



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
« ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ »**

**« Διερεύνηση του αντίκτυπου της ψηφιακής τεχνολογίας,
όπως η Τεχνητή Νοημοσύνη, στην υγεία, την ιατρική
περίθαλψη και τη σχέση ιατρού-ασθενούς»**

ΜΑΡΙΟΣ ΠΑΣΒΟΥΡΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΜΕΛΟΣ ΣΕΠ: ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΑΔΔΑ

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2026

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΨΗΦΙΑΚΟΣ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

- 1.1. Ο Ψηφιακός μετασχηματισμός του συστήματος υγείας
- 1.2. Ηλεκτρονική υγεία και ψηφιακή υγεία
- 1.3. Τηλεϊατρική και ψηφιακές υπηρεσίες υγείας
- 1.4. Ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας και διακυβέρνηση δεδομένων
- 1.5. Ο ασθενής στην ψηφιακή εποχή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ

- 2.1. Το Μοντέλο Αποδοχής Τεχνολογίας
- 2.2. Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις στην τεχνολογία
- 2.3. Από το TAM στις κοινωνιοτεχνικές προσεγγίσεις
- 2.4. Εμπιστοσύνη, ιδιωτικότητα και υπευθυνοποίηση
- 2.5. Κριτικές προσεγγίσεις στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ

- 3.1. Ορισμοί και βασικές έννοιες
- 3.2. Εφαρμογές της ΤΝ στην κλινική πράξη έννοιες
- 3.3. Αλγοριθμική ιατρική και ιατρική ακριβείας
- 3.4. Συστήματα υποστήριξης κλινικών αποφάσεων
- 3.5. Κριτικές προσεγγίσεις: εξουσία, μεροληψία και κοινωνικές επιπτώσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

- 4.1. Ηθικές αρχές και προκλήσεις της ΤΝ στην υγεία
- 4.2. Διακυβέρνηση δεδομένων, GDPR και η «Φαουστική Συμφωνία»
- 4.3. Ψηφιακές ανισότητες και ο ψηφιακός αντίστροφος νόμος φροντίδας
- 4.4. Ψηφιακός μετασχηματισμός και μετασχηματισμός της επαγγελματικής ταυτότητας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

- 5.1. Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα
- 5.2. Ερευνητικός σχεδιασμός
- 5.3. Δείγμα και δειγματοληψία
- 5.4. Ερευνητικό εργαλείο
- 5.5. Μεταβλητές και επιχειρησιακοποίηση
- 5.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων
- 5.7. Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης
- 5.8. Ηθικά ζητήματα
- 5.9. Περιορισμοί της έρευνας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

- 6.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος
- 6.2. Αντιλήψεις για την ΤΝ στην υγεία
- 6.3. Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης
- 6.4. Ιδιωτικότητα, εμπιστοσύνη και κοινωνικές ανισότητες
- 6.5. Σχέση ιατρού-ασθενούς και ιατρική αυθεντία
- 6.6. Συνοπτική συζήτηση των ευρημάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- 7.1. Σύνοψη των κύριων ευρημάτων
- 7.2. Συζήτηση των ευρημάτων σε σχέση με τη θεωρία

7.3. Σχέση με την ελληνική πραγματικότητα

7.4. Περιορισμοί της έρευνας

7.5. Προτάσεις για πολιτική παρέμβαση

7.6. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

7.7. Τελικά συμπεράσματα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Πίνακας κοινωνιολογικών όρων

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ερωτηματολόγιο έρευνας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Πίνακες αποτελεσμάτων (SPSS)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Συντομογραφία	Πλήρης Απόδοση
TN	Τεχνητή Νοημοσύνη
ANOVA	Analysis of Variance - Ανάλυση Διακύμανσης
ΕΑΠ	Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
GDPR	General Data Protection Regulation - Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων
M	Mean - Μέσος Όρος
N	Number - Αριθμός συμμετεχόντων
p	p-value - Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας
r	Pearson Correlation Coefficient - Συντελεστής Συσχέτισης Pearson
R²	Coefficient of Determination - Συντελεστής Προσδιορισμού
SD	Standard Deviation - Τυπική Απόκλιση
SCOT	Social Construction of Technology - Κοινωνική Κατασκευή της Τεχνολογίας
STS	Science and Technology Studies - Σπουδές Επιστήμης και Τεχνολογίας
TAM	Technology Acceptance Model - Μοντέλο Αποδοχής Τεχνολογίας
WHO	World Health Organization - Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
β (beta)	Standardized Regression Coefficient - Τυποποιημένος Συντελεστής Παλινδρόμησης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο ψηφιακός μετασχηματισμός και η ενσωμάτωση της Τεχνητής Νοημοσύνης (TN) στον τομέα της υγείας αναδιαμορφώνουν ριζικά το σύγχρονο υγειονομικό τοπίο, φέρνοντας στο προσκήνιο έντονες κοινωνιοτεχνικές και ηθικές προκλήσεις αναφορικά με την κοινωνική τους αποδοχή.

Σκοπός: Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία διερευνά τις αντιλήψεις, τις στάσεις, καθώς και τις ειδικότερες ανησυχίες των Ελλήνων πολιτών απέναντι στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας και την ενσωμάτωση των τεχνολογιών TN στο σύστημα περίθαλψης.

Μεθοδολογική Προσέγγιση: Στο θεωρητικό μέρος, πραγματοποιείται κριτική εξέταση του Μοντέλου Αποδοχής Τεχνολογίας (TAM), των κοινωνιοτεχνικών προσεγγίσεων (SCOT και STS), της έννοιας της «Φαουστικής Συμφωνίας», της υπευθυνοποίησης του ατόμου και του ψηφιακού αντίστροφου νόμου φροντίδας. Στο εμπειρικό μέρος, ακολουθήθηκε ποσοτική μεθοδολογία με τη συλλογή δεδομένων μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου σε δείγμα 121 Ελλήνων πολιτών.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα αποκαλύπτουν μια γενικά θετική στάση απέναντι στις δυνατότητες της TN, ιδιαίτερα ως προς την ακρίβεια της διάγνωσης και τη βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ωστόσο, η πρόθεση χρήσης παραμένει συγκρατημένη, ενώ η εμπιστοσύνη στις αλγοριθμικές αποφάσεις είναι χαμηλή. Η ανησυχία για την εμπορευματοποίηση των προσωπικών δεδομένων υγείας αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας της πρόθεσης χρήσης TN. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες εξακολουθούν να θεωρούν τον ιατρό ως την τελική αυθεντία, εκφράζοντας επιφυλάξεις για την πλήρη αντικατάστασή του, καθώς και έντονους προβληματισμούς για την ιδιωτικότητα, την επιδείνωση των κοινωνικών ανισοτήτων και την απώλεια της ανθρώπινης διάστασης στη φροντίδα.

Συμπεράσματα: Η εργασία καταλήγει ότι ο ψηφιακός μετασχηματισμός του ΕΣΥ δεν μπορεί να περιοριστεί σε στενούς όρους τεχνολογικών επενδύσεων. Για μια επιτυχή και συμπεριληπτική μετάβαση, απαιτείται η θεσμοθέτηση ενός ισχυρού πλαισίου προστασίας της ιδιωτικότητας, η λήψη συστηματικών μέτρων για την αντιμετώπιση του ψηφιακού χάσματος και η χάραξη πολιτικών που διασφαλίζουν σταθερά την ανθρωποκεντρική φύση της υγειονομικής περίθαλψης.

Λέξεις-κλειδιά: ψηφιακός μετασχηματισμός υγείας, αλγοριθμική διακυβέρνηση, Μοντέλο Αποδοχής Τεχνολογίας (TAM), ψηφιακός αντίστροφος νόμος φροντίδας, υπευθυνοποίηση

ABSTRACT

Introduction: Digital transformation and the integration of Artificial Intelligence (AI) in the healthcare sector are radically reshaping the contemporary healthcare landscape, bringing to the forefront intense socio-technical and ethical challenges regarding their social acceptance.

Purpose: This master's thesis explores the perceptions, attitudes, and specific concerns of Greek citizens regarding the digital transformation of healthcare and the integration of AI technologies into the healthcare system.

Methodological Approach: In the theoretical section, a critical examination is conducted of the Technology Acceptance Model (TAM), socio-technical approaches (SCOT and STS), the concept of the “Faustian Pact,” individual accountability, and the digital inverse law of care. In the empirical section, a quantitative methodology was employed, with data collected via an online questionnaire from a sample of 121 Greek citizens.

Results: The findings reveal a generally positive attitude toward the potential of AI, particularly regarding diagnostic accuracy and improvements to the National Health System. However, the intention to use AI remains modest, while trust in algorithmic decisions is low. Concerns about the commercialization of personal health data emerged as the strongest negative predictor of the intention to use AI. Furthermore, participants continue to view the physician as the ultimate authority, expressing reservations about fully replacing them, as well as strong concerns regarding privacy, the exacerbation of social inequalities, and the loss of the human dimension in care.

Conclusions: The study concludes that the digital transformation of the National Health System cannot be limited to narrow terms of technological investment. For a successful and inclusive transition, it is necessary to establish a robust privacy protection framework, the adoption of systematic measures to address the digital divide, and the formulation of policies that consistently ensure the human-centered nature of healthcare.

Keywords: digital health transformation, algorithmic governance, Technology Acceptance Model (TAM), dataveillance, digital reverse care law, accountability

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές αλλαγές που συντελούνται στα συστήματα υγείας παγκοσμίως τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Η σύγκλιση ψηφιακών τεχνολογιών, μεγάλων δεδομένων και Τεχνητής Νοημοσύνης αναδιαμορφώνει ριζικά τις πρακτικές φροντίδας, τις σχέσεις εξουσίας και την εμπειρία του ασθενούς (Lupton, 2017; Petersen, 2019).

Στην Ελλάδα, η διαδικασία αυτή επιταχύνθηκε σημαντικά κατά την πανδημία COVID-19. Εργαλεία όπως η άυλη συνταγογράφηση και η πλατφόρμα myHealth επεκτάθηκαν ευρέως, ενώ δρομολογήθηκε η σταδιακή εισαγωγή ψηφιακών υπηρεσιών και συστημάτων Τεχνητής Νοημοσύνης (Grammatikopoulou κ.ά., 2024; Anastasiadou κ.ά., 2025). Παρότι οι παρεμβάσεις αυτές συνέβαλαν στη μείωση της γραφειοκρατίας και στη βελτίωση της πρόσβασης σε ορισμένες υπηρεσίες, ανέδειξαν ταυτόχρονα τις δομικές αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπως η υποχρηματοδότηση, ο κατακερματισμός και οι έντονες κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες.

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, που εκπονείται στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Δημόσια Υγεία και Πολιτικές» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, δεν εστιάζει στην τεχνική αξιολόγηση των ψηφιακών εργαλείων. Αντίθετα, υιοθετεί μια κριτική κοινωνιολογική προσέγγιση, διερευνώντας τον τρόπο με τον οποίο οι πολίτες αντιλαμβάνονται, βιώνουν και διαπραγματεύονται τις αλλαγές που επιφέρει ο ψηφιακός μετασχηματισμός στις πρακτικές υγείας, στις σχέσεις ιατρού-ασθενούς και στην ίδια την έννοια της φροντίδας.

Σε θεωρητικό επίπεδο, η εργασία συνδυάζει το κλασικό Μοντέλο Αποδοχής Τεχνολογίας (TAM) με κριτικές κοινωνιοτεχνικές προσεγγίσεις (SCOT, STS). Μέσα από αυτό το πρίσμα, εξετάζονται κεντρικές έννοιες όπως η «Φαουστική Συμφωνία» μεταξύ ψηφιακής ευκολίας και ιδιωτικότητας, η υπευθυνοποίηση του ατόμου, η αμφισβήτηση της ιατρικής αυθεντίας και ο κίνδυνος ενίσχυσης των κοινωνικών ανισοτήτων μέσω του ψηφιακού αντίστροφου νόμου φροντίδας (Petersen, 2019; Lupton, 2017; Greenhalgh κ.ά., 2025; Sharon, 2021).

Μέσω ποσοτικής έρευνας σε δείγμα 121 πολιτών, η μελέτη επιχειρεί να αποτυπώσει τις πραγματικές αντιλήψεις και αντιφάσεις του ελληνικού κοινού. Τα ευρήματα φιλοδοξούν να συμβάλουν τόσο στη θεωρητική συζήτηση γύρω από την ψηφιακή υγεία, όσο και στην ανάδειξη πιο ισορροπημένων, ανθρωποκεντρικών και κοινωνικά δίκαιων πολιτικών για τον ψηφιακό μετασχηματισμό του ΕΣΥ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΨΗΦΙΑΚΟΣ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.1. Ο Ψηφιακός μετασχηματισμός του συστήματος υγείας

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός στη δημόσια υγεία δεν είναι απλώς μια τεχνολογική αναβάθμιση. Πρόκειται για μια βαθιά διαδικασία που αλλάζει τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την ασθένεια, τη φροντίδα και τη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Μέσα από τη σύγκλιση ψηφιακών τεχνολογιών, βιολογικών δεδομένων και κοινωνικών πρακτικών, η υγεία έχει μετατραπεί σε κάτι που παρακολουθείται, μετριέται και βελτιστοποιείται συνεχώς μέσω μεγάλων δεδομένων και αλγορίθμων (Corrales Compagnucci et al., 2022).

Στην Ελλάδα, η διαδικασία αυτή ξεκίνησε εντατικά μετά την οικονομική κρίση και επιταχύνθηκε κατά την πανδημία COVID-19. Κεντρικά εργαλεία αυτής της μετάβασης υπήρξαν η άυλη συνταγογράφηση και η πλατφόρμα myHealth, που επέτρεψαν στους πολίτες να αποκτήσουν πρόσβαση στον Εθνικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας τους. Παρότι αυτές οι παρεμβάσεις συνέβαλαν στη μείωση της γραφειοκρατίας και στον καλύτερο έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών, ανέδειξαν ταυτόχρονα τις χρόνιες δομικές αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ): υποχρηματοδότηση, οργανωτικό κατακερματισμό και σημαντικές γεωγραφικές και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες (Grammatikopoulou et al., 2024).

Η έρευνα των Anastasiadou et al. (2025) κατά την περίοδο της πανδημίας κατέδειξε την ύπαρξη ενός έντονου ψηφιακού χάσματος στην ελληνική κοινωνία. Πολίτες μεγαλύτερης ηλικίας, άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, καθώς και κάτοικοι αγροτικών και νησιωτικών περιοχών, φάνηκε να αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση και στην χρήση ψηφιακών

υπηρεσιών υγείας. Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνουν τον «ψηφιακό αντίστροφο νόμο φροντίδας», σύμφωνα με τον οποίο όσοι έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες υγείας δυσκολεύονται περισσότερο να τις καλύψουν μέσω ψηφιακών μέσων (Greenhalgh et al., 2025).

1.2. Ηλεκτρονική υγεία και ψηφιακή υγεία

Σήμερα, ο όρος «ηλεκτρονική υγεία» (e-Health) αναφέρεται κυρίως στην ενσωμάτωση των Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνιών για την υποστήριξη των συστημάτων υγείας, της επιτήρησης και της εκπαίδευσης (WHO, 2021). Από την άλλη, η «ψηφιακή υγεία» είναι μια ευρύτερη έννοια που περιλαμβάνει την εν τω βάθει διασύνδεση ψηφιακών τεχνολογιών με τη βιολογία, την κοινωνία και την καθημερινή ζωή (Lupton, 2017; Petersen, 2019). Πρόκειται για μια πραγματική αλλαγή παραδείγματος: δεν μιλάμε πλέον μόνο για ψηφιακά εργαλεία, αλλά για το πώς η τεχνολογία αλλάζει τον ίδιο τον τρόπο που βιώνουμε και φροντίζουμε την υγεία μας.

