that their ophthalmologist was polite and listened to them closely during their examination. Concerning the nursing staff, 96.5% of the patients stated that the nurses listened closely to them and 97.5% stated that the nursing staff was polite to them. Answering the question concerning if they would recommend their ophthalmologist to other diabetic patients, 397 of the 400 patients answered 10 (the maximum points) on the Likert scale.

The results concerning accessibility to health care services were also very positive. Answering the question concerning the ability to be examined without a scheduled appointment, 47.3% of the patients stated moderately satisfied. Answering the question concerning the helpfulness of afternoon appointments, 40.3% of patients stated that it would be helpful. As far as the patients' evaluation to whether they have accessibility to new/effective medications, 64.8% of patients stated that they do have accessibility.

Results concerning the waiting time necessary for their appointment were less encouraging. Here 71.8% of patients stated a waiting time of more than 12 months.

**Conclusions:** The overall evaluation of health care services of the Ophthalmology Departments was at high levels. Some difficulties were noted, for example the long waiting period for the appointment, but with proper management they can be solved so that the patients can enjoy high quality health care services.

**Keywords:** satisfaction, accessibility, health care systems, diabetes mellitus

## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κυρία Δάφνη Καϊτελίδου, Διευθύντρια του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και μέλος ΣΕΠ του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, για την καθοδήγηση της.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ασθενείς της Οφθαλμολογικής Κλινικής οι οποίοι έλαβαν μέρος στο ερευνητικό μέρος για τον χρόνο που διέθεσαν για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1.	Εισαγωγή.....	1
1.1.	Σημασία και αναγκαιότητα της μεταπτυχιακής διατριβής.....	5
1.1.1.	Δομή.....	5
1.2.	Ο Σακχαρώδης Διαβήτης και οι επιπτώσεις της νόσου στην υγεία των οφθαλμών.....	6
1.2.1.	Τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη.....	7
1.3.	Ενιαία Αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη.....	8
1.3.1.	Πρόληψη και αγωγή υγείας.....	8
1.3.2.	Διάγνωση και Αντιμετώπιση.....	9
1.3.3.	Επανάταξη και Φροντίδα.....	9
1.3.4.	Καταγραφή Περιστατικών Αρχείου.....	10
1.3.5.	Έρευνα.....	10
1.4.	Σακχαρώδης διαβήτης και οφθαλμολογία.....	10
2.	Γενικό Μέρος.....	13
2.1.	Εννοιολογική προσέγγιση της Ικανοποίησης.....	13
2.2.	Εννοιολογική προσέγγιση της Προσβασιμότητας.....	17
2.2.1.	Μοντέλα Συστημάτων Υγείας.....	20
2.3.	Εννοιολογικό πλαίσιο της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής.....	24
3.	Θεωρητικά μοντέλα για την ικανοποίηση ασθενών και την προσβασιμότητα τους στις υπηρεσίες υγείας.....	25
3.1.	Μοντέλο Donabedian για την ικανοποίηση.....	25
3.2.	Μοντέλο Tanahashi για την προσβασιμότητα.....	28
4.	Μεθοδολογία.....	34
4.1.	Σκοπός της μελέτης και τα ερευνητικά ερωτήματα.....	34
4.1.1.	Ειδικότεροι στόχοι.....	35
4.2.	Πληθυσμός - Δείγμα.....	35
4.3.	Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	36
4.3.1.	Κριτήρια επιλογής δείγματος.....	36
4.3.2.	Ερωτηματολόγιο.....	36
4.4.	Διαδικασία.....	40
4.4.1.	Περιορισμοί μεταπτυχιακής διατριβής.....	40
4.5.	Ηθικές προεκτάσεις.....	40
4.6.	Ανάλυση δεδομένων.....	41
5.	Αποτελέσματα.....	42
5.1.	Δημογραφικά στοιχεία.....	42
5.2.	Ερωτήσεις για τα κλινικά στοιχεία του ασθενούς.....	45
5.3.	Ερωτήσεις για την ικανοποίηση και τις εμπειρίες του ασθενή.....	48
5.4.	Ερωτήσεις για την προσβασιμότητα των ασθενών.....	52
5.5.	Συσχετίσεις.....	59

5.5.1.	Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από τον οφθαλμίατρο.....	59
5.5.2.	Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία πρόσβασης σε καινοτόμα/ αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας .....	61
6.	Επίλογος .....	64
6.1.	Δημογραφικά .....	64
6.1.1.	Κοινωνικοοικονομική κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο.....	65
6.1.2.	Ηλικία και φύλο .....	66
6.1.3.	Επάγγελμα.....	66
6.1.4.	Κατάσταση της υγείας.....	67
6.1.5.	Άλλες παθήσεις .....	67
6.1.6.	Πρώτη οφθαλμολογική εξέταση.....	68
6.1.7.	Λόγοι επίσκεψης σε οφθαλμίατρο .....	69
6.2.	Ικανοποίηση και εμπειρίες ασθενών.....	69
6.2.1.	Ικανοποίηση και εμπειρίες ασθενών από τον οφθαλμίατρο και από το νοσηλευτικό προσωπικό .....	70
6.3.	Προσβασιμότητα Ασθενών.....	72
6.3.1.	Προσβασιμότητα σε γενικό ιατρό .....	72
6.3.2.	Αριθμός επισκέψεων σε οφθαλμίατρο .....	73
6.3.3.	Προγραμματισμένα ραντεβού.....	73
6.3.4.	Απόσταση νοσηλευτηρίου από τον τόπο διαμονής ή εργασίας και ο απαραίτητος χρόνος προσέλευσης στο νοσηλευτήριο .....	74
6.3.5.	Λειτουργία ιατρείου τις απογευματινές ώρες .....	74
6.3.6.	Ακύρωση ραντεβού.....	75
6.3.7.	Χρόνος αναμονής για το ραντεβού.....	75
6.3.8.	Διάρκεια αναμονής στο νοσηλευτήριο .....	76
6.3.9.	Διάρκεια οφθαλμολογικής εξέτασης.....	76
6.3.9.	Πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες.....	77
6.4.	Συσχετίσεις.....	77
6.4.1.	Συσχετίσεις ικανοποίησης .....	77
6.4.2.	Συσχετίσεις προσβασιμότητας .....	79
6.5.	Εισηγήσεις.....	80
Παραρτήματα .....		82
A.	Ερωτηματολόγιο .....	82
A.1.	Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα της μεταπτυχιακής διατριβής ..	82
A.2.	Έντυπο ερωτηματολογίου.....	83
Βιβλιογραφία.....		93



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Εισαγωγή

Το 1948, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, όρισε την υγεία ως εξής: «Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας» (1).

Το 1978, ο ΠΟΥ στην διακήρυξη της Alma-Ata, ορίζει την αναγκαιότητα για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για όλο τον πληθυσμό. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η πιο αποτελεσματική, αποδοτική και δίκαιη προσέγγιση στην προώθηση της δημόσιας υγείας, για την καθολική κάλυψη της υγείας (universal health coverage - UHC). Σαράντα χρόνια μετά, ο στόχος αυτός δεν έχει υλοποιηθεί. Αντί της καθολικής κάλυψης, παρουσιάζεται εστίαση σε συγκεκριμένες ασθένειες (2).

Τον Οκτώβριο του 2018, ο ΠΟΥ παρουσίασε την διακήρυξη της Αστάνα. Για να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις την υγείας στην σύγχρονη εποχή, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να:

- 1) εξουσιοδοτεί τους ανθρώπους και τις κοινότητες ως ιδιοκτήτες της υγείας τους, ως υποστηρικτές των πολιτικών που προωθούν και την προστασία τους ως αρχιτέκτονες των υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών που συμβάλλουν σε αυτό
- 2) αντιμετωπίζει τους κοινωνικούς, οικονομικούς, περιβαλλοντικούς και εμπορικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας μέσω αποδεδειγμένων πολιτικών και δράσεων σε όλους τους τομείς
- 3) εξασφαλίζει ισχυρή δημόσια υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα σε όλη τη ζωή των ανθρώπων, ως πυρήνα της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών (2).

Η διακήρυξη της Αστάνα περιγράφει 4 βασικά σημεία για να αντιμετωπιστούν οι σημερινές προκλήσεις και να εκμεταλλευτούν οι ευκαιρίες για ένα υγιές μέλλον:

- 1) Να ενδυναμωθούν οι άνθρωποι για να αναλάβουν την κυριαρχία της περίθαλψης της υγείας τους (2).
  - Ενθάρρυνση ανθρώπων και κοινοτήτων για την επιδίωξη της απόκτησης γνώσεων, δεξιοτήτων και των πόρων που χρειάζονται για να φροντίσουν την υγεία τους συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ψηφιακών τεχνολογιών.
  - Δημιουργία συνθηκών στις οποίες θα συμμετέχουν οι άνθρωποι στην προαγωγή της υγείας, στην επιλογή υγιεινού τρόπου ζωής και στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την περίθαλψη τους, σύμφωνα με τους στόχους τους.
  - Εμπλοκή ανθρώπων και κοινοτήτων στον σχεδιασμό και την διαχείριση των συστημάτων υγείας τους.
- 2) Λήψη τολμηρών πολιτικών αποφάσεων για την υγεία (2):
  - Οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας πρέπει να εξετασθούν όλους τους τομείς της κυβέρνησης, σύμφωνα με τους Sustainable Development Goals, αποφεύγοντας πολιτικές και οικονομικές συγκρούσεις συμφερόντων.
  - Η συμμετοχή στη διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας πρέπει να βελτιωθεί, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής και της ρύθμισης του ιδιωτικού τομέα.
  - Κατεύθυνση περισσότερων βιώσιμων οικονομικών πόρων προς τη δημόσια υγεία και τη πρωτοβάθμια περίθαλψη, εξασφαλίζοντας έτσι τις μεταρρυθμίσεις που απαιτούνται για την προοδευτική υλοποίηση.
- 3) Δημόσια υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα στο επίκεντρο της UHC (2):
  - Ενίσχυση της ικανότητας και της υποδομής για την λειτουργία της δημόσιας υγείας και η ανάπτυξη της συνεχούς, ποιοτικής, ολοκληρωμένης, συντονισμένης, προσανατολισμένης στην κοινότητα και με επίκεντρο τον άνθρωπο, πρωτοβάθμιας φροντίδας.

- Να δοθεί προτεραιότητα στην πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας.
  - Διασφάλιση επαρκούς εργατικού δυναμικού για την πρωτοβάθμια φροντίδα το οποίο εργάζεται σε ομάδες το οποίο να είναι ικανό να αντιμετωπίσει τις σημερινές ανάγκες υγείας.
  - Προώθηση πρακτικών διαχείρισης που εξασφαλίζουν την αξιοπρεπή εργασία, συμπεριλαμβανομένης της κατάλληλης αποζημίωσης και σημαντικών ευκαιριών για επαγγελματική εξέλιξη.
  - Διασφάλιση της διαθεσιμότητας των κατάλληλων φαρμακευτικών σκευασμάτων και τεχνολογιών.
  - Διαθεσιμότητα επαρκών πόρων για την έρευνα, αξιολόγηση και την γνώση της διαχείρισης, προώθηση της κλιμάκωσης αποτελεσματικών στρατηγικών για τη δημόσια υγεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα.
- 4) Ευθυγράμμιση της υποστήριξης εταίρων στις εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια (2):
- Αύξηση των ανθρώπινων, τεχνικών και οικονομικών πόρων της πρωτοβάθμιας φροντίδας, σε κάθε χώρα.
  - Συντονισμένες προσπάθειες από διεθνείς εταίρους για την πρωτοβάθμια φροντίδα και την UHC για ευθυγράμμιση των εθνικών πολιτικών και στρατηγικών σχεδιασμών.
  - Ενίσχυση των δεδομένων της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε εθνικό επίπεδο για την δημιουργία πολιτικής βάσης στοιχείων και την αξιολόγηση της.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), πολλοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην υγεία του πληθυσμού. Το κοινωνικό περιβάλλον, οι οικονομικές δυνατότητες κάθε ατόμου, η οικογένεια, η εκπαίδευση, η εργασία και η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας παίζουν μεγάλο ρόλο στην κατάσταση της υγείας του κάθε πολίτη. Είναι γενικά

αποδεκτό ότι άτομα με ανώτερη εκπαίδευση, με καλύτερες οικονομικές δυνατότητες και με καλύτερες εργασίες, τείνουν να είναι πιο υγιή (1).

Τα τελευταία χρόνια, η ικανοποίηση των ασθενών προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και η πρόσβαση τους σε αυτές έχουν αποκτήσει πολύ σημαντική αξία για την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ).

Η Κύπρος είναι ίσως η μόνη χώρα της ΕΕ χωρίς εθνικό σύστημα υγείας. Παρόλο που το Υπουργείο Υγείας προσπαθεί να δώσει έμφαση στην ικανοποίηση των ασθενών και στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, λόγω της απουσίας ενός συστήματος υγείας, πολλοί ασθενείς δεν έχουν την απαιτούμενη φροντίδα που χρειάζονται. Το κράτος της Κύπρου, εδώ και χρόνια μελετά την δημιουργία ενός Γενικού Σχέδιου Υγείας (ΓΕΣΥ), όπου όλοι οι νόμιμοι κάτοικοι της Κύπρου να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Το ΓΕΣΥ αναμένεται να εφαρμοσθεί σταδιακά αρχίζοντας από τον Ιούνιο του 2019.

Μέχρι στιγμής, το σύστημα υγείας της Κύπρου αποτελείται από δύο παράλληλα συστήματα, από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται από άμεσες πληρωμές, είτε από τους ασθενείς, είτε από ασφαλιστικές εταιρίες. Τα δημόσια νοσηλευτήρια χρηματοδοτούνται σχεδόν αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας έχουν όλοι ανεξάρτητα οι πολίτες. Μερίδα του πληθυσμού είναι δικαιούχοι δωρεάν περίθαλψης και μια άλλη μερίδα όχι. Οι δικαιούχοι δωρεάν περίθαλψης είναι οι οικογένειες με χαμηλό ετήσιο εισόδημα, όλοι οι δημόσιοι υπάλληλοι, αξιωματικοί και άτομα του Κυπριακού Στρατού και της Εθνικής Φρουράς και οι συνταξιούχοι.

Λόγο της οικονομικής κρίσης, όλο και περισσότερος κόσμος προσέρχεται στα δημόσια νοσηλευτήρια, όπου έχουν δημιουργηθεί μεγάλες λίστες αναμονής, είτε για εξέταση είτε για επέμβαση.

## **1.1. Σημασία και αναγκαιότητα της μεταπτυχιακής διατριβής**

Τα τελευταία χρόνια δίνεται όλο και πιο πολλή έμφαση στην ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτή η μεταπτυχιακή διατριβή επικεντρώνεται στην ικανοποίηση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη στην Οφθαλμολογική Κλινική δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου και την προσβασιμότητα τους στην κλινική. Η Οφθαλμολογική Κλινική στην Λευκωσία είναι κέντρο αναφοράς για όλη την Κύπρο, οι πληροφορίες οι οποίες συμπεριλαμβάνονται σε αυτή τη μελέτη είναι σημαντικές για την εξεύρεση των πλεονεκτημάτων άλλα και μειονεκτημάτων της κλινικής.

Αυτή η μεταπτυχιακή διατριβή, έχει σκοπό να αξιολογήσει την ικανοποίηση που ένοιωθαν και τις εμπειρίες που βίωσαν οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη οι οποίοι επισκέφθηκαν την Οφθαλμολογική Κλινική και την αξιολόγηση της προσβασιμότητας τους στην Κλινική, όπως αυτή εκτιμήθηκε από τους ίδιους τους ασθενείς.

### **1.1.1. Δομή**

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο πρόβλημα του σακχαρώδη διαβήτη και τις επιπτώσεις του στον πληθυσμό, όπως και οι ενέργειες του κράτους για την αντιμετώπιση της πάθησης αυτής.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται εννοιολογική προσέγγιση της έννοιας της ικανοποίησης και της προσβασιμότητας. Γίνεται επίσης αναφορά στα διάφορα συστήματα υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται το μοντέλο του Donabedian για την ικανοποίηση και το μοντέλο του Tanahashi για την προσβασιμότητα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε. Αναφέρονται οι στόχοι, τα ερευνητικά ερωτήματα, ο πληθυσμός που ερευνήθηκε, γίνεται η περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αποτελείται από τα αποτελέσματα της έρευνας.

Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων, των περιορισμών της έρευνας, των συμπερασμάτων και των εισηγήσεων για την βελτίωση του συστήματος υγείας.

## **1.2. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης και οι επιπτώσεις της νόσου στην υγεία των οφθαλμών**

Τα τελευταία χρόνια, ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό. Σύμφωνα με την Διεθνή Ομοσπονδία Σακχαρώδη Διαβήτη (International Diabetes Federation), ο αριθμός των διαβητικών ασθενών ανά το παγκόσμιο ανέρχεται τώρα στα 240 εκατομμύρια. Αναμένεται ότι εάν δεν υπάρξουν σημαντικές παρεμβάσεις στα επόμενα 20 χρόνια, ο αριθμός αυτός θα ανέλθει στα 380 εκατομμύρια. Μερικές αιτίες για αυτή την αύξηση είναι η αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η αυξανόμενη παχυσαρκία στον πληθυσμό και ο καθιστικός τρόπος ζωής (3).

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα μεγάλο ιατρικό αλλά και κοινωνικό πρόβλημα γιατί εκτός από τις επιδημικές του διαστάσεις, σχετίζεται και με αρκετές επιπλοκές. Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει χαρακτηριστεί ως μία ύπουλη ασθένεια, όπου συνήθως ο ασθενής δεν έχει κάποια ενόχληση, μέχρι που η ασθένεια να του δημιουργήσει πολυοργανικά προβλήματα. Δυστυχώς σε αυτό το στάδιο οι προοπτικές αποτελεσματικών θεραπειών είναι περιορισμένες.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι ένα από τα κύρια προβλήματα υγείας ανά το παγκόσμιο. Περισσότεροι από 75% των ασθενών με ΣΔ πέραν των 20 ετών, θα αναπτύξουν διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Με την αύξηση του ποσοστού του διαβητικού πληθυσμού λόγω της αύξησης του προσδόκιμου της ζωής, είναι φανερό ότι τακτικές επισκέψεις στον οφθαλμίατρο είναι πολύ σημαντικές για την πρόληψη των επιπλοκών που ενδέχεται να προκύψουν (4).

Οι Newcomb και Klein αναφέρουν ότι 26% των ασθενών με ΣΔ τύπου 1 και 36% των ασθενών με ΣΔ τύπου 2, δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ οφθαλμίατρο (5). Οι ασθενείς αυτοί είναι συνήθως μεγαλύτεροι σε ηλικία και με πιο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (4,5).

Ο ΠΟΥ συστήνει τακτικές επισκέψεις στον οφθαλμίατρο μετά την διάγνωση του ΣΔ. Καθώς δεν υπάρχει μόνιμη θεραπεία για τον ΣΔ, η πρόληψη οφθαλμολογικών επιπλοκών είναι μεγάλης σημασίας (4).

### **1.2.1. Τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη**

Υπάρχουν αρκετές αιτίες που προκαλούν σακχαρώδη διαβήτη, στην μεταπτυχιακή αυτή διατριβή θα εστιάσουμε στις 3 πιο συχνές αιτίες:

#### **1. Διαβήτης τύπου 1**

Ο τύπος αυτός του διαβήτη συνήθως εκδηλώνεται στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία. Στην πάθηση αυτή, το πάγκρεας παράγει πολύ λίγη ή και καθόλου ινσουλίνη.

#### **2. Διαβήτης τύπου 2**

Ο τύπος αυτός του διαβήτη αρχίζει συνήθως στην ενήλικη ζωή. Η πάθηση αυτή παρουσιάζεται όταν ο οργανισμός δεν είναι επαρκώς ευαίσθητος στη φυσιολογική ή και αυξημένη ποσότητα ινσουλίνης που παράγει το πάγκρεας. Επιπρόσθετα, με την πάροδο του χρόνου το πάγκρεας παράγει σταδιακά λιγότερη ινσουλίνη απ' ότι ο οργανισμός χρειάζεται. Περίπου το 90% των ατόμων με διαβήτη έχουν τύπου 2 διαβήτη.

#### **3. Διαβήτης της κύησης**

Ο τύπος αυτός του διαβήτη παρουσιάζεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η γλυκόζη αίματος επιστρέφει στα φυσιολογικά επίπεδα μετά τον τοκετό. Περίπου το 2-4% των εγκύων αναπτύσσουν διαβήτη της κύησης και το 20-50% των γυναικών αυτών θα αναπτύξουν διαβήτη στα επόμενα 5-10 χρόνια.

Στην Κύπρο έχει δημιουργηθεί Κέντρο Αναφοράς Διαβήτη. Λόγο έλλειψης κατάλληλης νομοθεσίας, η δήλωση του σακχαρώδη διαβήτη και άλλων χρόνιων νοσημάτων δεν είναι

υποχρεωτική και έτσι πάρα πολλά περιστατικά δεν είναι καταχωρημένα, γι' αυτό δεν μπορεί να δημιουργηθεί ένα πλήρες αρχείο με τους διαβητικούς ασθενείς (6).

### **1.3. Ενιαία Αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη**

Στην Κύπρο, το 2017, ο αριθμός των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ), ξεπερνούσε τις 80,000. Για αυτό το λόγο, το 2014, το Υπουργείο Υγείας λαμβάνοντας υπόψη την σημαντικότητα του ΣΔ, είχε θέσει στόχο την υλοποίησης μιας ενιαίας αντιμετώπισης του με σκοπό την πρόληψη και αγωγή υγείας, την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, την φροντίδα και ένταξη των ασθενών. Επίσης, έθεσε σαν δεύτερο στόχο την δημιουργία ενός ολοκληρωμένου αρχείου για τον διαβήτη και την προώθηση της έρευνας (6).

#### **1.3.1. Πρόληψη και αγωγή υγείας**

Η πρόληψη και ο έλεγχος για έγκαιρη ανίχνευση τυχόν επιπλοκών είναι πολύ σημαντικά για τον Σακχαρώδη Διαβήτη.

##### **1. Πρωτογενής πρόληψη (6)**

- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού
- Αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών

##### **2. Δευτερογενής Πρόληψη (6)**

- Εισαγωγή οργανωμένου screeningtest στις εγκύους Παγκύπρια
- Εισαγωγή πρωτοκόλλων ελέγχων σε τακτά χρονικά διαστήματα σε άτομα που λαμβάνουν για μακρό χρονικό διάστημα φαρμακοθεραπεία που προδιαθέτει τον διαβήτη



### **1.3.2. Διάγνωση και Αντιμετώπιση (6)**

- Εκπαίδευση και συνεχής επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας
- Εισαγωγή πληθυσμιακών ανιχνευτικών προγραμμάτων
- Αντιμετώπιση
  - Φροντίδα ρουτίνας
  - Καθιέρωση και ενίσχυση πολυθεματικής ομάδας διαβήτη και η χρήση κοινών πρωτοκόλλων
  - Εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα
  - Διατροφική διαμόρφωση
  - Καθημερινή συστηματική άσκηση
  - Έλεγχος για έγκαιρη ανίχνευση τυχόν επιπλοκών
  - Συνεχής επαφή και ενδυνάμωση του ατόμου με διαβήτη από τα μέλη της Ομάδας Διαβήτη και πρόσβαση σε ψυχολογική στήριξη από επαγγελματίες
  - Φαρμακευτική αγωγή
  - Εισαγωγή του κλινικού ελέγχου

### **1.3.3. Επανάταξη και Φροντίδα(6)**

- Ενημέρωση και εκπαίδευση
- Αναβάθμιση των εγκαταστάσεων
- Συνεργασία με άλλα υπουργεία (π.χ. υπουργείο παιδείας)
- Παρακολούθηση ευπαθών ομάδων
- Δημιουργία και στελέχωση ιατρείων διαβητικού ποδιού με διαβητολόγο, νοσηλεύτη, ποδολόγο, χειρουργό, ορθοπεδικό, αγγειοχειρουργό, λοιμωξιολόγο.
- Εισαγωγή νέων φαρμάκων βάσει κλινικών πρωτοκόλλων με στόχο την ανακούφιση ασθενών με επιπλοκές.
- Να επεκταθεί η κοινοτική νοσηλευτική
- Στελέχωση κλινικών με ψυχολόγους
- Εκπαίδευση ασθενών και οικογένειας

### **1.3.4. Καταγραφή Περιστατικών Αρχείου(6)**

- Επέκταση του Ευρωπαϊκού Προγράμματος EUBIROD σε αστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία
- Λήψη πολιτικής απόφασης και εξασφάλιση χρηματοδότησης για εθνικό αρχείο διαβήτη
- Προώθηση νομοθεσίας για την Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας με στόχο την υποχρεωτική δήλωση των περιστατικών και την διευκόλυνση της διασύνδεσης αρχείων

### **1.3.5. Έρευνα(6)**

- Χαρτογράφηση έρευνας
- Δημιουργία ενιαίου κεντρικού φορέα έρευνας στον τομέα της υγείας και ανάπτυξη ιστοσελίδας
- Δημιουργία αρχείου βάσης δεδομένων
- Ενίσχυση χρηματοδότησης έρευνας
- Ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας σε θέματα έρευνας και ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ ερευνητών
- Δικτύωση με κέντρα του εξωτερικού

## **1.4. Σακχαρώδης διαβήτης και οφθαλμολογία**

Τα τελευταία χρόνια έχουν επιτευχθεί πολύ σημαντικά βήματα στον τομέα της υγείας. Οι διαγνωστικές μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό, έτσι ώστε είναι σήμερα δυνατόν να γίνει πιο έγκαιρα μία διάγνωση. Επίσης, οι θεραπευτικές διαδικασίες έχουν βελτιωθεί σε πολύ σημαντικό βαθμό, όπου μπορούν να βοηθηθούν ασθενείς οι οποίοι πριν λίγα χρόνια ήταν χωρίς ελπίδα βελτίωσης των παθήσεωv τους.

