



«ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ»
«ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

«Αντιλήψεις για την ασθένεια εξυπηρετούμενων του Κέντρου
Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Αγρινίου»

ΕΙΡΗΝΗ ΚΟΛΟΒΟΥ

Επιβλέπων καθηγητής: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΟΓΚΑΣ

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΦΛΩΡΑ

Πάτρα, Μάιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή, κ. Κωνσταντίνο Τόγκα, για την πολύτιμη καθοδήγηση και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε κατά την εκπόνηση αυτής της εργασίας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον σύζυγό μου και στα παιδιά μας για την αμέριστη συμπαράσταση και την υπομονή που επέδειξαν όλο αυτό το διάστημα.

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη διερευνά τις αντιλήψεις για την ασθένεια σε ασθενείς που εξυπηρετούνται στο Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Αγρινίου, καθώς και τη σχέση των αντιλήψεων αυτών με δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες. Οι αντιλήψεις για την ασθένεια αποτελούν βασικό παράγοντα που επηρεάζει τη συμπεριφορά υγείας, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και την ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών.

Η έρευνα είχε ποσοτικό συγχρονικό σχεδιασμό, πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας 100 ενηλίκων ασθενών του ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου και διήρκεσε 3 μήνες, από 05/01/2026 έως και 16/04/2026. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Illness Cognitions Questionnaire (ICQ), το οποίο αξιολογεί τρεις βασικές διαστάσεις: την ανικανότητα (helplessness), την αποδοχή (acceptance) και τη θετική επαναξιολόγηση (positive reinterpretation). Επιπλέον, συλλέχθηκαν δημογραφικά και κλινικά στοιχεία. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού SPSS.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες εμφάνισαν μέτρια επίπεδα ανικανότητας ($M=16,52$, $SD=3,61$), ενώ η αποδοχή παρουσίασε ελαφρώς υψηλότερη μέση τιμή ($M=17,03$, $SD=3,85$). Αντίστοιχα, η θετική επαναξιολόγηση/αντιλαμβανόμενα οφέλη κυμάνθηκε σε μέτριο προς υψηλό επίπεδο ($M=16,53$, $SD=3,72$), ενώ η συνολική βαθμολογία του ICQ ήταν $M=50,08$ ($SD=10,37$).

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο αντιλήψεων για την ασθένεια με βάση δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p>0,05$). Επίσης, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο αντιλήψεων για την υγεία. Αντίθετα, η διάρκεια νοσηλείας παρουσίασε θετική συσχέτιση με την ανικανότητα ($r=0,337$, $p=0,034$), την αποδοχή ($r=0,389$, $p=0,013$) και τη συνολική βαθμολογία ICQ ($r=0,362$, $p=0,022$). Συνολικά, τα αποτελέσματα των t-test δείχνουν ότι η φυσιοθεραπεία δεν διαφοροποιεί σημαντικά τις διαστάσεις του ICQ. Αντίθετα, η εργοθεραπεία, η ψυχολογική υποστήριξη και η λογοθεραπεία παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές κυρίως στην αποδοχή, στη θετική επαναξιολόγηση και στη συνολική βαθμολογία ICQ. Η ειδική αγωγή παρουσιάζει μόνο οριακή διαφοροποίηση στη θετική επαναξιολόγηση, εύρημα που χρειάζεται προσεκτική ερμηνεία λόγω μικρού δείγματος. Από την ανάλυση ANOVA προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μόνο ως προς το είδος πάθησης στη διάσταση της ανικανότητας, $F(3,94)=3,263$, $p=0,025$. Συμπερασματικά, τα ευρήματα της μελέτης αναδεικνύουν τη σημασία της ψυχολογικής διάστασης της

ασθένειας και υπογραμμίζουν την ανάγκη ενσωμάτωσης των αντιλήψεων των ασθενών στον σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών αποκατάστασης.

Λέξεις – Κλειδιά

αντιλήψεις για την ασθένεια, ICQ, ΚΕΦΙΑΠ, Αγρίνιο

« Illness perceptions of service users at the Agrinio Center for Physical Medicine and Rehabilitation (KEFIAP)»

Eirini Kolovou

Abstract

This study aims to investigate illness perceptions among patients receiving services at the Physical Medicine and Rehabilitation Center (KEFIAP) of Agrinio, as well as to examine their association with demographic and clinical factors. Illness perceptions play a crucial role in shaping health behaviors, treatment adherence, and psychological adjustment.