Η ψηφιακή υγεία υπερβαίνει την απλή πληροφορική υποστήριξη, καθώς ενσωματώνει τη διαχείριση μεγάλων δεδομένων (Big Data), τη γονιδιωματική και την ΤΝ για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας (WHO, 2021; Corrales Compagnucci κ.ά., 2022). Το οικοσύστημα αυτό περιλαμβάνει εφαρμογές κινητής υγείας (mHealth), φορετές συσκευές (wearables), τηλεϊατρική και συστήματα ιατρικής ακριβείας (Petersen, 2019· Anastasiadou κ.ά., 2025). Μια κρίσιμη πρόκληση που αναδύεται είναι η λεγόμενη «γκρίζα ζώνη» μεταξύ κλινικών εφαρμογών και εφαρμογών ευεξίας, η οποία περιπλέκει το ρυθμιστικό πλαίσιο και την προστασία του χρήστη-ασθενούς (WHO, 2021).

Από κοινωνιολογική σκοπιά, η μετάβαση στην ψηφιακή υγεία σηματοδοτεί μια «επικοινωνιολογική επανάσταση» στην ιατρική: ενώ η ιατρική του 20ού αιώνα εστίαζε στη θεραπεία των ασθενών, η ψηφιακή ιατρική του 21ου αιώνα προσανατολίζεται όλο και περισσότερο στην «αναβάθμιση» των υγιών ατόμων (WHO, 2021). Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τη συνεχή βιο-επιτήρηση και τη συλλογή βιομετρικών δεδομένων που μετατρέπουν το άτομο σε έναν διαρκώς παρακολουθούμενο «ψηφιακό ασθενή», ακόμη και εν τη απουσία νόσου (WHO 2021; Lupton, 2017).

Στην Ελλάδα, η μετάβαση αυτή παραμένει ημιτελής και ασύμμετρη (Anastasiadou κ.ά., 2025). Παρά τη δυναμική εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και του myHealth, υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις στην ψηφιακή ωριμότητα μεταξύ των αστικών κέντρων και της περιφέρειας (Grammatikopoulou κ.ά., 2024; Anastasiadou κ.ά., 2025). Το υφιστάμενο ψηφιακό χάσμα ενδέχεται να οδηγήσει σε αποκλεισμό ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων (ηλικιωμένοι, κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών), καθιστώντας την ισότιμη πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες κεντρικό ζήτημα Δημόσιας Υγείας (WHO, 2021; Anastasiadou κ.ά., 2025).

1.3. Τηλεϊατρική και ψηφιακές υπηρεσίες υγείας

Η τηλεϊατρική αποτέλεσε μια από τις πιο αντιπροσωπευτικές εκδηλώσεις της ψηφιακής υγείας, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Στην Ελλάδα, η μαζική χρήση τηλεσυμβουλευτικών συνεδριών την περίοδο 2020-2022 ανέδειξε τόσο τις δυνατότητες όσο και τα όρια αυτής της προσέγγισης. Παρότι βελτίωσε την πρόσβαση σε ορισμένες ομάδες πληθυσμού, πολλοί πολίτες, κυρίως ηλικιωμένοι και άτομα με χαμηλό ψηφιακό γραμματισμό, αντιμετώπισαν δυσκολίες και εξέφρασαν μειωμένη εμπιστοσύνη λόγω της έλλειψης φυσικής επαφής (Anastasiadou et al., 2025; Greenhalgh et al., 2025).

1.4. Ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας και διακυβέρνηση δεδομένων

Η θεσμοθέτηση του εθνικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας μέσω της πύλης myHealth αποτελεί τον βασικό πυλώνα του ψηφιακού μετασχηματισμού στην Ελλάδα (Anastasiadou et al., 2025). Η υποδομή αυτή επιτρέπει την άμεση ανταλλαγή κλινικών πληροφοριών και τον αποτελεσματικότερο συντονισμό της φροντίδας (Corrales Compagnucci et al., 2022). Ωστόσο, η διακυβέρνηση των δεδομένων παραμένει μια κρίσιμη πρόκληση, καθώς απαιτείται ισορροπία μεταξύ της διαλειτουργικότητας και της προστασίας της ιδιωτικότητας (Schuessler et al., 2022).

Σύμφωνα με τον κανονισμό GDPR (Ευρωπαϊκός Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων 2016/679), η ασφάλεια των ευαίσθητων πληροφοριών πρέπει να διασφαλίζεται ήδη από τον σχεδιασμό των συστημάτων (Lupton, 2017). Η συγκέντρωση των δεδομένων σε κεντρικές βάσεις εγείρει ανησυχίες για την

εμπορευματοποίησή τους ως «βιο-αξία» (Sharon, 2021). Επιπλέον, ελλοχεύει ο κίνδυνος εγκαθίδρυσης μιας γενικευμένης «δεδομενοεπιτήρησης», η οποία αναδιαμορφώνει τις σχέσεις εξουσίας στην υγεία (Petersen, 2019).

Από κοινωνιολογική σκοπιά, ο ηλεκτρονικός φάκελος λειτουργεί συχνά ως ένα «ψηφιακό ομοίωμα» του ασθενούς (Greenhalgh et al., 2025). Αυτή η ψηφιακή αναπαράσταση εστιάζει σε μετρήσιμα μεγέθη, παραλείποντας όμως την υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία της ασθένειας (Lupton, 2017). Η ανάγκη προστασίας του «βιογραφικού πυρήνα» του ατόμου καθιστά τη διαφανή διακυβέρνηση των δεδομένων επιτακτική ανάγκη για τη Δημόσια Υγεία (WHO, 2021).

1.5. Ο ασθενής στην ψηφιακή εποχή

Στην ψηφιακή εποχή, ο ασθενής μετατρέπεται από παθητικό δέκτη φροντίδας σε «ψηφιακά ενεργό υποκείμενο» (Lupton, 2017). Αυτή η νέα μορφή «βιο-ψηφιακής ιδιότητας του πολίτη» απαιτεί από τα άτομα να αναλαμβάνουν συνεχή αυτο-παρακολούθηση και διαχείριση των δεδομένων τους (Petersen, 2019). Ο ασθενής πλέον δεν αξιολογείται μόνο μέσω της φυσικής του παρουσίας, αλλά οφείλει να κατασκευάσει ένα πειστικό και ακριβές «ψηφιακό ομοίωμα» στον ηλεκτρονικό του φάκελο (Greenhalgh et al., 2025)

Ωστόσο, η μετάβαση αυτή δεν είναι ουδέτερη. Ενώ υπόσχεται ενδυνάμωση, συχνά λειτουργεί ως μηχανισμός «υπευθυνοποίησης», μετατοπίζοντας την ευθύνη για την υγεία από το κράτος στο άτομο. Στην ελληνική πραγματικότητα, η διαδικασία αυτή εντείνει τις υπάρχουσες ανισότητες, καθώς δεν διαθέτουν όλοι οι πολίτες τα ίδια μέσα, τις ίδιες δεξιότητες ή την ίδια πρόσβαση στην τεχνολογία (Anastasiadou et al., 2025; Greenhalgh et al., 2025). Αυτή η διαδικασία περιγράφεται ως «ψηφιακή υποψηφιότητα», όπου η πρόσβαση στη φροντίδα εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να πλοηγείται σε σύνθετα αλγοριθμικά συστήματα (Greenhalgh et al., 2025). Η επιτυχής διαπραγμάτευση αυτής της υποψηφιότητας απαιτεί υψηλό επίπεδο ψηφιακού γραμματισμού και αυξημένο «πολιτισμικό κεφάλαιο υγείας» (Copelton & Weiss, 2023; WHO, 2021).

Παρά την επίσημη ρητορική περί ενδυνάμωσης, η μετάβαση αυτή λειτουργεί συχνά ως μηχανισμός «υπευθυνοποίησης» (Lupton, 2017; Petersen, 2019). Το βάρος

της διαχείρισης του κινδύνου μετατοπίζεται μεθοδικά από το κράτος στην ατομική σφαίρα, υποχρεώνοντας τον πολίτη σε μια διαρκή αυτο-παρακολούθηση μέσω της ψηφιακής τεχνολογίας (Lupton, 2017; WHO, 2021).

Καθώς η ψηφιακή ιατρική του 21ου αιώνα προσανατολίζεται στην «αναβάθμιση» των υγιών ατόμων, ελλοχεύει ο κίνδυνος οι μη εξοικειωμένοι πολίτες να περιθωριοποιηθούν, λαμβάνοντας υποδεέστερη φροντίδα (WHO, 2021; Greenhalgh et al., 2025). Η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης αναδεικνύεται, επομένως, σε κεντρική πολιτική πρόκληση για τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα (WHO, 2021; Anastasiadou et al., 2025).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ

2.1. Το Μοντέλο Αποδοχής Τεχνολογίας

Το Μοντέλο Αποδοχής Τεχνολογίας (TAM), που αναπτύχθηκε από τον Davis το 1989, παραμένει ένα από τα πιο γνωστά μοντέλα για να εξηγήσουμε γιατί οι άνθρωποι αποδέχονται ή απορρίπτουν μια νέα τεχνολογία. Βασίζεται σε δύο βασικούς παράγοντες: κατά πόσο ο χρήστης πιστεύει ότι η τεχνολογία θα τον βοηθήσει (αντιλαμβανόμενη χρησιμότητα) και κατά πόσο θεωρεί ότι είναι εύκολη στη χρήση της (αντιλαμβανόμενη ευκολία). Ωστόσο, στον χώρο της υγείας το μοντέλο αυτό παρουσιάζει σημαντικούς περιορισμούς, καθώς δεν λαμβάνει υπόψη βαθύτερους κοινωνικούς, ηθικούς και συναισθηματικούς παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων των πολιτών (Lupton, 2017; Petersen, 2019).

Στον χώρο της ψηφιακής υγείας, το TAM έχει εφαρμοστεί εκτενώς για την αξιολόγηση συστημάτων όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η τηλεϊατρική και οι ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας. Στην Ελλάδα, σχετικές μελέτες δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά αναγνωρίζουν τη χρησιμότητα των ψηφιακών εργαλείων, αλλά αντιμετωπίζουν δυσκολίες ευχρηστίας και εκφράζουν άγχος

οφειλόμενο στην εφαρμογή της τεχνολογίας (technostress) (Grammatikopoulou et al., 2024; Anastasiadou et al., 2025).

Παρ' όλα αυτά, το TAM παρουσιάζει σημαντικούς περιορισμούς όταν εφαρμόζεται σε σύνθετα περιβάλλοντα όπως η υγεία. Η κύρια κριτική που δέχεται είναι ότι είναι υπερβολικά ατομοκεντρικό και τεχνοκεντρικό. Εστιάζει σχεδόν αποκλειστικά στις γνωστικές αντιλήψεις του ατόμου, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τις κοινωνικές, πολιτικές, οργανωσιακές και πολιτισμικές παραμέτρους που διαμορφώνουν την πραγματική υιοθέτηση μιας τεχνολογίας (Lupton, 2017· Petersen, 2019).

2.2. Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις στην τεχνολογία

Σε αντίθεση με το TAM, οι κοινωνιολογικές προσεγγίσεις αντιμετωπίζουν την τεχνολογία όχι ως ουδέτερο εργαλείο, αλλά ως κοινωνικά κατασκευασμένη και ταυτόχρονα κοινωνικά διαμορφωτική.

Η θεωρία της Κοινωνικής Κατασκευής της Τεχνολογίας (Social Construction of Technology - SCOT) υποστηρίζει ότι τα τεχνολογικά συστήματα διαμορφώνονται μέσα από διαπραγματεύσεις και συγκρούσεις μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων με διαφορετικά συμφέροντα (Bijker et al., 2012). Παρόμοια, οι Σπουδές Επιστήμης και Τεχνολογίας (Science and Technology Studies - STS) και η προσέγγιση της Κοινωνικής Διαμόρφωσης της Τεχνολογίας τονίζουν ότι οι τεχνολογίες ενσωματώνουν συγκεκριμένες αξίες, σχέσεις εξουσίας και πολιτικές επιλογές (Winner, 1980; MacKenzie & Wajcman, 1999).

Στο πεδίο της ψηφιακής υγείας, αυτές οι προσεγγίσεις δείχνουν ότι η «αποδοχή» μιας τεχνολογίας δεν εξαρτάται μόνο από την ευχρηστία της, αλλά από το ποιος την σχεδίασε, ποιες αξίες προωθεί, ποιους αποκλείει και πώς εντάσσεται στις υπάρχουσες σχέσεις εξουσίας μέσα στο σύστημα υγείας (Lupton, 2017· Sharon, 2021).

2.3. Από το TAM στις κοινωνιοτεχνικές προσεγγίσεις

Σε αντίθεση με το TAM, οι κοινωνιοτεχνικές προσεγγίσεις βλέπουν την τεχνολογία όχι ως ουδέτερο εργαλείο, αλλά ως κάτι που διαμορφώνεται μέσα από κοινωνικές

σχέσεις και ταυτόχρονα τις διαμορφώνει. Ενώ το TAM εστιάζει σχεδόν αποκλειστικά στο τι σκέφτεται το άτομο για μια τεχνολογία, οι προσεγγίσεις αυτές τονίζουν ότι η υιοθέτηση ή απόρριψή της επηρεάζεται από πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές δυνάμεις που συχνά παραμένουν αδιαφανείς.

Στην ψηφιακή υγεία, αυτό σημαίνει ότι η υιοθέτηση ή απόρριψη συστημάτων όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος ή οι εφαρμογές ΤΝ επηρεάζεται από παράγοντες όπως:

- ❖ Η οργανωσιακή κουλτούρα και οι σχέσεις εξουσίας στα νοσοκομεία (Greenhalgh et al., 2025).
- ❖ Το ψηφιακό χάσμα και οι κοινωνικές ανισότητες (Anastasiadou et al., 2025).
- ❖ Η εμπορευματοποίηση δεδομένων από μεγάλες τεχνολογικές εταιρείες (Sharon, 2021).
- ❖ Το τεχνολογικό άγχος (technostress) και η απώλεια επαγγελματικής αυτονομίας των ιατρών (Dakin et al., 2025; Lupton, 2017).

2.4. Εμπιστοσύνη, ιδιωτικότητα και υπευθυνοποίηση

Πέρα από την αντιλαμβανόμενη χρησιμότητα και ευκολία, η αποδοχή των ψηφιακών τεχνολογιών υγείας επηρεάζεται καθοριστικά από ζητήματα εμπιστοσύνης και ιδιωτικότητας. Οι πολίτες καλούνται συχνά να συνάψουν μια «Φαουστική Συμφωνία» (Petersen, 2019): να παραχωρήσουν προσωπικά δεδομένα υγείας με αντάλλαγμα την ευκολία και την υπόσχεση καλύτερης φροντίδας.

Στο πλαίσιο του νεοφιλελευθερισμού, η ψηφιακή υγεία λειτουργεί ως μηχανισμός υπευθυνοποίησης, μετατοπίζοντας την ευθύνη για την υγεία από το κράτος στο άτομο (Lupton, 2017; Petersen, 2019). Ο «καλός» πολίτης καλείται να αυτο-παρακολουθείται διαρκώς, να παράγει δεδομένα και να διαχειρίζεται μόνος του την υγεία του, συχνά χωρίς επαρκή υποστήριξη.

2.5. Κριτικές προσεγγίσεις στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας

Οι κριτικές προσεγγίσεις υπογραμμίζουν ότι ο ψηφιακός μετασχηματισμός δεν αποτελεί μια ουδέτερη τεχνική εξέλιξη. Αντίθετα, εντάσσεται σε ευρύτερες

διαδικασίες εμπορευματοποίησης και κοινωνικού ελέγχου (Lupton, 2017). Η «Googlization» της υγείας περιγράφει τη διείσδυση των τεχνολογικών κολοσσών στα δημόσια συστήματα φροντίδας, όπου η τεχνική τους υπεροχή μεταφράζεται σε εξουσία πάνω στην ιατρική πράξη (Sharon, 2021). Στο πλαίσιο αυτό, η ανθρώπινη εμπειρία και τα ευαίσθητα κλινικά δεδομένα μετατρέπονται σε εμπορεύσιμη «βιο-αξία», τροφοδοτώντας τον καπιταλισμό της επιτήρησης (Sharon, 2021; Lupton, 2017).