Η οφθαλμολογία είναι ένας τομέας της ιατρικής, όπου οι διαγνωστικές μέθοδοι και οι θεραπευτικές αγωγές έχουν κάνει μεγάλα άλματα. Παρ' όλα αυτά όμως, έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχουν πολλοί ασθενείς οι οποίοι όταν προσέλθουν για την πρώτη τους οφθαλμολογική εκτίμηση, έχουν ήδη πολύ χαμηλή οπτική οξύτητα.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι η κύρια αιτία μειωμένης οπτικής οξύτητας και τύφλωσης σε ασθενείς ηλικίας μεταξύ 18 – 65 ετών (7). Ανά το παγκόσμιο, υπάρχουν πέραν τον 93 εκατομμυρίων διαβητικών ασθενών με διαβητικές αλλοιώσεις στα μάτια (8). Στις ΗΠΑ, περίπου 12% των νέων περιπτώσεων τύφλωσης ετησίως, οφείλονται στον σακχαρώδη διαβήτη (9). Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι συνδεδεμένη και με άλλες παθήσεις οι οποίες συνδέονται με τον διαβήτη, όπως νευρολογικές, νεφρολογικές, αγγειακές και δερματικές. Όλες αυτές οι επιπλοκές του διαβήτη μειώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Μία μορφή μικροαγγειοπάθειας είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Οι ασθενείς με αυτή τη πάθηση προσέρχονται με μειωμένη οπτική οξύτητα. Και σ' αυτή τη πάθηση, τα αποτελέσματα είναι καλύτερα εάν η ασθένεια διαγνωσθεί στα πρώιμα στάδια. Αν όμως η διάγνωση γίνει σε προχωρημένο στάδιο της ασθένειας, τότε η μείωση της οπτικής οξύτητας είναι μόνιμη. Γι' αυτό είναι σημαντική η πρώιμη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπεία. Σ' αυτό εξυπηρετεί το τακτικό screening το οποίο είναι απαραίτητο σε όλους τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η καλή ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη, μειώνει την ανάπτυξη επιπλοκών όπως την διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Για τον λόγο αυτό είναι πολύ σημαντική η σωστή ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα.

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν καταφέρει να έχουν καθολική ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Δυστυχώς αυτό δεν συμβαίνει στην Κύπρο, όπου υπάρχουν μη προνομιούχα άτομα τα οποία δεν έχουν δικαίωμα για κρατική επιχορήγηση, αλλά, ούτε έχουν την δυνατότητα να επιχορηγήσουν από μόνοι τους την υγεία τους.

Μελέτες αποδεικνύουν ότι το τακτικό screening για διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι κλινικά αποτελεσματικό και οικονομικά ευεργετικό (10). Ορισμένες χώρες όπως την Μεγάλη Βρετανία, έχουν προγράμματα επιτήρησης, όπου όταν γίνεται η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη σε ένα ασθενή, τότε αυτόματα αυτός ο ασθενής εισάγεται σε πρόγραμμα screening, και καλείται συστηματικά για οφθαλμολογική εξέταση (11). Δύστυχος, αυτό δεν συμβαίνει στην Κύπρο, και έτσι εναπόκειται στον γενικό ιατρό να

ενημερώσει τον ασθενή για την ανάγκη οφθαλμολογικής εξέτασης και μετά στον ασθενή για να προγραμματίσει το ραντεβού του στον οφθαλμίατρο.

Για την καλύτερη ενημέρωση και συμμόρφωση των ασθενών, έχουν δημιουργηθεί ορισμένες στρατηγικές οι οποίες απευθύνονται στους ασθενείς (π.χ. ενημέρωση μέσω του γενικού τους ιατρού, μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων), στους γενικούς ιατρούς (π.χ. σύσταση για οφθαλμολογική εκτίμηση), στον οργανισμό (π.χ. βελτίωση καταγραφής) (12).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η μη καθολική κάλυψη του πληθυσμού για τις υπηρεσίες υγείας. Ασθενείς οι οποίοι προέρχονται από χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις και δεν είναι δικαιούχοι ιατροφαρμακευτικής κρατικής κάλυψης, δυστυχώς έχουν και τα πιο πολλά προβλήματα υγείας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

## Γενικό Μέρος

### 2.1. Εννοιολογική προσέγγιση της Ικανοποίησης

Η ικανοποίηση μπορεί να είναι το συναίσθημα της ευχαρίστησης ενός ατόμου ή η απογοήτευση για το αποτέλεσμα από τη σύγκριση μιας άποψης για ένα προϊόν/υπηρεσία ή για μια προσδοκία του (13). Η ικανοποίηση μπορεί να προέρχεται από την ευχαρίστηση που επιτυγχάνεται από την κατανάλωση αγαθών ή υπηρεσιών που προσφέρονται από ένα άτομο ή ομάδα ατόμων ή μπορεί να είναι αίσθημα ευχαρίστησης από μία κατάσταση. Μερικές φορές καθίσταται πολύ δύσκολο να ικανοποιηθούν όλοι ή να καθοριστεί η ικανοποίηση σε μια ομάδα ατόμων επειδή κυρίως οι άνθρωποι έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και προσδοκίες. Η ικανοποίηση είναι παρόμοια με άλλες ψυχολογικές λέξεις που είναι εύκολα κατανοητές, αλλά δύσκολο να εξηγηθούν. Η ιδέα της ικανοποίησης είναι παρόμοια με τα θέματα όπως η ευτυχία και η καλή ποιότητα ζωής. Η ικανοποίηση δεν είναι φαινόμενο που είναι μετρήσιμο από τους ανθρώπους, αλλά μπορεί να κριθεί από τους ανθρώπους μέσα από την εμπειρία τους μετά από ένα χρονικό διάστημα (14).

«Ένας απλός και πρακτικός ορισμός της ικανοποίησης είναι ο επιθυμητός βαθμός ικανοποίησης των στόχων» (14). Η ικανοποίηση μπορεί να ορισθεί ως η θετική ανταπόκριση των ατόμων σε μια συγκεκριμένη εμπειρία του καταναλωτή που προσδιορίζεται σε συγκεκριμένο χρόνο (15). Για την αξιολόγηση και τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας απαιτείται η διερεύνηση της μέσω της πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας αλλά και της ικανοποίησης τους από αυτές. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς δείκτες της υγειονομικής φροντίδας και χρησιμοποιείται ως δείκτης μέτρησης σε διάφορες μονάδες υπηρεσιών υγείας, κυρίως για θέματα όπως η στοχευμένη θεραπεία, οι συστάσεις των ιατρών και η συνέχεια στη φροντίδα των ασθενών (16).

Η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από διαφορετικές παραμέτρους. Οι πρακτικές που ακολουθούνται ως προς την παρεχόμενη φροντίδα θεωρούνται ως η πιο βασική παράμετρος για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντική όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για τους οργανισμούς υγείας (17). Η ικανοποίηση των ασθενών βασίζεται συνήθως σε υποκειμενική κρίση που προκύπτει από την εκτίμηση της εμπειρίας που αποκτήθηκε από πραγματικά γεγονότα της υγειονομικής περίθαλψης σε σύγκριση με την προσδοκία των ατόμων και δείχνει το βαθμό στον οποίο η πραγματική εμπειρία του ατόμου ταιριάζει με τις προτιμήσεις του (18). Από τη βιβλιογραφία, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει ακριβής ορισμός για το τι είναι η ικανοποίηση του ασθενούς, διότι εξαρτάται από διαφορετικές παραμέτρους. Το κύριο πρόβλημα είναι ότι μερικοί ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με έναν παράγοντα ενώ οι άλλοι όχι. Ωστόσο, ο Linder-Pelz (19) προτείνει τον ορισμό της ικανοποίησης των ασθενών μέσω της ανάλυσης μελετών ικανοποίησης στις οποίες προτάθηκαν πέντε ψυχολογικές μεταβλητές ικανοποίησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (πίνακας 1):

<b>Παρουσία (Occurrence):</b>	Αναφέρεται στις υλικές εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και την εμφάνιση του προσωπικού.
<b>Αξία(Value):</b>	"Αξία" θεωρείται η άποψη του πελάτη για την ποιότητα φροντίδας που λαμβάνει η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως καλή ή κακή.
<b>Προσδοκία(Expectation):</b>	Οι ασθενείς πιστεύουν ότι ορισμένα χαρακτηριστικά μπορεί να συνδέονται με ένα αντικείμενο και η άποψη που έχει για αυτά τα χαρακτηριστικά ο ασθενής τον οδηγούν στην ικανοποίηση του για το αντικείμενο.
<b>Διαπροσωπικές συγκρίσεις(Interpersonal comparisons):</b>	Αξιολόγηση της τωρινής εμπειρίας του ασθενή με τις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας σε σχέση με αυτό που είχε βιώσει προηγουμένως.
<b>Δικαίωμα (Entitlement):</b>	Η ατομική σκέψη καθοδηγεί στο να διεκδικήσει συγκεκριμένο αποτέλεσμα.

**Πίνακας 1.** Οι πέντε ψυχολογικές μεταβλητές της ικανοποίησης των υπηρεσιών υγείας

Με την αξιολόγηση αυτών των χαρακτηριστικών ο ορισμός της ικανοποίησης ασθενών μπορεί να οριστεί ως «η θετική αξιολόγηση των διακριτών διαστάσεων της υγειονομικής περίθαλψης» (19).

Φτάνοντας ο χρήστης υπηρεσιών υγείας στη μονάδα υγείας αρχίζει να λαμβάνει υπηρεσίες. Οι υπηρεσίες των οποίων θα τύχει μπορεί να αξιολογηθούν με πολλούς τρόπους, ανάλογα με το τι είδους υπηρεσίες θα λάβει. Οι Kotler και Keller (13) ορίζουν την υπηρεσία ως "οποιαδήποτε άυλη πράξη ή απόδοση που ένα μέρος προσφέρει σε κάποιο άλλο χωρίς να σχετίζεται με την κυριότητα οποιουδήποτε". Η υπηρεσία μπορεί επίσης να οριστεί ως άυλη προσφορά από ένα μέρος σε ένα άλλο με αμοιβαία ευχαρίστηση.

Οι καταναλωτές δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για κάποια συγκεκριμένη υπηρεσία και αυτό για λόγους ποιότητας (20). Ένας άλλος ορισμός της ποιότητας είναι τα συνολικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή υπηρεσίας που έχουν την ικανότητα να ικανοποιούν δηλωμένες ή τεκμηριωμένες ανάγκες (21). Είναι σαφές ότι η ποιότητα σχετίζεται επίσης με την αξία μιας προσφοράς, η οποία θα μπορούσε να προκαλέσει ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια από μέρους του χρήστη.

Σύμφωνα με τον Zineldin «ένας απλός ορισμός της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη είναι η τέχνη του να κάνεις το σωστό, στη σωστή στιγμή, με τον σωστό τρόπο, για το σωστό άτομο - με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα» (22). Πρόσφατα, οι ερευνητές της υγειονομικής περίθαλψης υιοθέτησαν τον ορισμό του Ινστιτούτου Ιατρικής (Institute of Medicine): «η ποιότητα της φροντίδας είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και με την επαγγελματική τους γνώση» (23).

Σύμφωνα με τους Parasuraman et al., η ποιότητα των υπηρεσιών είναι «οι διαφορές μεταξύ των προσδοκιών των πελατών και των αντιλήψεων περί εξυπηρέτησης». Η αξιολόγηση της ποιότητας της υπηρεσίας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας έγκυρος τρόπος ο οποίος επιτρέπει στη διοίκηση να εντοπίζει τα διάφορα κενά στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στον οργανισμό και να εντοπίζει τη διαφορά μεταξύ της πραγματικής και της αναμενόμενης υπηρεσίας (24).

Οι οργανισμοί πλέον επικεντρώνονται περισσότερο στην προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών και ο στόχος τους είναι η ικανοποίηση των πελατών. Οι οργανισμοί προκειμένου να γνωρίζουν εάν ο πελάτης «ΘΑ» ικανοποιείται, πρέπει να κατανοήσουν και να μετρήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Ο Haywood αναφέρει στη μελέτη του τα «3 Ps» στην οποία αναφέρει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών αποτελείται από τρία στοιχεία με ακρώνυμο το γράμμα P του αγγλικού αλφαβήτου (25). Τα στοιχεία αυτά είναι τα ακόλουθα:

- 1) **Physical Process** - Φυσική διαδικασία που αφορά στις τεχνικές εγκαταστάσεις και διαδικασίες ενός οργανισμού.
- 2) **People's Behavior** - Συμπεριφορά των ανθρώπων που αφορά στη συμπεριφορά του προσωπικού και αντιδράσεις από την εξυπηρέτησή του.
- 3) **Professional Judgement** - Επαγγελματική κρίση που αφορά στις προσπάθειες του προσωπικού και επαγγελματικές κρίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Ο Haywood δηλώνει, ότι για την επίτευξη της επιθυμητής ποιότητας πρέπει να υπάρχει «ένα κατάλληλο, προσεκτικά ισορροπημένο περιβάλλον συνύπαρξης αυτών των τριών στοιχείων» (25). Αυτό που καθορίζει το κατάλληλο περιβάλλον συνύπαρξης είναι ο βαθμός προσαρμογής της εξυπηρέτησης, της έντασης της εργασίας, της επαφής και της αλληλεπίδρασης μεταξύ του πελάτη και της διαδικασίας παροχής των υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, η ιδέα αυτή του Haywood θα μπορούσε να αξιολογήσει την ποιότητα των υπηρεσιών και από την άποψη των εργαζομένων (25).

Από την πιο πάνω ενότητα προκύπτει ότι δημιουργείται μια αμφίδρομη σχέση η οποία θέτει τις βάσεις για μια ισχυρή συνεργασία μεταξύ των δυο πλευρών, ασθενή και νοσηλευτηρίου, με αμοιβαία οφέλη, με κύριο σκοπό αυτόν της ικανοποίησης. Από πλευράς ασθενών, η ικανοποίηση επέρχεται με την εκπλήρωση των προσδοκιών τους. Σε αντίθετη περίπτωση επέρχεται η απόρριψη και η μη ικανοποίηση. Από την έρευνα που έγινε το 1988 προέκυψε ότι η ικανοποίηση από την προσφορά ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών είναι μια πολυδιάστατη έννοια και σχετίζεται τόσο με τη συνολική ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν, όσο και με την εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον ιατρό, τη φήμη του ιδρύματος και του ιατρού, τη μη εναλλαξιμότητα του ιατρικού προσωπικού, την προσβασιμότητα και την ενημέρωση του ασθενούς, την οργάνωση, τις



εγκαταστάσεις και τον εξοπλισμό του οργανισμού, την προσοχή σε τυχόν ψυχοκοινωνικά προβλήματα, την ανθρώπινη αντιμετώπιση και την έκβαση της θεραπείας (26).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες, έχουν επίδραση στην ποιότητα των υπηρεσιών των οργανισμών ιατρικής περίθαλψης και στο επίπεδο ικανοποίησης του ασθενή. Λόγω της τεχνολογικής προόδου της εποχής μας, οι ιατρικές υπηρεσίες έχουν αναβαθμιστεί με την εισαγωγή εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας, η χρήση του οποίου αναβαθμίζει τις προσφερόμενες υπηρεσίες και κατ' επέκταση συμβάλλει στην προσπάθεια επίτευξης υψηλών στόχων ικανοποίησης.

Διάφορα μοντέλα αξιολόγησης της υγειονομικής φροντίδας έχουν προταθεί και έχουν σχεδιαστεί για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και τις διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών. Ίσως το πιο δημοφιλές μοντέλο είναι σχεδιασμένο από τον Donabedian (27), ο οποίος χρησιμοποίησε τρεις παράγοντες/διαστάσεις, δηλαδή τη δομή, τη διαδικασία και τα αποτελέσματα για την αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης και της ικανοποίησης των ασθενών. Ο πρώτος παράγοντας ασχολείται με τη δομή της οργάνωσης και την κατάσταση υπό την οποία βρίσκεται η υπηρεσία. Ο δεύτερος παράγοντας επεξεργάζεται τη διαδικασία που αναφέρεται στις επαγγελματικές δραστηριότητες και στην υγειονομική περίθαλψη. Ο τρίτος παράγοντας είναι το αποτέλεσμα και αναφέρεται στο αποτέλεσμα ή την βαθμολογία των ασθενών, που σημαίνει την τρέχουσα και μελλοντική διαφορά του επιπέδου υγείας και της ικανοποίησης του ασθενούς. Το αποτέλεσμα είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας μέτρησης και αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των υπηρεσιών. Η σχέση μεταξύ της δομής, της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων πρέπει να είναι πολύ ισχυρή και σαφής, επειδή το ένα μπορεί να επηρεάσει το άλλο (27). Για να είναι ικανοποιημένοι, όλοι έχουν την επιλογή να επιλέξουν την καλύτερη υγειονομική περίθαλψη, ποιότητα και εξυπηρέτηση.

## **2.2. Εννοιολογική προσέγγιση της Προσβασιμότητας**

Η προσβασιμότητα είναι ένα θέμα που έχει αναλυθεί αρκετά και αφορά στην πρόσβαση των πολιτών στις κοινωνικές υπηρεσίες, οι οποίες μπορούν να εξασφαλίσουν ή να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους (28). Η υγεία είναι μια πολύπλευρη έννοια στην οποία η ανάλυση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα σημαντικό ζήτημα

που απαιτεί πολύπλευρες προσεγγίσεις (29). Συνεπώς, η πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες αποτελεί σημαντικό θέμα που πρέπει να εξετάζεται σε μελέτες υγειονομικής περίθαλψης λόγω του γεγονότος ότι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να θεωρηθεί ως παράγοντας διευκόλυνσης της συνολικής υγείας του πληθυσμού (30). Ωστόσο, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι μια πολυδιάστατη και σύνθετη αντίληψη (31), η οποία δεν περιορίζεται μόνο στην απόσταση, αλλά και σε υποκειμενικά μέτρα (32). Επιπλέον, τα προβλήματα της προσβασιμότητας δημιουργούν ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία μπορεί να προκύψουν όχι μόνο από την απόσταση, αλλά και από τη μη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και τη μη αποδοχή αυτών των υπηρεσιών (33,34).

Η πολυδιάστατη έννοια της προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη εξηγείται από διάφορους παράγοντες, π.χ. παράγοντες του μοντέλου συμπεριφοράς του Andersen: προδιάθεση, δυνατότητα και παράγοντες ανάγκης (31,33,35,36). Αυτή η πολυδιάστατη έννοια της προσβασιμότητας μπορεί επίσης να ταξινομηθεί στις διαστάσεις της διαθεσιμότητας, της προσπελασιμότητας και της αποδοχής (34,36,37).

Η προσβασιμότητα είναι ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών και είναι ιδιαίτερα σημαντική στην παροχή των υπηρεσιών υγείας και στην αποτελεσματικότητά τους.

Η ικανοποίηση συσχετίζεται θετικά με την προσβασιμότητα, τη διαθεσιμότητα και την άνεση αναφορικά με τη νοσοκομειακή φροντίδα. Ο ΠΟΥ στο γλωσσάριο του το 2011, αναφέρει ότι η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας ενισχύεται όταν ο ιατρικός λειτουργός βρίσκεται σε κοντινή απόσταση από τον χώρο διαμονής του ασθενή, προσεγγίζεται εύκολα από τον ασθενή και είναι διαθέσιμος για ραντεβού σε εύλογο χρονικό διάστημα(38).

Ο ΠΟΥ ξεχωρίζει τρία είδη πρόσβασης: φυσική, οικονομική και πρόσβαση πληροφοριών. Στην φυσική πρόσβαση, διευκρινίζει την αναγκαιότητα καλών υπηρεσιών υγείας σε εύλογη απόσταση, με συμβατά ωράρια και κατάλληλα συστήματα ραντεβού για την απαραίτητη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες αυτές (38).

Στην οικονομική πρόσβαση, ο ΠΟΥ εξηγεί την δυνατότητα του πληθυσμού να πληρώσει τις υπηρεσίες υγείας, χωρίς να στερείται, συμπεριλαμβανομένων και των εξόδων για την μετακίνησή του προς και από τις υπηρεσίες υγείας (38).

Για την πρόσβαση σε πληροφορίες, ο ΠΟΥ τονίζει το δικαίωμα για την αναζήτηση, για την αποδοχή και την μετάδοση πληροφοριών και ιδεών σε σχέση με ζητήματα υγείας. Επισημαίνει όμως ότι αυτό το δικαίωμα δεν αναιρεί την εμπιστευτικότητα των δεδομένων της υγείας του (38).

Το 2015 ο ΠΟΥ έθεσε σαν στόχο την καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ορίζει την καθολική αυτή πρόσβαση σαν στόχο για να έχει όλος ο πληθυσμός πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, χωρίς να χρειαστεί να υποστεί οικονομικές δυσκολίες από υπερβολικές άμεσες πληρωμές (out-of-pocket). Η κάλυψη αυτή περιλαμβάνει καλές υπηρεσίες υγείας, από προαγωγή της υγείας, πρόληψη νοσημάτων, αποκατάσταση ως και ανακουφιστική φροντίδα (39).

Η ευκολία πρόσβασης, αποδείχτηκε από μελέτες των Cleary και McNeil ότι συγκαταλέγεται στους σπουδαιότερους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών (40). Επίσης δυσaráσκεια προκαλεί και η ύπαρξη προβλημάτων σχετικά με την πρόσβαση στο χώρο του νοσοκομείου. Ορισμένοι μελετητές όπως οι Cleary και McNeil απέδωσαν την αιτία αυτού του παράγοντα δυσaráσκειας στην εκλαμβανόμενη από τον ασθενή δυσκολία στην πρόσβαση στο νοσοκομείο, όπως συμβαίνει για παράδειγμα σε κατοίκους των μη αστικών περιοχών (40).

Η ισχυρή σχέση μεταξύ της φήμης και της ικανοποίησης των πελατών/ασθενών μπορεί να πιστοποιηθεί τόσο από την πρακτική όσο και από τη θεωρητική πλευρά.

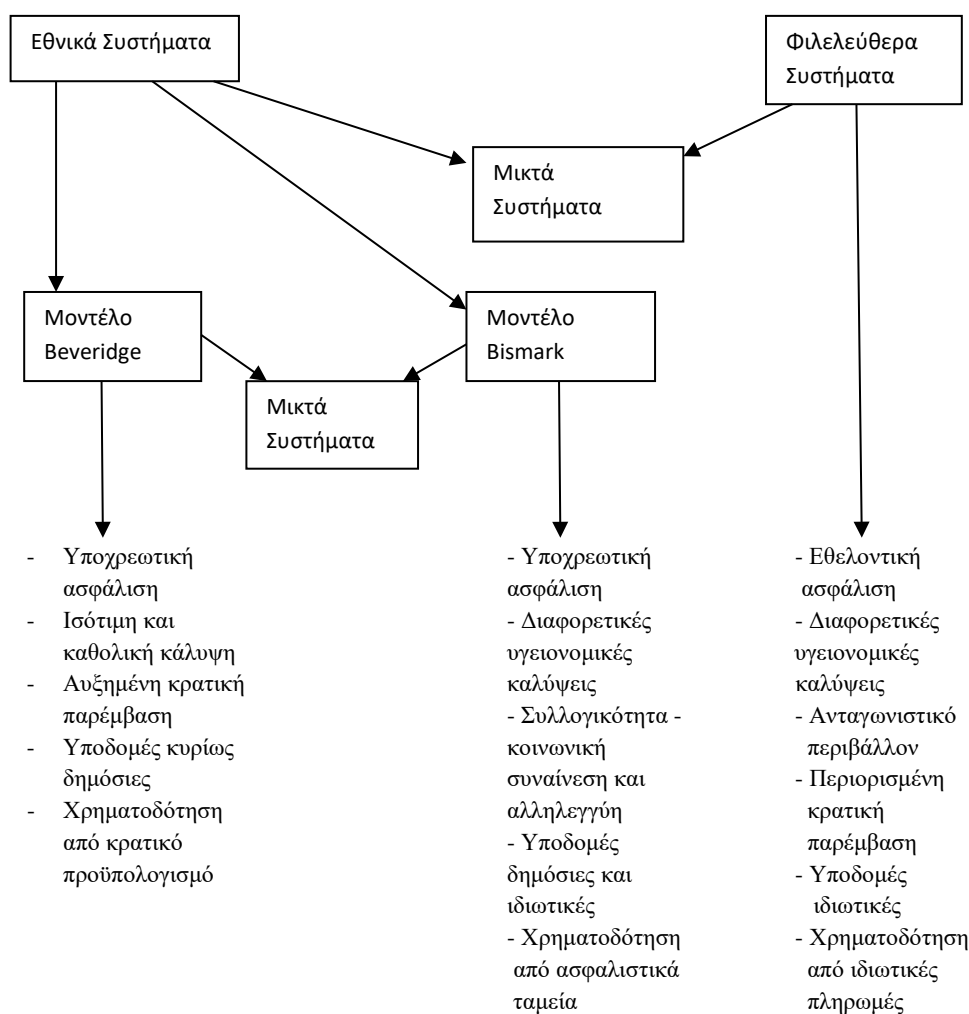
Η ΕΕ προσδιορίζει την προσβασιμότητα ως μια πολυδιάστατη έννοια. Αναφέρει ότι στην πράξη η προσβασιμότητα δεν σημαίνει ότι όλες οι υπηρεσίες υγείας είναι προσβάσιμες για όλους σε όλο το 24ώρο, αλλά ύπαρξη υπηρεσιών υγείας σε κάθε περιοχή εξειδικευμένων στις ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού (41).

Για την πιο καλή πρόσβαση των πολιτών σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, έχουν δημιουργηθεί και υιοθετηθεί διάφορα συστήματα υγείας.

### 2.2.1. Μοντέλα Συστημάτων Υγείας

Με το πέρασμα των χρόνων, τα περισσότερα κράτη έχουν δημιουργήσει συστήματα υγείας τα οποία μπορούν να εφαρμοσθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στην δική τους πραγματικότητα, σύμφωνα πάντα με τις δικές τους ανάγκες.

Παρόλο που υπάρχουν διάφορα είδη συστημάτων υγείας, όλα έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά. Στην εικόνα 1, περιγράφονται τα τρία κύρια συστήματα υγείας.