A quantitative cross-sectional design was employed, involving a convenience sample of 100 adult patients. Data were collected using the Illness Cognitions Questionnaire (ICQ), which assesses three main dimensions: helplessness, acceptance, and positive reinterpretation. Demographic and clinical data were also collected. Statistical analysis was performed using SPSS software.

The results showed that participants exhibited moderate levels of disability ($M=16.52$, $SD=3.61$), while acceptance had a slightly higher mean value ($M=17.03$, $SD=3.85$). Correspondingly, positive reappraisal/perceived benefits ranged from moderate to high ($M=16.53$, $SD=3.72$), while the total ICQ score was $M=50.08$ ($SD=10.37$). No statistically significant differences were observed in the score on the illness perception questionnaire based on demographic characteristics such as gender, marital status and educational level ($p>0.05$). Also, no statistically significant correlation was found between age and the score on the health perception questionnaire. In contrast, length of stay was positively correlated with disability ($r=0.337$, $p=0.034$), acceptance ($r=0.389$, $p=0.013$) and total ICQ score ($r=0.362$, $p=0.022$). Overall, the t-test results show that physiotherapy does not significantly differentiate the dimensions of ICQ. On the contrary, occupational therapy, psychological support and speech therapy show statistically significant differences mainly in acceptance, positive reappraisal and the total ICQ score. Special education shows only marginal differentiation in positive reappraisal, a finding that needs careful interpretation due to the small sample. The ANOVA analysis revealed a statistically significant difference only in terms of the type of disease in the disability dimension, $F(3,94)=3.263$, $p=0.025$.

In conclusion, the findings highlight the importance of the psychological dimension of illness and emphasize the need to incorporate patients' perceptions into the design of rehabilitation services.

Keywords

illness perceptions, Illness Cognitions, ICQ, KEFIAP, Agrinio.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	3
Περίληψη	4
Abstract	6
Περιεχόμενα.....	8
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων	10
Κατάλογος Πινάκων	11
Εισαγωγή	13
1. Αναπηρίες και παθήσεις που διαχειρίζονται τα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ)	16
1.1 Η έννοια της αναπηρίας	16
1.2 Κατηγορίες αναπηριών και χρόνιων παθήσεων που αντιμετωπίζονται με αποκατάσταση	16
1.2.1 Κινητικές αναπηρίες	17
1.2.2 Νευρολογικές παθήσεις	17
1.2.3 Μυοσκελετικές παθήσεις.....	17
1.2.4 Χρόνια νοσήματα.....	17
1.3 Η έννοια και οι στόχοι της αποκατάστασης	18
1.4 Τα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ).....	18
1.5 Το ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου	19
1.6 Σύνοψη.....	20
2. Αντιλήψεις για την ασθένεια (Illness Cognitions and Perceptions)	21
2.1 Η έννοια των αντιλήψεων για την ασθένεια	21
2.2 Το Μοντέλο Κοινής Λογικής των Leventhal (Common-Sense Model).....	21
2.3 Γνωστικές και συναισθηματικές διαστάσεις της ασθένειας	22
2.4 Βασικές διαστάσεις των αντιλήψεων για την υγεία.....	22
2.4.1 Ανικανότητα (Helplessness)	22
2.4.2 Αποδοχή (Acceptance).....	23
2.4.3 Θετική επαναξιολόγηση (Positive Reinterpretation)	23
2.5 Επίδραση των αντιλήψεων στη συμπεριφορά υγείας και την αποκατάσταση	23
2.6 Σύνοψη.....	24
3. Αντιλήψεις για την ασθένεια: Ευρήματα εμπειρικών ερευνών	25
3.1 Αντιλήψεις για την ασθένεια σε χρόνιες παθήσεις.....	25
3.2 Αντιλήψεις για την ασθένεια	25
3.3 Σχέση αντιλήψεων με ψυχολογική προσαρμογή και ποιότητα ζωής	26
3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την ασθένεια	26
3.5 Ερευνητικά κενά και αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης.....	27
3.6 Σύνοψη.....	28
4. Μεθοδολογία.....	30
4.1 Σχεδιασμός της μελέτης.....	30
4.2 Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης	30
4.3 Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού	30
4.3.1 Κριτήρια επιλογής.....	30
4.3.2 Κριτήρια αποκλεισμού.....	31
4.4 Εργαλεία συλλογής δεδομένων	31
4.4.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά	31

4.4.2 Illness Cognitions Questionnaire (ICQ).....	31
4.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	32
4.6 Στατιστική ανάλυση δεδομένων	32
4.7 Δεοντολογικά ζητήματα.....	33
5. Αποτελέσματα.....	34
5.1 Δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά.....	34
5.2 Αντιλήψεις για την ασθένεια	46
5.3 Συσχετίσεις	60
6. Συζήτηση.....	76
7. Συμπεράσματα	80
Βιβλιογραφία	81
Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο	84
Παράρτημα Β: Άδεια διεξαγωγής έρευνας.....	88

Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων

Γράφημα 1. Φύλο	34
Γράφημα 2. Οικογενειακή κατάσταση	35
Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο	37
Γράφημα 4. Κατηγορία επαγγέλματος	39
Γράφημα 5. Είδος ή κατηγορία πάθησης/ τραυματισμού	42
Γράφημα 6. Επίπεδο λειτουργικότητας/ αυτοεξυπηρέτησης	44
Γράφημα 7. Τύπος θεραπείας στο ΚΕΦΙΑΠ	46

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Φύλο.....	34
Πίνακας 2. Οικογενειακή κατάσταση	35
Πίνακας 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο	36
Πίνακας 4. Κατηγορία επαγγέλματος	38
Πίνακας 5. Περιγραφικά στατιστικά	40
Πίνακας 6. Είδος ή κατηγορία πάθησης / τραυματισμού.....	41
Πίνακας 7. Επίπεδο λειτουργικότητας / αυτοεξυπηρέτησης	43
Πίνακας 8. Τύπος θεραπείας στο ΚΕΦΙΑΠ	45
Πίνακας 9. Η ασθένεια μου με κάνει συχνά να νιώθω ανήμπορος.....	46
Πίνακας 10. Η ασθένεια μου επεμβαίνει στη ζωή μου περισσότερο απ' ό,τι θα ήθελα...47	
Πίνακας 11. Η ασθένεια μου ελέγχει τη ζωή μου.....	48
Πίνακας 12. Εξαιτίας της ασθένειας μου, έχω τα πράγματα που μου φέρνουν περισσότερο στρες.....	48
Πίνακας 13. Η ασθένεια μου με παρεμποδίζει να κάνω ό,τι πραγματικά θα ήθελα να κάνω.	49
Πίνακας 14. Υπάρχουν φορές που η ασθένεια μου με κάνει να νιώθω αβοήθητος.	50
Πίνακας 15. Έχω μάθει να αποδέχομαι τους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένεια μου.	50
Πίνακας 16. Έχω μάθει να ζω με την ασθένεια μου.....	51
Πίνακας 17. Μπορώ να αποδέχομαι την ασθένεια μου καλά.	52
Πίνακας 18. Μπορώ να αντιμετωπίζω αποτελεσματικά την ασθένεια μου.....	52
Πίνακας 19. Παρόλο που χάνω πράγματα που σχετίζονται με την ασθένεια μου, ακόμη και έτσι νιώθω ότι κερδίζω κάτι.	53
Πίνακας 20. Νιώθω ότι μπορώ να χειριστώ τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένεια μου.	54
Πίνακας 21. Η αντιμετώπιση της ασθένειας μου με έκανε δυνατότερο άνθρωπο.	54
Πίνακας 22. Έχω μάθει πολλά από την ασθένεια μου.	55
Πίνακας 23. Η ασθένεια μου με ώθησε να απολαμβάνω την κάθε στιγμή περισσότερο. 56	
Πίνακας 24. Η ασθένεια μου έχει κάνει τη ζωή μου πιο πολύτιμη για μένα.....	56
Πίνακας 25. Η ασθένεια μου με έχει βοηθήσει να εκτιμήσω τη ζωή σημαντικά περισσότερο.	57
Πίνακας 26. Κατά κάποιον τρόπο, μπορώ να δω ότι η ασθένεια μου έχει φέρει και μερικές θετικές αλλαγές στη ζωή μου.....	58
Πίνακας 27. Περιγραφικά στατιστικά αντιλήψεων για την ασθένεια	59
Πίνακας 28. Συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των διαστάσεων του ερωτηματολογίου ICQ	60
Πίνακας 29. Independent Samples Test Φυσιοθεραπεία.....	61
Πίνακας 30. Independent Samples Test Εργοθεραπεία.....	63
Πίνακας 31. Independent Samples Test Ψυχολογική υποστήριξη	65
Πίνακας 32. Independent Samples Test Ειδική Αγωγή	67
Πίνακας 33. Independent Samples Test Λογοθεραπεία.....	69
Πίνακας 34. ANOVA με φύλο	71
Πίνακας 35. ANOVA με Οικογενειακή κατάσταση.....	72
Πίνακας 36. ANOVA με Εκπαιδευτικό επίπεδο.....	73
Πίνακας 37. ANOVA με Κατηγορία επαγγέλματος.....	74