Αυτή η μετάβαση συχνά περιγράφεται ως μια μορφή «δεδομενο-αποικιοκρατίας» (data colonialism). Οι μεγάλες εταιρείες εφαρμόζουν πρακτικές εξόρυξης δεδομένων που θυμίζουν ιστορικές μορφές εκμετάλλευσης, μετατρέποντας τη βιολογική ζωή σε ψηφιακά περιουσιακά στοιχεία (Lebret, 2022). Επιπλέον, η ανάδυση μιας νέας «βιομηχανικής τυραννίας» επιτρέπει στην τεχνική εξειδίκευση να καθορίζει την παγκόσμια πολιτική υγείας, υπονομεύοντας τον δημόσιο και δημοκρατικό έλεγχο (Sharon, 2021). Ο πολίτης εγκλωβίζεται έτσι σε μια «Φαουστική Συμφωνία», παραχωρώντας την ιδιωτικότητά του με αντάλλαγμα την ψηφιακή ευκολία ή την υπόσχεση μιας μελλοντικής θεραπείας (Petersen, 2019).

Συμπερασματικά, η επιστημονική κατανόηση της ψηφιακής υγείας απαιτεί την υπέρβαση ατομοκεντρικών μοντέλων όπως το TAM. Μόνο μέσα από κριτικές κοινωνιοτεχνικές προσεγγίσεις μπορούμε να αναλύσουμε πλήρως τις σχέσεις εξουσίας και τον κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού. Χωρίς αυτή την οπτική, ο ψηφιακός μετασχηματισμός κινδυνεύει να επικυρώσει τον «ψηφιακό αντίστροφο νόμο φροντίδας», εμβαθύνοντας τις ανισότητες για τις πλέον ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Greenhalgh κ.ά., 2025).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ

3.1. Ορισμοί και βασικές έννοιες

Η ΤΝ αναφέρεται στην ικανότητα των μηχανών να εκτελούν εργασίες που παραδοσιακά απαιτούσαν ανθρώπινη νοημοσύνη, όπως η μάθηση, η αναγνώριση προτύπων και η λήψη αποφάσεων (WHO, 2021). Στηρίζεται κυρίως σε τεχνικές Μηχανικής Μάθησης και Βαθιάς Μάθησης, οι οποίες επιτρέπουν στα συστήματα να

«μαθαίνουν» από τεράστιους όγκους δεδομένων χωρίς να χρειάζεται ρητός προγραμματισμός για κάθε περίπτωση (Corrales Compagnucci et al., 2022).

Από κοινωνιολογική σκοπιά όμως, η TN δεν είναι μια ουδέτερη τεχνολογική εξέλιξη. Πρόκειται για ένα κοινωνικοτεχνικό σύστημα που ενσωματώνει τις αξίες, τις προκαταλήψεις και τα συμφέροντα όσων την αναπτύσσουν (Lupton, 2017; Petersen, 2019). Οι αλγόριθμοι δεν είναι απλώς εργαλεία· είναι φορείς εξουσίας που αναδιαμορφώνουν σχέσεις, ταυτότητες και πρακτικές φροντίδας (Sharon, 2021; Lebret, 2022).

Η κυριαρχία μεγάλων τεχνολογικών εταιρειών στην ανάπτυξη της TN έχει δημιουργήσει μια νέα μορφή «αλγοριθμικής διακυβέρνησης» της υγείας. Αποφάσεις που επηρεάζουν άμεσα τη ζωή των ανθρώπων λαμβάνονται πλέον με βάση στατιστικά πρότυπα, συχνά χωρίς πλήρη διαφάνεια. Αυτή η εξέλιξη ενισχύει τη μετατροπή της ανθρώπινης ζωής σε δεδομένα και την εμπορευματοποίηση της υγείας, μετατρέποντας το σώμα σε πηγή «βιο-αξίας» μέσα στον καπιταλισμό της επιτήρησης (Lupton, 2017; Sharon, 2021).

3.2. Εφαρμογές της TN στην κλινική πράξη

Η ενσωμάτωση της TN στα σύγχρονα συστήματα υγείας αποτελεί πλέον μια δυναμική πραγματικότητα που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα κλινικών εφαρμογών (WHO, 2021; Corrales Compagnucci et al., 2022). Τα αλγοριθμικά συστήματα χρησιμοποιούνται συστηματικά για τη βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας στην ακτινολογία, την ογκολογία - όπως η ανίχνευση νεοπλασμάτων στον μαστό - και την οφθαλμολογία (Ting et al., 2020; Yala et al., 2019). Πέρα από τη διάγνωση, η TN επιτρέπει την πρόβλεψη επιδημιολογικών κινδύνων και την εξατομίκευση θεραπευτικών παρεμβάσεων μέσω της ιατρικής ακριβείας, αναλύοντας τεράστιους όγκους δεδομένων από ηλεκτρονικούς φακέλους και βιομετρικούς αισθητήρες (Petersen, 2019).

Ωστόσο, η είσοδος της TN στην κλινική πράξη δεν αφορά μόνο τεχνικά ζητήματα. Αλλάζει ριζικά τον ρόλο του ιατρού, ο οποίος σταδιακά μετατρέπεται από κύριος κάτοχος της ιατρικής γνώσης σε συνεργάτη αλγοριθμικών συστημάτων. Ταυτόχρονα, αναδύεται μια νέα μορφή εξουσίας - η «αλγοριθμική αυθεντία» - που

συχνά έρχεται σε σύγκρουση με την παραδοσιακή κλινική κρίση και εμπειρία του ιατρού (Lupton, 2017; Sharon, 2021). Αυτή η μετάβαση στην «ιατρική της οθόνης» αναγκάζει τους επαγγελματίες να αφιερώνουν αυξανόμενο χρόνο στη διαχείριση δεδομένων και την επικοινωνία μέσω ψηφιακών πυλών, γεγονός που συχνά προκαλεί φαινόμενα technostress και ψυχολογική καταπόνηση (Ayyagari et al., 2011; Dakin et al., 2025).

Ταυτόχρονα, αναδύεται η έννοια της «αλγοριθμικής αυθεντίας», η οποία διεκδικεί την ορθολογική ανωτερότητα στη λήψη αποφάσεων απέναντι στην παραδοσιακή κλινική κρίση (Sharon, 2021). Το πρόβλημα του «μαύρου κουτιού» - η αδυναμία δηλαδή κατανόησης της μαθηματικής λογικής που οδηγεί σε μια διάγνωση - δημιουργεί σοβαρά ηθικά ζητήματα σχετικά με τη λογοδοσία και τη δυνατότητα παροχής ουσιαστικής ενημερωμένης συγκατάθεσης (WHO, 2021q Lebret, 2022). Η θεραπευτική σχέση διαμεσολαβείται πλέον από το «ψηφιακό ομοίωμα» του ασθενούς, μια ποσοτικοποιημένη αναπαράσταση δεδομένων που ενδέχεται να παραλείπει την υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία της νόσου (Lupton, 2017; Greenhalgh et al., 2025).

3.3. Αλγοριθμική ιατρική και ιατρική ακριβείας

Μία από τις μεγαλύτερες υποσχέσεις της TN είναι η μετάβαση από την «ιατρική του μέσου όρου» στην ιατρική ακριβείας, όπου η θεραπεία προσαρμόζεται στο μοναδικό γενετικό, βιομετρικό και περιβαλλοντικό προφίλ του κάθε ατόμου (Petersen, 2019). Παρόλο που αυτή η προσέγγιση ανοίγει σημαντικές δυνατότητες, θέτει ταυτόχρονα κρίσιμα ερωτήματα: Ποιοι έχουν πρόσβαση σε τέτοιες εξατομικευμένες υπηρεσίες και ποιοι μένουν εκτός λόγω οικονομικών, γεωγραφικών ή ψηφιακών ανισοτήτων;

3.4. Συστήματα υποστήριξης κλινικών αποφάσεων

Τα Συστήματα Υποστήριξης Κλινικών Αποφάσεων αποτελούν σήμερα μία από τις πιο διαδεδομένες εφαρμογές της TN στην υγεία. Αν και υπόσχονται μείωση ιατρικών σφαλμάτων και καλύτερη διαχείριση χρόνιων παθήσεων, δημιουργούν νέες προκλήσεις για τους επαγγελματίες υγείας, όπως το τεχνολογικό άγχος (technostress), η πιθανή απώλεια κλινικής διαίσθησης και ο κίνδυνος υπερβολικής εξάρτησης από αλγοριθμικές συστάσεις (Dakin et al., 2025; Greenhalgh et al., 2025).

3.5. Κριτικές προσεγγίσεις: εξουσία, μεροληψία και κοινωνικές επιπτώσεις

Η ΤΝ στην υγεία δεν είναι ουδέτερη τεχνολογία. Οι αλγόριθμοι συχνά αναπαράγουν και ενισχύουν υπάρχουσες κοινωνικές ανισότητες, λόγω προκαταλήψεων στα δεδομένα εκπαίδευσης (Obermeyer et al., 2019; World Health Organization, 2021).

Επιπλέον, η «Googlization» της υγείας (Sharon, 2021) μεταφέρει σημαντική εξουσία από τα δημόσια συστήματα υγείας σε μεγάλους ιδιωτικούς τεχνολογικούς κολοσσούς. Το πρόβλημα του «μαύρου κουτιού» καθιστά δύσκολη την κατανόηση και τη λογοδοσία των αποφάσεων που λαμβάνονται, ενώ υπονομεύει την εμπιστοσύνη και την αυτονομία του ασθενούς (Lupton, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Ηθικές αρχές και προκλήσεις της ΤΝ στην υγεία

Η εισαγωγή της ΤΝ στην υγεία δεν εγείρει μόνο τεχνικά ζητήματα, αλλά και βαθιά ηθικά διλήμματα. Ο ΠΟΥ (WHO, 2021) έχει προτείνει τέσσερις βασικές ηθικές αρχές που πρέπει να καθοδηγούν την ανάπτυξη και εφαρμογή της ΤΝ: την αυτονομία, την ευεργεσία, την απουσία βλάβης και τη δικαιοσύνη.

Η αρχή της αυτονομίας απαιτεί ο ασθενής να διατηρεί τον πραγματικό έλεγχο των αποφάσεων που αφορούν την υγεία του. Ωστόσο, τα αδιαφανή αλγοριθμικά συστήματα δυσκολεύουν σημαντικά αυτή την αρχή. Σε πολλές περιπτώσεις, ούτε ο ασθενής ούτε ο ίδιος ο ιατρός μπορεί να κατανοήσει πλήρως πώς καταλήγει το σύστημα σε μια συγκεκριμένη διάγνωση ή σύσταση (WHO, 2021; Lebreton, 2022).

Η αρχή της δικαιοσύνης είναι εξίσου προβληματική. Παρότι η ΤΝ υπόσχεται πιο εξατομικευμένη φροντίδα, στην πράξη συχνά ενισχύει υφιστάμενες ανισότητες. Τα συστήματα εκπαιδεύονται σε δεδομένα που υποεκπροσωπούν γυναίκες, ηλικιωμένους, οικονομικά ασθενέστερους και εθνοτικές μειονότητες, με αποτέλεσμα να αναπαράγουν και να διαιωνίζουν προκαταλήψεις (Obermeyer et al., 2019; Sharon,

2021). Με αυτόν τον τρόπο, η TN κινδυνεύει να λειτουργήσει ως νέος μηχανισμός κοινωνικού αποκλεισμού.

4.2. Διακυβέρνηση δεδομένων, GDPR και η «Φαουστική Συμφωνία»

Παρ' όλο που ο GDPR θεωρείται από τα πιο προχωρημένα νομικά πλαίσια προστασίας δεδομένων, στην πράξη φαίνεται περιορισμένος μπροστά στον τρόπο που λειτουργεί σήμερα ο καπιταλισμός της επιτήρησης. Οι πολίτες καλούνται καθημερινά να κάνουν αυτό που ο Petersen ονομάζει «Φαουστική Συμφωνία»: να παραχωρήσουν τα πιο ευαίσθητα δεδομένα τους - γενετικά, βιομετρικά, ιατρικά - με αντάλλαγμα την ευκολία, την εξατομίκευση και την υπόσχεση καλύτερης υγείας. Το πρόβλημα είναι ότι αυτή η «συναίνεση» συχνά δεν είναι πραγματικά ελεύθερη, ενώ η άρνηση χρήσης των ψηφιακών εργαλείων μπορεί να οδηγήσει σε έμμεσο αποκλεισμό από υπηρεσίες υγείας.

4.3. Ψηφιακές ανισότητες και ο ψηφιακός αντίστροφος νόμος φροντίδας

Μία από τις πιο σοβαρές κοινωνικές επιπτώσεις της ψηφιακής υγείας είναι η ενίσχυση των υφιστάμενων ανισοτήτων. Ο «ψηφιακός αντίστροφος νόμος φροντίδας» περιγράφει ακριβώς αυτή την κατάσταση: όσοι έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες υγείας (οικονομικά ασθενέστεροι, ηλικιωμένοι, άτομα με χαμηλό ψηφιακό γραμματισμό) αντιμετωπίζουν και τα μεγαλύτερα εμπόδια πρόσβασης στις νέες ψηφιακές υπηρεσίες (Greenhalgh et al., 2025).

Στην Ελλάδα, έρευνες κατά την πανδημία επιβεβαίωσαν την ύπαρξη σημαντικού ψηφιακού χάσματος, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους, κατοίκους περιφερειακών περιοχών και άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Anastasiadou et al., 2025). Η έννοια της «ψηφιακής υποψηφιότητας» δείχνει ότι για να λάβει πλέον κανείς επαρκή φροντίδα, πρέπει να δημιουργήσει ένα «πειστικό ψηφιακό ομοίωμα» του εαυτού του στον ηλεκτρονικό φάκελο - μια διαδικασία που ευνοεί σαφώς αυτούς που κατέχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και τεχνολογικά είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με τα ψηφιακά περιβάλλοντα (Greenhalgh et al., 2025).

4.4. Ψηφιακός μετασχηματισμός και μετασχηματισμός της επαγγελματικής ταυτότητας

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός δεν αναδιαμορφώνει μόνο την εμπειρία των ασθενών, αλλά επιφέρει ριζικές αλλαγές στην επαγγελματική υπόσταση των λειτουργών υγείας (Lupton, 2017). Η εισαγωγή ηλεκτρονικών φακέλων, αλγοριθμικών συστημάτων και τηλεϊατρικής έχει οδηγήσει στην εμφάνιση των φαινομένων technostress και technosuffering (Dakin et al., 2025). Οι όροι αυτοί περιγράφουν το ψυχολογικό άγχος και την ηθική βλάβη που προκύπτουν όταν οι κλινικές αξίες συγκρούονται με τις απαιτήσεις των ψηφιακών συστημάτων (Dakin et al., 2025). Οι ιατροί συχνά βιώνουν γνωστική υπερφόρτωση λόγω της εισβολής της τεχνολογίας στον χρόνο της φροντίδας (Ayyagari et al., 2011).

Παράλληλα, συντελείται μια διαδικασία αποεπαγγελματοποίησης (Copelton & Weiss, 2023). Η παραδοσιακή ιατρική αυθεντία αμφισβητείται πλέον από την ανάδυση μιας «αλγοριθμικής αυθεντίας» που διεκδικεί την πρωτοκαθεδρία στη λήψη αποφάσεων (Sharon, 2021). Ο ιατρός κινδυνεύει να μετατραπεί σε διαμεσολαβητή μεταξύ του αλγόριθμου και του ασθενούς, χάνοντας την κλινική του αυτονομία (Sharon, 2021). Επιπλέον, η άνοδος της «ιατρικής της οθόνης» αναγκάζει τους επαγγελματίες να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη διαχείριση δεδομένων παρά στην άμεση επαφή με τον άνθρωπο (Copelton & Weiss, 2023; Dakin et al., 2025).