Πηγή: Μπαρμπής Δημήτριος, Δομές και Εργαλεία ManagedCare στις ΗΠΑ. Αθήνα 2001 (42)

**Εικόνα1.**Εθνικά και Φιλελεύθερα Συστήματα Υγείας

### **2.2.1.1. Κοινά επιθυμητά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας(43)**

- Διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας:  
Το σύστημα προσφέρει υπηρεσίες σε 24ωρη βάση.
- Προσπελασιμότητα υπηρεσιών υγείας:  
Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από την κοινωνικό-οικονομική του θέση.
- Συνέχεια προσφοράς των υπηρεσιών υγείας:  
Το σύστημα προσφέρει υπηρεσίες όχι μόνο κατά την διάρκεια της θεραπείας, αλλά πριν και μετά την εμφάνιση της ασθένειας.
- Ισότητα στην χρήση των υπηρεσιών υγείας:
  - 1) Ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων
  - 2) Άνιση μεταχείριση μεταξύ μη-ίσων αναγκών

### **2.2.1.2. Σύστημα τύπου Bismark**

Η κύρια ιδέα του Bismark είναι η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Οι χώρες που έχουν υιοθετήσει αυτό το σύστημα είναι η Γερμανία, η Γαλλία, η Ελβετία, το Βέλγιο, η Ολλανδία και η Ιαπωνία.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι (44):

- Η κοινωνική ασφάλιση θεωρείται αυτόνομη αρχή (κοινωνική δικαιοσύνη)
- Στόχος των ασφαλιζομένων είναι η διατήρηση της κοινωνικής τους θέσης και την διατήρηση του επιπέδου του εισοδήματός τους.
- Η διοίκηση του συστήματος ανήκει στους κοινωνικούς συνομιλητές δηλ. στους εργαζομένους και στους εργοδότες.
- Κάλυψη στις υπηρεσίες υγείας έχουν μόνο οι εργαζόμενοι και οι οικογένειές τους.
- Χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών
- Το επίπεδο παροχών σχετίζεται με το ύψος του εισοδήματος

### **2.2.1.3. Σύστημα Beveridge**

Οι αρχές αυτού του συστήματος είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στην διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Αυτό το σύστημα λειτουργεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Νέα Ζηλανδία, σε Σκανδιναβικές χώρες, στην Κούβα και στο Hong Kong.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι (44):

- Η προτεραιότητα της εργασίας.
- Στόχος είναι η εγγύηση ενός εθνικού ελάχιστου κοινωνικού επιπέδου διαβίωσης
- Το σύστημα διοικείται από το κράτος ή τους εργαζόμενους.
- Το σύστημα προσφέρει υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες
- Χρηματοδοτείται μέσω προοδευτικής φορολογίας και εισφορών

### **2.2.1.4. Φιλελεύθερο Σύστημα**

Σε αυτό το σύστημα επικρατεί η ελεύθερη επιλογή του κάθε πολίτη εάν θέλει να ασφαλιστεί ή όχι. Στο σύστημα αυτό υπάρχει μεγάλη ανισότητα αφού παρέχει κάλυψη μόνο σε όσους έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν. Το σύστημα αυτό εφαρμόζεται στις ΗΠΑ.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του (42):

- Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται από τους χρήστες, έχοντας πάντοτε υπόψη τις τιμές των υπηρεσιών
- Βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση
- Το κράτος διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία του συστήματος, χωρίς όμως να εμπλέκεται στις συναλλαγές
- Εμφανίζει μεγάλες ανισότητες
- Η χρηματοδότηση προέρχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών

### **2.2.1.5. Το Σύστημα Υγείας της Κύπρου**

Το σύστημα υγείας της Κύπρου αποτελείται από δύο παράλληλα συστήματα, από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Δυστυχώς, στην Κύπρο μέχρι σήμερα δεν υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας. Η απουσία αυτού του συστήματος προκαλεί ανισότητες στην πρόσβαση των πολιτών σε ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες. Τα τελευταία χρόνια γίνονται μελέτες από το Υπουργείο Υγείας για εφαρμογή ενός Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓΕΣΥ), το οποίο θα αρχίσει την εφαρμογή του τον Ιούνιο του 2019. Πρωταρχικός στόχος του ΓΕΣΥ είναι να έχουν πρόσβαση και να μπορούν να απολαμβάνουν όλοι οι πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Το ΓΕΣΥ θα χρηματοδοτείται μέσω μισθολογικών αποκοπών όλων των πολιτών.

#### **2.2.1.5.1. Ιδιωτικός Τομέας**

Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται από άμεσες πληρωμές, είτε από τους ασθενείς, είτε από ασφαλιστικές εταιρίες. Το πιο σημαντικό πλεονέκτημα αυτού του συστήματος είναι η άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες, αποφεύγοντας μεγάλες λίστες αναμονής. Ένα μειονέκτημα του ιδιωτικού τομέα, για τον ασθενή, είναι η άμεση πληρωμή καθώς και η απουσία ελέγχου ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

#### **2.2.1.5.2. Δημόσια Νοσηλευτήρια**

Τα δημόσια νοσηλευτήρια χρηματοδοτούνται σχεδόν αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας έχουν όλοι ανεξαιρέτα οι πολίτες. Μερίδα του πληθυσμού είναι δικαιούχοι δωρεάν περίθαλψης και μια άλλη μερίδα όχι. Οι δικαιούχοι δωρεάν περίθαλψης είναι οι οικογένειες με χαμηλό ετήσιο εισόδημα, όλοι οι δημόσιοι υπάλληλοι, αξιωματικοί και άνδρες του Κυπριακού Στρατού και της Εθνικής Φρουράς και οι συνταξιούχοι.

Λόγω της οικονομικής κρίσης, όλο και περισσότερος κόσμος προσέρχεται στα δημόσια νοσηλευτήρια, όπου έχουν δημιουργηθεί μεγάλες λίστες αναμονής, είτε για εξέταση είτε για επέμβαση.

Με την αναμενόμενη αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο, πρωταρχικός στόχος τους θα είναι η αύξηση των εσόδων και η μείωση των εξόδων. Αυτό είναι εφικτό νοουμένου ότι ο ασθενής είναι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που του προσφέρονται και καταφεύγει συστηματικά γι' αυτές στο συγκεκριμένο νοσηλευτικό ίδρυμα.

### **2.3. Εννοιολογικό πλαίσιο της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής**

Η παρούσα ενότητα θα συνοψίσει τις απόψεις που αναφέρθηκαν στις προηγούμενες ενότητες του κεφαλαίου 2. Αβίαστα προκύπτει ότι υπάρχει συσχετισμός μεταξύ της ικανοποίησης των πελατών/ασθενών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ικανοποίηση ή μη ικανοποίηση του πελάτη/ασθενή, βασίζεται στην προηγούμενη του εμπειρία που είχε από μια υπηρεσία (45). Ο Lewis δηλώνει ότι ο ορισμός της ικανοποίησης του καταναλωτή σχετίζεται άμεσα με μια παροχή κάποιας συγκεκριμένης υπηρεσίας (46). Την καθορίζει δε ως τη διαφορά μεταξύ της αναμενόμενης υπηρεσίας και αυτής που προσφέρθηκε.

Η ικανοποίηση του ασθενή είναι ο παράγοντας κλειδί που δημιουργεί τον υγιή ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Η ικανοποίηση των ασθενών δημιουργείται μέσω συνδυασμού της ανταπόκρισης στις προσδοκίες/ανάγκες του ασθενή και της συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, καθώς επίσης και της συνεχούς βελτίωσης της γενικής σχέσης ιατρών-ασθενών (23).

Οι περισσότερες από τις δημοσιευμένες μελέτες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, έχουν εξετάσει τη διασύνδεση μεταξύ της ποιότητας των υπηρεσιών και της ικανοποίησης (47,48,49,50). Λιγότερες μελέτες έγιναν για διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των τεχνικών και λειτουργικών ποιοτικών διαστάσεων και του επιπέδου ικανοποίησης του ασθενή στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

## Θεωρητικά μοντέλα για την ικανοποίηση ασθενών και την προσβασιμότητα τους στις υπηρεσίες υγείας

### 3.1. Μοντέλο Donabedian για την ικανοποίηση

Η «ποιότητα» αποτελεί μια ανθρώπινη αναζήτηση από τους αρχαίους χρόνους. Το πολυδιάστατο περιεχόμενο της ποιότητας διαμορφώνεται από τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες κάθε εποχής. Η κοινωνική σκοπιά της ποιότητας αποβλέπει στην ανάγκη κάθε ατόμου για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Το πολιτισμικό στοιχείο της ποιότητας αποτελεί μια απαραίτητη παράμετρο, καθώς αυτή επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τις πολιτισμικές αξίες της εποχής. Η οικονομική διάσταση της ποιότητας προσδιορίζει τον λειτουργικό της ρόλο και αναφέρεται στους φορείς παραγωγής υπηρεσιών (51).

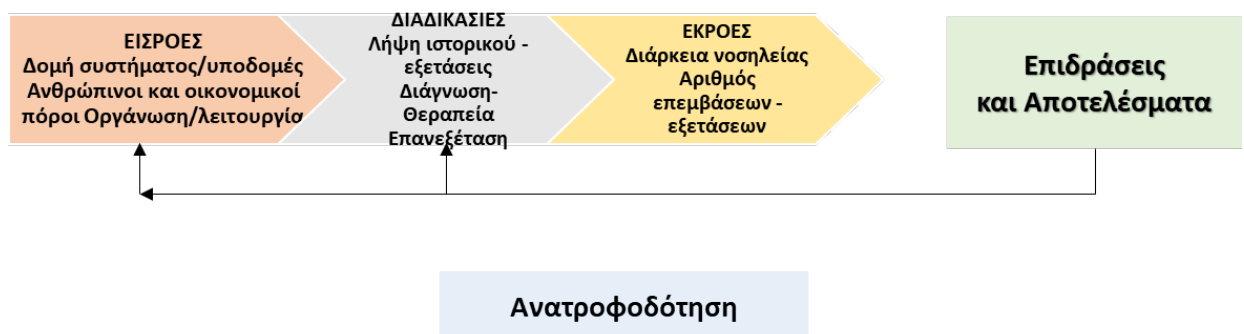
Η ποιότητα και η διασφάλιση της στις υπηρεσίες υγείας είναι ένα από τα κύρια μελήματα των παροχέων υγείας.

Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων στα ερεθίσματα που λαμβάνει από τις υπηρεσίες υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και ακριβώς μετά την παραμονή του στο νοσοκομείο (52).

Οι λόγοι για τους οποίους η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντική είναι πολλοί (53):

- Βοηθά στην κατανόηση των γενικότερων αντιλήψεων του ασθενή όπως και στον προσδιορισμό και την ανάλυση των αναγκών, των προσδοκιών και των επιθυμιών του.
- Είναι μια αντικειμενική πληροφορία για την επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Αρκετοί ασθενείς δεν εκφράζουν τα παράπονα τους από τις υπηρεσίες υγείας γιατί δεν πιστεύουν ότι θα υπάρξουν διορθωτικά μέτρα.
- Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να προσδιορίσει πιθανές ευκαιρίες στην αγορά υπηρεσιών υγείας.

Το 1966, ο AvedisDonabedian ήταν ο πρώτος που εισηγήθηκε ότι η ικανοποίηση είναι δείκτης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ο Donabedian πίστευε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι και η άποψη του για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνει και συνδέεται με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς (27). Ο Donabedian κατέγραψε και ανέλυσε τις προσέγγισης και διαμόρφωσε τα πλαίσια διασφάλισης της ποιότητας στο τρίπτυχο “sound structures, good processes and suitable outcomes” δηλαδή σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα (27,51,53) για την αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης και της ικανοποίησης των ασθενών (Εικόνα 2).



Πηγή: Κουκουφιλίππου Ι., Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το Ελληνικό νοσοκομείο (54)

**Εικόνα 2.** Σχηματική απεικόνιση της προσέγγισης του Donabedian

Αν και το άρθρο του Donabedian είχε δημοσιοποιηθεί πολύ πριν την δημιουργία ηλεκτρονικών καρτών, παρόλα αυτά, τονίζει την δυσκολία παροχής ποιοτικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης με την απουσία ιατρικού αρχείου. Τονίζει επίσης την σημαντικότητα αντιπροσωπευτικών δειγμάτων και ξεκάθαρων προτύπων/ πρωτοκόλλων.

Στο μοντέλο αυτό τονίζεται επίσης η σημαντικότητα της ενσωμάτωσης της πρόληψης, της θεραπείας, του συντονισμού, της συνεχιζόμενης παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή, της οικονομικής αποτελεσματικότητας και των κοινωνικών αξιών.

Το 1990 ο Donabedian, περιέγραψε τους επτά πυλώνες της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών (55):

**1) Αποτελεσματικότητα (efficacy):**

Αποτελεσματικότητα είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας και ευεξίας του ασθενούς ως αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας

**2) Αποδοτικότητα (efficiency):**

Αποδοτικότητα είναι η ικανότητα να αποκτηθεί η μέγιστη βελτίωση της υγείας με το μικρότερο κόστος.

**3) Βελτιστοποίηση (optimality):**

Η βελτιστοποίηση είναι η ισορροπία ανάμεσα στο κόστος για την παροχή της φροντίδας και στο όφελος που θα προκύψει.

**4) Αποδοχή (acceptability):**

Η αποδοχή είναι ο σεβασμός στις ανάγκες, προσδοκίες και επιθυμίες του ασθενούς.

**5) Νομιμότητα (legitimacy):**

Η νομιμότητα είναι οι προτιμήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

## **6) Ισότητα (equity):**

Η ισότητα είναι η κατανομή της φροντίδας και των επιδράσεων της στην υγεία.

## **7) Κόστος (cost):**

Αυτός ο παράγοντας, περιγράφει την διαρκή προσπάθεια για την καλύτερη αξιοποίηση των πόρων, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η πιο ιδανική αναλογία κόστους και οφέλους.

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται σε όλα τα επίπεδα και τις επιμέρους υπηρεσίες υγείας, είναι θέμα ορθής οργάνωσης και λειτουργίας. Η υπάρχουσα γνώση και εμπειρία και τα συστήματα ποιότητας μπορούν να αποτελέσουν πολύτιμα εργαλεία για κάθε υπεύθυνο μάνατζερ ο οποίος μπορεί να αξιολογήσει την ποιότητα, να εντοπίσει προβλήματα και σημεία προς βελτίωση και να διασφαλίσει τη διαρκή βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας με παράλληλη αύξηση της ικανοποίησης των πολιτών, στόχους απόλυτα συμβατούς με κάθε πρόγραμμα ποιοτικής αναβάθμισης (55).

Ταυτόχρονα όμως είναι και θέμα ηθικό, αφού εμπεριέχει παραμέτρους όπως ο σεβασμός της ανθρώπινης ζωής, η ισότιμη συμμετοχή των πολιτών, η κοινωνική αποδοχή και η υπευθυνότητα των επαγγελματιών υγείας. Σε αυτή τη διάσταση δόθηκε περισσότερη έμφαση, δεδομένου ότι η ποιότητα αντανάκλα, στους σκοπούς και στις αξίες ενός συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος, της κοινωνίας και της πολιτείας στην οποία λειτουργεί αυτό το σύστημα. Η διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας απαιτεί δέσμευση της ηγεσίας και προϋποθέτει όραμα, επίκεντρο του οποίου είναι ο ασθενής ή ο χρήστης και επιθυμητή έκβαση η ικανοποίηση του (55).

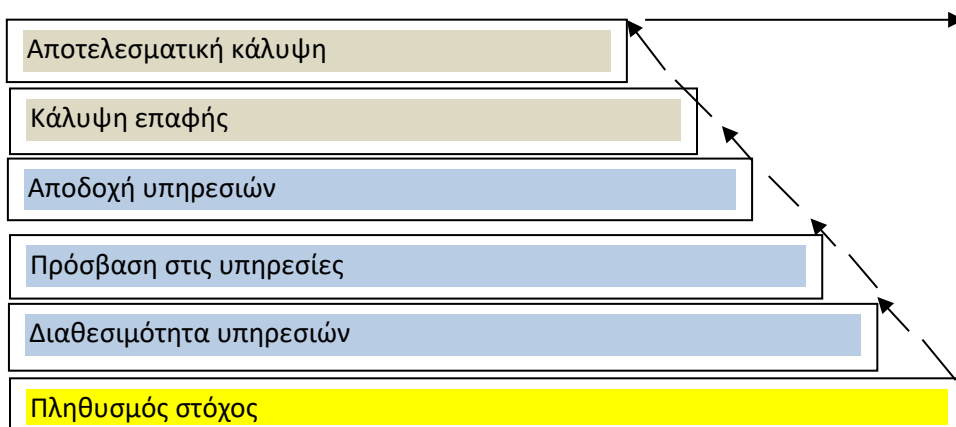
## **3.2. Μοντέλο Tanahashi για την προσβασιμότητα**

Το 1978, ο ΠΟΥ υιοθέτησε το μοντέλο Tanahashi για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας των χωρών, καθώς και την αξιοποίηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων. Το μοντέλο αυτό δεν περιορίζεται σε μια μόνο συγκεκριμένη διάσταση της παροχής υγειονομικής φροντίδας, αλλά εκτείνεται σε όλες τις φάσεις της διαδρομής των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με αυτό το

θεωρητικό πλαίσιο, οι πολίτες κατά τη διαδρομή τους μέσα στο σύστημα υγείας για την αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας, περνούν από τα πέντε διαδοχικά σημαντικά επίπεδα, μέχρι να καλυφθούν με αποτελεσματικό τρόπο (Εικόνα 3) (56,57).

Η διερεύνηση της διαδρομής των ασθενών βάση αυτού του μοντέλου είναι πολύ χρήσιμη. Το μοντέλο αυτό προσδιορίζει την αλληλεπίδραση των ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας από την πρώτη τους επαφή μέχρι και το τέλος, όπου θα δοθεί η κατάλληλη θεραπεία. Η διαδρομή αυτή μπορεί να περάσει και από διάφορα εμπόδια μέχρι να μπορέσει να δοθεί η πιο αποτελεσματική υγειονομική φροντίδα (56,57).

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο του Tanahashi, μπορούν να καθοριστούν τα σημεία πρόσβασης στα οποία θα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις που θα έχουν σαν στόχο την άμβλυνση των ανισοτήτων στην υγεία, καθώς πλέον θα είναι γνωστές οι πληθυσμιακές ομάδες που επωφελούνται ή όχι από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες και προγράμματα (56,57).



Πηγή: Reaching Universal Health Coverage through District Health System Strengthening: Using a modified Tanahashi model sub-nationally to attain equitable and effective coverage (58)

### Εικόνα3. Το μοντέλο Tanahashi

Τα πέντε στάδια κάλυψης του Tanahashi (Πίνακας 2):

#### 1) Διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας:

Σε αυτό το στάδιο, συμπεριλαμβάνονται οι κτιριακές υποδομές, ο εξοπλισμός, τα φάρμακα και ο αριθμός των εργαζομένων οι οποίοι χρειάζονται για την αποτελεσματική λειτουργικότητα των υπηρεσιών. Η διαθεσιμότητα αυτών των

παραγόντων ορίζει την ποσότητα των υπηρεσιών που μπορεί να είναι διαθέσιμα στον πληθυσμό στόχο. Η αναλογία μεταξύ αυτού του στόχου και του πληθυσμού στόχου, ορίζεται ως διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας (57).

## **2) Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας:**

Ακόμη και αν όλες οι κατάλληλες υποδομές είναι διαθέσιμες, οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να βρίσκονται σε εύλογη απόσταση για να μπορέσει να επωφεληθεί ο πληθυσμός στόχος. Εδώ υπάρχει περιορισμός στην δυνατότητα προσφοράς υπηρεσιών υγείας με τον μειωμένο αριθμό πληθυσμού που μπορεί να προσέλθει, λόγω π.χ. οικονομικών δυσκολιών για την μεταφορά τους. Η κάλυψη που προσφέρεται εδώ ονομάζεται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (57).

## **3) Αποδοχή υπηρεσιών υγείας:**

Όταν καταστούν οι υπηρεσίες υγείας προσβάσιμες, πρέπει να είναι και αποδεκτές από τον πληθυσμό στόχο. Αυτή η «αποδοχή» από τον πληθυσμό επηρεάζεται από παράγοντες όπως το κόστος της υπηρεσίας και από κοινωνικούς παράγοντες. Η αποδοχή των υπηρεσιών υγείας από τον πληθυσμό στόχο είναι ένα ακόμη βήμα μπροστά στην προσφορά υπηρεσιών. Εδώ οι υπηρεσίες υγείας είναι περιορισμένες από το ποσοστό του πληθυσμού που θέλει να τις χρησιμοποιήσει και ονομάζεται αποδοχή υπηρεσιών υγείας (57).

## **4) Κάλυψη επαφής:**

Το επόμενο στάδιο στην πρόσβαση είναι η άμεση επαφή του πληθυσμού στόχου με τις υπηρεσίες υγείας. Ο αριθμός των ασθενών που επισκέπτονται τους παρόχους υγείας είναι η ένδειξη της αποδοτικότητας των υπηρεσιών. Η αναλογία μεταξύ αυτού του παράγοντα και του μεγέθους του πληθυσμού στόχου ονομάζεται κάλυψη επαφής (57).

## **5) Αποτελεσματική κάλυψη:**

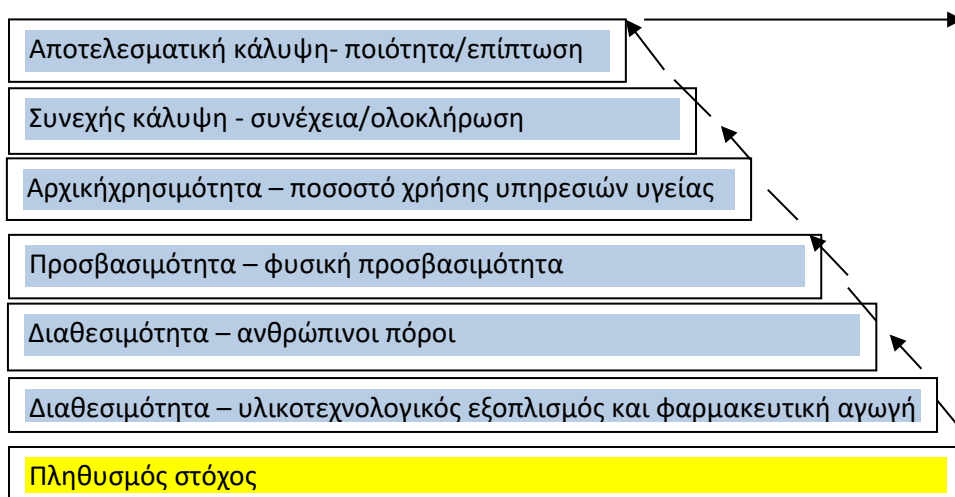
Η επαφή μεταξύ του παρόχου υγείας και του ασθενή δεν συνεπάγεται πάντοτε με την πλήρη ίαση του ασθενούς, ούτε και με την αποδοτικότητα του συστήματος. Για τον λόγο αυτό, πρέπει να καθοριστεί ένα πρότυπο το οποίο να χαρακτηρίζεται ως ικανοποιητικό. Ο αριθμός των ασθενών οι οποίοι έχουν γίνει δέκτες αυτού του «ικανοποιητικού» προτύπου ονομάζεται αποτελεσματική κάλυψη (57).

<b>1) Διαθεσιμότητα</b>	Ανθρώπινοι πόροι, διαθεσιμότητα των υγειονομικών εγκαταστάσεων και του υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού
<b>2) Πρόσβαση</b>	- Φυσική προσβασιμότητα - Οικονομική προσιτότητα
<b>3) Αποδοχή</b>	Ορίζει το πώς αποδέχονται τις υπηρεσίες οι πολίτες
<b>4) Κάλυψη επαφής</b>	Η πραγματική επαφή μεταξύ παρόχων των υπηρεσιών και πολιτών. Καθορίζει και την μελλοντική συμπεριφορά των πολιτών όταν υπάρξει ανάγκη χρήσης τους
<b>5) Αποτελεσματική κάλυψη</b>	Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι πολίτες

Πηγή: Πασσά Γ., Διερεύνηση των εμπειριών και των απόψεων πολιτών που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες ως προς την πλοήγηση τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα (56).

## Πίνακας 2. Τα στάδια κάλυψης του Tanahashi και οι επιμέρους πτυχές τους

Το 2013, η UNICEF επαναπροσδιόρισε το μοντέλο Tanahashi για πιο αποτελεσματική κάλυψη του πληθυσμού. Η UNICEF δημιούργησε το Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB), για να εντοπισθούν τα εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την επίλυσή τους (Εικόνα 3).



Πηγή: O'Connell T., Sharkey A., Reaching Universal Health Coverage through District Health System Strengthening: Using a modified Tanahashi model sub-nationally to attain equitable and effective coverage (58).

## Εικόνα 3. Τροποποιημένο μοντέλο Tanahashi

**1) Διαθεσιμότητα βασικών υλικοτεχνολογικών και φαρμακευτικών πόρων**

Το στάδιο αυτό αντιπροσωπεύει τη διαθεσιμότητα βασικών φαρμακευτικών σκευασμάτων, εμβολίων, κ.α., σε ικανοποιητικές ποσότητες για την κάλυψη του πληθυσμού στόχου. Η διαθεσιμότητα αυτών των σκευασμάτων είναι πολύ σημαντική για την διατήρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (58).

**2) Διαθεσιμότητα ανθρώπινων πόρων**

Δεν είναι αρκετό να υπάρχει ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας, αλλά πιο σημαντικό είναι οι παροχείς υγείας να είναι εκπαιδευμένοι και εξειδικευμένοι για να μπορούν να προσφέρουν ποιοτικές και αποτελεσματικές υπηρεσίες. Αυτό προϋποθέτει η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας να εκτελεί ελέγχους, αλλά επίσης να δίνει κίνητρα στο προσωπικό για την σωστή και αποτελεσματική εκτέλεση των καθηκόντων του (58).

**3) Προσβασιμότητα – Φυσική**

Στο σημείο αυτό λαμβάνονται υπόψη οι παράγοντες που επηρεάζουν την φυσική πρόσβαση του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να είναι η απόσταση, ο χρόνος που χρειάζεται ο ασθενής για να φτάσει στις υπηρεσίες, οι διαθέσιμες συγκοινωνίες / μεταφορικό μέσο (58).