Πίνακας 38. ANOVA με Είδος πάθησης.....	75
--	-----------

Εισαγωγή

Η υγεία και η ασθένεια δεν αποτελούν αποκλειστικά βιολογικές καταστάσεις, αλλά σύνθετες εμπειρίες που διαμορφώνονται μέσα από την αλληλεπίδραση σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Στο πλαίσιο αυτό, η σύγχρονη προσέγγιση της υγείας απομακρύνεται από το παραδοσιακό βιοϊατρικό μοντέλο και υιοθετεί μια ολιστική θεώρηση, σύμφωνα με την οποία η αντίληψη του ίδιου του ασθενούς για την ασθένεια παίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία και την έκβασή της. Οι ασθενείς δεν βιώνουν παθητικά την ασθένεια, αλλά την ερμηνεύουν μέσα από προσωπικά γνωστικά σχήματα και νοητικές αναπαραστάσεις, οι οποίες επηρεάζουν τις στάσεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους (Leventhal et al., 1984).

Οι αντιλήψεις για την ασθένεια (illness perceptions ή illness cognitions) αποτελούν βασικό αντικείμενο μελέτης της ψυχολογίας της υγείας και έχουν συνδεθεί με σημαντικές εκβάσεις, όπως η συμμόρφωση στη θεραπεία, η προσαρμογή στη νόσο και η ποιότητα ζωής των ασθενών. Σύμφωνα με το Μοντέλο Κοινής Λογικής των Leventhal και συνεργατών (Common-Sense Model), οι ασθενείς διαμορφώνουν γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας που περιλαμβάνουν διαστάσεις όπως η ταυτότητα της νόσου, η αιτιολογία, η χρονική της διάρκεια, οι συνέπειες και ο βαθμός ελέγχου ή θεραπευσιμότητας. Οι αναπαραστάσεις αυτές καθοδηγούν τις στρατηγικές αντιμετώπισης και επηρεάζουν άμεσα την ψυχολογική και σωματική προσαρμογή (Hagger & Orbell, 2003).

Η σημασία των αντιλήψεων για την ασθένεια καθίσταται ιδιαίτερα εμφανής σε πληθυσμούς με χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες, όπου η πορεία της νόσου είναι μακροχρόνια και συχνά συνοδεύεται από λειτουργικούς περιορισμούς και αλλαγές στην καθημερινότητα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ικανότητα του ατόμου να αποδεχθεί τη νέα κατάσταση, να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις της και να αναπτύξει αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι θετικές γνωστικές αντιλήψεις, όπως η αποδοχή και η θετική επαναξιολόγηση της ασθένειας, συνδέονται με καλύτερη λειτουργικότητα και υψηλότερα επίπεδα ευημερίας, ενώ οι αντιλήψεις ανικανότητας και απώλειας ελέγχου σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Aujoulat et al., 2008; Karademas, 2010).

Στο πλαίσιο της αποκατάστασης, οι ψυχολογικές αυτές διαστάσεις αποκτούν ακόμη μεγαλύτερη σημασία. Τα άτομα που υποβάλλονται σε προγράμματα αποκατάστασης, όπως εκείνα που εξυπηρετούνται σε Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ),

καλούνται να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τις σωματικές συνέπειες της νόσου ή του τραυματισμού, αλλά και τις ψυχοκοινωνικές προκλήσεις που απορρέουν από αυτές. Η αποκατάσταση δεν περιορίζεται στη βελτίωση της φυσικής λειτουργικότητας, αλλά στοχεύει στην ενίσχυση της αυτονομίας, της κοινωνικής συμμετοχής και της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών. Σε αυτό το πλαίσιο, η κατανόηση των αντιλήψεων των ασθενών για την ασθένεια μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στη διαμόρφωση εξατομικευμένων παρεμβάσεων και στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων.