Αυτή η τεχνολογική διαμεσολάβηση ενισχύει τον κίνδυνο της «μεροληψίας αυτοματοποίησης». Ο κλινικός ιατρός ενδέχεται να εμπιστευτεί τυφλά το σύστημα, παραμερίζοντας τη δική του κρίση και εμπειρία (WHO, 2021; Schuessler et al., 2022). Η απαίτηση για νέες δεξιότητες στη διαχείριση δεδομένων επαναπροσδιορίζει την επαγγελματική ιεραρχία και την δομή των σχέσεων στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον (Dakin κ.ά., 2025; Schuessler et al., 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Ο κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων, στάσεων και ανησυχιών των Ελλήνων πολιτών απέναντι στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας και στην εισαγωγή συστημάτων ΤΝ στον χώρο της υγείας. Η μελέτη εστιάζει ιδιαίτερα στον τρόπο με τον οποίο οι πολίτες αντιλαμβάνονται τις επιπτώσεις αυτών των αλλαγών στη σχέση ιατρού-ασθενούς, στην ιδιωτικότητα και στις κοινωνικές ανισότητες.

Το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα διατυπώνεται ως εξής: Πώς αντιλαμβάνονται οι Έλληνες πολίτες τον ψηφιακό μετασχηματισμό και την εισαγωγή της ΤΝ στην υγεία και ποιες είναι οι επιπτώσεις τους στη σχέση ιατρού-ασθενούς και στην παροχή φροντίδας;

Από το κεντρικό ερώτημα απορρέουν τα ακόλουθα επιμέρους ερευνητικά υποερωτήματα:

1. Διαφοροποιούνται οι στάσεις απέναντι στην ΤΝ στην υγεία ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία);
2. Επηρεάζει η επαγγελματική σχέση με τον χώρο της υγείας (επαγγελματίες υγείας, διοικητικό προσωπικό, γενικός πληθυσμός) το επίπεδο αποδοχής και εμπιστοσύνης προς τα συστήματα ΤΝ;
3. Συσχετίζεται το επίπεδο ψηφιακού γραμματισμού των πολιτών με την αποδοχή της ΤΝ στην υγεία;
4. Σε ποιο βαθμό η ηλικία, οι ψηφιακές γνώσεις και οι ανησυχίες για την εμπορευματοποίηση των δεδομένων υγείας προβλέπουν την πρόθεση μελλοντικής χρήσης εφαρμογών ΤΝ;
5. Πώς αξιολογούν οι πολίτες τους κινδύνους που σχετίζονται με την ιδιωτικότητα, τις κοινωνικές ανισότητες και τη διατήρηση της ιατρικής αυθεντίας στην ψηφιακή εποχή;

5.2. Ερευνητικός σχεδιασμός

Η έρευνα ακολούθησε ποσοτική προσέγγιση με συγχρονικό συσχετιστικό σχεδιασμό (cross-sectional correlational design). Η ποσοτική μέθοδος επιλέχθηκε διότι επιτρέπει τη συστηματική μέτρηση στάσεων και αντιλήψεων σε σχετικά μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων και τη διεξαγωγή στατιστικών ελέγχων. Ο συγχρονικός χαρακτήρας της έρευνας παρέχει μια «εικόνα» των απόψεων των πολιτών σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

5.3. Δείγμα και δειγματοληψία

Ο πληθυσμός-στόχος της έρευνας ήταν οι ενήλικοι πολίτες που διαμένουν στην Ελλάδα και έχουν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας. Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 121 συμμετέχοντες (N=121). Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε ηλεκτρονικά μέσω των εφαρμογών Viber, Facebook, email.

5.4. Ερευνητικό εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο ήταν ένα δομημένο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, σχεδιασμένο με βάση το Μοντέλο Αποδοχής Τεχνολογίας (TAM), εμπλουτισμένο με κριτικές κοινωνιολογικές διαστάσεις. Αποτελούνταν από έξι ενότητες:

- **Ενότητα Α:** Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά (6 ερωτήσεις).
- **Ενότητα Β:** Αντιλήψεις για την ΤΝ στην υγεία (βασισμένη στο TAM).
- **Ενότητα Γ:** Ιδιωτικότητα και δεδομενοεπιτήρηση.
- **Ενότητα Δ:** Κοινωνικές ανισότητες και ψηφιακός αποκλεισμός.
- **Ενότητα Ε:** Σχέση ιατρού-ασθενούς και ιατρική αυθεντία.
- **Τελική ανοιχτή ερώτηση:** Μεγαλύτερη ανησυχία σχετικά με την ΤΝ στην υγεία.

Οι ερωτήσεις των ενότητων Β-Ε απαντήθηκαν μέσω πενταβάθμιας κλίμακας Likert (1=Διαφωνώ Απόλυτα έως 5=Συμφωνώ Απόλυτα).

5.5. Μεταβλητές και επιχειρησιακοποίηση

Οι κύριες μεταβλητές της έρευνας ήταν:

Ανεξάρτητες μεταβλητές: Φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, σχέση με τον χώρο υγείας, ψηφιακές γνώσεις και ανησυχία για την εμπορευματοποίηση δεδομένων.

Εξαρτημένη μεταβλητή: Πρόθεση χρήσης εφαρμογών TN.

Σύνθετη μεταβλητή: Συνολικός Δείκτης Αποδοχής TN

5.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε ψηφιακά μέσω Google Forms τον Μάιο 2026 και διήρκεσε οκτώ ημέρες. Στην αρχή του ερωτηματολογίου υπήρχε ενημερωτικό σημείωμα και υποχρεωτική δήλωση συγκατάθεσης. Μετά τη συλλογή, τα δεδομένα εξήχθησαν και κωδικοποιήθηκαν για ανάλυση στο SPSS.

5.7. Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS Statistics 29 και περιλάμβανε τρία στάδια:

- ❖ Έλεγχο αξιοπιστίας (Cronbach's Alpha).
- ❖ Περιγραφική στατιστική (συχνότητες, ποσοστά, μέσοι όροι).
- ❖ Επαγωγική στατιστική: t-test, One-Way ANOVA, Pearson r και Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση (επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$).

5.8. Ηθικά ζητήματα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις αρχές δεοντολογίας του ΕΑΠ και τον GDPR. Εφαρμόστηκαν ενημερωμένη συναίνεση, εθελοντική συμμετοχή, πλήρης ανωνυμία και ασφαλής αποθήκευση των δεδομένων.

5.9. Περιορισμοί της έρευνας

Οι κύριοι περιορισμοί είναι η μη πιθανοθεωρητική δειγματοληψία, η υπερεκπροσώπηση μορφωμένων και ψηφιακά εγγράμματων ατόμων, η σχετικά μικρή

διάρκεια συλλογής δεδομένων και η πιθανή μεροληψία κοινωνικής επιθυμησίας. Παρόλα αυτά, τα ευρήματα προσφέρουν χρήσιμες ενδείξεις για τις στάσεις των πολιτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

6.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 121 άτομα ($N = 121$). Το δείγμα παρουσιάζει σαφή υπεροχή γυναικών (75,2%), ενώ η ηλικιακή κατανομή είναι σχετικά ισοκατανεμημένη με ελαφρά υπεροχή των ηλικιών άνω των 55 ετών (28,9%). Το εκπαιδευτικό επίπεδο είναι ιδιαίτερα υψηλό, καθώς το 81% των συμμετεχόντων κατέχει πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ ή μεταπτυχιακό τίτλο. Επιπλέον, πάνω από το ήμισυ του δείγματος (56,2%) έχει εργασιακή σχέση με τον χώρο της υγείας, είτε ως επαγγελματίες υγείας (27,3%) είτε σε διοικητικές θέσεις (28,9%). Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία αυτοαξιολογεί τις ψηφιακές της γνώσεις ως υψηλές ή πολύ υψηλές.

Τα χαρακτηριστικά αυτά υποδηλώνουν ότι το δείγμα αποτελείται κυρίως από μορφωμένους και ψηφιακά εγγράμματους πολίτες, γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Δημογραφική Μεταβλητή	Κατηγορία	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρας	30	24,8
	Γυναίκα	91	75,2

Δημογραφική Μεταβλητή	Κατηγορία	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
	18–24	24	19,8
	25–34	15	12,4
	35–44	14	11,6
	45–54	33	27,3
	55+	35	28,9
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Δημοτικό	1	0,8
	Γυμνάσιο/Λύκειο	12	9,9
	ΙΕΚ / Σχολές Μαθητείας	4	3,3
	Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ	54	44,6
	Μεταπτυχιακός Τίτλος	44	36,4
	Διδακτορικός Τίτλος	6	5,0
Εργασία στην Υγεία	Όχι	53	43,8
	Ναι, σε διοικητική θέση	35	28,9
	Ναι, ως επαγγελματίας υγείας	33	27,3

Δημογραφική Μεταβλητή	Κατηγορία	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
	Όχι	77	63,6
	Ναι	40	33,1
	Δεν απάντησε	4	3,3
Ψηφιακές Γνώσεις	Πολύ χαμηλό	1	0,8
	Χαμηλό	2	1,7
	Μέτριο	50	41,3
	Υψηλό	52	43,0
	Πολύ υψηλό	16	13,2

6.2. Αντιλήψεις για την TN στην υγεία

Η Ενότητα Β εξέτασε τις βασικές στάσεις των πολιτών απέναντι στην TN. Οι πέντε ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν παρουσίασαν υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha = 0,837$), επιτρέποντας τη δημιουργία ενός Συνολικού Δείκτη Αποδοχής της TN. Ο δείκτης αυτός διαμορφώθηκε στο $M = 3,42$, υποδηλώνοντας μια μετριοπαθή, συγκρατημένα θετική στάση.

Οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν τη δυνητική αξία της TN, ιδιαίτερα ως προς τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του ΕΣΥ ($M = 3,77$) και την ακρίβεια της διάγνωσης ($M = 3,66$). Επίσης, θεωρούν ότι θα ήταν εύκολο να μάθουν να χρησιμοποιούν σχετικές εφαρμογές ($M = 3,75$). Ωστόσο, η εμπιστοσύνη τους στις

αλγοριθμικές διαγνώσεις και οδηγίες είναι σημαντικά χαμηλότερη ($M = 2,74$), ενώ η πρόθεση μελλοντικής χρήσης κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα ($M = 3,20$).

Πίνακας 2: Μέσοι όροι στάσεων απέναντι στην Τεχνητή Νοημοσύνη στην υγεία

Κωδικός	Ερώτηση (Κλίμακα Likert 1-5)	Μέσος Όρος (Mean)	Τυπική Απόκλιση (SD)
Q1	Η χρήση της TN μπορεί να βελτιώσει την ακρίβεια της ιατρικής διάγνωσης.	3,66	0,79
Q2	Η χρήση TN μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του ΕΣΥ.	3,77	0,75
Q3	Θεωρώ ότι θα ήταν εύκολο να μάθω να χρησιμοποιώ εφαρμογές TN στον τομέα της υγείας.	3,75	0,74
Q4	Εμπιστεύομαι τις ιατρικές οδηγίες ή διαγνώσεις που παρέχονται από συστήματα TN.	2,74	0,84
Q5	Προτίθεμαι να χρησιμοποιήσω εφαρμογές Τεχνητής Νοημοσύνης για θέματα υγείας στο μέλλον.	3,20	0,96
-	Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN (Composite Score)	3,42	0,64

6.3. Αποτελέσματα Στατιστικής Ανάλυσης (Έλεγχος Υποθέσεων)

Για τη διερεύνηση των ερευνητικών υποερωτημάτων πραγματοποιήθηκαν διάφοροι επαγωγικοί στατιστικοί έλεγχοι. Τα κύρια αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Σύνοψη επαγωγικών στατιστικών ελέγχων

Έλεγχος / Μεταβλητή	Στατιστικό κριτήριο	p-value	Συμπέρασμα
t-test: Φύλο vs Δείκτης Αποδοχής	$t(119) = 1,222$	0,224	Μη σημαντικό
ANOVA: Εργασία στην Υγεία vs Δείκτης Αποδοχής	$F(2,118) = 0,068$	0,935	Μη σημαντικό
ANOVA: Ηλικία vs Πρόθεση Χρήσης (Q5)	$F(4,116) = 1,300$	0,274	Μη σημαντικό
Pearson: Ψηφιακές Γνώσεις vs Δείκτης Αποδοχής	$r = 0,054$	0,556	Μη σημαντικό
t-test: Χρόνιο Νόσημα vs Δείκτης Αποδοχής	$t(115) = -0,554$	0,581	Μη σημαντικό
ANOVA: Μορφωτικό Επίπεδο vs Δείκτης Αποδοχής	$F(5,115) = 1,314$	0,263	Μη σημαντικό
Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση (Q7) **	$\beta = -0,252, t = -2,693$	0,008 **	Στατιστικά σημαντικό
** $p < 0,01$ Regression: $R^2 = 0,068, F(3,117) = 2,850, p = 0,040$			

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 3, κανένας από τους δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο) ή την επαγγελματική σχέση με την υγεία δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά τον Συνολικό Δείκτη Αποδοχής της ΤΝ. Το ίδιο ισχύει και για το επίπεδο ψηφιακών γνώσεων.

Το πιο σημαντικό και ισχυρό εύρημα της έρευνας προέκυψε από το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Η ανησυχία για την εμπορική εκμετάλλευση των προσωπικών δεδομένων υγείας (Q7) αναδείχθηκε ως ο μοναδικός στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας. Η αρνητική τιμή του συντελεστή ($\beta = -0,252, p = 0,008$) δείχνει ότι όσο αυξάνεται η ανησυχία για την ιδιωτικότητα, τόσο μειώνεται η πρόθεση των πολιτών να χρησιμοποιήσουν εφαρμογές ΤΝ στο μέλλον.

6.4. Ιδιωτικότητα, εμπιστοσύνη και κοινωνικές ανισότητες

Τα ευρήματα αναδεικνύουν έντονες ανησυχίες γύρω από την ιδιωτικότητα. Οι πολίτες εκφράζουν σημαντική ανησυχία για την πιθανή εμπορική χρήση των δεδομένων υγείας τους χωρίς συγκατάθεση. Παράλληλα, η διάθεση να παραχωρήσουν τέτοια δεδομένα με αντάλλαγμα καλύτερες υπηρεσίες παραμένει περιορισμένη.

Στο πεδίο των κοινωνικών ανισοτήτων, το δείγμα αναγνωρίζει τον κίνδυνο ενίσχυσης του ψηφιακού χάσματος. Οι συμμετέχοντες συμφωνούν ότι ο ψηφιακός μετασχηματισμός ευνοεί κυρίως τους προνομιούχους, ενώ εκφράζουν την άποψη ότι το κράτος οφείλει να εκπαιδεύσει όλους τους πολίτες στη χρήση ψηφιακών υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 4: Μέσοι όροι στάσεων σχετικά με την ιδιωτικότητα, τη δεδομενοεπιτήρηση και τις κοινωνικές ανισότητες

Κωδικός	Ερωτήσεις Ενοτήτων Γ & Δ	Mean	SD
Q6	Διατεθειμένος/η να δώσω προσωπικά δεδομένα υγείας για εξατομικευμένες υπηρεσίες.	3,07	0,95
Q7	Ανησυχώ ότι τα δεδομένα υγείας μου μπορεί να χρησιμοποιηθούν για εμπορικούς σκοπούς.	3,86	0,92
Q8	Η βελτίωση της υγείας μου αξίζει τον κίνδυνο παραβίασης της ιδιωτικότητάς μου.	2,76	1,02
Q9	Ο ψηφιακός μετασχηματισμός ωφελεί κυρίως όσους έχουν καλύτερη οικονομική/μορφωτική κατάσταση.	3,17	0,94
Q10	Ανησυχώ ότι όσοι δεν είναι εξοικειωμένοι με την τεχνολογία θα λαμβάνουν χειρότερη φροντίδα.	3,23	0,93
Q12	Το κράτος πρέπει να εκπαιδεύσει όλους τους πολίτες στις	4,23	0,56

Κωδικός	Ερωτήσεις Ενότητων Γ & Δ	Mean	SD
	ψηφιακές υπηρεσίες υγείας.		

6.5. Σχέση ιατρού-ασθενούς και ιατρική αυθεντία

Ένα από τα πιο χαρακτηριστικά ευρήματα της έρευνας είναι η ισχυρή διατήρηση της παραδοσιακής ιατρικής αυθεντίας. Οι συμμετέχοντες θεωρούν τον ιατρό ως την τελική αυθεντία ($M = 4,37$), ακόμα και στην εποχή της διαδικτυακής πληροφόρησης. Εκφράζουν επίσης επιφυλάξεις για την τηλεϊατρική, δηλώνοντας ότι η εξ αποστάσεως επικοινωνία μειώνει την εμπιστοσύνη τους σε σχέση με την πρόσωπο με πρόσωπο επαφή.