**4) Αρχική χρησιμότητα**

Η αρχική χρησιμότητα είναι η πρώτη επαφή του ασθενή με τις υπηρεσίες υγείας. Σε αυτή τη διάσταση υπάρχουν αρκετά κενά, δηλαδή, μεταξύ της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών και της πρώτης επαφής. Παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό το κενό είναι για παράδειγμα το φύλο, κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, τοποθεσία (58).

**5) Συνεχής κάλυψη**

Στο σημείο αυτό δίνεται έμφαση στην αναγκαιότητα της συνεχούς κάλυψης. Παράδειγμα αυτού του σημείου είναι ο συνεχής προγεννητικός έλεγχος μέχρι τον τοκετό. Επίσης σημαντική είναι η καταλληλότητα των υπηρεσιών για παροχή φροντίδας, δηλαδή, η καταλληλότητα του προσωπικού αλλά και των εγκαταστάσεων (58).



**6) Αποτελεσματική κάλυψη**

Ο όρος αποτελεσματική κάλυψη περιγράφει την ποιότητα των υπηρεσιών να παρέχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, με την χρήση των ελάχιστων δυνατών πόρων (58).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

## Μεθοδολογία

### 4.1. Σκοπός της μελέτης και τα ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή έχει σκοπό να αξιολογήσει την ικανοποίηση και τις εμπειρίες που ένοιωθαν οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη από την επίσκεψή τους στην Οφθαλμολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και του Νοσοκομείου Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ από τον Φεβρουάριο μέχρι και τον Απρίλιο του 2018 και την αξιολόγηση της προσβασιμότητας στην Κλινική, όπως αυτή αξιολογήθηκε από τους ασθενείς.

Σε αυτή την μεταπτυχιακή διατριβή, το κύριο εργαλείο για την συλλογή δεδομένων ήταν ένα ερωτηματολόγιο 47 ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο ήταν αυτοσυμπληρούμενο, συμπληρωνόταν δηλαδή από τους ίδιους του ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη κατά την διάρκεια της επίσκεψης τους στην Οφθαλμολογική Κλινική.

Έχοντας τονίσει την σημαντικότητα της ικανοποίησης των ασθενών και την ευκολία με την οποία έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, και συγκεκριμένα στην Οφθαλμολογική κλινική των κρατικών νοσοκομείων Λευκωσίας, με την διατριβή αυτή, θα μπορούν να αξιολογηθούν οι απόψεις των ασθενών για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Με τον τρόπο αυτό, θα μπορέσουν να διαπιστωθούν τα δυνατά σημεία αλλά και τα αδύνατα σημεία των υπηρεσιών, και με τις απαραίτητες αλλαγές να γίνει μια προσπάθεια βελτίωσης.

### **4.1.1. Ειδικότεροι στόχοι**

Να καταγραφούν:

- Η ικανοποίηση και οι εμπειρίες των ασθενών από την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού
- Η ικανοποίηση και οι εμπειρίες των ασθενών από την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού
- Η ικανοποίηση και οι εμπειρίες των ασθενών για το εάν τους προσφέρονται καινοτόμες θεραπείες
- Η προσβασιμότητα των ασθενών στο νοσηλευτήριο – πόσο χρόνο χρειάστηκαν για να προσέλθουν στο νοσηλευτήριο
- Η προσβασιμότητα των ασθενών στο νοσηλευτήριο όσον αφορά στον χρόνο αναμονής για το ραντεβού τους και εάν είχαν την δυνατότητα εξέτασης χωρίς προγραμματισμένο ραντεβού.

## **4.2. Πληθυσμός – Δείγμα**

Στην παρούσα διατριβή συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη οι οποίοι προσήλθαν στην Οφθαλμολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και του Νοσοκομείου Αρχ. Μακαρίου ΙΙΙ Λευκωσίας από τον Φεβρουάριο μέχρι και τον Απρίλιο του 2018. Στην Οφθαλμολογική Κλινική εξετάζονται περίπου 200 ασθενείς ημερησίως. Απ' αυτούς τους ασθενείς ένα σημαντικό ποσοστό αποτελείται από ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2.

Το δείγμα της μεταπτυχιακής διατριβής αποτελείται από 400 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

Πρόκειται για δειγματοληψία κατά συστάδες (cluster sampling) καθώς αποτελείται μόνο από ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη οι οποίοι επισκέφθηκαν την Οφθαλμολογική Κλινική στο προκαθορισμένο διάστημα των 3 μηνών.

## 4.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Σε αυτό το σημείο θα συζητηθούν τα κριτήρια εισδοχής στο δείγμα της μεταπτυχιακής διατριβής και η δομή του ερωτηματολογίου.

### 4.3.1. Κριτήρια επιλογής δείγματος

Τα κριτήρια εισδοχής στο δείγμα της διατριβής:

- Ασθενείς με διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, τύπου 2 ή σακχαρώδη διαβήτη κύησης
- Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη οι οποίοι είχαν εξετασθεί στην Οφθαλμολογική Κλινική κατά την διάρκεια Φεβρουαρίου μέχρι και Απριλίου 2018

Τα κριτήρια αποκλεισμού από το δείγμα της διατριβής:

- Ασθενείς χωρίς σακχαρώδη διαβήτη
- Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη οι οποίοι δεν εξετάστηκαν την προαναφερθείσα χρονική περίοδο

Το δείγμα αυτό δεν είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού και τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν γιατί το δείγμα είναι πολύ μικρό και επίσης αντιπροσωπεύουν μόνο τους ασθενείς μίας μόνο επαρχίας. Καθότι τα νοσοκομεία στα οποία έγινε η έρευνα είναι δημόσια, δεν συμπεριλαμβάνονται ασθενείς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, όπου στην πλειονότητα τους είναι ασθενείς πιο υψηλής κοινωνικό-οικονομικής τάξης.

### 4.3.2. Ερωτηματολόγιο

Σε αυτή την μεταπτυχιακή διατριβή, το κύριο εργαλείο για την συλλογή δεδομένων είναι ένα δομημένο ερωτηματολόγιο 47 ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των Kaitelidou D., Economou Ch., Galani P., (2019) και προσαρμόστηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης από την ερευνήτρια (59).

Το ερωτηματολόγιο ήταν αυτοσυμπληρούμενο, συμπληρωνόταν δηλαδή από τους ίδιους του ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη κατά την διάρκεια της επίσκεψης τους στην Οφθαλμολογική Κλινική στην αίθουσα αναμονής. Η συμπλήρωση έγινε με απόλυτη εμπιστευτικότητα και διασφαλίστηκε η ανωνυμία των ασθενών. Στην αρχή του κάθε ερωτηματολογίου γινόταν αναφορά για τον σκοπό της μελέτης. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 100%.

Για τη χρήση του ερωτηματολογίου έχει ληφθεί η άδεια από τους δημιουργούς.

#### **4.3.2.1. Δομή ερωτηματολογίου**

Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο 47 ερωτήσεων το οποίο αποτελείται από 4 ενότητες.

Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά στα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς. Εδώ ο ασθενής καταγράφει τα προσωπικά του δεδομένα.

Η δεύτερη ενότητα αφορά στα κλινικά στοιχεία του ασθενούς. Ο ασθενής καλείτε να δώσει πληροφορίες για την συχνότητα με την οποία επισκέπτεται τον οφθαλμίατρο του.

Η τρίτη ενότητα αφορά στην προσβασιμότητα των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας.

Η τέταρτη ενότητα αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

##### **4.3.2.1.1. Ερωτήσεις με το μοντέλο Donabedian**

###### **1) Δομή**

Οι ερωτήσεις 18 – 23, αφορούν την ικανοποίηση του ασθενούς όσον αφορά στον ιατρό του. Ζητείται από τον ασθενή να αξιολογήσει τον ιατρό του στο αν του δίνει αναλυτικές και κατανοητές για τον ίδιο πληροφορίες για την πάθηση του, εάν τον συμβουλεύει πως να βελτιώσει την υγεία του, εάν παρακολουθεί την πορεία της

πάθησης του, εάν ακούει προσεκτικά τις απορίες του, εάν γνωρίζει τα αποτελέσματα των προηγούμενων εξετάσεων του και εάν λαμβάνει υπόψιν του τα άλλα φάρμακα του.

Οι ερωτήσεις 25 – 27 αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό, εάν δηλαδή τους άκουγαν προσεκτικά, εάν τους εξηγήθηκε αναλυτικά η εξέταση τους και εάν ήταν ευγενικό μαζί τους.

Οι ερωτήσεις 28 – 31 αφορούν την συμπεριφορά του ιατρού με τον ασθενή. Εδώ ο ασθενής καλείται να απαντήσει εάν ο ιατρός του ήταν ευγενικός, εάν άκουγε με προσοχή, εάν τον κοιτούσε όταν του μίλαγε και εάν ρωτούσε για την κατάσταση της υγείας του.

Η ερώτηση 46 δίνει μία γενική εντύπωση του ασθενή ως προς τον ιατρό του. Η ερώτηση αφορά στο εάν ο ασθενής θα σύστηνε τον οφθαλμίατρο του σε άλλους διαβητικούς ασθενείς. Ο ασθενής έμμεσα, καλείται να βαθμολογήσει τον ιατρό του και έτσι μας δίνει ένδειξη για το πόσο ικανοποιημένος νοιώθει από τον ιατρό του.

## **2) Διαδικασία**

Η ερώτηση 39 αφορά στη διάρκεια της εξέτασης του ασθενούς από τον οφθαλμίατρο του.

Η ερώτηση 47 αφορά στην αντίληψη του ασθενή εάν έχει πρόσβαση σε καινοτόμα ή και αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του κρατικού νοσηλευτηρίου.

### **4.3.2.1.2. Ερωτήσεις με το μοντέλο Tanahashi**

#### **1) Διαθεσιμότητα**

Οι ερωτήσεις 16 και 33 αφορούν στο εάν ο ασθενής προσήλθε για εξέταση με προγραμματισμένο ραντεβού ή όχι και εάν έχει την δυνατότητα να εξετασθεί χωρίς προγραμματισμένο ραντεβού.

Η ερώτηση 17 αφορά στην ευκολία με την οποία ο ασθενής μπορεί να επικοινωνήσει με τον οφθαλμίατρο του μέσω τηλεφώνου.

Οι ερωτήσεις 32 και 35 αφορά στις ώρες λειτουργίας και εάν αυτές εξυπηρετούν τους ασθενείς ή εάν θα τους εξυπηρετούσαν καλύτερα τις απογευματινές ώρες.

## **2) Προσβασιμότητα**

Η ερώτηση 14 αφορά στη συχνότητα με την οποία ο ασθενής επισκέπτεται τον οφθαλμίατρο του.

Οι ερωτήσεις 34 και 36 αφορούν στην απόσταση και τον απαραίτητο χρόνο που χρειάστηκε ο ασθενής για να προσέλθει στο νοσηλευτήριο.

Οι ερωτήσεις 40 και 41 αφορούν στο κατά πόσο ο ασθενής δεν προσήλθε σε κάποιο προγραμματισμένο του ραντεβού, και για ποιο λόγο.

## **3) Αρχική χρησιμότητα**

Η ερώτηση 12 αφορά στο πότε ήταν η πρώτη φορά που επισκέφθηκε ο ασθενής τον οφθαλμίατρο του, αφού έγινε η διάγνωση με διαβήτη.

## **4) Συνεχής κάλυψη**

Η ερώτηση 24 αφορά στο εάν ο οφθαλμίατρος έχει πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενή.

Οι ερωτήσεις 43 και 45 αφορούν στην άποψη του ασθενή για την συνεχή ενημέρωση των ιατρών του για την κατάσταση της υγείας του.

## **5) Αποτελεσματική κάλυψη**

Η ερώτηση 37 αφορά στις λίστες αναμονής και τον χρόνο που χρειάστηκε ο ασθενής να περιμένει για το ραντεβού του.

## **4.4. Διαδικασία**

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη οι οποίοι προσήλθαν στην Οφθαλμολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και του Νοσοκομείου Αρχ. Μακαρίου III Λευκωσίας από τον Φεβρουάριο μέχρι και τον Απρίλιο του 2018.

Πρόκειται για δειγματοληψία κατά συστάδες (cluster sampling), καθώς αποτελείται μόνο από ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη οι οποίοι επισκέφθηκαν την Οφθαλμολογική Κλινική Λευκωσίας στο προκαθορισμένο διάστημα των 3 μηνών.

Οι ασθενείς ενημερωνόταν για τους σκοπούς της μεταπτυχιακής διατριβής και καλούνταν να συμπληρώσουν όσοι επιθυμούσαν το ερωτηματολόγιο (σε εθελοντική βάση) κατά την στιγμή της εξόδου τους από το νοσοκομείο. Το ερωτηματολόγιο το συμπλήρωναν οι ασθενείς μόνοι τους ώστε να διασφαλισθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αντικειμενικότητα στις απαντήσεις τους.

### **4.4.1. Περιορισμοί μεταπτυχιακής διατριβής**

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υπάρχει περιορισμός της έρευνας γιατί συμπεριλήφθηκε μόνο ένα μικρό ποσοστό του γενικού πληθυσμού. Επίσης, επειδή η έρευνα για την μεταπτυχιακή διατριβή διενεργήθηκε σε κρατικό νοσοκομείο, όπου συνήθως δεν προσέρχονται εύπορα άτομα, τα οποία συνήθως έχουν καλύτερη κατάσταση υγείας, η έρευνα αυτή δεν μπορεί να είναι αντιπροσωπευτική του πληθυσμού.

Ένας άλλος περιορισμός είναι ότι η διατριβή πραγματοποιήθηκε σε μία επαρχία. Έτσι το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού και δεν μπορούν να γενικευτούν πέραν του συγκεκριμένου δείγματος.

## **4.5. Ηθικές προεκτάσεις**

Η άδεια υλοποίησης της μεταπτυχιακής διατριβής και η έγκριση δόθηκε από την διοίκηση του Κρατικού Νοσηλευτηρίου.



Τα άτομα στα οποία ζητήθηκε να συμμετάσχουν είναι μόνο ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη οι οποίοι επισκέφθηκαν την Οφθαλμολογική Κλινική κατά την περίοδο Φεβρουαρίου μέχρι και Απριλίου 2018. Αυτοί οι ασθενείς είχαν το δικαίωμα μη συμμετοχής στην μελέτη εάν δεν το επιθυμούσαν. Είχε ζητηθεί απ' όλους τους ασθενείς να υπογράψουν έντυπο συγκατάθεσης. Οι ασθενείς απάντησαν ελεύθερα, χωρίς πίεση χρόνου.

## **4.6. Ανάλυση δεδομένων**

Για την ανάλυση δεδομένων ακολουθήθηκαν τρία στάδια επεξεργασίας:

- 1) Αξιολογήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια όσον αφορά στην αρτιότητα και την σωστή συμπλήρωση τους.
- 2) Τα δεδομένα αποθηκεύτηκαν σε βάση δεδομένων.
- 3) Τα δεδομένα αναλυθήκαν και επεξεργάστηκαν με την χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## Αποτελέσματα

### 5.1. Δημογραφικά στοιχεία

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 400 ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη που συμμετείχαν στην έρευνα της μεταπτυχιακής διατριβής (Πίνακας 3).

Από τους 400 συμμετέχοντες, οι 393 (98.3%) ήταν Κύπριοι και οι 7 (1.8%) κατάγονταν από άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από αυτούς όλους, οι 191 (47.8%) ήταν άντρες και οι 209 (52.3%) ήταν γυναίκες.

Όσο αφορά στην ηλικία, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ηλικίας μεταξύ 71 μέχρι 80 χρονών. Αναλυτικότερα 2 (0.5%) είχαν ηλικία μέχρι 20 ετών, 7 (1.8%) ήταν ηλικίας από 21- 40 ετών, 40 (10%) ήταν ηλικίας 41 – 60, 134 (33.5%) ήταν ηλικίας 61 – 70, 182 (45.5%) ήταν ηλικίας 71 – 80 και 35 (8.8%) ήταν ηλικίας άνω των 81 ετών.

Εν συνεχεία βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό διαμένουν με τον/την σύντροφο τους και τα παιδιά τους 291 (72.8%), ακολουθούν αυτοί που διαμένουν μόνοι τους 61 (15.3%), αυτοί που διαμένουν με τον/την σύντροφο τους 43 (10.8%) και τέλος, αυτοί που διαμένουν με τους γονείς τους 5 (1.3%).

Επιπλέον το μεγαλύτερο ποσοστό έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό 132 (33%), ακολουθούν αυτοί που έχουν τελειώσει το γυμνάσιο 63 (15.8%), αυτοί που δεν έχουν τελειώσει το δημοτικό 58 (14.4%), αυτοί που τελείωσαν το λύκειο 48 (12%), οι

απόφοιτοι πανεπιστημίου 45 (11.3%), απόφοιτοι τεχνικών σχολών 38 (9.5%) και τέλος οι απόφοιτοι κολεγίου 16 (4%).

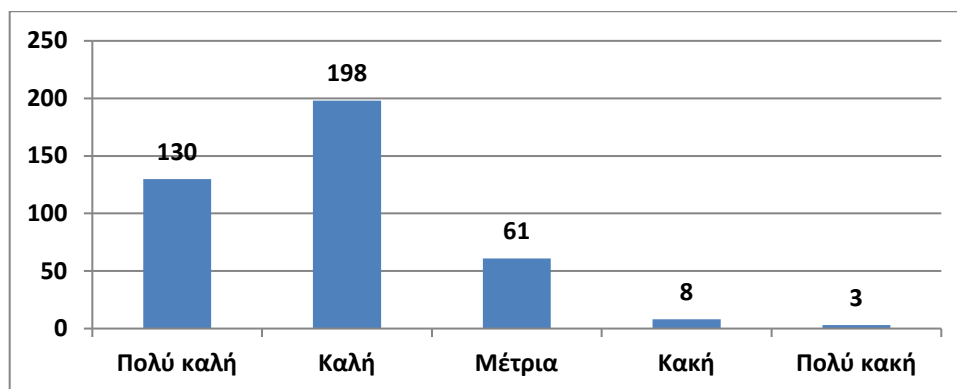
Όσο αφορά στην εργοδότηση τους, το μεγαλύτερο ποσοστό 311 (77.8%) λαμβάνουν σύνταξη γήρατος, ακολουθούν οι εργοδοτούμενοι 38 (9.5%), οι αυτοεργοδοτούμενοι 21 (5.3%), οι άνεργοι 15 (3.8%), αυτοί που λαμβάνουν σύνταξη ανικανότητας 7 (1.8%) και στο τέλος αυτοί που φοιτούν σε σχολείο/πανεπιστήμιο 4 (1%) και οι οικοκυρές 4 (1%).

		N	%
<b>Φύλο</b>	Άντρας	191	47,8
	Γυναίκα	209	52,3
<b>Ηλικία</b>	Μέχρι 20	2	0,5
	21 – 40	7	1,8
	41 – 60	40	10
	61 - 70	134	33,5
	71 – 81	182	45,5
	81 και άνω	35	8,8
<b>Τόπος γέννησης</b>	Κύπρος	393	98,3
	Άλλη χώρα ΕΕ	7	1,8
<b>Κατάσταση διαμονής</b>	Διαμένω με τον/την σύζυγο/σύντροφο μου	43	10,8
	Διαμένω με τον/την σύζυγο/σύντροφο μου και τα παιδιά μου	291	72,8
	Διαμένω με τους γονείς μου	5	1,3
	Διαμένω μόνος/ή	61	15,3
<b>Εκπαίδευση</b>	Δεν τελείωσα το δημοτικό	58	14,5
	Δημοτικό	132	33,0
	Γυμνάσιο	63	15,8
	Λύκειο	48	12,0
	Τεχνική σχολή	38	9,5
	Κολλέγιο	16	4,0
	Πανεπιστήμιο	45	11,3
<b>Εργασία</b>	Εργοδοτούμενος	38	9,5
	Άνεργος	15	3,8
	Αυτοεργοδοτούμενος	21	5,3
	Φοιτώ σε σχολείο/πανεπιστήμιο	4	1,0
	Σύνταξη ανικανότητας	7	1,8
	Οικοκυρά	4	1,0
	Σύνταξη γήρατος	311	77,8

**Πίνακας 3 .** Δημογραφικά στοιχεία των 400 συμμετεχόντων

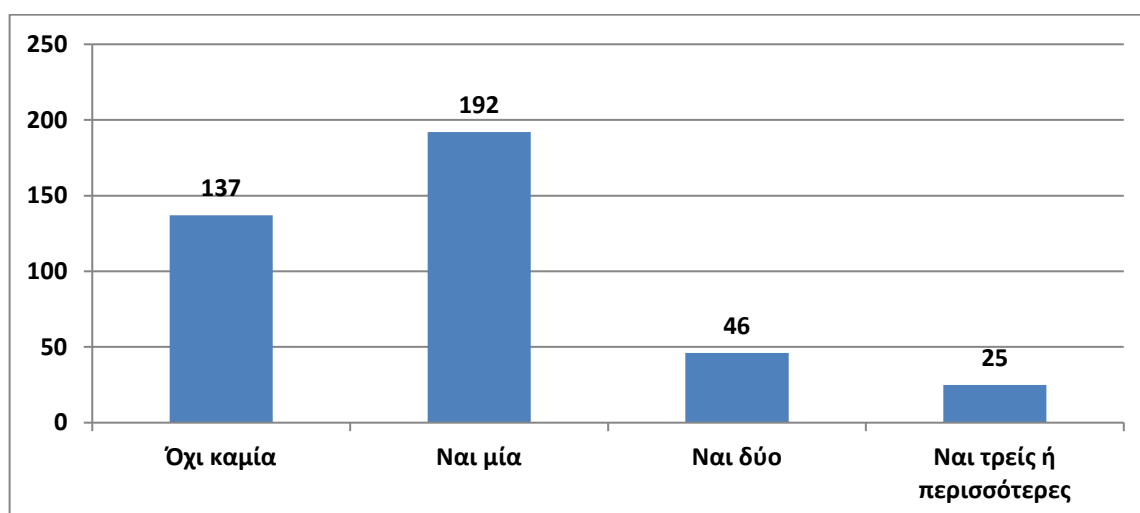
## 5.2. Ερωτήσεις για τα κλινικά στοιχεία του ασθενούς

Στην ερώτηση 7 του ερωτηματολογίου για το πώς θα χαρακτήριζαν την υγεία τους, το πιο μεγάλο ποσοστό των διαβητικών ασθενών την χαρακτήρισε ως καλή 198 (49.5%), ακολουθεί το πολύ καλή 130 (32.5%), μέτρια 61 (15.3%), κακή 8 (2%) και πολύ κακή 3 (0.8%) (Διάγραμμα1).



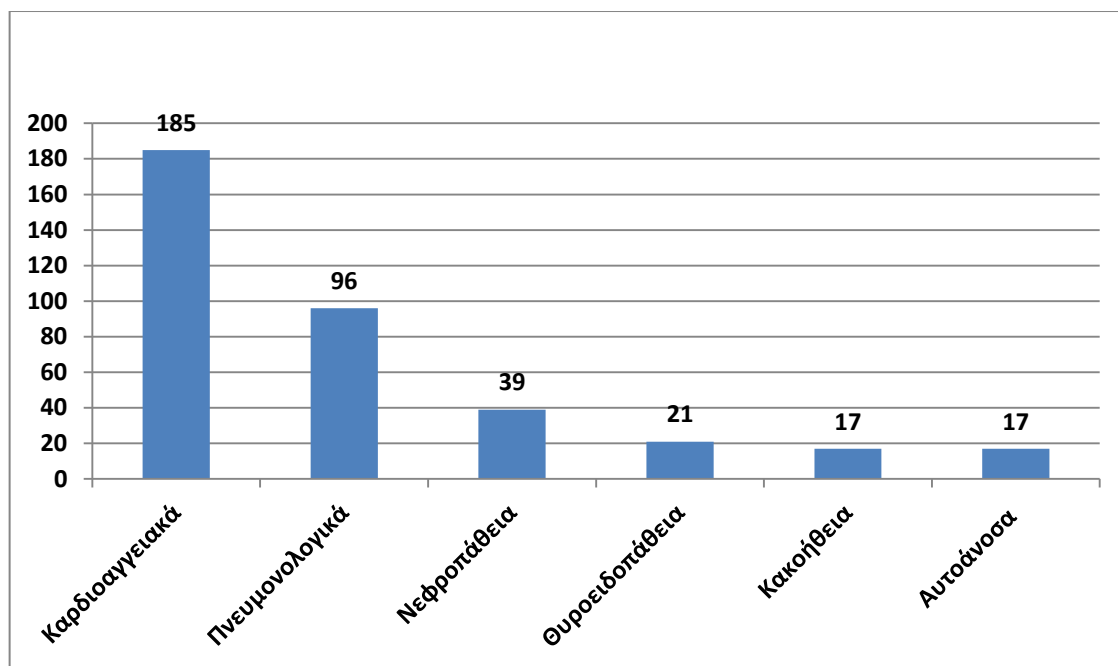
**Διάγραμμα1.** Κατάσταση της υγείας

Η ερώτηση 8 αφορά στον αριθμό των χρόνιων παθήσεων εκτός του διαβήτη που μπορεί να έχουν οι ασθενείς. Το πιο μεγάλο ποσοστό των ασθενών, 192 (48%) απάντησε θετικά σε ακόμη μία χρόνια ασθένεια, ακολουθούν οι ασθενείς που δεν αναφέρουν καμία άλλη ασθένεια 137 (34.3%), οι ασθενείς με ακόμη δύο παθήσεις 46 (11.5%) και οι ασθενείς με τρεις ή περισσότερες παθήσεις 25 (6.3%) (Διάγραμμα 2).