Παρά τη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα στον τομέα των αντιλήψεων για την ασθένεια, στην ελληνική πραγματικότητα παρατηρείται σχετική έλλειψη εμπειρικών δεδομένων, ιδιαίτερα σε εξειδικευμένους πληθυσμούς, όπως οι ασθενείς που συμμετέχουν σε προγράμματα αποκατάστασης. Τα ΚΕΦΙΑΠ αποτελούν σημαντικούς φορείς παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εξυπηρετώντας άτομα με ποικίλες παθήσεις, όπως νευρολογικά, μυοσκελετικά και κινητικά προβλήματα. Ωστόσο, η έρευνα που αφορά τις ψυχολογικές διαστάσεις της εμπειρίας των ασθενών σε αυτά τα κέντρα παραμένει περιορισμένη.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αποτύπωση των αντιλήψεων για την ασθένεια των εξυπηρετούμενων του Κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Αγρινίου, καθώς και η διερεύνηση της σχέσης τους με δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες. Η επιλογή του συγκεκριμένου πληθυσμού κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς πρόκειται για άτομα που αντιμετωπίζουν χρόνιες καταστάσεις ή αναπηρίες και βρίσκονται σε διαδικασία αποκατάστασης, γεγονός που καθιστά την ψυχολογική τους προσαρμογή κρίσιμη για την επιτυχία της θεραπείας. Η διερεύνηση των γνωστικών και συναισθηματικών αυτών παραμέτρων μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για την κατανόηση της συμπεριφοράς των ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μέσω της ανάλυσης αυτών των δεδομένων, επιδιώκεται να αναδειχθεί ο ρόλος των γνωστικών πεποιθήσεων στην προσαρμογή των ασθενών και να εντοπιστούν πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις αυτές. Τα ευρήματα της μελέτης αναμένεται να συμβάλουν τόσο στην επιστημονική γνώση όσο και στην πρακτική εφαρμογή, ενισχύοντας την ανάπτυξη παρεμβάσεων που λαμβάνουν υπόψη τη βιοματική εμπειρία των ασθενών.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Αναπηρίες και παθήσεις που διαχειρίζονται τα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ)

1.1 Η έννοια της αναπηρίας

Η έννοια της αναπηρίας αποτελεί ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο έχει προσεγγιστεί διαφορετικά μέσα από την εξέλιξη της επιστημονικής σκέψης. Παραδοσιακά, η αναπηρία ερμηνευόταν στο πλαίσιο του ιατρικού μοντέλου, σύμφωνα με το οποίο θεωρείται αποτέλεσμα μιας οργανικής βλάβης ή δυσλειτουργίας του ατόμου. Στο μοντέλο αυτό, η έμφαση δίνεται κυρίως στη διάγνωση και θεραπεία της παθολογίας, ενώ η ευθύνη για την προσαρμογή αποδίδεται αποκλειστικά στο άτομο (World Health Organization, 2001).

Ωστόσο, η σύγχρονη προσέγγιση της αναπηρίας έχει μετατοπιστεί προς ένα πιο ολιστικό και δυναμικό μοντέλο, γνωστό ως κοινωνικό ή βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το Διεθνές Σύστημα Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (International Classification of Functioning- ICF), η αναπηρία δεν αποτελεί απλώς μια σωματική ή ψυχική βλάβη, αλλά το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της κατάστασης υγείας του ατόμου και των περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων (World Health Organization, 2001). Με άλλα λόγια, η αναπηρία αναφέρεται σε περιορισμούς δραστηριότητας και συμμετοχής που προκύπτουν από αυτή την αλληλεπίδραση.

Η υιοθέτηση της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης έχει ιδιαίτερη σημασία για τον σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας και αποκατάστασης, καθώς αναγνωρίζει ότι η βελτίωση της λειτουργικότητας δεν εξαρτάται μόνο από ιατρικές παρεμβάσεις, αλλά και από την ενίσχυση των κοινωνικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή των ατόμων με αναπηρία.

1.2 Κατηγορίες αναπηριών και χρόνιων παθήσεων που αντιμετωπίζονται με αποκατάσταση

Οι αναπηρίες και οι χρόνιες παθήσεις που αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο της αποκατάστασης είναι ποικίλες και μπορούν να ταξινομηθούν σε επιμέρους κατηγορίες, ανάλογα με τη φύση και την αιτιολογία τους.

1.2.1 Κινητικές αναπηρίες

Οι κινητικές αναπηρίες αποτελούν μία από τις πιο συχνές κατηγορίες και περιλαμβάνουν καταστάσεις που επηρεάζουν τη δυνατότητα κίνησης και εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Μπορεί να οφείλονται σε μυοσκελετικές παθήσεις, τραυματισμούς ή νευρολογικές διαταραχές και συχνά συνοδεύονται από περιορισμούς στην αυτοεξυπηρέτηση και την ανεξαρτησία (Dijkers, 2004).

1.2.2 Νευρολογικές παθήσεις

Οι νευρολογικές παθήσεις αποτελούν σημαντικό πεδίο παρέμβασης των υπηρεσιών αποκατάστασης. Σε αυτές περιλαμβάνονται καταστάσεις όπως το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η πολλαπλή σκλήρυνση, η νόσος του Parkinson και οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Οι παθήσεις αυτές επηρεάζουν τόσο τη σωματική όσο και τη γνωστική λειτουργία, δημιουργώντας σύνθετες ανάγκες αποκατάστασης (Dijkers, 2004).