Πίνακας 5: Μέσοι όροι στάσεων σχετικά με τη σχέση ιατρού-ασθενούς και την ιατρική αυθεντία

Κωδικός	Ερωτήσεις Ενότητας Ε	Mean	SD
Q13	Πιστεύω ότι ο ιατρός παραμένει η τελική αυθεντία.	4,37	0,75
Q14	Αισθάνομαι λιγότερη εμπιστοσύνη όταν η επικοινωνία γίνεται εξ αποστάσεως.	3,59	0,96
Q15	Νιώθω ότι πρέπει να παρακολουθώ συνεχώς την υγεία μου μέσω εφαρμογών.	2,64	0,88
Q16	Η συνεχής καταγραφή των δεδομένων υγείας περιορίζει την προσωπική μου ελευθερία.	3,08	0,91
Q17	Ο ηλεκτρονικός φάκελος παραλείπει πτυχές της προσωπικής εμπειρίας/συναισθημάτων.	3,76	0,75

Κωδικός	Ερωτήσεις Ενότητας E	Mean	SD
Q18	Νιώθω ότι η ευθύνη για την υγεία μου έχει μετατοπιστεί περισσότερο σε εμένα.	3,61	0,93

6.6. Συνοπτική συζήτηση των ευρημάτων

Τα αποτελέσματα της έρευνας αποκαλύπτουν μια βαθιά αντίφαση: ενώ οι πολίτες αναγνωρίζουν τις τεχνολογικές δυνατότητες της ΤΝ, δεν είναι έτοιμοι να την υιοθετήσουν χωρίς εγγυήσεις. Η αποδοχή δεν καθορίζεται από δημογραφικούς ή τεχνικούς παράγοντες, αλλά κυρίως από ηθικές ανησυχίες, ιδίως την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Η έρευνα υποστηρίζει ότι η τεχνολογική πρόοδος από μόνη της δεν αρκεί. Για να γίνει αποδεκτός ο ψηφιακός μετασχηματισμός της υγείας, πρέπει να εξασφαλιστεί η διαφάνεια, η προστασία της ιδιωτικότητας και η διατήρηση της ανθρώπινης σχέσης στη φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1. Σύνοψη των κύριων ευρημάτων

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε τις αντιλήψεις και στάσεις 121 Ελλήνων πολιτών απέναντι στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας και την εισαγωγή της Τεχνητής Νοημοσύνης στον τομέα της υγείας. Τα ευρήματα αποκαλύπτουν μια συγκρατημένα θετική αλλά επιφυλακτική στάση. Οι πολίτες αναγνωρίζουν τις δυνατότητες της ΤΝ, ιδιαίτερα στην ακρίβεια της διάγνωσης και στη βελτίωση της λειτουργίας του ΕΣΥ. Ωστόσο, η εμπιστοσύνη στις αλγοριθμικές αποφάσεις παραμένει χαμηλή, ενώ η πρόθεση πραγματικής χρήσης κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα.

Το πιο ισχυρό εύρημα της έρευνας είναι ότι η ανησυχία για την εμπορευματοποίηση και την κακή χρήση των προσωπικών δεδομένων υγείας αναδείχθηκε ως ο σημαντικότερος αρνητικός παράγοντας που επηρεάζει την πρόθεση υιοθέτησης ΤΝ. Αντίθετα, δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία) και το επίπεδο ψηφιακών γνώσεων δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική επίδραση στον συνολικό δείκτη αποδοχής.

Οι συμμετέχοντες εξακολουθούν να θεωρούν τον ιατρό ως την τελική αυθεντία και εκφράζουν επιφυλάξεις για την πλήρη αντικατάσταση της ανθρώπινης επαφής από ψηφιακά μέσα. Παράλληλα, αναγνωρίζουν τον κίνδυνο ενίσχυσης των κοινωνικών ανισοτήτων και ζητούν ενεργό κρατική παρέμβαση για την ψηφιακή εκπαίδευση όλων των πολιτών.

7.2. Συζήτηση των ευρημάτων σε σχέση με τη θεωρία

Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι συμβατά με βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις που αναπτύχθηκαν στο θεωρητικό μέρος της εργασίας. Επιβεβαιώνουν εν μέρει το Μοντέλο Αποδοχής Τεχνολογίας, καθώς η αντιλαμβανόμενη χρησιμότητα συγκέντρωσε σχετικά θετικές βαθμολογίες. Ωστόσο, η χαμηλή εμπιστοσύνη και η συγκρατημένη πρόθεση χρήσης αναδεικνύουν τα όρια του TAM σε ευαίσθητους τομείς όπως η υγεία, όπου ηθικοί και κοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να υπερισχύουν (Lupton, 2017; Petersen, 2019).

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμφωνία των ευρημάτων με την έννοια της «Φαουστικής Συμφωνίας» (Petersen, 2019). Η ανησυχία για την εμπορική εκμετάλλευση των προσωπικών δεδομένων υγείας αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος αρνητικός παράγοντας, υποδηλώνοντας ότι οι πολίτες δεν είναι πρόθυμοι να θυσιάσουν την ιδιωτικότητά τους ακόμα και για υποσχόμενα οφέλη στην υγεία.

Επιπλέον, η αναγνώριση του κινδύνου ενίσχυσης των κοινωνικών ανισοτήτων συνάδει με τη θεωρία του ψηφιακού αντίστροφου νόμου φροντίδας (Greenhalgh et al., 2025), ενώ η σταθερή προτίμηση προς τον ιατρό ως τελική αυθεντία υποστηρίζει τις κριτικές σχετικά με την αποεπαγγελματοποίηση και την απώλεια της ανθρώπινης διάστασης στη φροντίδα υγείας (Sharon, 2021).

7.3. Σχέση με την ελληνική πραγματικότητα

Στο ελληνικό πλαίσιο, τα ευρήματα αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Το ΕΣΥ, που ήδη αντιμετωπίζει χρόνιες προκλήσεις, φαίνεται να χρειάζεται ψηφιακή υποστήριξη, αλλά οι πολίτες δεν είναι πρόθυμοι να αποδεχτούν μια τεχνοκεντρική προσέγγιση που υποβαθμίζει την ιδιωτικότητα και την ανθρώπινη σχέση. Η υψηλή ζήτηση για κρατική παρέμβαση στην ψηφιακή εκπαίδευση αντανακλά την παραδοσιακή προσδοκία προς το κράτος ως εγγυητή κοινωνικής συνοχής.

7.4. Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα υπόκειται σε ορισμένους σημαντικούς περιορισμούς. Κατ' αρχάς, χρησιμοποιήθηκε μη πιθανοθεωρητική δειγματοληψία (ευκολίας και χιονοστιβάδας), γεγονός που δεν επιτρέπει γενίκευση των ευρημάτων στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού. Το δείγμα υπερεκπροσωπεί μορφωμένους και ψηφιακά εγγράμμτους πολίτες, ενώ υποεκπροσωπούνται ηλικιωμένοι και άτομα με χαμηλότερο ψηφιακό γραμματισμό.

Επιπλέον, η έρευνα είναι εγκάρσια (cross-sectional), επομένως δεν μπορεί να εξάγει συμπεράσματα αιτιότητας. Τα δεδομένα βασίζονται σε αυτοαναφορές, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα μεροληψίας κοινωνικής επιθυμησίας. Τέλος, το σχετικά μικρό μέγεθος δείγματος (N=121) σε συνδυασμό με το σύντομο χρονικό διάστημα συλλογής δεδομένων (8 ημέρες) περιορίζει τη στατιστική ισχύ ορισμένων αναλύσεων.

Παρά τους περιορισμούς αυτούς, η εργασία προσφέρει μια χρήσιμη πιλοτική αποτύπωση των στάσεων των Ελλήνων πολιτών απέναντι στον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας.

7.5. Προτάσεις για πολιτική παρέμβαση

Η προστασία της ιδιωτικότητας και η διαφάνεια των αλγόριθμων πρέπει να αποτελούν προϋπόθεση κάθε ψηφιακής παρέμβασης στον τομέα της υγείας. Παράλληλα, τα συστήματα ΤΝ οφείλουν να λειτουργούν ως υποστηρικτικά εργαλεία και όχι ως αντικαταστάτες του ιατρού, διατηρώντας την ανθρώπινη διάσταση στη θεραπευτική σχέση. Επιπλέον, είναι αναγκαία η ανάπτυξη στοχευμένων

προγραμμάτων ψηφιακού γραμματισμού, με ιδιαίτερη έμφαση σε ευάλωτες ομάδες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας. Τέλος, ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας οφείλει να σχεδιαστεί με τρόπο που να σέβεται και να αποτυπώνει την υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς, πέρα από τους ποσοτικούς κλινικούς δείκτες.

7.6. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Προτείνονται μεικτές μέθοδοι (ποσοτικές + ποιοτικές), μεγαλύτερα και πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα, καθώς και συγκριτικές έρευνες μεταξύ διαφορετικών χωρών ή μεταξύ επαγγελματιών υγείας και πολιτών.

7.7. Τελικά συμπεράσματα

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός της υγείας δεν είναι απλώς μια τεχνολογική αναβάθμιση. Πρόκειται για μια βαθιά κοινωνική και πολιτική διαδικασία που επηρεάζει τις σχέσεις εξουσίας, την ιδιωτικότητα και την ίδια την ανθρώπινη φύση της φροντίδας.

Οι Έλληνες πολίτες δείχνουν να αναγνωρίζουν τις δυνατότητες της ΤΝ, αλλά αρνούνται να θυσιάσουν γι' αυτήν θεμελιώδεις αξίες όπως η εμπιστοσύνη, η ιδιωτικότητα και η ανθρώπινη επαφή. Το μήνυμα είναι σαφές: η επιτυχία του ψηφιακού ΕΣΥ θα κριθεί όχι από την ταχύτητα της τεχνολογικής υιοθέτησης, αλλά από την ικανότητά μας να διατηρήσουμε την ανθρωποκεντρική διάσταση της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anastasiadou, O., Mpogiatzidis, P., Tzimourta, K. D., & Angelidis, P. (2025). Digital Divide: Contrasting Provider and User Insights on Healthcare Services During the COVID-19 Pandemic. *Healthcare*, 13(15), 1803.
2. Ayyagari, R., Grover, V., & Purvis, R. (2011). Technostress: Technological Antecedents and Implications. *MIS Quarterly*, 35(4), 831-858.
3. Copelton, D. A., & Weiss, G. L. (2023). *The Sociology of Health, Healing, and Illness* (11th ed.). Routledge.
4. Corrales Compagnucci, M., Fenwick, M., Wilson, M. L., Forgó, N., & Bärnighausen, T. (Eds.). (2022). *AI in eHealth: Human Autonomy, Data Governance and Privacy in Healthcare*. Cambridge University Press.
5. Dakin, F. H., Hemmings, N., Kalin, A., Moore, L., Ladds, E., Payne, R., et al. (2025). Technostress, technosuffering, and relational strain: a multi-method qualitative study of how remote and digital work affects staff in UK general practice. *British Journal of General Practice*.
6. Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management Science*, 35(8), 982-1003.
7. Floridi, L. (Ed.). (2021). *Ethics, governance, and policies in artificial intelligence* (Vol. 144). Cham: Springer.
8. Galanis, P. A., & Sparos, L. D. (2012). *Clinical and epidemiological research: Basic concepts*. BETA Medical Publishers.

9. Grammatikopoulou, M., Lazarou, I., Giannios, G., Kakalou, C. A., Zachariadou, M., Zande, M., ... & Kompatsiaris, I. (2024). Electronic prescription systems in Greece: a large-scale survey of healthcare professionals' perceptions. *Archives of Public Health*, 82(1), 68.
10. Greenhalgh, T., Clarke, A., Byng, R., Dakin, F., Faulkner, S., Hemmings, N., et al. (2025). After the disruptive innovation: How remote and digital services were embedded, blended and abandoned in UK general practice – longitudinal study. *Health and Social Care Delivery Research*.
11. Lupton, D. (2017). *Digital Health: Critical and Cross-Disciplinary Perspectives*. Routledge.
12. MacKenzie, D., & Wajcman, J. (1999). *The social shaping of technology*. Open University.
13. Morley, J., Machado, C. C., Burr, C., Cows, J., Joshi, I., Taddeo, M., & Floridi, L. (2020). The ethics of AI in health care: a mapping review. *Social science & medicine*, 260, 113172.
14. Mort, M., May, C. R., & Williams, T. (2003). Remote doctors and absent patients: acting at a distance in telemedicine?. *Science, Technology, & Human Values*, 28(2), 274-295.
15. Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*, 366(6464), 447-453.
16. Oudshoorn, N. (2011). *Telecare technologies and the transformation of healthcare*. Springer.
17. Petersen, A. (2019). *Digital Health and Technological Promise: A Sociological Inquiry*. Routledge.

18. Petersen, A., Schermuly, A. C., & Anderson, A. (2019). The shifting politics of patient activism: From bio-sociality to bio-digital citizenship. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*.
19. Sharon, T. (2021). From hostile worlds to multiple spheres: towards a normative pragmatics of justice for the Googlization of health. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24, 315–327.
20. Van Dijck, J. (2014). Datafication, dataism and dataveillance: Big Data between scientific paradigm and ideology. *Surveillance & society*, 12(2), 197-208.
21. World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. World Health Organization.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Πίνακας κοινωνιολογικών όρων

Κοινωνιολογικός Όρος	Πρωτότυπος Όρος (EN)	Σύντομος Ορισμός
Βιοιατρικοποίηση	Biomedicalization	Η επέκταση της ιατρικής εξουσίας μέσω της τεχνοεπιστήμης και της ψηφιοποίησης, που στοχεύει στη βελτιστοποίηση του σώματος και την παραγωγή κέρδους.
Τεχνολογική Υπόσχεση	Technological Promise	Ο κυρίαρχος λόγος που παρουσιάζει την τεχνολογία ως αναπόφευκτη λύση για την πρόοδο, συχνά υποβαθμίζοντας τους κινδύνους.
Βιο-ψηφιακή Ιδιότητα του Πολίτη	Bio-digital Citizenship	Η νέα μορφή κοινωνικής ταυτότητας, όπου η βιολογική υπόσταση του ατόμου συνδέεται με την παραγωγή και διαχείριση ψηφιακών δεδομένων υγείας.
Δεδομένο-επιτήρηση	Dataveillance	Η συνεχής παρακολούθηση των ατόμων μέσω επεξεργασίας ψηφιακών δεδομένων, που αναδιαμορφώνει τις σχέσεις εξουσίας.
Φαουστική Συμφωνία	Faustian Bargain	Η σιωπηρή κοινωνική αποδοχή ψηφιακών υπηρεσιών υγείας με αντάλλαγμα την παραχώρηση ιδιωτικότητας, αυτονομίας και προσωπικής ελευθερίας.
Ψηφιακή Υποψηφιότητα	Digital Candidacy	Ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς διαπραγματεύονται την πρόσβασή τους στην περίθαλψη μέσα από σύνθετα ψηφιακά συστήματα.
Ψηφιακό Ομοίωμα	Digital Facsimile	Η λεπτομερής ψηφιακή εκδοχή του εαυτού (στοιχεία, ιστορικό, βιομετρικά δεδομένα) που δημιουργείται στον ηλεκτρονικό φάκελο.
Technostress & Technosuffering	Technostress & Technosuffering	Οι ψυχοκοινωνικές πιέσεις και η εργασιακή καταπόνηση των λειτουργών υγείας λόγω ασυμβατότητας ψηφιακών εργαλείων με την επαγγελματική τους ταυτότητα.
Googlization της υγείας	Googlization of health	Η διείσδυση μεγάλων εταιρειών τεχνολογίας στην υγεία, που μετατρέπει τα δημόσια δεδομένα σε εμπόρευμα και αμφισβητεί τον δημόσιο έλεγχο.
Δεδομενοποίηση	Datafication	Η διαδικασία μετατροπής βιολογικών και κοινωνικών φαινομένων σε ψηφιακά δεδομένα προς ανάλυση και εκμετάλλευση.
Σχεσιακός Εργασιακός Χώρος	Relational Workplace	Το πλέγμα ανθρώπινων σχέσεων και αμοιβαίας υποστήριξης σε κλινικό περιβάλλον, το οποίο δοκιμάζεται από την εισαγωγή ψηφιακών αυτοματισμών.
Θρυμματισμένη	Fractured Reflexivity	Η μειωμένη ικανότητα ατόμων με πολλαπλά