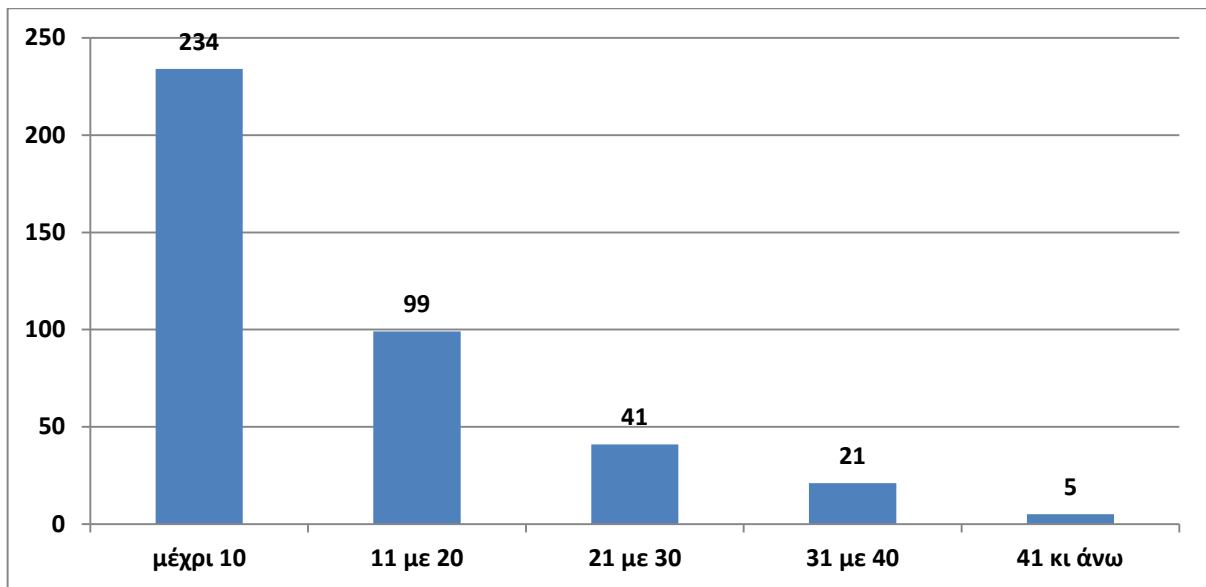
**Διάγραμμα 2.** Άλλες χρόνιες παθήσεις

Η ερώτηση 9 αφορά στο ποιες είναι οι άλλες παθήσεις από τις οποίες υποφέρουν οι ασθενείς. Το πιο μεγάλο ποσοστό των ασθενών είχε καρδιαγγειακά προβλήματα 185 (46.3%), ακολουθούν τα πνευμονολογικά νοσήματα 96 (24%), νεφροπάθεια 39 (9.8%), θυροειδοπάθειες 21 (5.3%) και τέλος οι κακοήθειες 17 (4.3%) και τα αυτοάνοσα νοσήματα 17 (4.3%) (Διάγραμμα 3).



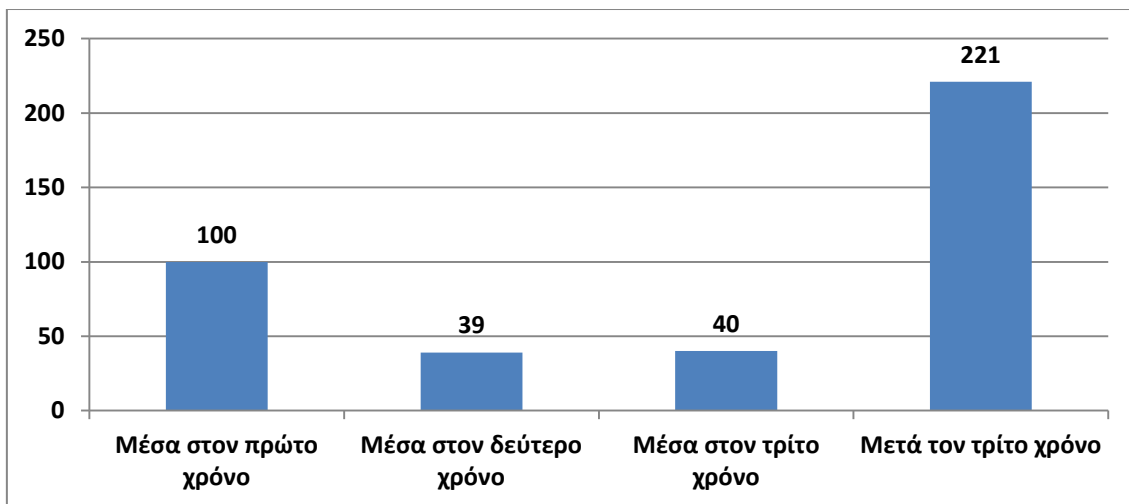
**Διάγραμμα 3.** Από ποιες άλλες χρόνιες παθήσεις πάσχουν οι ασθενείς

Η ερώτηση 11 εστιάζει στο πριν πόσα χρόνια οι ασθενής έχουν διαγνωσθεί με διαβήτη. Το πιο μεγάλο ποσοστό 234 (58.5%) απάντησαν 6 - 10 χρόνια, ακολουθούν 99 (24.8%) με 11 - 20 χρόνια, 41 (10.3%) με 21 - 30 χρόνια, 21 (5.3%) με 31 - 40 χρόνια και 5 (1.3%) με 41 χρόνια και άνω (Διάγραμμα 4).



**Διάγραμμα 4 .** Χρόνια τα οποία οι ασθενείς έχουν Σακχαρώδη Διαβήτη

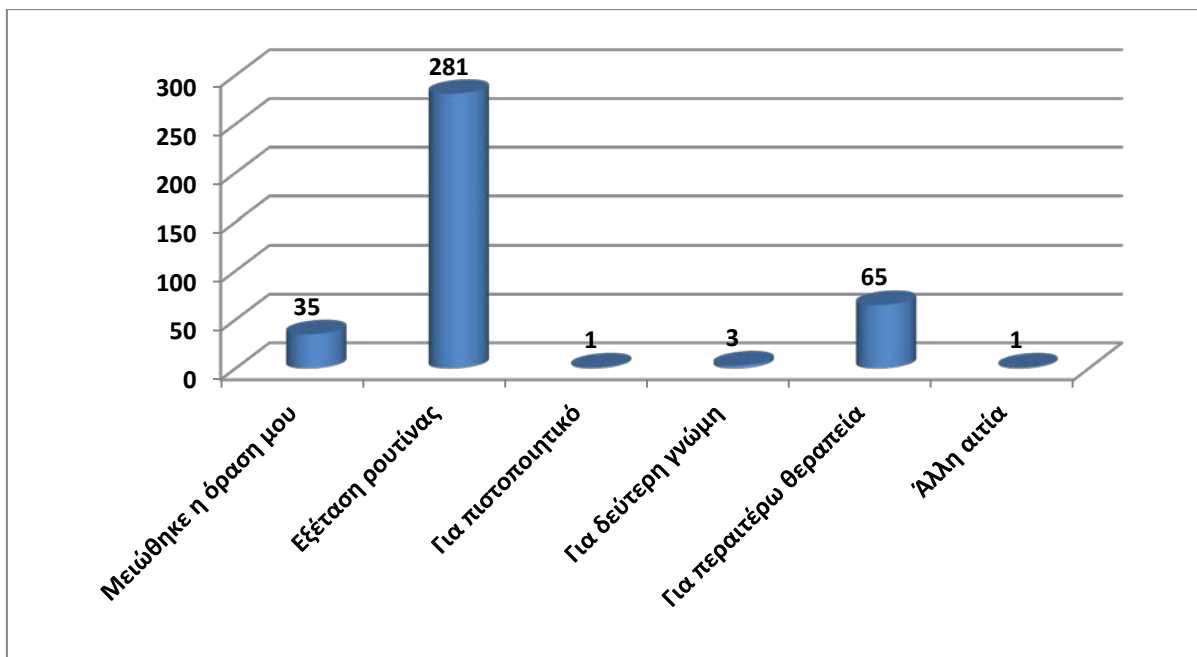
Η ερώτηση 12 εξετάζει πόσο καιρό μετά την διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη, ο ασθενής επισκέφθηκε τον οφθαλμίατρο του. Το πιο μεγάλο ποσοστό απάντησε μετά τον τρίτο χρόνο 221 (55.3%), ακολουθούν μέσα στον πρώτο χρόνο 100 (25%), μέσα στον τρίτο χρόνο 40 (10%) και μέσα στον δεύτερο χρόνο 39 (9.8%) (Διάγραμμα 5).



**Διάγραμμα 5.** Επίσκεψη στον οφθαλμίατρο μετά την διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη

Η ερώτηση 15 διερευνά τον λόγο για τον οποίο ο ασθενής επισκέφθηκε το οφθαλμίατρο του. Η πλειοψηφία, 281 (70.3%), απάντησε ότι προσήλθε για εξέταση ρουτίνας, ακολουθούν 65 (16.3%) για περαιτέρω θεραπεία, 35 (8.8%) λόγω μειωμένης όρασης, 3

(0.8%) για δεύτερη γνώμη και 1 (0.3%) για πιστοποιητικό τυφλότητας και 1 (0.3%) για άλλη αιτία (Διάγραμμα 6).



**Διάγραμμα 6.** Λόγοι για επίσκεψη σε οφθαλμίατρο

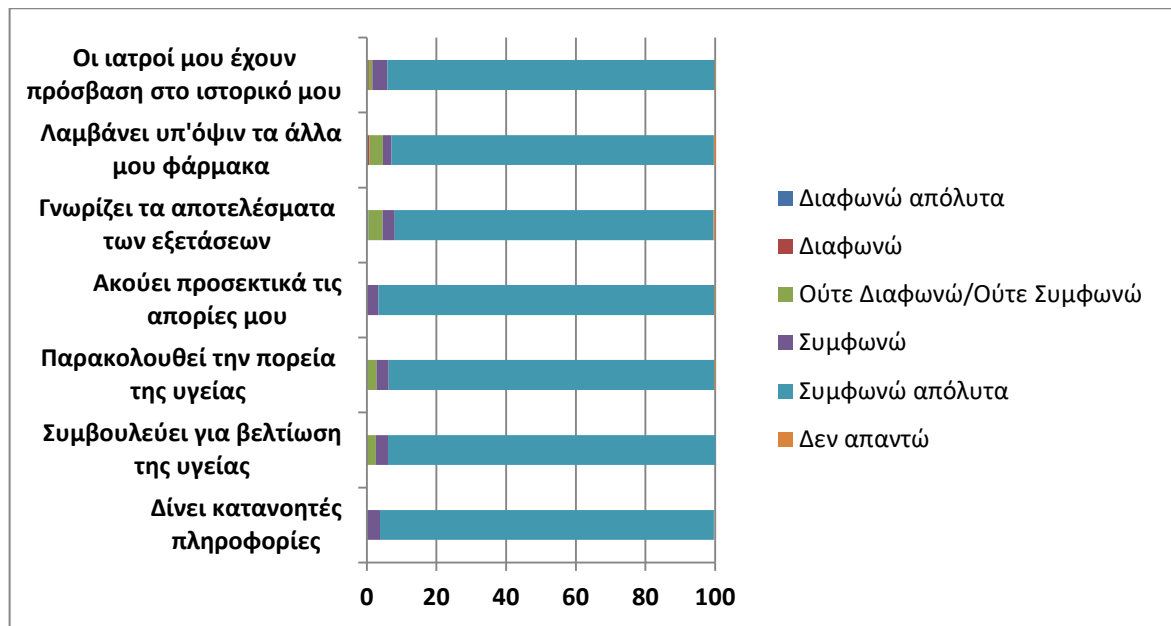
### **5.3. Ερωτήσεις για την ικανοποίηση και τις εμπειρίες του ασθενή**

Οι ερωτήσεις 18 – 24 αφορούν την ικανοποίηση του ασθενή όσον αφορά στον ιατρό του (Πίνακας 4 και Διάγραμμα 7).



	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν απαντώ
18. Δίνει κατανοητές πληροφορίες	0	0	0	3,8%	95,8%	0
19. Συμβουλεύει για βελτίωση της υγείας	0	0,3%	2,3%	3,5%	94%	0
20. Παρακολουθεί την πορεία της υγείας μου	0	0	2,8%	3,5%	93,5%	0,3%
21. Ακούει προσεκτικά τις απορίες μου	0	0	0	3,3%	96,5%	0,3%
22. Γνωρίζει τα αποτελέσματα των εξετάσεών μου	0,5%	0	4%	3,5%	91,5%	0,5%
23. Λαμβάνει υπόψιν τα άλλα μου φάρμακα	0	0,8%	3,8%	2,5%	92,5%	0,5%
24. Οι ιατροί μου έχουν πρόσβαση στο ιστορικό μου	0,3%	0,3%	1%	4,3%	94%	0,3%

**Πίνακας 4.** Κατανομή ποσοστών των ερωτήσεων 18 – 24 για την ικανοποίηση των ασθενών από τον ιατρό τους



**Διάγραμμα 7.** Συγκριτικό ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών βαθμού ικανοποίησης των ασθενών στις ερωτήσεις 18 – 24.

Οι ερωτήσεις 28 – 31 αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών από την συμπεριφορά του οφθαλμίατρου τους κατά την διάρκεια της εξέτασης τους (Πίνακας 5).

Στοιχείο	Ναι	Όχι
Ήταν ευγενικός	100%	0%
Άκουγε με προσοχή	100%	0%
Με κοιτούσε όταν του μιλούσα	100%	0%
Ρωτούσε για την κατάσταση της υγείας μου	99,5%	0,5%

**Πίνακας 5.** Κατανομή ποσοστών των ερωτήσεων 28 – 31 για την ικανοποίηση των ασθενών από την συμπεριφορά του οφθαλμίατρου τους.

Οι ερωτήσεις 25 – 27 αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με τον/την νοσηλευτή/τρια (Πίνακας 6).

Στοιχείο	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν απαντώ
25. Με ακούει προσεκτικά	0%	0%	1%	2,3%	96,5%	0,3%
26. Μου εξηγεί αναλυτικά την εξέταση/θεραπεία μου	0%	0,3%	0,5%	2,8%	96,5%	0%
27. Είναι ευγενικός/ή μαζί μου	0%	0%	0,3%	2,3%	97,5%	0%

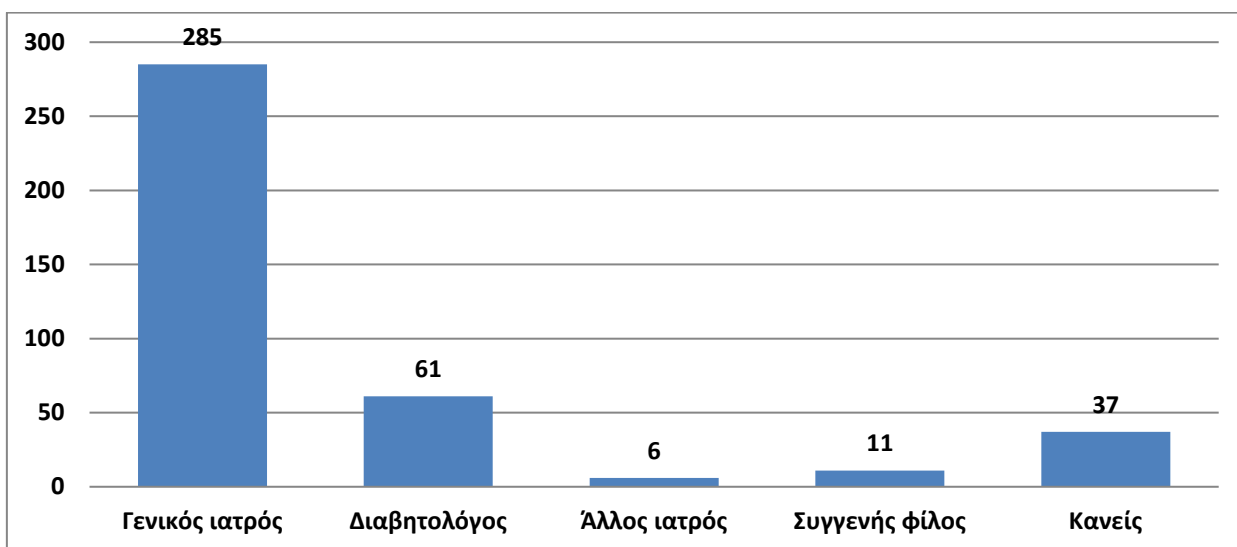
**Πίνακας 6.** Κατανομή ποσοστών των ερωτήσεων 25 – 27 για την ικανοποίηση των ασθενών από την συμπεριφορά του/της νοσηλευτή/τριας.

Στην ερώτηση 46 ζητείται από τον ασθενή να αξιολογήσει κατά πόσο θα σύστηνε τον οφθαλμίατρο του και σε άλλους διαβητικούς ασθενείς. Σε αυτή την ερώτηση, οι ασθενείς αξιολόγησαν χρησιμοποιώντας την κλίμακα Likert με το μηδέν σημαίνοντας ότι δεν θα σύστηναν τον οφθαλμίατρο τους, και το δέκα ότι θα τον σύστηναν. Από τους 400 ασθενείς, οι 397 βαθμολόγησαν με 10 και μόνο τρεις έδωσαν χαμηλότερη βαθμολογία με τον αριθμό επτά η πιο χαμηλή.

## 5.4. Ερωτήσεις για την προσβασιμότητα των ασθενών

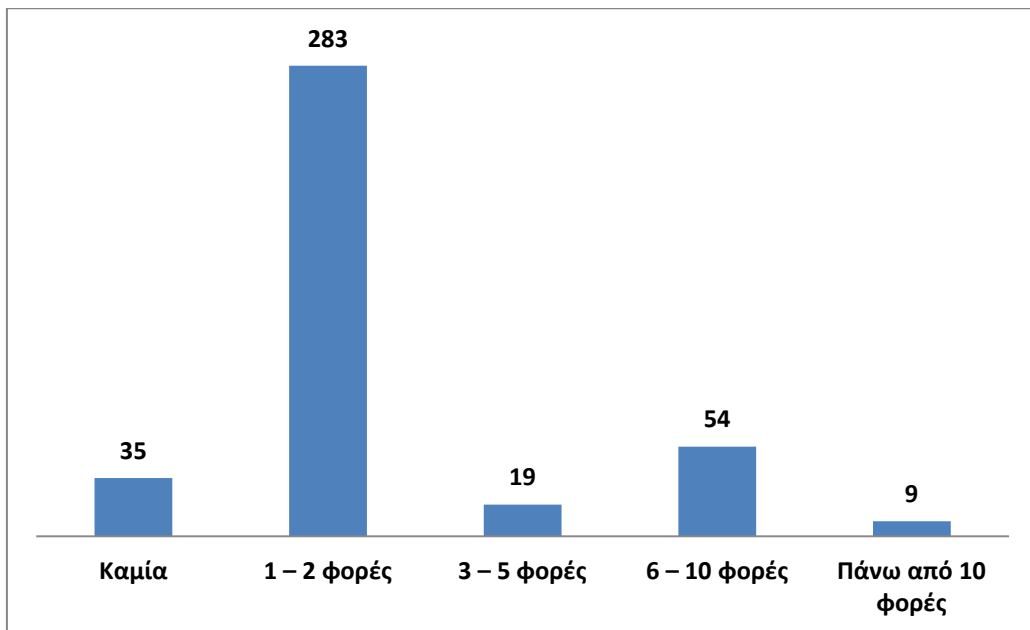
Η ερώτηση 10 εξετάζει εάν ο ασθενής έχει πρόσβαση σε οικογενειακό ιατρό τον οποίο μπορεί να συμβουλευθεί πρώτα για τα θέματα υγείας που τον απασχολούν. Οι 393 (98.3%) απάντησαν θετικά και μόνο 7 (1.8%) απάντησαν αρνητικά.

Στην ερώτηση 13 ζητείται από τον ασθενή να δηλώσει ποιος του συνέστησε να επισκεφθεί τον οφθαλμίατρο του μετά την διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη. Το πιο μεγάλο ποσοστό των ασθενών απάντησαν ότι τους συνέστησε ο γενικός ιατρός τους 285 (71.3%), ακολουθούν ο διαβητολόγος 61 (15.3%), κανείς 37 (9.3%), συγγενής ή φίλος 11 (2.8%) και τέλος, άλλος ιατρός 6 (1.5%) (Διάγραμμα 8).



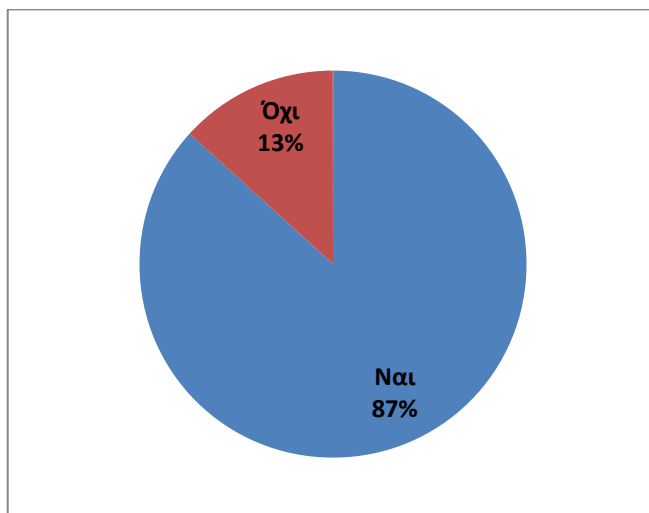
**Διάγραμμα 8.** Ποιος συνέστησε οφθαλμολογική εξέταση

Οι ερωτήσεις 14 και 42 αφορούν την συχνότητα των επισκέψεων του ασθενή στον οφθαλμίατρο του (Πίνακας 15). Το πιο μεγάλο ποσοστό ασθενών, 283 (70.8%) δήλωσε 1 – 2 φορές, ακολουθούν 54 (13.5%) με 6 – 10 φορές, 35 (8.8%) με καμία επίσκεψη, 19 (4.8%) με 3 – 5 φορές και 9 (2.3%) με πάνω από 10 φορές των χρόνων (Διάγραμμα 9).



**Διάγραμμα 9.** Συχνότητα των επισκέψεων του ασθενή στον οφθαλμίατρο του κατά την διάρκεια ενός έτους

Στην ερώτηση 16 οι ασθενείς απαντούν στο εάν είχαν, την ημέρα της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου προγραμματισμένο ραντεβού στον οφθαλμίατρο. Θετικά απάντησαν 347 (86.8%) και αρνητικά 53 (13.3%) (Διάγραμμα 10).



**Διάγραμμα 10.** Διάγραμμα κατανομής των ασθενών με προγραμματισμένο ραντεβού

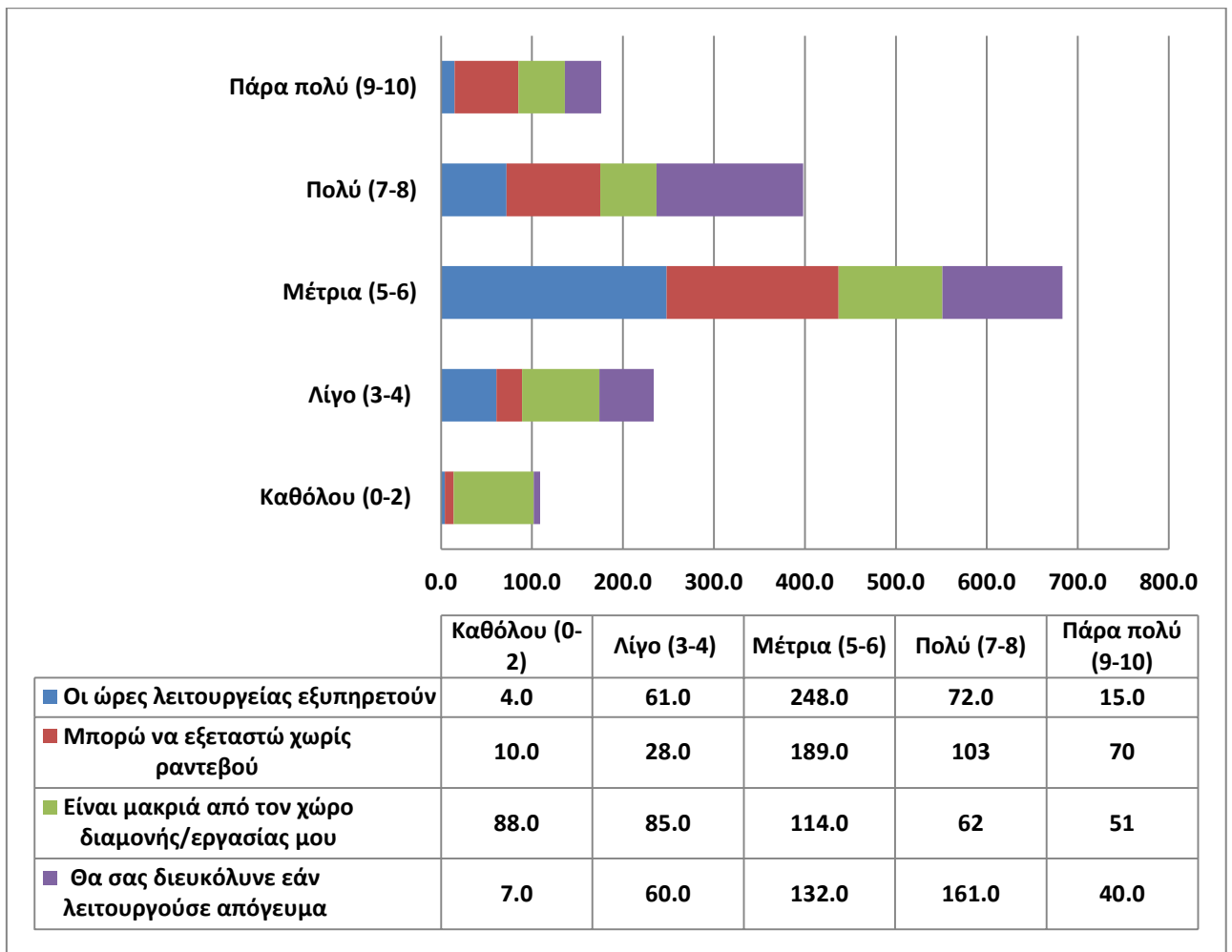
Οι ερωτήσεις 32 - 35 αφορούν το νοσηλευτήριο που επισκέφθηκε ο ασθενής. Σε αυτή την ερώτηση, οι ασθενείς αξιολόγησαν χρησιμοποιώντας την κλίμακα Likert με το μηδέν σημαίνοντας ότι δεν θα σύστηναν των οφθαλμίατρο τους, και το δέκα ότι θα τον σύστηναν. Για την απλοποίηση της κλίμακας βαθμολογήθηκαν οι απαντήσεις 0 – 2 ως καθόλου, οι απαντήσεις 3 – 4 ως λίγο, 5 – 6 ως μέτρια, 7 – 8 ως πολύ και τέλος, 9 – 10 ως πάρα πολύ.