1.2.3 Μυοσκελετικές παθήσεις

Οι μυοσκελετικές παθήσεις, όπως η οστεοαρθρίτιδα, οι χρόνιοι πόνοι στη μέση και οι τραυματισμοί, αποτελούν επίσης σημαντικό λόγο προσέλευσης σε μονάδες αποκατάστασης. Οι παθήσεις αυτές επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών, ενώ συχνά συνδέονται με μακροχρόνια αναπηρία (Woolf & Pfleger, 2003).

1.2.4 Χρόνια νοσήματα

Πέρα από τις άμεσα κινητικές ή νευρολογικές διαταραχές, η αποκατάσταση αφορά και άτομα με χρόνια νοσήματα, όπως καρδιολογικές και αναπνευστικές παθήσεις. Ενδεικτικά, στις καρδιολογικές παθήσεις περιλαμβάνονται η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια και η κατάσταση μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, ενώ στις αναπνευστικές παθήσεις περιλαμβάνονται η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το βρογχικό άσθμα και η πνευμονική ίνωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αποκατάσταση στοχεύει στη βελτίωση της αντοχής, της λειτουργικής ικανότητας, της αναπνευστικής και καρδιοαναπνευστικής επάρκειας, καθώς και στην ενίσχυση της αυτοδιαχείρισης της νόσου (World Health Organization, 2011).

1.3 Η έννοια και οι στόχοι της αποκατάστασης

Η αποκατάσταση αποτελεί βασικό πυλώνα του σύγχρονου συστήματος υγείας και στοχεύει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρίες ή χρόνιες παθήσεις. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η αποκατάσταση περιλαμβάνει ένα σύνολο παρεμβάσεων που αποσκοπούν στη μείωση των περιορισμών δραστηριότητας και στη βελτίωση της συμμετοχής των ατόμων στην κοινωνική ζωή (World Health Organization, 2011).

Οι βασικοί στόχοι της αποκατάστασης περιλαμβάνουν τη βελτίωση της σωματικής λειτουργικότητας, την ενίσχυση της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας του ατόμου, την προσαρμογή στις απαιτήσεις της καθημερινότητας, τη βελτίωση της ψυχολογικής του κατάστασης, καθώς και την προώθηση της κοινωνικής του επανένταξης.

Η αποκατάσταση είναι μια πολυεπιστημονική διαδικασία, στην οποία συμμετέχουν επαγγελματίες υγείας από διαφορετικά πεδία, όπως ιατροί φυσικής ιατρικής, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και ψυχολόγοι. Η συνεργασία αυτών των ειδικοτήτων επιτρέπει την ολιστική προσέγγιση των αναγκών του ασθενούς και την ανάπτυξη εξατομικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων.

1.4 Τα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ)

Τα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) αποτελούν εξειδικευμένες δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες φυσικής ιατρικής, αποκατάστασης και διεπιστημονικής υποστήριξης σε άτομα με αναπηρίες, χρόνιες παθήσεις ή λειτουργικούς περιορισμούς. Η ένταξή τους στο ΕΣΥ θεσμοθετήθηκε με τον Ν. 4025/2011, στο πλαίσιο της αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών αποκατάστασης και της ενίσχυσης της συνέχειας της φροντίδας μετά την οξεία φάση της νόσου. Ο ρόλος τους είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς συμβάλλουν στην αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων, στη μείωση της διάρκειας νοσηλείας και στην παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών αποκατάστασης σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς ασθενείς. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, στην Ελλάδα λειτουργεί δίκτυο δημόσιων ΚΕΦΙΑΠ, το οποίο περιλαμβάνει περισσότερες από 30 δομές σε όλη τη χώρα, αν και ο βαθμός στελέχωσης και πλήρους λειτουργίας τους διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των περιφερειών (Ν. 4025/2011; Υπουργείο Υγείας, 2019).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα ΚΕΦΙΑΠ περιλαμβάνουν:

- Φυσικοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Λογοθεραπεία
- Ιατρική παρακολούθηση
- Ψυχολογική υποστήριξη
- Υπηρεσίες Κοινωνικής Λειτουργού

Η λειτουργία των ΚΕΦΙΑΠ βασίζεται σε διεπιστημονικές ομάδες, οι οποίες συνεργάζονται για την αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών και τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων. Η προσέγγιση αυτή ενισχύει την αποτελεσματικότητα της αποκατάστασης και συμβάλλει στην καλύτερη προσαρμογή των ασθενών στη νέα τους κατάσταση.