Αναστοχαστικότητα		μειονεκτήματα να πλοηγηθούν σε σύνθετα ψηφιακά συστήματα υγείας.
Ψηφιακός Αντίστροφος Νόμος Φροντίδας	Digital Inverse Care Law	Το φαινόμενο όπου όσοι έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη υγείας έχουν τη μικρότερη πρόσβαση και όφελος από τις ψηφιακές τεχνολογίες.
Υπευθυνοποίηση	Responsibilization	Η μεταφορά της ευθύνης για τη διαχείριση της υγείας από το κράτος στον ίδιο τον πολίτη μέσω ψηφιακών εργαλείων.
Πολιτισμικό Κεφάλαιο Υγείας	Cultural Health Capital	Το σύνολο δεξιοτήτων, γνώσεων και τρόπων επικοινωνίας που επιτρέπουν στον ασθενή να αλληλεπιδρά αποτελεσματικά με το ιατρικό σύστημα.
Αποεπαγγελματοποίηση	Deprofessionalization	Η μείωση της παραδοσιακής αυθεντίας του ιατρού λόγω πρόσβασης ασθενών σε online πληροφορίες και αλγοριθμικά συστήματα.
Δεδομένο-αποικιοκρατία	Data Colonialism	Η σύγχρονη μορφή αποικιοκρατίας όπου μεγάλες εταιρείες ιδιοποιούνται προσωπικά δεδομένα μέσω «θηρευτικών» πρακτικών εξόρυξης που θυμίζουν ιστορικές μορφές εκμετάλλευσης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β : Ερωτηματολόγιο έρευνας

Ψηφιακός Μετασχηματισμός και Τεχνητή Νοημοσύνη στη Δημόσια Υγεία: Αντιλήψεις και Στάσεις των Πολιτών

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα,

Στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (Δημόσια Υγεία και Πολιτικές - ΔΥΠΟ), διερευνούμε τις αντιλήψεις και τις στάσεις των πολιτών σχετικά με τις ψηφιακές τεχνολογίες και την Τεχνητή Νοημοσύνη στον τομέα της υγείας.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και μπορείτε να διακόψετε ανά πάσα στιγμή. Οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Ο χρόνος συμπλήρωσης είναι περίπου 10 λεπτά.

Σας ευχαριστούμε ειλικρινά για τη συμβολή σας.

* Υποδεικνύει απαιτούμενη ερώτηση

1. Έχω διαβάσει και κατανοήσει τα παραπάνω *

Συμφωνώ να συμμετάσχω στην έρευνα

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

☐ Ναι

☐ Όχι

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: Δημογραφικά Στοιχεία

2. Φύλο *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

☐ Άνδρας

☐ Γυναίκα

☐ Άλλο

3. Ηλικιακή ομάδα *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 18-24
- ☐ 25-34
- ☐ 35-44
- ☐ 45-54
- ☐ 55+

4. Εκπαιδευτικό Επίπεδο *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Δημοτικό)
- ☐ Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο/Λύκειο)
- ☐ Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΙΕΚ/Σχολές μαθητείας)
- ☐ Τριτοβάθμια εκπαίδευση (Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ)
- ☐ Μεταπτυχιακός τίτλος ειδίκευσης
- ☐ Διδακτορικός τίτλος

5. Εργάζεστε ή έχετε εργαστεί στον τομέα της Υγείας; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Ναι, ως επαγγελματίας υγείας
- ☐ Ναι, σε διοικητική θέση
- ☐ Όχι

6. Πώς θα αξιολογούσατε το επίπεδο των γνώσεών σας στη χρήση ψηφιακών τεχνολογιών (π.χ. υπολογιστές, εφαρμογές, διαδίκτυο); *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Πολύ χαμηλό
- ☐ 2 - Χαμηλό
- ☐ 3 - Μέτριο
- ☐ 4 - Υψηλό
- ☐ 5 - Πολύ υψηλό

7. Έχετε διαγνωστεί με κάποιο χρόνιο νόσημα που απαιτεί τακτική ιατρική παρακολούθηση ή συνεχή θεραπεία; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Προτιμώ να μην απαντήσω

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: Αντιλήψεις για την Τεχνητή Νοημοσύνη στην Υγεία

(Για κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις, επιλέξτε το βαθμό συμφωνίας σας:

1 = Διαφωνώ Απόλυτα → 5 = Συμφωνώ Απόλυτα)

8. Η χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης (TN) μπορεί να βελτιώσει την ακρίβεια της ιατρικής διάγνωσης. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5- Συμφωνώ Απόλυτα

9. Η χρήση TN μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5- Συμφωνώ Απόλυτα

10. Θεωρώ ότι θα ήταν εύκολο να μάθω να χρησιμοποιώ εφαρμογές TN στον τομέα της υγείας. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5- Συμφωνώ Απόλυτα

11. Εμπιστεύομαι τις ιατρικές οδηγίες ή διαγνώσεις που παρέχονται από συστήματα Τεχνητής Νοημοσύνης στον τομέα της υγείας. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5- Συμφωνώ Απόλυτα

12. Προτίθεμαι να χρησιμοποιήσω εφαρμογές Τεχνητής Νοημοσύνης για θέματα υγείας στο μέλλον. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5- Συμφωνώ Απόλυτα

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: Ιδιωτικότητα και Εμπιστοσύνη στις μεγάλες εταιρείες τεχνολογίας

13. Είμαι διατεθειμένος/η να δώσω τα προσωπικά μου δεδομένα υγείας, αν αυτό μου προσφέρει καλύτερες και πιο εξατομικευμένες υπηρεσίες. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

14. Ανησυχώ ότι τα δεδομένα υγείας μου μπορεί να χρησιμοποιηθούν για εμπορικούς σκοπούς χωρίς τη συγκατάθεσή μου. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

15. Η πιθανότητα να βελτιωθεί σημαντικά η υγεία μου αξίζει τον κίνδυνο να παραβιαστεί η ιδιωτικότητά μου. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: Κοινωνικές Ανισότητες και Ψηφιακός Αποκλεισμός

16. Ο ψηφιακός μετασχηματισμός στην υγεία ωφελεί κυρίως όσους έχουν καλύτερη οικονομική και μορφωτική κατάσταση. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

17. Ανησυχώ ότι όσοι δεν είναι εξοικειωμένοι με την τεχνολογία θα λαμβάνουν χειρότερη φροντίδα στο μέλλον. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

18. Τα οικονομικά μου περιορίζουν την ικανότητά μου να χρησιμοποιώ σύγχρονες ψηφιακές τεχνολογίες υγείας. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

19. Θεωρώ ότι το κράτος πρέπει να εκπαιδεύσει όλους τους πολίτες στη χρήση των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας, ώστε να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε: Σχέση Ιατρού-Ασθενούς και Ιατρική Αυθεντία

20. Πιστεύω ότι ο ιατρός παραμένει η τελική αυθεντία, ακόμα και όταν υπάρχουν διαθέσιμες ιατρικές πληροφορίες στο διαδίκτυο. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

21. Αισθάνομαι λιγότερη εμπιστοσύνη όταν η επικοινωνία με τον γιατρό γίνεται εξ αποστάσεως (π.χ. βιντεοκλήση), σε σχέση με την επίσκεψη στο ιατρείο. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ : Προσωπική ευθύνη, ιδιωτικότητα και η σχέση με τον ιατρό

22. Νιώθω ότι πρέπει να παρακολουθώ συνεχώς την υγεία μου μέσω εφαρμογών και ψηφιακών εργαλείων. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

23. Η συνεχής καταγραφή των δεδομένων της υγείας μου μέσω εφαρμογών περιορίζει την προσωπική μου ελευθερία. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

24. Πιστεύω ότι ο ηλεκτρονικός μου φάκελος αποδίδει την κατάσταση της υγείας μου, αλλά παραλείπει σημαντικές πτυχές της προσωπικής μου εμπειρίας και των συναισθημάτων μου *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

25. Νιώθω ότι η ευθύνη για την υγεία μου έχει μετατοπιστεί περισσότερο σε εμένα, *
αντί στο σύστημα υγείας.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 1 - Διαφωνώ Απόλυτα
- ☐ 2 - Διαφωνώ
- ☐ 3 - Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ
- ☐ 4 - Συμφωνώ
- ☐ 5 - Συμφωνώ Απόλυτα

Ερώτηση ανοιχτού τύπου (Προαιρετική)

26. Ποια θεωρείτε ότι είναι η μεγαλύτερη ανησυχία σας σχετικά με την εισαγωγή της Τεχνητής Νοημοσύνης στον τομέα της υγείας;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ : Πίνακες αποτελεσμάτων (SPSS)

RAW_DATA.sav

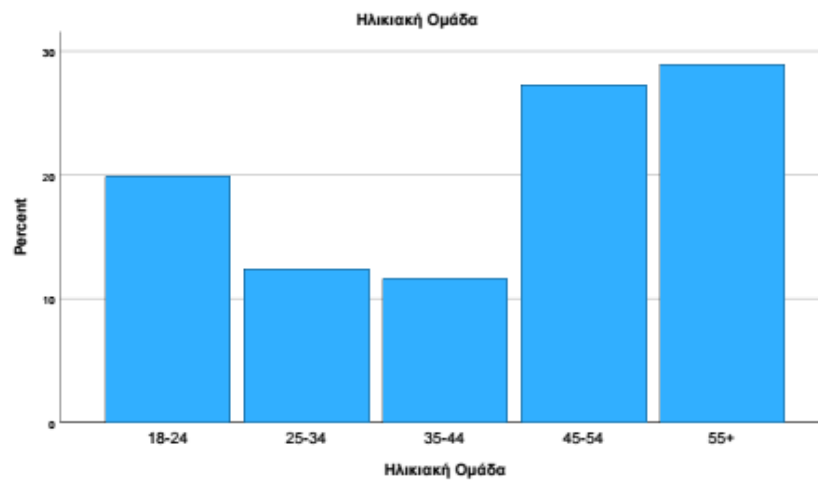
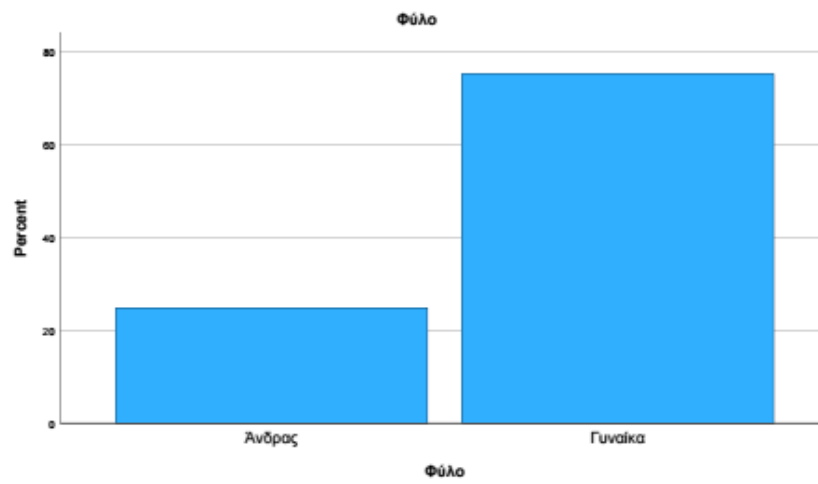
	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing
1	Timestamp	Date	11	0	Χρονική σήμανση	None	None
2	Consent	String	6	0	Έχω διαβάσει κ...	None	None
3	Gender	String	14	0		None	None
4	Age	String	7	0	Ηλικιακή ομάδα	None	None
5	Education	String	96	0	Εκπαιδευτικό Ε...	None	None
6	WorkHealth	String	52	0	Εργάζεστε ή έχ...	None	None
7	DigitalSkills	String	25	0	Πώς θα αξιολο...	None	None
8	Chronic	String	43	0	Έχετε διαγνωσ...	None	None
9	Q1	String	52	0	Η χρήση της T...	None	None
10	Q2	String	52	0	Η χρήση ΤΝ μ...	None	None
11	Q3	String	52	0	Θεωρώ ότι θα ...	None	None
12	Q4	String	52	0	Εμπιστεύομαι ...	None	None
13	Q5	String	52	0	Προτίθεται να ...	None	None
14	Q6	String	52	0	Είμαι διατεθειμέ...	None	None
15	Q7	String	52	0	Ανησυχώ ότι τα ...	None	None
16	Q8	String	52	0	Η πιθανότητα ν...	None	None
17	Q9	String	52	0	Ο ψηφιακός μετ...	None	None
18	Q10	String	52	0	Ανησυχώ ότι όσ...	None	None
19	Q11	String	52	0	Τα οικονομικά ...	None	None
20	Q12	String	52	0	Θεωρώ ότι το κ...	None	None
21	Q13	String	52	0	Πιστεύω ότι ο ια...	None	None
22	Q14	String	52	0	Αισθάνομαι λιγ...	None	None
23	Q15	String	52	0	Νιώθω ότι πρέπ...	None	None
24	Q16	String	52	0	Η συνεχής κατα...	None	None
25	Q17	String	52	0	Πιστεύω ότι ο η...	None	None
26	Q18	String	52	0	Νιώθω ότι η ευ...	None	None
27	Anxiety_Open	String	1304	0	Ποια θεωρείτε ...	None	None
28	Gender_num	Numeric	8	2	Φύλο	{1.00,Άνδρα...	None
29	Age_num	Numeric	8	2	Ηλικιακή Ομάδα	{1.00, 18-24...	None
30	Edu_num	Numeric	8	2	Εκπαιδευτικό Ε...	{1.00,Δημοτ...	None
31	WorkHealth...	Numeric	8	2	ΕργασιαστήνΥγ...	{.00,Όχι}...	None
32	Chronic_num	Numeric	8	2	Χρόνιο Νόσημα	{.00,Όχι}...	None
33	DigitalSkills...	Numeric	8	2	Ψηφιακές Γνώσ...	{1.00, Πολύ ...	None
34	Q1_num	Numeric	8	2	Q1: Βελτίωση δι...	{1.00,Διαφω...	None
35	Q2_num	Numeric	8	2	Q2: Βελτίωση Ε...	{1.00,Διαφω...	None
36	Q3_num	Numeric	8	2	Q3: Ευκολία εκ...	{1.00,Διαφω...	None
37	Q4_num	Numeric	8	2	Q4: Εμπιστοσύν...	{1.00,Διαφω...	None
38	Q5_num	Numeric	8	2	Q5: Πρόθεση χ...	{1.00,Διαφω...	None
39	Q6_num	Numeric	8	2	Q6: Κοινή χρήσ...	{1.00,Διαφω...	None
40	Q7_num	Numeric	8	2	Q7: Ανησυχία εμ...	{1.00,Διαφω...	None
41	Q8_num	Numeric	8	2	Q8: Υγεία vs Ιδι...	{1.00,Διαφω...	None
42	Q9_num	Numeric	8	2	Q9: Όφελος πρ...	{1.00,Διαφω...	None
43	Q10_num	Numeric	8	2	Q10: Χειρότερη ...	{1.00,Διαφω...	None