Στην ερώτηση 32, στο εάν οι ώρες λειτουργίας εξυπηρετούν, 248 απάντησαν ότι εξυπηρετούνται σε μέτριο βαθμό, ακολουθούν 72 που εξυπηρετούνται πολύ, 61 που εξυπηρετούνται λίγο 15 που εξυπηρετούνται πάρα πολύ και 4 που δεν εξυπηρετούνται καθόλου (Διάγραμμα 11).

Στην ερώτηση 33 εάν μπορούν να εξεταστούν χωρίς ραντεβού, 189 (47.3%) απάντησαν πως είναι μέτρια ευχαριστημένοι στο εάν θα μπορούσαν να εξεταστούν χωρίς ραντεβού, ακολουθούν 103 (25.8%) που είναι πολύ θετικοί, 70 (17.5%) που είναι πάρα πολύ θετικοί, 28 (7%) που είναι λίγο θετικοί και τέλος, 10 (2.5%) που δεν είναι καθόλου θετικοί στην δυνατότητα να εξεταστούν χωρίς ραντεβού (Διάγραμμα 11).

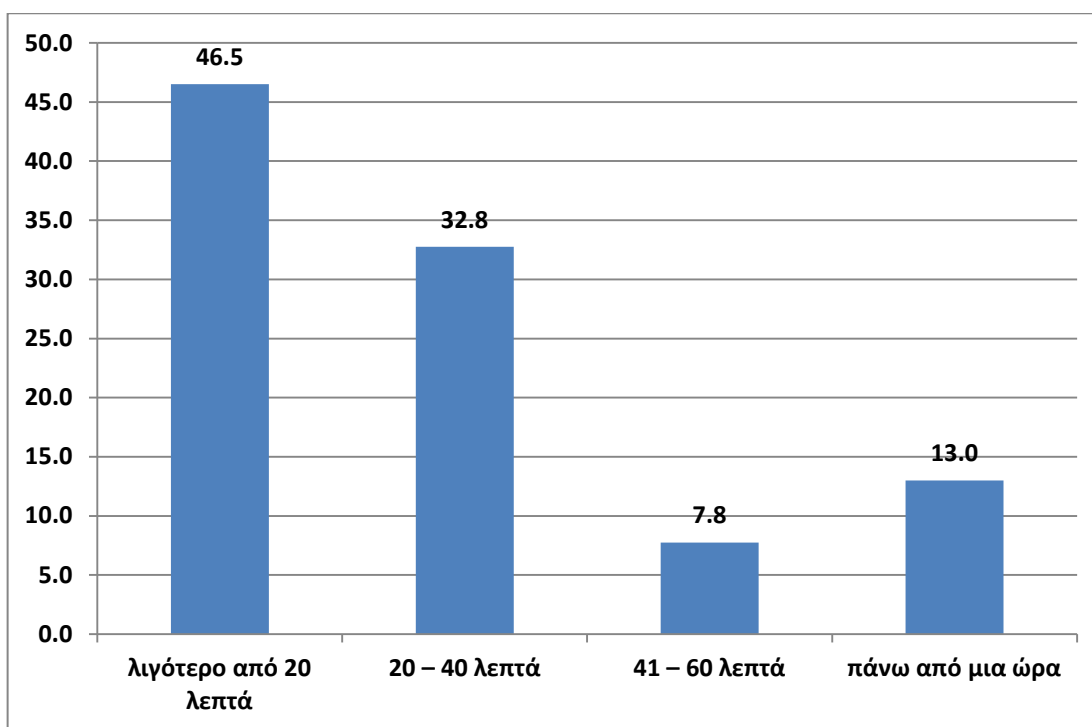
Η ερώτηση 34 αφορά στην απόσταση του νοσηλευτηρίου από τον τόπο διαμονής ή εργασίας του ασθενή. Η πλειοψηφία των ασθενών, 114 (28.5%) απάντησαν ότι η απόσταση είναι μέτρια, ακολουθούν 88 (22%) με καθόλου απόσταση, 85 (21.3%) με λίγη απόσταση, 62 (15.5%) με πολλή απόσταση και τέλος 51 (12.8%) με πάρα πολλή απόσταση από το νοσηλευτήριο (Διάγραμμα 11).

Η ερώτηση 35 αφορά στη διευκόλυνση των ασθενών εάν λειτουργούσε τις απογευματινές ώρες. Οι πλειοψηφία των ασθενών, 161 (40.3%) τόνισαν ότι θα τους βόλευε πολύ, ακολουθούν 132 (33%) που θα τους βόλευε μέτρια, 60 (15%) θα τους βόλευε λίγο, 40 (10%) που θα τους βόλευε πάρα πολύ και 7 (1.8%) που δεν θα τους βόλευε καθόλου η απογευματινή εξέταση (Διάγραμμα 11).



**Διάγραμμα 11.** Συγκριτικό ραβδόγραμμα κατανομής βαθμού προσβασιμότητας των ασθενών στις ερωτήσεις 32 – 35.

Η ερώτηση 36 αφορά στην ώρα που χρειάστηκε ο ασθενής για να προσέλθει στην εξέταση του. Οι πιο πολλοί ασθενείς, 186 (46.5%) χρειάστηκαν λιγότερο από 20 λεπτά, ακολουθούν 131 (32.8%) με 20 – 40 λεπτά, 52 (13%) πάνω από μία ώρα και τέλος 31 (7.8%) χρειάστηκαν 41 – 60 λεπτά (Διάγραμμα 12).



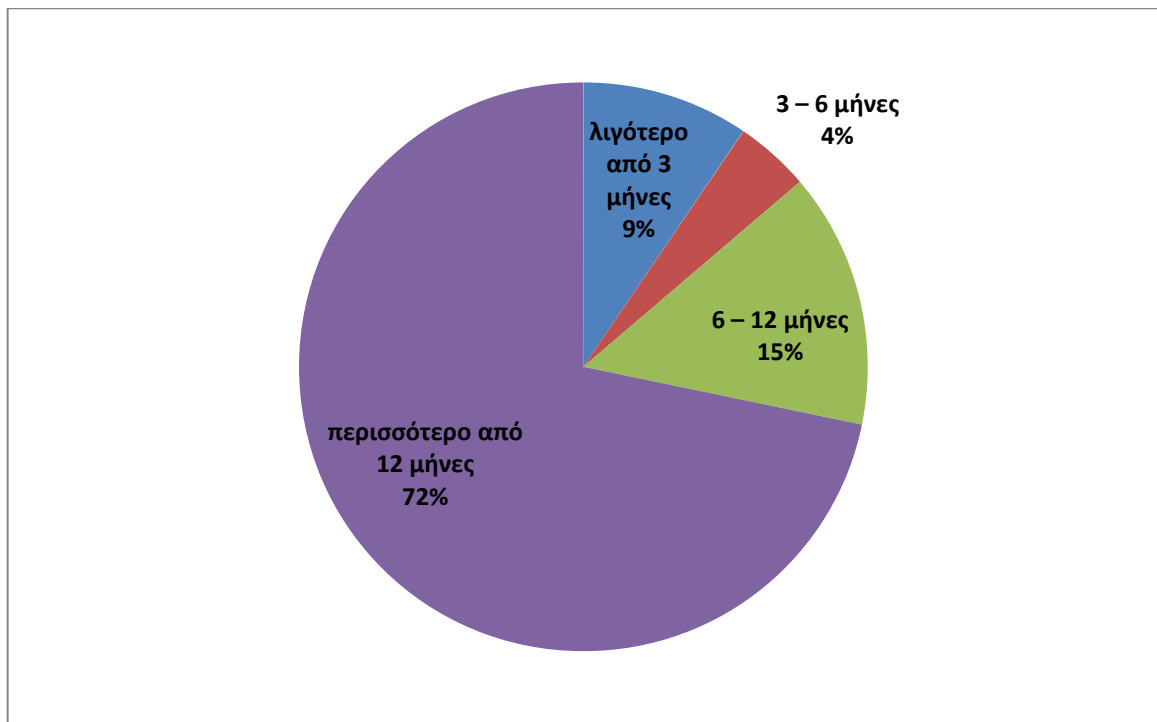
**Διάγραμμα 12.** Κατανομή ποσοστών για την ώρα που χρειάστηκε για να προσέλθουν στο νοσηλευτήριο

Η ερώτηση 40 αφορά στο εάν ο ασθενής ανάβαλε ή δεν προσήλθε για προγραμματισμένη οφθαλμολογική εξέταση του τελευταίου 12 μήνες. Οι πιο πολλοί ασθενείς, 331 (82.8%) δήλωσαν πως δεν είχαν ακυρώσει ραντεβού. Μόνο 69 (17.3%) ασθενείς δήλωσαν ακύρωση του ραντεβού τους.

Η ερώτηση 41 είναι συνέχεια της ερώτησης 40, η οποία ζητά τον λόγο που δεν προσήλθαν οι ασθενείς στο ραντεβού τους. Από τους 65 που απάντησαν ότι δεν προσήλθαν στο ραντεβού τους, 38 (9.5%) δεν προσήλθαν λόγω έλλειψης χρόνου ή λόγω προβλήματος υγείας, 23 (5.8%) δεν προσήλθαν λόγω του ότι ξέχασαν το ραντεβού τους, 6 (1.5%) δεν είχαν μεταφορικό μέσο και τέλος 2 (0.5%) δεν προσήλθαν για άλλους λόγους.

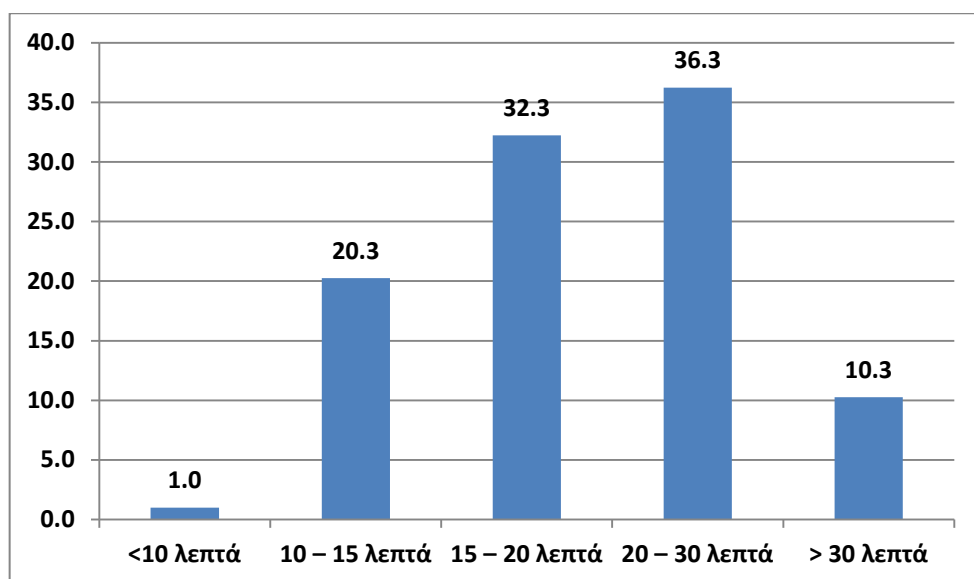
Η ερώτηση 37 αφορά στον καιρό αναμονής του ασθενή για το προγραμματισμένο του ραντεβού, όπου 287 (71.8%) ασθενείς περίμεναν περισσότερο από 12 μήνες, ακολουθούν 58 (14.5%) με αναμονή 6 – 12 μήνες, 38 (9.5%) με λιγότερο από 3 μήνες και 17 (4.3%) με αναμονή 3 – 6 μήνες (Διάγραμμα13).





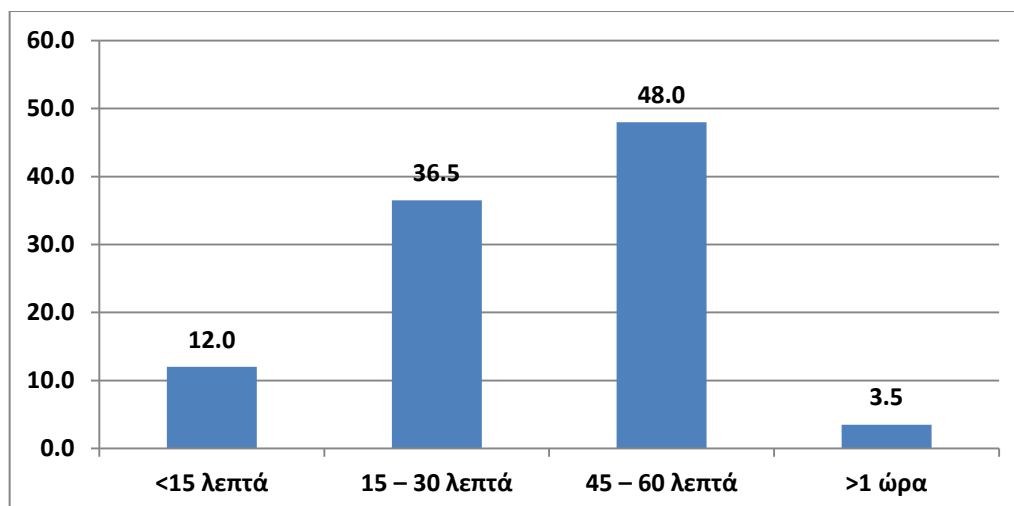
**Διάγραμμα 13.** Διάγραμμα ποσοστιαίας κατανομής για τον χρόνο αναμονής για το προγραμματισμένο ραντεβού

Η ερώτηση 38 αφορά στη διάρκεια της οφθαλμολογικής εξέτασης του ασθενή. Οι πιο πολλοί ασθενείς 145 (36.3%) δήλωσαν ότι η εξέταση τους διήρκεσε 20 – 30 λεπτά, ακολουθούν 129 (32.3%) με 15 – 20 λεπτά, 81 (20.3%) με 10 – 15 λεπτά, 41 (10.3%) με περισσότερο από 30 λεπτά και 4 (1%) με λιγότερο από 10 λεπτά (Διάγραμμα 14).



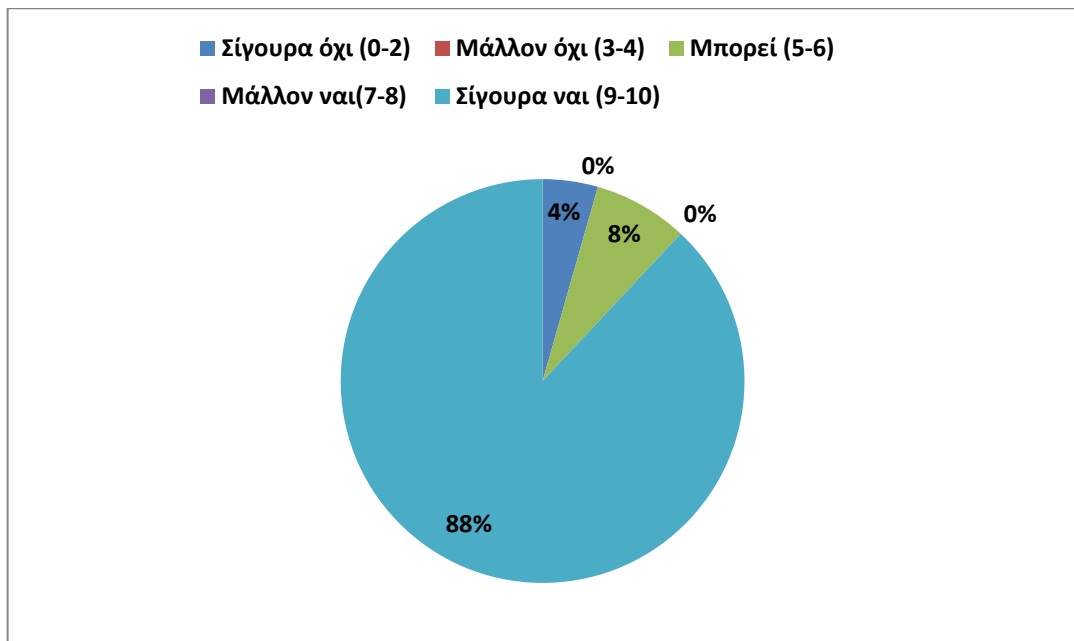
**Διάγραμμα 14.** Κατανομή ποσοστών του χρόνου εξέτασης.

Η ερώτηση 39 αφορά στη διάρκεια της αναμονής του ασθενή από την ώρα που έφθασε στο νοσηλευτήριο μέχρι να γίνει η εξέταση του. Οι πιο πολλοί ασθενείς, 192 (48%) δήλωσαν αναμονή 45 – 60 λεπτά, ακολουθούν 146 (36.5%) με 15 – 30 λεπτά, 48 (12%) με λιγότερο από 15 λεπτά και 14 (3.5%) με περισσότερο από 60 λεπτά αναμονής (Διάγραμμα 15).



**Διάγραμμα 15.** Κατανομή ποσοστών χρόνου αναμονής από την ώρα προσέλευσης στο νοσηλευτήριο, μέχρι την έναρξη της εξέτασης.

Η ερώτηση 47 ζητά από τους ασθενείς να αξιολογήσουν εάν θεωρούν ότι έχουν πρόσβαση σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας; (π.χ. ενδοϋαλοειδικές ενέσεις). Και σε αυτή την ερώτηση, οι ασθενείς αξιολόγησαν χρησιμοποιώντας την κλίμακα Likert με το μηδέν σημαίνοντας ότι σίγουρα δεν έχουν πρόσβαση και το δέκα ότι έχουν. Για την απλοποίηση της κλίμακας βαθμολογήθηκαν οι απαντήσεις 0 – 2 ως σίγουρα όχι, οι απαντήσεις 3 – 4 ως μάλλον όχι, 5 – 6 ως μπορεί, 7 – 8 ως μάλλον ναι, 9 – 10 ως σίγουρα ναι. Οι πιο πολλοί ασθενείς, 259 (64.8%), δήλωσαν πως σίγουρα έχουν πρόσβαση, ακολουθούν 89 (22.3%) μπορεί, 52 (13%) σίγουρα δεν έχουν πρόσβαση. Στην κλίμακα Likert δεν απάντησε κανείς με 3 - 4 ή 7-8 (Διάγραμμα 16).



**Διάγραμμα 16.** Διάγραμμα ποσοστών για την πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες.

## 5.5. Συσχετίσεις

Σημαντικές για την παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή ήταν και οι συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και της ικανοποίησης των ασθενών από τον οφθαλμίατρο τους και με την τη βαθμολογία της πρόσβασης τους σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας.

### 5.5.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία ικανοποίησης από τον οφθαλμίατρο

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τον οφθαλμίατρο.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τον οφθαλμίατρο (τυπική απόκλιση)	Τιμή P
<b>Φύλο</b>		0,491
Άντρας	4,9 (0,3)	
Γυναίκα	4,9 (0,3)	
<b>Ηλικία<sup>β</sup></b>	-0,267	<b>&lt;0,001</b>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο<sup>γ</sup></b>	-0,183	<b>&lt;0,001</b>
<b>Εργασία</b>		<b>0,016</b>
Εργοδοτούμενος/Αυτό-εργοδοτούμενος/Άλλη εργασία	4,8 (0,5)	
Άνεργος/ Φοιτητής/ Συνταξιούχος/ Οικιακά	4,9 (0,3)	
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας<sup>γ</sup></b>	-0,085	<b>0,090</b>
<b>Χρόνιο νόσημα<sup>γ</sup></b>	-0,015	0,765
<b>Πόσα χρόνια έχετε διαγνωσθεί με διαβήτη<sup>γ</sup></b>	0,005	0,914
<b>Συχνότητα επίσκεψης στον οφθαλμίατρο<sup>γ</sup></b>	0,042	0,398
<b>Είχατε προγραμματισμένο ραντεβού σήμερα;</b>		<b>0,192</b>
Ναι	4,9 (0,3)	
Όχι	4,9 (0,3)	
<b>Πόσο καιρό περιμένετε για το ραντεβού;<sup>γ</sup></b>	0,110	<b>0,028</b>
<b>Βαθμολογία πρόσβασης σε καινοτόμα / αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας</b>	<b>-0,156</b>	<b>0,002</b>

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση), εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

α Έλεγχος t

β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

**Πίνακας 7:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τον οφθαλμίατρο

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογία ικανοποίησης από τον οφθαλμίατρο και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
<b>Ηλικία</b>	0,946	0,006 έως 0,012	<b>&lt;0,001</b>
<b>Αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας</b>	-0,579	-0,096 έως -0,020	<b>0,003</b>

**Πίνακας 8:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ικανοποίησης από τον οφθαλμίατρο

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τον οφθαλμίατρο ( $p < 0,001$ ).
- Η αύξηση της αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τον οφθαλμίατρο ( $p = 0,003$ ).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 8,7% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ικανοποίησης από τον οφθαλμίατρο.

### **5.5.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία πρόσβασης σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας**

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία πρόσβασης σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Μέση βαθμολογία πρόσβασης σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή P
<b>Φύλο</b>		0,629
Άντρας	7,0 (3,4)	
Γυναίκα	7,1 (3,3)	
<b>Ηλικία<sup>β</sup></b>	-0,206	<b>&lt;0,001</b>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο<sup>γ</sup></b>	0,188	<b>&lt;0,001</b>
<b>Εργασία</b>		<b>&lt;0,001</b>
Εργοδοτούμενος/Αυτό-εργοδοτούμενος/Άλλη εργασία	8,3 (2,1)	
Άνεργος/ Φοιτητής/ Συνταξιούχος/ Οικιακά	6,8 (3,4)	
<b>Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας<sup>γ</sup></b>	-0,019	0,711
<b>Χρόνιο νόσημα<sup>γ</sup></b>	-0,076	<b>0,128</b>
<b>Πόσα χρόνια έχετε διαγνωσθεί με διαβήτη<sup>γ</sup></b>	-0,031	0,532
<b>Συχνότητα επίσκεψης στον οφθαλμίατρο<sup>γ</sup></b>	0,035	0,481
<b>Είχατε προγραμματισμένο ραντεβού σήμερα;</b>		0,937
Ναι	7,1 (3,3)	
Όχι	7,0 (3,3)	
<b>Πόσο καιρό περιμένετε για το ραντεβού;<sup>γ</sup></b>	-0,039	0,435

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση), εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

<sup>γ</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

**Πίνακας 9:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία σύστασης του οφθαλμίατρου σε άλλους διαβητικούς ασθενείς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογία πρόσβασης σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

	Συντελεστής <b>b</b>	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	0,409	0,240 έως 0,579	<b>&lt;0,001</b>

**Πίνακας 10:** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία πρόσβασης σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτει ότι

- Η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας πρόσβασης σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας ( $p < 0,001$ )

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 5,1% της μεταβλητότητας της βαθμολογία πρόσβασης σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

## Επίλογος

Τα τελευταία χρόνια, έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ότι η αξιολόγηση της ικανοποίησης και των εμπειριών των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και την πρόσβαση τους σε αυτές, αποτελεί σημαντικό παράγοντα πληροφοριών για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Οι πληροφορίες από τους ασθενείς είναι εξαιρετικά χρήσιμοι δείκτες για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχει πλέον μία μετατόπιση της φροντίδας υγείας, από μόνο τα αμιγώς ιατρικά προβλήματα, σε μια πιο εξατομικευμένη και ολιστική προσέγγιση σε κάθε ασθενή.

Σε διεθνές επίπεδο, γίνονται πολλές έρευνες για την ικανοποίηση και πιο πρόσφατα για την αποτύπωση των εμπειριών των ασθενών. Τα ερωτηματολόγια είναι η πιο συχνή και η πιο εύκολη μέθοδος για να δοθεί στους ασθενείς η ευκαιρία να αξιολογήσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Με τον τρόπο αυτό, δίνετε η δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν την άποψη τους, όπως και να προσδιορίσουν τις προσδοκίες τους.

### 6.1. Δημογραφικά

Στο σημείο αυτό θα συζητηθούν τα αποτελέσματα των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών του δείγματος της παρούσας διατριβής.



### **6.1.1. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο**

Στη διεθνή βιβλιογραφία, συγγραφείς περιγράφουν την σχέση μεταξύ της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης και της εκπαίδευσης του ατόμου με τον σακχαρώδη διαβήτη. Αναφέρουν ότι οι πιο φτωχοί και αυτή με πιο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ασθενείς, έχουν λιγότερες πιθανότητες για πρόληψη, για πρώιμη διάγνωση και για κατάλληλη αντιμετώπιση (60,61,62).

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή έχει αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (33%) των ασθενών με ΣΔ έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό, ακολουθούν αυτοί που έχουν τελειώσει το γυμνάσιο με 15.8%, αυτοί που δεν έχουν τελειώσει το δημοτικό στο 14.4%, αυτοί που τελείωσαν το λύκειο στο 12%, οι απόφοιτοι πανεπιστημίου στο 11.3%, απόφοιτοι τεχνικών σχολών στο 9.5% και τέλος οι απόφοιτοι κολεγίου στο 4%.

Στον Πίνακα 26 παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών με τα διάρκεια των χρόνων που έχει διαβήτη.

Τα αποτελέσματα αυτά είναι συμβατά με τα αποτελέσματα της έρευνας των Γαβριήλ et al., όπου το πιο μεγάλο ποσοστό το κατέχουν ασθενείς οι οποίοι τελείωσαν το δημοτικό και το χαμηλότερο ασθενείς με μεταπτυχιακό τίτλο (63).

Στο National Diabetes Statistics Report του 2017 στις ΗΠΑ, 11.9% - 15.2% τελείωσαν το λύκειο και 8.6% - 10.7% είχαν εκπαίδευση ανώτερη του λυκείου (62). Τα ποσοστά αυτά είναι συμβατά και με τα αποτελέσματα της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής. Οι συγγραφείς περιγράφουν ότι 13.5% - 17.7% των ασθενών με ΣΔ δεν έχουν τελειώσει το λύκειο. Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά πιο χαμηλό από τα αποτελέσματα της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής (62).

Στην έρευνα των Ντζούφρα et al., η πλειονότητα των ασθενών ήταν απόφοιτοι λυκείου, ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ, οι απόφοιτοι δημοτικού και τέλος οι απόφοιτοι γυμνασίου (64).

### **6.1.2. Ηλικία και φύλο**

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με ΣΔ ήταν ηλικίας μεταξύ 71 μέχρι 80 χρονών. Αναλυτικότερα, 0.5% είχαν ηλικία μέχρι 20 ετών, 1.8% ήταν ηλικίας από 21- 40 ετών, 10% ήταν ηλικίας 41 – 60, 33.5% ήταν ηλικίας 61 – 70, 45.5% ήταν ηλικίας 71 – 80 και 8.8% ήταν ηλικίας άνω των 81 ετών.