1.5 Το ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου

Το Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης Αγρινίου αποτελεί σημαντικό φορέα παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης στην ευρύτερη περιοχή της Δυτικής Ελλάδας. Το κέντρο εξυπηρετεί ασθενείς με ποικίλες παθήσεις, όπως νευρολογικές, μυοσκελετικές και κινητικές διαταραχές, προσφέροντας ολοκληρωμένες υπηρεσίες αποκατάστασης.

Οι ασθενείς που απευθύνονται στο ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου συχνά αντιμετωπίζουν χρόνιες ή αναπηρικές καταστάσεις που απαιτούν μακροχρόνια παρακολούθηση και θεραπεία. Η διαδικασία αποκατάστασης περιλαμβάνει εξατομικευμένα προγράμματα, τα οποία σχεδιάζονται με βάση τις ανάγκες και τις δυνατότητες κάθε ασθενούς.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, καθώς η ενεργός συμμετοχή των τελευταίων στη θεραπευτική διαδικασία αποτελεί βασικό παράγοντα επιτυχίας. Σε αυτό το πλαίσιο, οι αντιλήψεις των ασθενών για την ασθένεια και την αποκατάσταση διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, επηρεάζοντας τη συμμόρφωση στις οδηγίες και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

1.6 Σύνοψη

Η αναπηρία και οι χρόνιες παθήσεις αποτελούν σύνθετες καταστάσεις που επηρεάζουν πολλαπλές διαστάσεις της ζωής του ατόμου. Η σύγχρονη προσέγγιση της αποκατάστασης αναγνωρίζει τη σημασία της ολιστικής αντιμετώπισης, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τις σωματικές, αλλά και τις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες των ασθενών.

Τα ΚΕΦΙΑΠ, και ειδικότερα το ΚΕΦΙΑΠ Αργινίου, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης, συμβάλλοντας στη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων δεν εξαρτάται μόνο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ασθένεια και τη διαδικασία αποκατάστασης.

Η κατανόηση αυτών των αντιλήψεων αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών και εξατομικευμένων παρεμβάσεων, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη διερεύνησή τους, όπως επιχειρείται στην παρούσα μελέτη.

2. Αντιλήψεις για την ασθένεια (Illness Cognitions and Perceptions)

2.1 Η έννοια των αντιλήψεων για την ασθένεια

Οι αντιλήψεις για την ασθένεια αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά υγείας και την προσαρμογή των ατόμων σε καταστάσεις νόσου. Στη σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση, η ασθένεια δεν αντιμετωπίζεται αποκλειστικά ως βιολογικό γεγονός, αλλά ως μια πολυδιάστατη εμπειρία που περιλαμβάνει γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές διαστάσεις. Οι ασθενείς δεν λειτουργούν ως παθητικοί αποδέκτες της διάγνωσης, αλλά ερμηνεύουν ενεργά την κατάστασή τους μέσα από προσωπικά γνωστικά σχήματα και εμπειρίες (Leventhal et al., 1984).

Οι αντιλήψεις αυτές, γνωστές και ως illness perceptions ή illness cognitions, περιλαμβάνουν τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τη φύση της ασθένειας, τα αίτιά της, τη διάρκειά της, τις συνέπειές της και τη δυνατότητα ελέγχου ή θεραπείας της. Οι πεποιθήσεις αυτές επηρεάζουν άμεσα τις συμπεριφορές υγείας, όπως τη συμμόρφωση στη θεραπεία, τη συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης και τη διαχείριση των συμπτωμάτων (Petrie & Weinman, 2012).

2.2 Το Μοντέλο Κοινής Λογικής των Leventhal (Common-Sense Model)

Το Μοντέλο Κοινής Λογικής των Leventhal και συνεργατών (Leventhal et al., 1984) αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα θεωρητικά πλαίσια για την κατανόηση των αντιλήψεων για την ασθένεια. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι ασθενείς αναπτύσσουν γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας, οι οποίες καθοδηγούν τις αντιδράσεις και τις στρατηγικές αντιμετώπισης.