5/23/26, 4:58 PM

1/4

RAW_DATA.sav

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing
44	Q11_num	Numeric	8	2	Q11: Οικονομικ...	{1.00, Διαφω...	None
45	Q12_num	Numeric	8	2	Q12: Κρατική ε...	{1.00, Διαφω...	None
46	Q13_num	Numeric	8	2	Q13: Ιατρός τεΛι...	{1.00, Διαφω...	None
47	Q14_num	Numeric	8	2	Q14: Αιγότερη ε...	{1.00, Διαφω...	None
48	Q15_num	Numeric	8	2	Q15: Συνεχής π...	{1.00, Διαφω...	None
49	Q16_num	Numeric	8	2	Q16: Περιορισμ...	{1.00, Διαφω...	None
50	Q17_num	Numeric	8	2	Q17: Παράλειψ...	{1.00, Διαφω...	None
51	Q18_num	Numeric	8	2	Q18: Μετατόπισ...	{1.00, Διαφω...	None
52	Q7_rev	Numeric	8	2	Q7: Απουσία αν...	{1.00, Συμφ...	None
53	Q9_rev	Numeric	8	2	Q9: Ισότητα όφε...	{1.00, Συμφ...	None
54	Q10_rev	Numeric	8	2	Q10: Απουσία α...	{1.00, Συμφ...	None
55	Q11_rev	Numeric	8	2	Q11: Απουσία ο...	{1.00, Συμφ...	None
56	Q14_rev	Numeric	8	2	Q14: Εξοικείωσ...	{1.00, Συμφ...	None
57	Q16_rev	Numeric	8	2	Q16: Μη περιορ...	{1.00, Συμφ...	None
58	Q17_rev	Numeric	8	2	Q17: Επάρκεια ...	{1.00, Συμφ...	None
59	AI_Percepti...	Numeric	8	2	Συνολικός Δείκτ...	None	None



Εργασία στην Υγεία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	53	43.8	43.8	43.8
	Ναι, Διοικητικός	35	28.9	28.9	72.7
	Ναι, Επαγγελματίας Υγείας	33	27.3	27.3	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

Χρόνιο Νόσημα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	77	63.6	63.6	63.6
	Ναι	40	33.1	33.1	96.7
	Δεν απάντησε	4	3.3	3.3	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

Ψηφιακές Γνώσεις

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ χαμηλό	1	.8	.8	.8
	Χαμηλό	2	1.7	1.7	2.5
	Μέτριο	50	41.3	41.3	43.8
	Υψηλό	52	43.0	43.0	86.8
	Πολύ υψηλό	16	13.2	13.2	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

Bar Chart

Frequencies

		Statistics				
		Φύλο	Ηλικιακή Ομάδα	Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Εργασία στην Υγεία	Χρόνιο Νόσημα
N	Valid	121	121	121	121	121
	Missing	0	0	0	0	0

		Statistics	
		Ψηφιακές Γνώσεις	
N	Valid	121	
	Missing	0	

Frequency Table

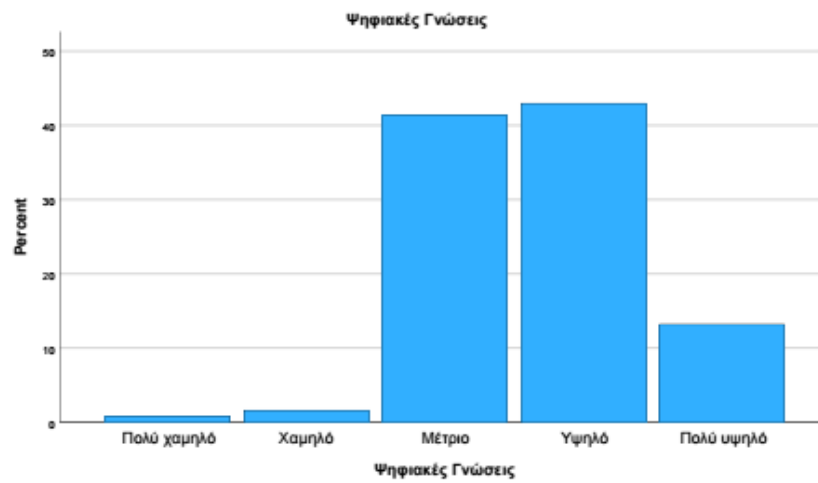
		Φύλο			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	30	24.8	24.8	24.8
	Γυναίκα	91	75.2	75.2	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

		Ηλικιακή Ομάδα			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-24	24	19.8	19.8	19.8
	25-34	15	12.4	12.4	32.2
	35-44	14	11.6	11.6	43.8
	45-54	33	27.3	27.3	71.1
	55+	35	28.9	28.9	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

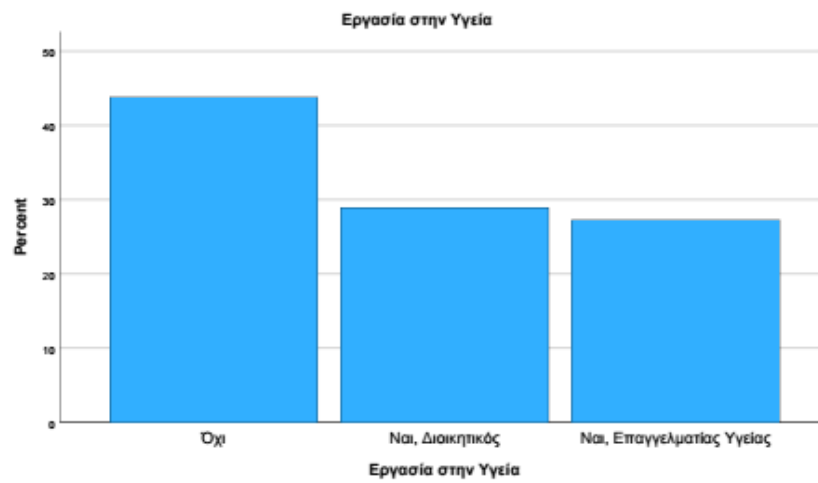
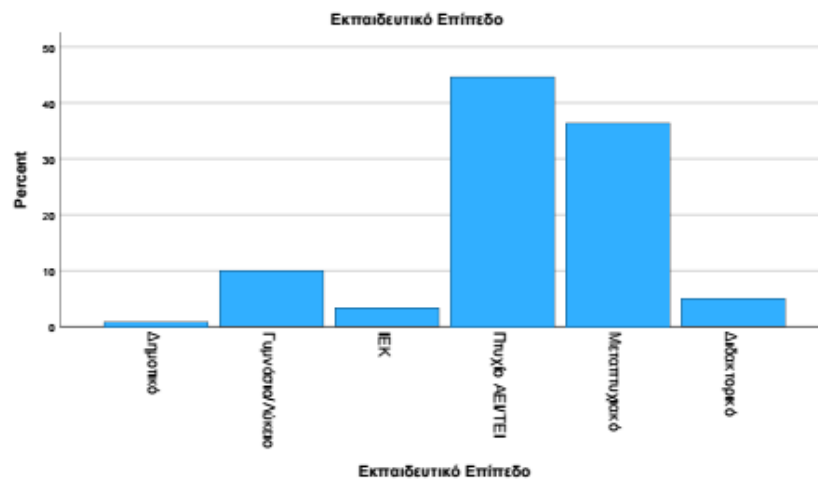
		Εκπαιδευτικό Επίπεδο			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοτικό	1	.8	.8	.8
	Γυμνάσιο/Λύκειο	12	9.9	9.9	10.7
	IEK	4	3.3	3.3	14.0
	Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ	54	44.6	44.6	58.7
	Μεταπτυχιακό	44	36.4	36.4	95.0
	Διδακτορικό	6	5.0	5.0	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q1: Βελτίωση διάγνωσης	121	1.00	5.00	3.6612	.79114
Q2: Βελτίωση ΕΣΥ	121	1.00	5.00	3.7686	.75011
Q3: Ευκολία εκμάθησης	121	1.00	5.00	3.7521	.74477
Q4: Εμπιστοσύνη σε TN	121	1.00	5.00	2.7355	.84428
Q5: Πρόθεση χρήσης	121	1.00	5.00	3.1983	.96281
Q6: Κοινή χρήση δεδομένων	121	1.00	5.00	3.0661	.94636
Q7: Ανησυχία εμπορικής χρήσης	121	1.00	5.00	3.8595	.92471
Q8: Υγεία vs Ιδιωτικότητα	121	1.00	5.00	2.7603	1.02490
Q9: Όφελος προνομιούχων	121	1.00	5.00	3.1653	.94293
Q10: Χειρότερη φροντίδα μη εξοικειωμένων	121	1.00	5.00	3.2314	.92880
Q11: Οικονομικοί περιορισμοί	121	1.00	5.00	2.9504	.90232
Q12: Κρατική εκπαίδευση	121	2.00	5.00	4.2314	.55917
Q13: Ιατρός τελική αυθεντία	121	2.00	5.00	4.3719	.75424
Q14: Λιγότερη εμπιστοσύνη εξ αποστάσεως	121	1.00	5.00	3.5868	.96324
Q15: Συνεχής παρακολούθηση apps	121	1.00	5.00	2.6446	.88374
Q16: Περιορισμός ελευθερίας	121	1.00	5.00	3.0826	.90909
Q17: Παράλειψη συναισθήματος φακέλου	121	1.00	5.00	3.7603	.75305
Q18: Μετατόπιση ευθύνης στον πολίτη	121	1.00	5.00	3.6116	.93427
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN	121	1.00	4.60	3.4231	.63989
Valid N (listwise)	121				



Descriptives



Coefficients^a

Model		Sig.
1	(Constant)	<.001
	Ηλικιακή Ομάδα	.077
	Ψηφιακές Γνώσεις	.935
	Q7: Ανησυχία εμπορικής χρήσης	.008

a. Dependent Variable: Q5: Πρόθεση χρήσης

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Q7: Ανησυχία εμπορικής χρήσης, Ψηφιακές Γνώσεις, Ηλικιακή Ομάδα ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: Q5: Πρόθεση χρήσης

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.261 ^a	.068	.044	.94128

a. Predictors: (Constant), Q7: Ανησυχία εμπορικής χρήσης, Ψηφιακές Γνώσεις, Ηλικιακή Ομάδα

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7.576	3	2.525	2.850	.040 ^b
	Residual	103.664	117	.886		
	Total	111.240	120			

a. Dependent Variable: Q5: Πρόθεση χρήσης

b. Predictors: (Constant), Q7: Ανησυχία εμπορικής χρήσης, Ψηφιακές Γνώσεις, Ηλικιακή Ομάδα

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t
		B	Std. Error	Beta	
1	(Constant)	3.882	.579		6.705
	Ηλικιακή Ομάδα	.109	.061	.170	1.787
	Ψηφιακές Γνώσεις	-.009	.116	-.007	-.082
	Q7: Ανησυχία εμπορικής χρήσης	-.262	.097	-.252	-2.693

Q5: Πρόθεση χρήσης

Tukey HSD^{a,b}

Ηλικιακή Ομάδα	N	Subset for alpha = 0.05 1
18-24	24	2.9167
25-34	15	3.1333
45-54	33	3.2121
55+	35	3.2286
35-44	14	3.6429
Sig.		.109

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 20,952.
b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not ...

Correlations

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Ψηφιακές Γνώσεις	3.6612	.75888	121
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της ΤΝ	3.4231	.63989	121

Correlations

		Ψηφιακές Γνώσεις	Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της ΤΝ
Ψηφιακές Γνώσεις	Pearson Correlation	1	.054
	Sig. (2-tailed)		.556
	N	121	121
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της ΤΝ	Pearson Correlation	.054	1
	Sig. (2-tailed)	.556	
	N	121	121

Regression

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Q5: Πρόθεση χρήσης

Tukey HSD

		95% ...
(I) Ηλικιακή Ομάδα	(J) Ηλικιακή Ομάδα	Upper Bound
18-24	25-34	.6572
	35-44	.1666
	45-54	.4168
	55+	.3917
25-34	18-24	1.0905
	35-44	.4770
	45-54	.7479
	55+	.7241
35-44	18-24	1.6190
	25-34	1.4961
	45-54	1.2775
	55+	1.2538
45-54	18-24	1.0077
	25-34	.9055
	35-44	.4160
	55+	.6277
55+	18-24	1.0155
	25-34	.9145
	35-44	.4253
	45-54	.6606

Homogeneous Subsets

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Q5: Πρόθεση χρήσης

Tukey HSD

(I) Ηλικιακή Ομάδα	(J) Ηλικιακή Ομάδα	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% ... Lower Bound
18-24	25-34	-.21667	.31533	.959	-1.0905
	35-44	-.72619	.32218	.168	-1.6190
	45-54	-.29545	.25701	.780	-1.0077
	55+	-.31190	.25390	.735	-1.0155
25-34	18-24	.21667	.31533	.959	-.6572
	35-44	-.50952	.35602	.609	-1.4961
	45-54	-.07879	.29833	.999	-.9055
	55+	-.09524	.29565	.998	-.9145
35-44	18-24	.72619	.32218	.168	-.1666
	25-34	.50952	.35602	.609	-.4770
	45-54	.43074	.30557	.623	-.4160
	55+	.41429	.30296	.650	-.4253
45-54	18-24	.29545	.25701	.780	-.4168
	25-34	.07879	.29833	.999	-.7479
	35-44	-.43074	.30557	.623	-1.2775
	55+	-.01645	.23246	1.000	-.6606
55+	18-24	.31190	.25390	.735	-.3917
	25-34	.09524	.29565	.998	-.7241
	35-44	-.41429	.30296	.650	-1.2538
	45-54	.01645	.23246	1.000	-.6277

Descriptives

Q5: Πρόθεση χρήσης

	Minimum	Maximum
18-24	1.00	4.00
25-34	2.00	4.00
35-44	3.00	5.00
45-54	1.00	5.00
55+	1.00	5.00
Total	1.00	5.00

Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Q5: Πρόθεση χρήσης	Based on Mean	1.043	4	116	.388
	Based on Median	1.089	4	116	.365
	Based on Median and with adjusted df	1.089	4	111.110	.366
	Based on trimmed mean	1.010	4	116	.405

ANOVA

Q5: Πρόθεση χρήσης

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4.772	4	1.193	1.300	.274
Within Groups	106.468	116	.918		
Total	111.240	120			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της ΤΝ

Tukey HSD

(I) Εργασία στην Υγεία	(J) Εργασία στην Υγεία	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Όχι	Ναι, Διοικητικός	-.3622	.3046
	Ναι, Επαγγελματίας Υγείας	-.3108	.3682
Ναι, Διοικητικός	Όχι	-.3046	.3622
	Ναι, Επαγγελματίας Υγείας	-.3139	.4289
Ναι, Επαγγελματίας Υγείας	Όχι	-.3682	.3108
	Ναι, Διοικητικός	-.4289	.3139

Homogeneous Subsets

Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της ΤΝ

Tukey HSD^{a,b}

Εργασία στην Υγεία	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	
Ναι, Επαγγελματίας Υγείας	33	3.3939	
Όχι	53	3.4226	
Ναι, Διοικητικός	35	3.4514	
Sig.		.919	

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 38,589.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Oneway

Descriptives

Q5: Πρόθεση χρήσης

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
18-24	24	2.9167	.92861	.18955	2.5245	3.3088
25-34	15	3.1333	.83381	.21529	2.6716	3.5951
35-44	14	3.6429	.63332	.16926	3.2772	4.0085
45-54	33	3.2121	1.02340	.17815	2.8492	3.5750
55+	35	3.2286	1.05957	.17910	2.8646	3.5925
Total	121	3.1983	.96281	.08753	3.0250	3.3716

Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN	Based on Mean	.696	2	118
	Based on Median	.471	2	118
	Based on Median and with adjusted df	.471	2	109.409
	Based on trimmed mean	.614	2	118

Tests of Homogeneity of Variances

		Sig.
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN	Based on Mean	.501
	Based on Median	.625
	Based on Median and with adjusted df	.625
	Based on trimmed mean	.543

ANOVA

Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.056	2	.028	.068	.935
Within Groups	49.079	118	.416		
Total	49.135	120			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN

Tukey HSD

(I) Εργασία στην Υγεία	(J) Εργασία στην Υγεία	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Όχι	Ναι, Διοικητικός	-.02879	.14047	.977
	Ναι, Επαγγελματίας Υγείας	.02870	.14301	.978
Ναι, Διοικητικός	Όχι	.02879	.14047	.977
	Ναι, Επαγγελματίας Υγείας	.05749	.15648	.928
Ναι, Επαγγελματίας Υγείας	Όχι	-.02870	.14301	.978
	Ναι, Διοικητικός	-.05749	.15648	.928

Independent Samples Effect Sizes

		Standardizer ^a	Point Estimate	95% ... Lower
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN	Cohen's d	.63858	.257	-.157
	Hedges' correction	.64264	.256	-.156
	Glass's delta	.64336	.255	-.160

Independent Samples Effect Sizes

		95% ... Upper
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN	Cohen's d	.671
	Hedges' correction	.666
	Glass's delta	.669

a. The denominator used in estimating the effect sizes.