Τα ποσοστά αυτά είναι στην πλειονότητα τους αρκετά πιο χαμηλά από τα αποτελέσματα του National Diabetes Statistics Report του 2017 στις ΗΠΑ όπου περιγράφουν την ύπαρξη του διαβήτη σε 3.8% – 5.5% σε ηλικίες μεταξύ 18 – 44 ετών και 12.7% - 16.1% μεταξύ 45 – 64 ετών. Σε ηλικίες άνω των 65 ετών η διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη έγινε σε 10.7% – 13.4%, ποσοστό αρκετά πιο χαμηλό από τα δικά μας στην αντίστοιχη ηλικία (62).

Το National Diabetes Statistics Report του 2017 στις ΗΠΑ, δείχνει την αύξηση του διαβήτη με την αύξηση της ηλικίας (62). Επίσης περιγράφουν ότι το πιο μεγάλο ποσοστό διαβητικών είναι άντρες (62).

### **6.1.3. Επάγγελμα**

Όσον αφορά στην εργοδότηση των ασθενών στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, το μεγαλύτερο ποσοστό, 77.8% λαμβάνουν σύνταξη γήρατος, ακολουθούν οι εργοδοτούμενοι με 9.5%, οι αυτοεργοδοτούμενοι ανέρχονται στο 5.3%, οι άνεργοι 15 στο 3.8%, αυτοί που λαμβάνουν σύνταξη ανικανότητας στο 1.8% και στο τέλος αυτοί που φοιτούν σε σχολείο/πανεπιστήμιο στο 1% και οι οικοκυρές στο 1%.

Οι Stahl et al., μελέτησαν την επιδημιολογία του διαβήτη στη Σουηδία σε διάστημα 35 ετών. Περιγράφουν τη σχέση μεταξύ του επαγγέλματος του κάθε ατόμου και τον διαβήτη. Περιγράφουν ότι όσο πιο «καλό» το επάγγελμα, τόσο πιο μικρή η πιθανότητα για διαβήτη (65).

#### **6.1.4. Κατάσταση της υγείας**

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, το πιο μεγάλο ποσοστό των διαβητικών ασθενών χαρακτήρισε την υγεία του ως καλή, ακολουθεί το πολύ καλή με 32.5%, μέτρια με 15.3%, κακή με 2% και πολύ κακή με 0.8%.

Στον Πίνακα 29 παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου μόρφωσης των ασθενών και την κατάσταση της υγείας τους.

Τα ποσοστά αυτά είναι συμβατά με την έρευνα των Γαβριήλ et al. όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δήλωσε την κατάσταση την υγείας του ως καλή και τη το χαμηλότερο ποσοστό ως πολύ κακή (63).

Στην έρευνα των Ντζούφρα et al., το 32.8% αξιολόγησε την κατάσταση της υγείας του ως καλή το 24.9% την αξιολόγησε ως ικανοποιητική (64).

#### **6.1.5. Άλλες παθήσεις**

Η ερώτηση 9 του ερωτηματολογίου αφορά στο ποιες είναι οι άλλες παθήσεις από τις οποίες υποφέρουν οι ασθενείς με ΣΔ. Το πιο μεγάλο ποσοστό των ασθενών (46.3%) είχε καρδιαγγειακά προβλήματα, ακολουθούν τα πνευμονολογικά με 24%, νεφροπάθεια με 9.8%, θυροειδοπάθειες με 5.3% και τέλος οι κακοήθειες με 4.3% και τα αυτοάνοσα νοσήματα με 4.3%.

Στον Πίνακα 27 παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και την παρουσία άλλων χρόνιων νοσημάτων.

Οι Linetal, περιγράφουν και αυτοί τις καρδιοαγγειολογικές παθήσεις, τις πνευμονολογικές και νεφρικές παθήσεις ως πιο συχνές σε ασθενείς με ΣΔ. Αναλυτικότερα περιγράφουν ότι 52% των διαβητικών ασθενών πάσχουν από καρδιοαγγειολογικές παθήσεις, 76% πάσχουν από πνευμονολογικές παθήσεις και 51% με νεφροπάθεια (66).

#### **6.1.6. Πρώτη οφθαλμολογική εξέταση**

Το American Diabetes Association συστήνει η πρώτη οφθαλμολογική εξέταση σε ΣΔ τύπου 1 να γίνεται εντός 5 ετών από την ημέρα διάγνωσης. Σε ασθενείς με τύπου 2 ΣΔ, η πρώτη οφθαλμολογική εξέταση πρέπει να γίνει λίγο μετά την διάγνωση λόγω του ότι οι ασθενείς αυτοί μπορεί να πάσχουν από ΣΔ αρκετό καιρό πριν την διάγνωση. Στον ΣΔ της κύησης, συστήνουν να γίνει οφθαλμολογική εκτίμηση τους πρώτους 3 μήνες (67).

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, το πιο μεγάλο ποσοστό (55.3%) των ασθενών απάντησε ότι επισκέφθηκε τον οφθαλμίατρο για πρώτη φορά μετά τον τρίτο χρόνο από την διάγνωση του ΣΔ. Μέσα στον πρώτο χρόνο επισκέφθηκε τον οφθαλμίατρο μόνο το 25% των ασθενών. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι οι πιο πολλοί ασθενής στην μελέτη πάσχουν από ΣΔ τύπου 2, η μειωμένη τους προσέλευση για εξέταση στο πρώτο έτος της διάγνωσης τους, προμηνύει και πιο μεγάλο κίνδυνο για πιθανές επιπλοκές.

Έχει αναφερθεί πιο πάνω η σημαντικότητα της ενημέρωσης των ασθενών με ΣΔ για την αναγκαιότητα της οφθαλμολογικής εξέτασης από τον γενικό τους ιατρό. Ο γενικός ιατρός είναι ο ιατρός της πρώτης γραμμής, είναι αυτός όπου οι ασθενείς επισκέπτονται πρώτο για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν. Ο ιατρός αυτός, έχει σαν υποχρέωση να συμβουλευσει τον ασθενή να προγραμματίσει ραντεβού με τον οφθαλμίατρο.

### **6.1.7. Λόγοι επίσκεψης σε οφθαλμίατρο**

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς με ΣΔ επισκέπτονται τον οφθαλμίατρο φαίνεται να είναι συνδεδεμένοι με το εάν είχαν την καθοδήγηση του γενικού τους ιατρού. Το 70.3% των ασθενών απάντησε ότι προσήλθε για εξέταση στο οφθαλμίατρο για εξέταση ρουτίνας. Αυτό είναι συμβατό με το 71.3% των ασθενών οι οποίοι δήλωσαν ότι τους συνέστησε ο γενικός τους ιατρός να επισκεφθούν οφθαλμίατρο.

Όπως έχει προαναφερθεί, η σύσταση από παγκόσμιες οφθαλμολογικές οργανώσεις είναι να γίνεται οφθαλμολογικός έλεγχος λίγο μετά την διάγνωση του ΣΔ. Ο λόγος που έχει γίνει αυτή η σύσταση είναι ότι σε μεγάλο ποσοστό, οι ασθενείς με ΣΔ πάσχουν με την πάθηση αυτή αρκετό καιρό πριν γίνει η διάγνωση.

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, το 16.3% απάντησε ότι προσήλθε στο οφθαλμίατρο για περαιτέρω θεραπεία και το 8.8% λόγω μειωμένη όρασης. Αυτό είναι συμβατό με το αποτέλεσμα της ερώτησης 12, όπου οι πλείστοι ασθενείς απάντησαν ότι εξετάστηκαν για πρώτη φορά από οφθαλμίατρο μετά τον τρίτο χρόνο της διάγνωσης τους.

## **6.2. Ικανοποίηση και εμπειρίες ασθενών**

Τα τελευταία χρόνια, οι έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν πλέον ρουτίνα για τον σχεδιασμό και την οργάνωση στις υπηρεσίες υγείας (63).

Ο Pascoe χαρακτηρίζει την ικανοποίηση ως «την συναισθηματική αντίδραση των ασθενών σε καταστάσεις και διαδικασίες και είναι αποτέλεσμα των εμπειριών τους» (63,68).

Οι Γαβριήλ et al. χαρακτηρίζουν την ικανοποίηση ως «μια θετική συμπεριφορά που συνδέεται με πολιτισμικά πρότυπα, προσδοκίες, αντιλήψεις, αξίες, αλλά και με την κοινωνική θέση των ατόμων» (63).

### **6.2.1. Ικανοποίηση και εμπειρίες ασθενών από τον οφθαλμίατρο και από το νοσηλευτικό προσωπικό**

Οι ερωτήσεις 18-24 και 28 – 31 του ερωτηματολογίου αφορούσαν στην ικανοποίηση των ασθενών όσον αφορά στον οφθαλμίατρο τους. Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων αυτών είναι πολύ ενθαρρυντικά. Οι ασθενείς φαίνεται να είναι πολύ ικανοποιημένοι με τους οφθαλμιάτρους τους. Νιώθουν ότι τους δίνει την απαραίτητη σημασία και ότι ενδιαφέρεται για την γενική κατάσταση της υγείας τους.

Η ερώτηση 46 του ερωτηματολογίου ζητά από τους ασθενείς να δηλώσουν εάν θα σύστηναν τον οφθαλμίατρο τους σε άλλους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Οι 397 ασθενείς από τους 400 έδωσαν την πιο μεγάλη βαθμολογία, αφήνοντας έτσι να νοηθεί ότι είναι πολύ ευχαριστημένοι με τον οφθαλμίατρο τους.

Σε αντίθεση με την παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, στην έρευνα των Ξημεράκη και Ρούφα, μόνο το 45% θα σύστηνε την κλινική σε άλλους ενώ το 14.6% δεν θα το σύστηνε (69).

Οι ερωτήσεις 25 – 27 του ερωτηματολογίου ασχολούνται με την ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με τον/την νοσηλευτή/τρια. Και σε αυτές τις ερωτήσεις τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά.

Τα πιο πάνω αποτελέσματα δίνουν πληροφορίες οι οποίες είναι πολύ σημαντικές για το ιατρικό προσωπικό και νοσηλευτικό προσωπικό γιατί δίνουν ανατροφοδότηση για το πως νοιώθουν οι ασθενείς τους γι' αυτούς.

Η έρευνα των Γαβριήλ et al. είναι ιδιαίτερα σημαντική για την παρούσα μελέτη γιατί είναι από τις λίγες μελέτες οι οποίες ερευνούν την ικανοποίηση των ασθενών σε δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου. Στην έρευνα τους, το 14.5% των ασθενών δήλωσε δυσαρεστημένο, το 61.8% δήλωσε ικανοποιημένο και το 20.6% ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο (63).

Στην μελέτη των Ξημεράκη et al., το 35.9% απάντησαν ικανοποίηση από την συμπεριφορά του προσωπικού ενώ το 7.9% των ασθενών δήλωσαν δυσαρεστημένοι (69). Το 30.3% δήλωσαν ικανοποίηση από την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ενώ το 10.1% ήταν δυσαρεστημένοι (69). Συμβατά και με τα αποτελέσματα της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, οι ασθενείς του Νοσοκομείου Κρήτης ήταν ικανοποιημένοι με την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους από το ιατρικό προσωπικό (69). Συμβατός είναι επίσης ο βαθμός ικανοποίησης που ένοιωθαν οι ασθενείς στο νοσοκομείο Κρήτης με το νοσηλευτικό προσωπικό, με την ικανοποίηση που δήλωσαν οι ασθενείς στην δική μας έρευνα.

Όσον αφορά στις ιατρικές υπηρεσίες, στην έρευνα των Παπαγιαννοπούλου et al., αξιολογήθηκαν με μεγαλύτερο βαθμό οι οδηγίες που δόθηκαν από τον ιατρό παρά η ενημέρωση που έτυχαν από τον ιατρό. Η αξιολόγηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν πιο χαμηλή από τις ιατρικές (70).

Στην έρευνα των Ντζούφρα et al., το 78% των ασθενών δήλωσε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους φέρθηκε με ευγένεια και σεβασμό, το 74.6% τους άκουσε με προσοχή, το 68.1% τους εξηγούσε τα πάντα με κατανοητό τρόπο (64). Όσο αφορά στο ιατρικό προσωπικό, 78% απάντησαν ότι οι ιατροί τους φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό, το 71.9% τους άκουσαν με προσοχή, και 67.2% οι ιατροί τους εξήγησαν τα πράγματα με τρόπο κατανοητό (64).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι αρκετά πιο ενθαρρυντικά. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών ήταν πέραν του 91%.

## 6.3. Προσβασιμότητα Ασθενών

Όπως έχει προαναφερθεί, ο γενικός ιατρός είναι στην πρώτη γραμμή. Είναι ο ιατρός τον οποίο ο ασθενείς θα επισκεφθεί με τα προβλήματα υγείας που του προκύπτουν. Για τον λόγο αυτό, είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να έχει πρόσβαση στον γενικό ιατρό και να είναι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες του. Ο ιατρός αυτό προσφέρει θεραπεία και καθοδήγηση στον ασθενή.

Το 2018, η Ευρωπαϊκή επιτροπή κατάταξε την Κύπρο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με την πιο χαμηλή χρηματοδότηση στις υπηρεσίες υγείας, πολύ πιο χαμηλά από τον μέσο όρο της ΕΕ όσον αφορά στην προσβασιμότητα και τις ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (71). Η ΕΕ εναποθέτει τις ελπίδες για ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στο επερχόμενο ΓΕΣΥ. Τονίζουν επίσης την έλλειψη συλλογής δεδομένων από την Κύπρο (71).

### 6.3.1. Προσβασιμότητα σε γενικό ιατρό

Στην ερώτηση 10 του ερωτηματολογίου, το 98.3% των ασθενών απάντησαν ότι έχουν πρόσβαση σε γενικό ιατρό και μόνο το 1.8% απάντησε αρνητικά. Το ποσοστό αυτό είναι πολύ ενθαρρυντικό.

Στην ερώτηση που αφορά στο ποιος τους συνέστησε να επισκεφθούν οφθαλμίατρο, μόνο το 71.3% των ασθενών απάντησαν ότι τους το συνέστησε ο γενικός ιατρός. Σε αυτό το σημείο προκύπτει ο προβληματισμός ότι παρόλο που υπάρχει πολύ καλή προσβασιμότητα στον γενικό ιατρό, η σύσταση για οφθαλμολογική εκτίμηση είναι μειωμένη. Το ερώτημα εδώ είναι για το πως μπορεί να βελτιωθεί αυτό το ποσοστό. Η λύση βρίσκεται στη δημιουργία πρωτοκόλλων σε ότι αφορά στο ΣΔ. Ακολουθώντας ένα πρωτόκολλο, ο γενικός ιατρός δεν θα παραλείψει να ενημερώσει τον ασθενή για να εξετασθεί από οφθαλμίατρο.



### **6.3.2. Αριθμός επισκέψεων σε οφθαλμίατρο**

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, το 70.8% των ασθενών δήλωσε ότι επισκέφθηκε τον οφθαλμίατρο του μία με δύο φορές τον τελευταίο χρόνο, ακολουθούν 13.5% με 6-10 φορές, 8.8% με καμία, 4.8% με 3-5 φορές και 2.3% με πάνω από 10 φορές.

Στην μελέτη των Γαβριήλ et al., το πιο μεγάλο ποσοστό των ασθενών που επισκέφθηκαν τα δημόσια νοσηλευτήρια δήλωσαν ότι εξετάστηκαν 4-9 φορές τον τελευταίο χρόνο, ακολουθούν 2-3 φορές, πάνω από 10 φορές και το πιο μικρό ποσοστό μόνο μία φορά (63). Η διαφορά που προκύπτει στις δύο μελέτες οφείλεται στο ότι μία μελέτη αφορά μόνο στην οφθαλμολογική κλινική ενός δημόσιου νοσοκομείου, ενώ η μελέτη των Γαβριήλ, αφορούσε τα εξωτερικά ιατρεία σε τέσσερα δημόσια νοσηλευτήρια.

### **6.3.3. Προγραμματισμένα ραντεβού**

Στην ερώτηση 16 του ερωτηματολογίου, το 87% των ασθενών απάντησαν ότι εξετάστηκαν με προγραμματισμένο ραντεβού και μόνο 13% εξετάστηκαν χωρίς ραντεβού. Αυτή η πληροφορία είναι σημαντική γιατί τονίζει την ενημέρωση των ασθενών για την αναγκαιότητα τακτικών ραντεβού στον οφθαλμίατρο.

Στην ερώτηση εάν μπορούν να εξεταστούν στον οφθαλμίατρο, 47.3% των ασθενών απάντησαν ότι είναι μέτρια ευχαριστημένοι, ακολουθούν 25.8% είναι θετικοί, 17.5% είναι πάρα πολύ θετικοί, 7% είναι λίγο θετικοί και 2.5% δεν είναι καθόλου θετική στην δυνατότητα να εξεταστούν χωρίς προγραμματισμένο ραντεβού.

Στην έρευνα της Καντεράκη οι ασθενείς αναφέρουν ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα στο νοσοκομείο είναι η μη διαθεσιμότητα των ραντεβού(72).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2018, περιγράφει ότι η μεγάλες λίστες αναμονής είναι μία από τις αιτίες για την μειωμένη προσέλευση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας (71).

#### **6.3.4. Απόσταση νοσηλευτηρίου από τον τόπο διαμονής ή εργασίας και ο απαραίτητος χρόνος προσέλευσης στο νοσηλευτήριο**

Στην ερώτηση που αφορά στην απόσταση του νοσηλευτηρίου από τον τόπο διαμονής ή εργασίας των ασθενών, 28.5% απάντησαν ότι η απόσταση είναι μέτρια, ακολουθούν 22% με καθόλου απόσταση, 21.3% με λίγη απόσταση, 15.5% με πολλή απόσταση και 12.8% με πάρα πολύ απόσταση.

Η ερώτηση 36 του ερωτηματολογίου αφορούσε την ώρα που χρειάστηκε ο ασθενής για να προσέλθει για την εξέταση του. Το 46.5% των ασθενών χρειάστηκαν λιγότερο από 20 λεπτά, ακολουθούν το 32.8% με 20 – 40 λεπτά, το 13% με πάνω από μία ώρα και το 7.8% με 41 – 60 λεπτά.

Στην έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, περιγράφεται η μείωση της προσέλευσης ασθενών σε παροχές υγείας λόγω κόστους, απόστασης και χρόνου αναμονής. Οι συγγραφείς αποδίδουν αυτό το γεγονός στην οικονομική κρίση (71). Οι πιο ευάλωτες ομάδες είναι οι άστεγοι και οι μετανάστες. Στην μελέτη αυτή τονίζεται ότι αυτή ισχύει σε όλες στις ευρωπαϊκές χώρες, όχι όμως στην Κύπρο (71).

#### **6.3.5. Λειτουργία ιατρείου τις απογευματινές ώρες**

Η ερώτηση 35 του ερωτηματολογίου αφορά στη διευκόλυνση των ασθενών εάν λειτουργούσε το νοσηλευτήριο τις απογευματινές ώρες. Το 40.3% δήλωσαν ότι θα τους βόλευε πολύ, ακολουθούν 33% που θα τους βόλευε μέτρια, 15% θα τους βόλευε λίγο, 10% πάρα πολύ και 1.8% δεν θα τους βόλευε καθόλου.

Μέχρι πρόσφατα, δεν υπήρχε δυνατότητα για προγραμματισμένη εξέταση στα δημόσια νοσηλευτήρια. Τον τελευταίο καιρό υπήρξε μια ευαισθητοποίηση της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, και σε μια προσπάθεια για την μείωση των λιστών αναμονής, έδωσε

έγκριση για απογευματινά ραντεβού μέσω υπερωριακής απασχόλησης. Αυτό λειτούργησε θετικά και στους ασθενείς αλλά και στους ιατρικούς λειτουργούς.

### **6.3.6. Ακύρωση ραντεβού**

Οι ερωτήσεις 40 και 41 αφορούν στο εάν ο ασθενής ακύρωσε το προγραμματισμένο του ραντεβού τους τελευταίους 12 μήνες και τους λόγους που τον ώθησαν να το κάνει. Το 82.8% των ασθενών δήλωσαν ότι δεν είχαν ακυρώσει ραντεβού και μόνο το 17.3% χρειάστηκε να ακυρώσει το ραντεβού του.

Από τους ασθενείς οι οποίοι ακύρωσαν το ραντεβού τους, η πλειονότητα δήλωσε ότι δεν προσήλθε λόγω έλλειψης χρόνου ή λόγω προβλημάτων υγείας, μετά για το ότι ξέχασαν το ραντεβού τους, ότι δεν είχαν μεταφορικό μέσο και άλλοι δήλωσαν άλλους λόγους.

### **6.3.7. Χρόνος αναμονής για το ραντεβού**

Ένα από τα χρόνια προβλήματα των δημόσιων νοσηλευτηρίων είναι ο μεγάλος χρόνος αναμονής για προγραμματισμένο ραντεβού. Αυτό είναι εμφανές στην ερώτηση 37 του ερωτηματολογίου, όπου 71.8% των ασθενών δήλωσαν ότι περίμεναν πάνω από 12 μήνες για το ραντεβού τους, ακολουθούν 14.5% με αναμονή 6 – 12 μήνες, 9.5% με λιγότερο από 3 μήνες και 4.3% με αναμονή 3 – 6 μήνες.

Στην Οφθαλμολογική Κλινική, η αναμονή για προγραμματισμένο ραντεβού είναι από 16 μέχρι 18 μήνες. Αυτό το διάστημα είναι πολύ μεγάλο και προκαλεί δυσανασχέτηση στους ασθενείς. Λόγω υποστελέχωσης, το διάστημα αυτό δύσκολα θα μειωθεί με το υπάρχον ιατρικό προσωπικό.

Στην έρευνα των Γαβριήλ, οι συγγραφείς περιγράφουν την δυσaréσκεια των ασθενών για τον μεγάλο χρόνο αναμονής για το προγραμματισμένο ραντεβού (63).

### **6.3.8. Διάρκεια αναμονής στο νοσηλευτήριο**

Η ερώτηση 39 αφορά στη διάρκεια της αναμονής του ασθενή από την ώρα που έφθασε στο νοσηλευτήριο μέχρι την έναρξη της εξέτασης του. Το 48% δήλωσαν αναμονή 45 – 60 λεπτά, ακολουθούν το 36.5% με 15 – 30 λεπτά, το 12% με λιγότερο από 15 λεπτά και το 3.5% με περισσότερο από 60 λεπτά.

Οι λόγοι για αυτή τη καθυστέρηση είναι πολλοί. Ξεκινώντας από τις εγγραφές των ασθενών, όπου υπάρχει καθυστέρηση λόγω υποστελέχωσης του γραμματειακού προσωπικού και του απαρχαιωμένου πλέον συστήματος πληροφορικής.

Μια άλλη αιτία καθυστέρησης είναι το γεγονός ότι η διάρκεια των ραντεβού είναι προγραμματισμένη στα 10 λεπτά. Σαφώς αυτό το χρονοδιάγραμμα δεν μπορεί να τηρηθεί. Επίσης, δεν εξετάζονται μόνο ασθενείς με προγραμματισμένα ραντεβού, αλλά και χειρουργημένοι ασθενείς όπως και επείγοντα περιστατικά.

Οι Γαβριήλ περιγράφουν ότι το 44.6% των ασθενών ανέμεναν την εξέταση τους για περισσότερο από 30 λεπτά και 26.9% ήταν σε αναμονή για περισσότερο από μία ώρα (63). Παρατήρησαν ότι σταδιακή αύξηση της δυσαρέσκειας των ασθενών αναλόγως του χρόνου αναμονής στην αίθουσα (63).

Στην μελέτη των Ξημεράκη, το 32.6% των ασθενών ήταν ικανοποιημένο από την τήρηση της ώρας του προγραμματισμένου τους ραντεβού και μόνο 10.1% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι (69).

### **6.3.9. Διάρκεια οφθαλμολογικής εξέτασης**

Η ερώτηση 38 αφορά στη διάρκεια χρόνου της οφθαλμολογικής εξέτασης του ασθενή. Το 36.3% δήλωσαν ότι η εξέταση διήρκεσε 20 – 30 λεπτά, ακολουθούν 32.3% με 15 – 20 λεπτά, 20.3% με 10 -15 λεπτά, 10.3% περισσότερο από 30 λεπτά και 1% με λιγότερο από 10 λεπτά.

Όπως έχει προαναφερθεί, τα ραντεβού είναι προγραμματισμένα να διαρκέσουν μόνο 10 λεπτά. Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι εμφανές ότι η περίοδος των 10 λεπτών χρήζει αλλαγής.

Στην μελέτη των Γαβριήλ 10 – 30% των ασθενών δήλωσε δυσαρέσκεια με τις εξηγήσεις, τις οδηγίες και τον χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός στον ασθενή (63). Παρατήρησαν επίσης ότι ο χρόνος της εξέτασης συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών, σημειώνοντας ότι η ικανοποίηση μεγαλώνει όσο αυξάνεται η διάρκεια της εξέτασης (63).

### **6.3.9. Πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες**

Ίσως από τις πιο σημαντικές ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο είναι αυτή που ζητά από τους ασθενείς να απαντήσουν στο εάν νοιώθουν ότι έχουν πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες και φάρμακα σε ένα δημόσιο νοσηλευτήριο. Το 64.8% των ασθενών απάντησε ότι σίγουρα έχει πρόσβαση, ακολουθούν το 22.3% με μπορεί και το 13% με σίγουρα δεν έχουν πρόσβαση.

## **6.4. Συσχετίσεις**

Στο σημείο αυτό θα συζητηθούν οι συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών σε σχέση με την ικανοποίησή τους σε σχέση με τον οφθαλμίατρο τους και σε σχέση την προσβασιμότητά τους σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας.

### **6.4.1. Συσχετίσεις ικανοποίησης**

Από την παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή έχουν παρατηρηθεί αρκετές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών με την ικανοποίησή από τον οφθαλμίατρο.