Cohen's d uses the pooled standard deviation.

Hedges' correction uses the pooled standard deviation, plus a correction factor.

Glass's delta uses the sample standard deviation of the control (i.e., the second) group.

Oneway

Descriptives

Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean Lower Bound
Όχι	53	3.4226	.65593	.09010	3.2418
Ναι, Διοικητικός	35	3.4514	.56013	.09468	3.2590
Ναι, Επαγγελματίας Υγείας	33	3.3939	.70796	.12324	3.1429
Total	121	3.4231	.63989	.05817	3.3080

Descriptives

Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN

	95% Confidence Interval for Mean		
	Upper Bound	Minimum	Maximum
Όχι	3.6034	1.80	4.60
Ναι, Διοικητικός	3.6438	1.80	4.40
Ναι, Επαγγελματίας Υγείας	3.6450	1.00	4.40
Total	3.5383	1.00	4.60

T-Test

Group Statistics

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN	Ανδρας	30	3.5467	.62352	.11384
	Γυναίκα	91	3.3824	.64336	.06744

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN	Equal variances assumed	.000	.999	1.222
	Equal variances not assumed			1.241

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Significance One-Sided p	Two-Sided p
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN	Equal variances assumed	119	.112	.224
	Equal variances not assumed	50.908	.110	.220

Independent Samples Test

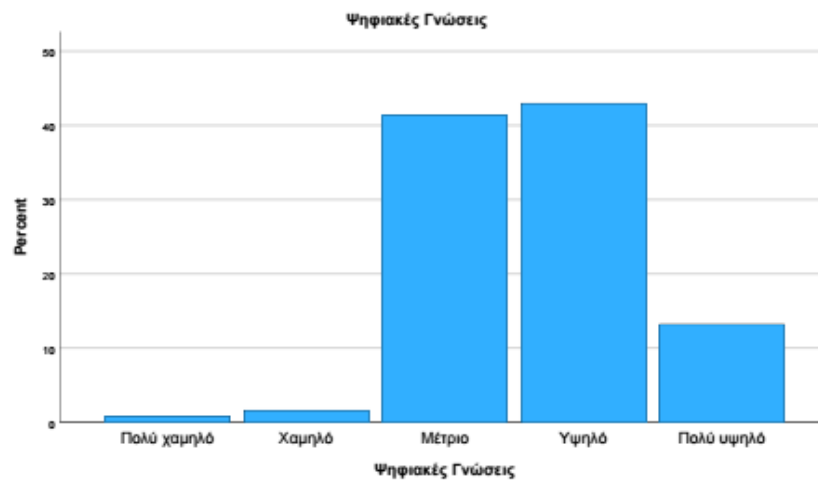
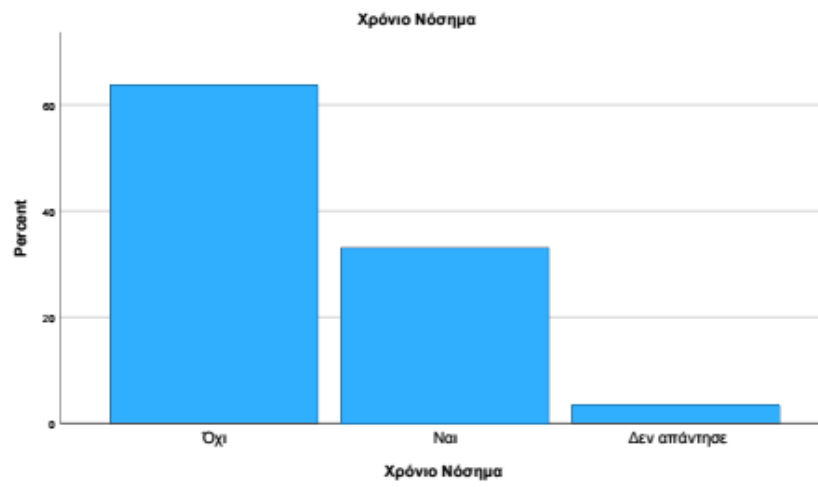
		t-test for Equality of Means	
		Mean Difference	Std. Error Difference
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN	Equal variances assumed	.16425	.13444
	Equal variances not assumed	.16425	.13232

Independent Samples Test

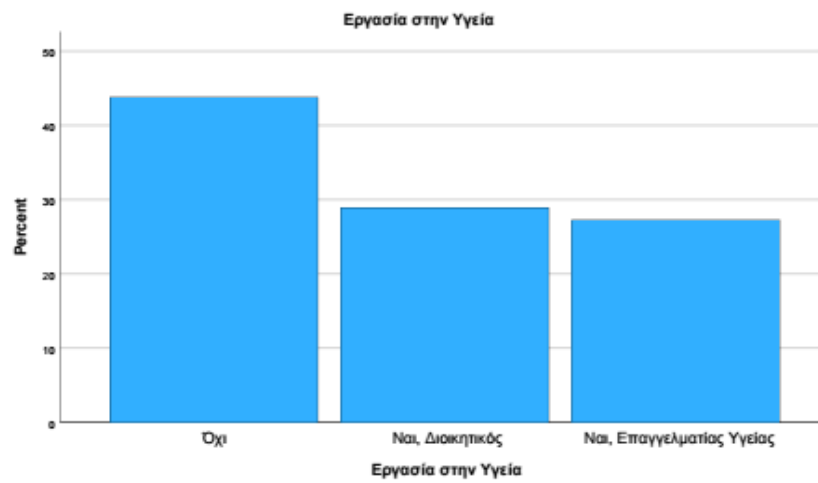
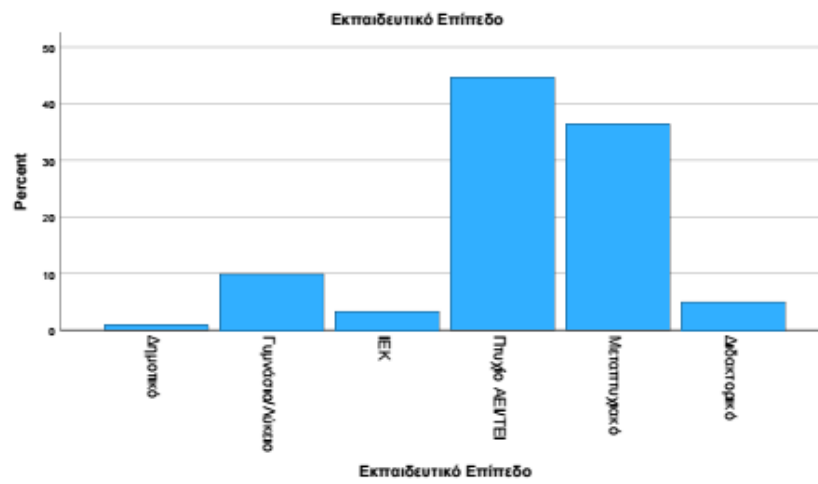
		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN	Equal variances assumed	-.10195	.43045
	Equal variances not assumed	-.10140	.42990

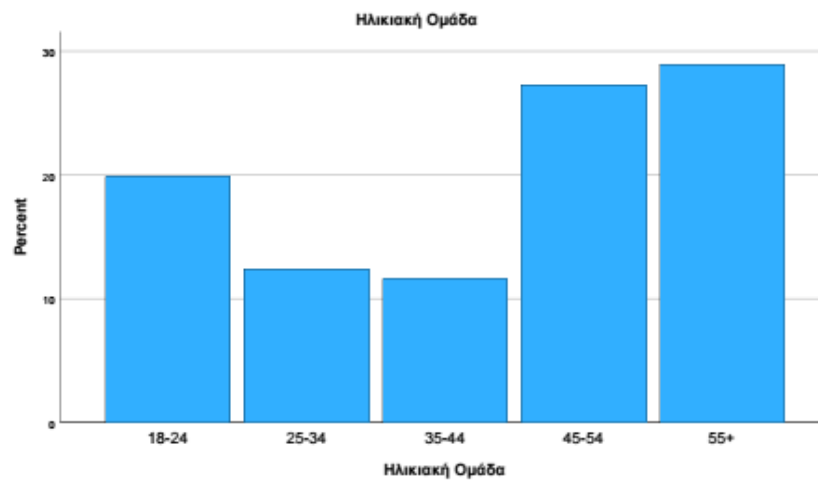
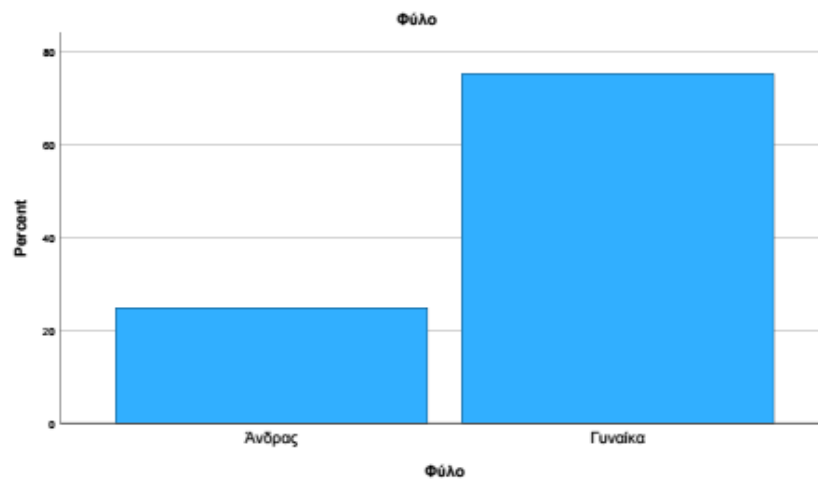
Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q1: Βελτίωση διάγνωσης	121	1.00	5.00	3.6612	.79114
Q2: Βελτίωση ΕΣΥ	121	1.00	5.00	3.7686	.75011
Q3: Ευκολία εκμάθησης	121	1.00	5.00	3.7521	.74477
Q4: Εμπιστοσύνη σε TN	121	1.00	5.00	2.7355	.84428
Q5: Πρόθεση χρήσης	121	1.00	5.00	3.1983	.96281
Q6: Κοινή χρήση δεδομένων	121	1.00	5.00	3.0661	.94636
Q7: Ανησυχία εμπορικής χρήσης	121	1.00	5.00	3.8595	.92471
Q8: Υγεία vs Ιδιωτικότητα	121	1.00	5.00	2.7603	1.02490
Q9: Όφελος προνομιούχων	121	1.00	5.00	3.1653	.94293
Q10: Χειρότερη φροντίδα μη εξοικειωμένων	121	1.00	5.00	3.2314	.92880
Q11: Οικονομικοί περιορισμοί	121	1.00	5.00	2.9504	.90232
Q12: Κρατική εκπαίδευση	121	2.00	5.00	4.2314	.55917
Q13: Ιατρός τελική αυθεντία	121	2.00	5.00	4.3719	.75424
Q14: Λιγότερη εμπιστοσύνη εξ αποστάσεως	121	1.00	5.00	3.5868	.96324
Q15: Συνεχής παρακολούθηση apps	121	1.00	5.00	2.6446	.88374
Q16: Περιορισμός ελευθερίας	121	1.00	5.00	3.0826	.90909
Q17: Παράλειψη συναισθήματος φακέλου	121	1.00	5.00	3.7603	.75305
Q18: Μετατόπιση ευθύνης στον πολίτη	121	1.00	5.00	3.6116	.93427
Συνολικός Δείκτης Αποδοχής της TN	121	1.00	4.60	3.4231	.63989
Valid N (listwise)	121				



Descriptives





Εργασία στην Υγεία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	53	43.8	43.8	43.8
	Ναι, Διοικητικός	35	28.9	28.9	72.7
	Ναι, Επαγγελματίας Υγείας	33	27.3	27.3	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

Χρόνιο Νόσημα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	77	63.6	63.6	63.6
	Ναι	40	33.1	33.1	96.7
	Δεν απάντησε	4	3.3	3.3	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

Ψηφιακές Γνώσεις

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ χαμηλό	1	.8	.8	.8
	Χαμηλό	2	1.7	1.7	2.5
	Μέτριο	50	41.3	41.3	43.8
	Υψηλό	52	43.0	43.0	86.8
	Πολύ υψηλό	16	13.2	13.2	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

Bar Chart

Statistics

		Φύλο	Ηλικιακή Ομάδα	Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Εργασία στην Υγεία	Χρόνος Νόσημα
N	Valid	121	121	121	121	121
	Missing	0	0	0	0	0

Statistics

		Ψηφιακές Γνώσεις
N	Valid	121
	Missing	0

Frequency Table

Φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	30	24.8	24.8	24.8
	Γυναίκα	91	75.2	75.2	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

Ηλικιακή Ομάδα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-24	24	19.8	19.8	19.8
	25-34	15	12.4	12.4	32.2
	35-44	14	11.6	11.6	43.8
	45-54	33	27.3	27.3	71.1
	55+	35	28.9	28.9	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

Εκπαιδευτικό Επίπεδο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοτικό	1	.8	.8	.8
	Γυμνάσιο/Λύκειο	12	9.9	9.9	10.7
	IEK	4	3.3	3.3	14.0
	Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ	54	44.6	44.6	58.7
	Μεταπτυχιακό	44	36.4	36.4	95.0
	Διδακτορικό	6	5.0	5.0	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	121	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	121	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha ^a	N of Items
-.183	6

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q13: Ιατρός τελική αυθεντία	13.8264	3.645	-.094	-.113 ^a
Q14: Εξοκείωση/Εμπιστοσύνη με εξ αποστάσεως επίσκεψη (Ανιστραμμένη)	15.7851	3.020	-.001	-.247 ^a
Q15: Συνεχής παρακολούθηση apps	15.5537	3.249	-.027	-.198 ^a
Q16: Μη περιορισμός προσωπικής ελευθερίας (Ανιστραμμένη)	15.2810	2.737	.126	-.448 ^a
Q17: Επάρκεια ηλεκτρονικού φακέλου σε συναίσθημα (Ανιστραμμένη)	15.9587	3.323	.019	-.246 ^a
Q18: Μετατόπιση ευθύνης στον πολίτη	14.5868	4.344	-.327	.194

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Frequencies

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q6: Κοινή χρήση δεδομένων	4.9008	2.223	.513	.286
Q7: Απουσία ανησυχίας εμπορικής χρήσης (Ανπατραμμένη)	5.8264	2.545	.395	.470
Q8: Υγεία vs Ιδιωτικότητα	5.2066	2.599	.277	.653

Reliability

Scale: Ενότητα Δ: Ψηφιακός Αποκλεισμός

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	121	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	121	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.438	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q9: Ισότιμο όφελος ψηφιακού μετασχηματισμού (Ανπατραμμένη)	10.0496	2.198	.429	.142
Q10: Απουσία ανησυχίας για χειρότερη φροντίδα (Ανπατραμμένη)	10.1157	2.620	.267	.346
Q11: Απουσία οικονομικών περιορισμών (Ανπατραμμένη)	9.8347	2.622	.291	.319
Q12: Κρατική εκπαίδευση	8.6529	4.012	-.017	.541

Reliability

Scale: Ενότητα Ε: Σχέση Ιατρού-Ασθενούς

Reliability

Scale: Ενότητα Β: Αντιλήψεις για ΤΝ

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	121	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	121	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.837	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1: Βελτίωση διάγνωσης	13.4545	6.750	.696	.789
Q2: Βελτίωση ΕΣΥ	13.3471	7.062	.655	.801
Q3: Ευκολία εκμάθησης	13.3636	7.667	.489	.841
Q4: Εμπιστοσύνη σε ΤΝ	14.3802	6.671	.654	.800
Q5: Πρόθεση χρήσης	13.9174	5.943	.717	.782

Reliability

Scale: Ενότητα Γ: Ιδιωτικότητα και Εμπιστοσύνη

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	121	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	121	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.580	3