Η ικανοποίηση που ένοιωθαν οι ασθενείς από το οφθαλμίατρο τους ήταν ίση σε άντρες και γυναίκες, με μέση βαθμολογία ικανοποίησης 4.9 (Πίνακας 7). Παρόμοια αποτελέσματα περιγράφει και στην μελέτη της η Φωτεινογιαννοπούλου (2013), όπου περιγράφει ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες(73).

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αύξησης της ηλικίας με την αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από το οφθαλμίατρο ( $p < 0.001$ ). Παρόμοια αποτελέσματα είχαν και οι Αγγελικοπούλου (2013), Ταντσης (2018) και Φωτεινογιαννοπούλου (2013) όπου περιγράφουν αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών με την αύξηση της ηλικίας (73,74,75).

Η αύξηση της υποκειμενικής κατάστασης της υγείας όπως την εκλαμβάνει ο ασθενής σχετιζόταν με μείωση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τον οφθαλμίατρο ( $p=0.003$ ). Παρόμοια αποτελέσματα είχε και την μελέτη της η Φωτεινογιαννοπούλου (73).

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών σχετιζόταν αντίστροφα με τον βαθμό ικανοποίησης τους προς τον οφθαλμίατρο ( $p < 0.001$ ). Παρόμοια αποτελέσματα περιγράφει και η Φωτεινογιαννοπούλου, όπου ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έδωσαν χαμηλότερη βαθμολογία ως προς την ικανοποίηση του από το ιατρικό προσωπικό (73).

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, η εργασία των ασθενών δεν είχε σημαντικά στατιστική συσχέτιση με τον βαθμό ικανοποίησης για τον οφθαλμίατρο τους. Χωρίς στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εργασίας και της ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό περιγράφει και ο Ταντσης στην μελέτη του (75).

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας των επισκέψεων και της ικανοποίησης των ασθενών. Τα αποτελέσματα αυτά είναι αντίθετα με τα αποτελέσματα της Αγγελικοπούλου, όπου

περιγράφεται μείωση της ικανοποίησης των ασθενών με την αύξηση του αριθμού των επισκέψεων στον ιατρό (74).

Σε όλες αυτές τις συσχετίσεις βλέπουμε την ανάγκη των ασθενών κατά την διάρκεια της εξέτασης τους, να έχουν την προσοχή του οφθαλμιάτρου τους, να νοιώθουν ότι ο ιατρός τους θα τους παρέχει την καλύτερη δυνατή εξέταση/θεραπεία. Δείχνει την ανάγκη τους για να κατανοήσουν τις λεπτομέρειες της κατάστασης της υγείας τους. Δεν είναι πλέον αποδεκτό ο ιατρός να μην εξηγεί ή να εξηγεί με τρόπο που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να καταλάβει.

#### **6.4.2. Συσχετίσεις προσβασιμότητας**

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή ερευνήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών με την προσβασιμότητα τους σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας.

Από την παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και την ικανοποίηση από την προσβασιμότητα τους σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα ( $p < 0.001$ ). Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ήταν πιο ικανοποιημένοι από την προσβασιμότητα τους στις θεραπείες.

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης για την πρόσβαση σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας ( $p < 0,001$ ).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε και στη εργασία των ασθενών με την ικανοποίηση για την προσβασιμότητα σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα ( $p < 0.001$ ).

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το φύλο και την προσβασιμότητα σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα. Σε αντίθεση, στην μελέτη της Αγγελακοπούλου (2013) παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στην προσβασιμότητα των ασθενών ως προς το φύλο, όπου οι γυναίκες είναι λιγότερο ικανοποιημένες σε σχέση με τους άντρες (74).

## 6.5. Εισηγήσεις

Η έρευνα για την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και την πρόσβαση τους σε αυτές θεωρείται πλέον αναπόσπαστο μέρος των υπηρεσιών αυτών. Οι έρευνες αυτές επιτρέπουν στους ασθενείς να εκφράσουν τις προσδοκίες, απαιτήσεις και ανάγκες τους, δίνοντας έτσι ένα εργαλείο στους υπεύθυνους των υπηρεσιών υγείας για την βελτίωση των υπηρεσιών τους.

Στην Κύπρο υπάρχει μια γενικότερη εντύπωση ότι τα δημόσια νοσηλευτήρια υστερούν σε σχέση με τα ιδιωτικά και ότι δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παραπέμπουν σε αντίθετα συμπεράσματα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μεταπτυχιακή διατριβής κατέδειξαν ότι οι ασθενείς είναι αρκετά ικανοποιημένοι από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Εκεί που εντοπίζουν προβλήματα είναι στα θέματα της πρόσβασης.

Εισηγήσεις για βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας:

- Δημιουργία πρωτοκόλλου το οποίο θα θέσει πρότυπα τα οποία θα ακολουθούνται απ' όλους τους εμπλεκόμενους ιατρικούς φορείς.
- Ενημέρωση/υπενθύμιση των γενικών ιατρών για την αναγκαιότητα οφθαλμολογικής εξέτασης.



- Δημιουργία Γενικού Σχέδιου Υγείας για καθολική κάλυψη του πληθυσμού.
- Αύξηση του χρόνου διάρκειας του προγραμματισμένου ραντεβού
- Πρόσληψη περισσότερων οφθαλμιάτρων για τη μείωση της λίστας αναμονής.
- Εφαρμογή σε τακτική βάση την δυνατότητα εξέτασης σε απογευματινό ραντεβού.

# Παράρτημα Α

## Ερωτηματολόγιο

### **A.1. Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα της μεταπτυχιακής διατριβής**

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε για σκοπούς ολοκλήρωσης της διατριβής μου στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν από την έρευνα που πραγματοποιώ θα χρησιμοποιηθούν για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ικανοποίηση των διαβητικών ασθενών από το οφθαλμολογικό τμήμα και την προσβασιμότητα που έχουν σε αυτό. Παρακαλώ για την εθελοντική συμμετοχή σας στην έρευνα απαντώντας στα ερωτηματολόγια τα οποία σας διευκρινίζω ότι θα παραμείνουν ανώνυμα.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

Δρ. Γεωργία Κυπριανού, Ph.D.

Υπογραφή για λήψη συγκατάθεσης

---

## A.2. Έντυπο ερωτηματολογίου

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

Συμπληρώστε με X στο τετραγωνάκι που ισχύει.

1. Φύλο:          Άντρας  
                   Γυναίκα
  
2. Έτος γέννησης \_\_\_\_\_
  
3. Τόπος γέννησης:      Κύπρος  
                              Άλλη χώρα της ΕΕ  
                              Άλλη χώρα μη ΕΕ
  
4. Κατάσταση διαμονής:  
        Διαμένω μόνος/η  
        Διαμένω με τον/την σύζυγο/σύντροφο μου  
        Διαμένω με τον/την σύζυγο/σύντροφο μου και τα παιδιά μου  
        Διαμένω με τους γονείς μου  
        Άλλη κατάσταση διαμονής μου  
          Παρακαλώ εξηγήστε.....

5. Ποια είναι η ανώτερη σας εκπαίδευση;

- Δεν τελείωσα το δημοτικό
- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Τεχνική σχολή
- Κολέγιο
- Πανεπιστήμιο

6. Εργασία:

- Εργοδοτούμενος
- Άνεργος
- Αυτοεργοδοτούμενος
- Φοιτώ σε σχολείο/πανεπιστήμιο
- Σύνταξη ανικανότητας
- Οικοκυρά
- Σύνταξη γήρατος
- Άλλη εργασία

7. Πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας:

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή

8. Υποφέρετε από άλλες χρόνιες παθήσεις, εκτός του διαβήτη (δηλ. παθήσεις με τις οποίες έχετε διαγνωσθεί πάνω από ένα έτος);

- Όχι καμία
- Ναι, μία
- Ναι, δύο
- Ναι, τρεις ή περισσότερες
- Δεν γνωρίζω

9. Εάν υποφέρετε και από άλλες χρόνιες παθήσεις, παρακαλώ σημειώστε ποιες (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία):

- Καρδιο-αγγειακές παθήσεις ( εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακή ανεπάρκεια, κλπ.)
- Πνευμονολογικές παθήσεις ( άσθμα, ΧΑΠ, κλπ.)
- Αυτοάνοσες παθήσεις ( ρευματοειδή αρθρίτιδα, κατά πλάκασκλήρυνση, κλπ.)
- Παθήσεις θυρεοειδούς (υπερθυρεοειδισμός, υποθυρεοειδισμός)
- Κακοήθεια
- Νεφροπάθεια
- Άλλα

Παρακαλώ εξηγήστε.....

10. Έχετε τον οικογενειακό σας ιατρό τον οποίο συμβουλευέστε πρώτα σε θέματα υγείας;

- Ναι
- Όχι

**11.** Πόσα χρόνια έχετε διαγνωσθεί με διαβήτη:

- 1 – 5 χρόνια
- 6 – 10 χρόνια
- 11 – 15 χρόνια
- 16 – 20 χρόνια
- 21 – 25 χρόνια
- 26 – 30 χρόνια
- ≥ 31 χρόνια

**12.** Μέσα σε αυτό το διάστημα πότε ήταν η πρώτη φορά που επισκεφθήκατε οφθαλμίατρο;

- Μέσα στον πρώτο χρόνο
- Μέσα στον δεύτερο χρόνο
- Μέσα στον τρίτο χρόνο
- Μετά τον τρίτο χρόνο

**13.** Ποιος σας σύστησε να επισκεφθείτε οφθαλμίατρο;

- Γενικός ιατρός
- Διαβητολόγος
- Άλλος ιατρός
- Συγγενής / φίλος
- Κανείς

**14.** Τον τελευταίο χρόνο πόσες φορές επισκεφθήκατε τον οφθαλμίατρο σας;

- Μία φορά
- 2 – 4 φορές
- ≥ 5 φορές
- Δεν γνωρίζω

**15.** Ποιος ήταν ο κύριος λόγος που επισκεφθήκατε τον οφθαλμίατρο σας;

- Μειώθηκε η όραση μου
- Εξέταση ρουτίνας
- Επαναληπτική συνταγογράφηση
- Για πιστοποιητικό
- Για δεύτερη γνώμη
- Για περαιτέρω θεραπεία
- Άλλη αιτία

**16.** Είχατε προγραμματισμένο ραντεβού σήμερα;

- Ναι
- Όχι

Κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε για τις παρακάτω προτάσεις:

Για τον οφθαλμίατρο	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν απαντώ
17. Μπορώ εύκολα να επικοινωνήσω μαζί του στο τηλέφωνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Δίνει αναλυτικές και κατανοητές πληροφορίες για την πάθηση μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Με συμβουλεύει πώς να βελτιώσω την υγεία μου (π.χ. διατροφή, άσκηση, φαρμακευτική αγωγή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Παρακολουθεί την πορεία της πάθησης μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Με ακούει προσεκτικά όταν διατυπώνω απορίες για την πάθηση μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ο οφθαλμίατρος μου γνωρίζει τα αποτελέσματα των εξετάσεων που έκανα στο παρελθόν (π.χ. αυτές που μου συνέστησε ο διαβητολόγος).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Στην αγωγή που μου προτείνει έχει λάβει υπόψιν και όλα τα άλλα φάρμακα που λαμβάνω.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ο οφθαλμίατρος μου, ο διαβητολόγος μου και οι υπόλοιποι γιατροί που επισκέπτομαι έχουν πρόσβαση στο ιατρικό ιστορικό μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Για τον νοσηλευτή:

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν απαντώ
25. Με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Μου εξηγεί αναλυτικά για την εξέταση/θεραπεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Είναι ευγενικός/ή μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Κατά την διάρκεια της επίσκεψης σας στον οφθαλμίατρο, ο οφθαλμίατρος:

	Ναι	Όχι
28. ήταν ευγενικός;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. σας άκουγε με προσοχή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. σας κοιτούσε όταν του μιλούσατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ρωτούσε για την κατάσταση της υγείας σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Οι ερωτήσεις 32 – 35 αφορούν το νοσηλευτήριο που επισκεφθήκατε:

32. Οι ώρες λειτουργίας σας εξυπηρετούν;

Σίγουρα όχι										Σίγουρα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

33. Έχω την δυνατότητα να εξεταστώ χωρίς προγραμματισμένο ραντεβού;

Σίγουρα όχι										Σίγουρα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

34. Είναι πολύ μακριά από τον χώρο διαμονής / εργασίας σας;

Σίγουρα όχι										Σίγουρα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**35. Θα σας βόλευε/εξυπηρετούσε εάν λειτουργούσε και το απόγευμα;**

Σίγουρα όχι										Σίγουρα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**36. Πόση ώρα χρειαστήκατε για να έρθετε στο νοσηλευτήριο;**

- < 20 λεπτά
- 20 – 40 λεπτά
- 40 – 60 λεπτά
- >1 ώρα
- Δεν γνωρίζω

**37. Πόσο καιρό περιμένετε για το ραντεβού;**

- < 3 μήνες
- 3 – 6 μήνες
- 6 – 12 μήνες
- >12 μήνες

**38. Πόση ώρα περιμένετε σήμερα από την ώρα που φθάσατε στο νοσηλευτήριο μέχρι να εξεταστείτε;**

- <15 λεπτά
- 15 – 30 λεπτά
- 45 – 60 λεπτά
- >1 ώρα

**39. Η επίσκεψη σας στον οφθαλμίατρο (μέσα στο ιατρείο) διήρκησε:**

- <10 λεπτά
- 10 – 15 λεπτά
- 15 – 20 λεπτά
- 20 – 30 λεπτά
- > 30 λεπτά

**40.** Τους τελευταίους 12 μήνες, αναβάλατε ή δεν προσήλθατε για προγραμματισμένη οφθαλμολογική εξέταση;

- Ναι
- Όχι

**41.** Ποιος ήταν ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο δεν επισκεφθήκατε τον οφθαλμίατρο σας;

- Δεν είχα κάρτα νοσηλείας / ασφάλειας
- Δεν μπορούσα να προσέλθω γιατί δεν είχα μεταφορικό μέσο
- Δεν είχα χρόνο ή είχα πρόβλημα υγείας
- Ξέχασα ότι είχα ραντεβού
- Άλλοι λόγοι

**42.** Πόσες φορές επισκεφθήκατε τον οφθαλμίατρο σας τους τελευταίους 12 μήνες;

- Καμία
- 1 – 2 φορές
- 3 – 5 φορές
- 6 – 10 φορές
- Πάνω από 10 φορές

Συμφωνείτε με τα ακόλουθα;

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
<b>43.</b> Ο γενικός μου ιατρός ενημέρωσε τον οφθαλμίατρο για την κατάσταση της υγείας μου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>44.</b> Ο γενικός μου ιατρός μου συνέστησε να επισκεφθώ έναν οφθαλμίατρο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>45.</b> Ο γενικός μου ιατρός θα ενημερωθεί για τα αποτελέσματα της οφθαλμολογικής μου εξέτασης;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**46.** Σε μία κλίμακα από το 1 έως το 10, θα συστήνατε τον οφθαλμίατρο σας σε άλλους διαβητικούς ασθενείς; (Μηδέν σημαίνει ότι δεν θα τον συστήνατε. Δέκα σημαίνει ότι θα τον συστήνατε.)

Σίγουρα όχι										Σίγουρα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

47. Θεωρώ ότι έχω πρόσβαση σε καινοτόμα/αποτελεσματικά φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του συστήματος υγείας; (π.χ. ενδοϋαλοειδικές ενέσεις)

Σίγουρα όχι										Σίγουρα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

# Βιβλιογραφία

1. WHO (2006). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, 45th edition. Geneva: WHO.
2. WHO (2018). Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. Astana, Kazakhstan 2018.
3. International Diabetes Federation. [www.idf.org](http://www.idf.org), 23.05.2018
4. Prevention of Blindness from Diabetes Mellitus. Report of a WHO consultation in Geneva. Switzerland, 9-11 November 2005. ISBN: 9789241547123
5. Newcomb P.A., Klein R. Factors associated with compliance following diabetic eye screening. *Journal of Diabetes and its Complications*, 1990; 4:8-14
6. Κυπριακή Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας, Εθνική Στρατηγική για τον Σακχαρώδη Διαβήτη, Λευκωσία Μάρτιος 2016
7. George M, Harper R, Balamurugan A, et al. Diabetic retinopathy and its risk factors in a population-based study. *J Prim Care Community Health*. 2011; 2(2): 122– 6.
8. Diabetes eye health. A guide for health professionals. International Diabetes Federation and the Fred Hollows Foundation. ISBN: 978-2-930229-82-9
9. Klein R, Klein B. Chapter 14: Vision disorders in diabetes. *Diabetes in America*, 2nd edition. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1995.
10. Rudnisky CJ, Tennat MTS, Johnson JA, et al. Chapter 9: Diabetes and Eye Disease in Alberta. In: Johnson JA, ed. *Alberta Diabetes Atlas 2011*. Edmonton: Institute of Health Economics, 2011, 153–74.
11. Brown AF, Ettner SL, Piette J, et al. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev* 2004; 26 (1):63–77.

12. Zhang X, Norris SL, Saadine J, Chowdhury FM, Horsley T, Kanjilal S, et al. Effectiveness of interventions to promote screening for diabetic retinopathy. *Am J Prev Med.* 2007; 33(4):318-35.
13. Kotler P., Keller K. *Marketing Management.* pg. 789, ISBN 0273718568, 9780273718567, Pearson Prentice Hall, 2009
14. Measurement of patient satisfaction guidelines: health strategy implementation project 2003 / The Health Boards Executive, Irish Society for Quality and Safety Healthcare, 2003
15. Shemwell D, Yavas U., Wuhler Z. B., Customer – service provider relationships: An empirical test of a model of service quality, satisfaction and relationship – oriented outcomes. *International Journal of Service Industry Management* 9(2):155-168. May 1998
16. Thom D., Hall M.A., Pawlson G. Measuring Patients' Trust in Physicians When Assessing Quality of Quality of Care. *Health Affairs* Vol. 23 (4). 2004
17. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand. J. Caring Sci.* 2002 Dec; 16(4):337-44
18. Brennan P.F. Patient satisfaction and normative decision theory. *J. Am. Med. Inform. Assoc.* 1995 Jul-Aug; 2(4): 250-259
19. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Social Science & Medicine*, 16(5), 583 – 589
20. Solomon, M.R. *Consumer behavior, Buying, Having and Being.* 8th edition, Pearson education, Inc. 2009 p. 413
21. Kotler P., Armstrong G., Saunders J. Wong V. *Principle of Marketing*, 3rd edition, Prentice Hall Europe, 2002
22. Zineldin M. The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *Int. J Health Care Qual. Assur. Inc. Leadersh Health Serv.* 2006; 19(1):60-92
23. Lohr KN., Schroeder S. A strategy for quality assurance in medicare. *N Engl J Med* 1990; 322:707-712

24. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L. SERVQUAL: A Multiple Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, 1998, *Journal of Retailing*, 64 (Spring), 12-40
25. Haywood – Farmer J. A conceptual model of service quality. *International Journal of Operations & Production Management* 8(6):19-29. Dec. 1988
26. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988, Sept 23-30; 260(12):1743-8
27. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care, *American Association for the Advancement of Science*, 1978, vol.200
28. Kwan, M. (2013). Beyond space (as we knew it): Toward temporally integrated geographies of segregation, health, and accessibility. *Annals of the Association of American Geographers*, 103(5), 1078–1086.
29. Klomp J., de Haan J. Measuring Health: A Multivariate Approach. *Social Indicators Research*. May 2010; 96(3), p.433-457
30. Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics* 2004 3:3
31. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. Mar. 1995; 36(1), p. 1-10
32. Comber A.J., Brunsdon C., Radburn R. A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions. *International Journal of Health Geographics* 2011, 10:44
33. Aday LA., Andersen R. A Framework for the Study Access to Medical Care. *Health Serv Res*. 1974; 9(3):208-220
34. Chen J., Hou F. Unmet needs for health care. *Health Rep* 2002; 13(2); 23-34
35. Arcury TA., Gesler WM., Preisser J.S., Sherman J., Spencer J., Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Serv Res*. 2005 Feb; 40(1); 135-155
36. Cavalieri M. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *International Journal of Health Geographics* 2013, 12:27
37. Penchansky R., Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981 Feb; 19(2): 127-140

38. World Health Organization 2011. Health Systems Strengthening Glossary, Geneva
39. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs to SDGs. ISBN 978 92 4 156511 0
40. Cleary PD., McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988; 25(1); 25-36
41. Official Journal of the European Union. 2012. Charter of Fundamental Rights of the European Union, Article 36
42. Μπαρμπής Δ. Δομές και εργαλεία ManagedCare στις ΗΠΑ. Αθήνα. Μάρτιος 2001.
43. Γεωργαντίδου Γ., Δαλαβούρα Ν., Κιτριώτη Χ. Αξιολόγηση του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας – Πειραιά. Πτυχιακή εργασία. Αθήνα 2009
44. Λαζαρίδου Δ. Η οργάνωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες τους. [http://www.pspa.uoa.gr/fileadmin/pspa.uoa.gr/uploads/Research/EDE/Conferences/KDP\\_2003/Proceedings/Lazaridou\\_Despina.pdf](http://www.pspa.uoa.gr/fileadmin/pspa.uoa.gr/uploads/Research/EDE/Conferences/KDP_2003/Proceedings/Lazaridou_Despina.pdf)
45. Cronin J.J. Jr., Taylor S.A. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing* Jul. 1992; 56(3):55-68
46. Lewis, B.R. (1993). Service Quality Measurement. *Marketing Intelligence & Planning*, 11 (4), 4-12.
47. Kelly SW., Davis MA. Antecedents to customer expectations for service recovery. *Journal of the Academy of Marketing Science*. Dec. 1994, 22:52.
48. Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring consumer perceptions of service quality: implications for future research. *Journal of Marketing*. 1994, 58 (1), 11-24.
49. Bettencourt, L. Customer voluntary performance, customer as partners in service delivery. *Journal of Retailing*, 1997, 37 (3), 383-406.
50. Zineldin, M. Total Relationship Management. Sweden: Studentlitteratur. 2000a
51. Ρίκος Ν. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού. Οκτ – Δεκ. 2015. 14(4)
52. Donabedian A., "Quality assurance in health care: consumer's role *Quality in Health Care*, 1992
53. Τσαπτσάκης Μ. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών του Νοσοκομείου Κοζάνης. 2008



54. Κουκουφιλίππου Ι., Μπόμπος Γ., Μπόγρη Δ., Βασιλακοπούλου Β., Κοϊνης Α. Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2017, 34(3):327-333
55. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990 Nov; 114(11):1115-1118
56. Πασσά Γ. Διερεύνηση των εμπειριών και των απόψεων πολιτών που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες ως προς την πλοήγηση τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. *Διατριβή*. 2015
57. Tanahashi T. Health service coverage and its evolution. *Bull World Health Organ* 1978; 56(2):295-303.
58. O'Connell T., Sharkey A. Reaching Universal Health Coverage through District Health System Strengthening: Using a modified Tanahashi model sub-nationally to attain equitable and effective coverage. UNICEF Dec. 2013
59. Kaitelidou D., Economou C., Galanis P., Konstantakopoulou O., Siskou O., Domete S., de Boer D., Boerma W.G., Groenewegen P.P. Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: a mixed methods study. *BMC Family Practice*, 2019 Apr2;20(1):49
60. Koo. B.K., Moon. M.K. Are we in the same risk of diabetes mellitus? Gender – and age – specific epidemiology of diabetes in 2001 to 2014 in the Korean population. *Diabetes Metabol J*. 2016 Jun; 40(3): 175 – 181
61. Rabi D.R., et al. Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6: 124.
62. National Diabetes Statistics Report, 2017. Estimates of Diabetes and Its Burden in the United States. [www.diabetes.org/assets/pdfs/basics/cdc-statistics-report-2017.pdf](http://www.diabetes.org/assets/pdfs/basics/cdc-statistics-report-2017.pdf)
63. Γαβριήλ Ε., Θεοδώρου Μ., Middleton N. Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2012, 29(6): 720-730
64. Ντζούφρα Β., Ξενάκη Δ., Παντερλή Α. Η ικανοποίηση των ασθενών με την παρεχόμενη φροντίδα σε Δημόσια Νοσοκομεία. *Πτυχιακήεργασία, Πάτρα, 2015*

65. Stahl C.H., et al. Incidence of Type 2 diabetes among occupational classes in Sweden: a 35 – year follow-up cohort study in middle-aged men. *Diabet Med.* 2014 Jun; 31(6): 674-680.
66. Lin P.J., et al. Multiple chronic conditions in Type 2 Diabetes Mellitus: Prevalence and Consequences. *The American Journal of ManagedCare.* 2015 Feb 27
67. American Diabetes Association. *The Diabetes Advisor.* Eye exams for people with Diabetes.  
[https://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/Eyes\\_-\\_Eye\\_Tests\\_for\\_People\\_with\\_Diabetes.pdf](https://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/Eyes_-_Eye_Tests_for_People_with_Diabetes.pdf)
68. Pascoe G.C. Patient satisfaction in primary health care. A literature review and analysis. *Eval. Program Plan* 1983, 6:185-210
69. Ξημεράκη Κ., Ρούφας Κ. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών σε Δημόσιο Νοσοκομείο «Η περίπτωση της γυναικολογικής – μαιευτικής κλινικής του Πα.Γ.Ν.Η.». Πτυχιακή εργασία. Ηράκλειο, Μάιος 2015
70. Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2008, 25(1):73-82
71. Baeten R., Spasova S., Vanhercke B., Coster S. Inequalities in access to healthcare. A study of national policies 2018. European Commission. November 2018. ISBN 978-92-79-94740-7
72. Καντεράκη Α.Ε. Κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας των ατόμων 60 ετών και άνω. Μεταπτυχιακή εργασία. Πάτρα, Οκτώβριος 2017.
73. Φωτεινογιαννοπούλου Σ. Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας στα εξωτερικά ιατρεία του γενικού νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» - Διερεύνηση ικανοποίησης ασθενών. Διπλωματική εργασία. Πειραιάς 2013.
74. Αγγελικοπούλου Χ. Ικανοποίηση ασθενών – χρηστών υπηρεσιών υγείας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας. Διπλωματική εργασία. Λάρισα 2013.

75. Ταντσης Ι. Προσδιορισμός παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από την περίθαλψη τους σε δημόσιο νοσοκομείο - Μελέτη περίπτωσης Νοσοκομείο «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ». Απρίλιος 2018. Μεταπτυχιακή εργασία, Λευκωσία 2018.