Οι βασικές διαστάσεις των αντιλήψεων περιλαμβάνουν την ταυτότητα της ασθένειας (identity), η οποία αφορά τα συμπτώματα που το άτομο συνδέει με τη νόσο, την αιτιολογία (cause), που αναφέρεται στις αντιλήψεις για τα αίτια της ασθένειας, τη χρονική διάσταση (timeline), η οποία σχετίζεται με την αντίληψη για τη διάρκεια της νόσου (οξεία ή χρόνια), τις συνέπειες (consequences), που περιλαμβάνουν τις αντιλήψεις για τις επιπτώσεις της ασθένειας στη ζωή του ατόμου, καθώς και τον έλεγχο ή τη θεραπευσιμότητα (control/cure),

που αφορά τον βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να ελέγξει ή να θεραπεύσει τη νόσο. Οι γνωστικές αυτές αναπαραστάσεις συνοδεύονται από συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως φόβος, άγχος ή θλίψη, οι οποίες επηρεάζουν περαιτέρω τη συμπεριφορά του ασθενούς. Το μοντέλο υποστηρίζει ότι οι ασθενείς αξιολογούν συνεχώς την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών τους και προσαρμόζουν ανάλογα τη συμπεριφορά τους (Hagger & Orbell, 2003).

2.3 Γνωστικές και συναισθηματικές διαστάσεις της ασθένειας

Η εμπειρία της ασθένειας συνδέεται στενά με συναισθηματικές αντιδράσεις, οι οποίες αλληλεπιδρούν με τις γνωστικές αντιλήψεις του ατόμου. Οι ασθενείς με αρνητικές αντιλήψεις για την ασθένεια τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και ψυχολογικής δυσφορίας. Αντίθετα, οι θετικές ή ρεαλιστικές αντιλήψεις συνδέονται με καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή και αυξημένη ανθεκτικότητα (Karademas, 2010).

Η αίσθηση ελέγχου αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα. Όταν οι ασθενείς πιστεύουν ότι έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την πορεία της ασθένειας, είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης και να συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία τους. Αντίθετα, η αίσθηση ανικανότητας και απώλειας ελέγχου συνδέεται με παθητικότητα και μειωμένη συμμόρφωση (Aujoulat et al., 2008).

2.4 Βασικές διαστάσεις των αντιλήψεων για την υγεία

Οι Evers et al. (2001), οι οποίοι ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο Illness Cognitions Questionnaire (ICQ), διακρίνουν τις εξής τρεις βασικές διαστάσεις των αντιλήψεων για την υγεία.

2.4.1 Ανικανότητα (Helplessness)

Η διάσταση της ανικανότητας αναφέρεται στην αίσθηση απώλειας ελέγχου και αδυναμίας του ατόμου να επηρεάσει την πορεία της ασθένειας. Τα άτομα που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ανικανότητας τείνουν να βιώνουν έντονα αρνητικά συναισθήματα και να παρουσιάζουν μειωμένη ενεργή συμμετοχή στη θεραπεία (Evers et al., 2001).

2.4.2 Αποδοχή (Acceptance)

Η αποδοχή αφορά την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει και να αποδέχεται την πραγματικότητα της ασθένειας, προσαρμόζοντας τη ζωή του στις νέες συνθήκες. Η αποδοχή δεν συνεπάγεται παθητικότητα, αλλά συνδέεται με ενεργή προσαρμογή και ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασης (Evers et al., 2001).

2.4.3 Θετική επαναξιολόγηση (Positive Reinterpretation)

Η θετική επαναξιολόγηση σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να αποδίδει θετικό νόημα στην εμπειρία της ασθένειας, αναγνωρίζοντας πιθανές ευκαιρίες προσωπικής ανάπτυξης ή αλλαγής. Η διάσταση αυτή έχει συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας.

Οι τρεις αυτές διαστάσεις παρέχουν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο κατανόησης των γνωστικών διεργασιών που σχετίζονται με την ασθένεια και έχουν χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε μελέτες χρόνιων παθήσεων (Evers et al., 2001).

2.5 Επίδραση των αντιλήψεων στη συμπεριφορά υγείας και την αποκατάσταση

Οι αντιλήψεις για την ασθένεια επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά υγείας των ασθενών. Συγκεκριμένα, σχετίζονται με:

- Συμμόρφωση στη θεραπεία: Οι ασθενείς που αντιλαμβάνονται τη θεραπεία ως αποτελεσματική και απαραίτητη είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες.
- Συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης: Οι θετικές αντιλήψεις ενισχύουν τη δέσμευση και την ενεργή συμμετοχή.
- Διαχείριση συμπτωμάτων: Οι ασθενείς με υψηλή αίσθηση ελέγχου εφαρμόζουν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές αυτοδιαχείρισης.

Στο πλαίσιο της αποκατάστασης, οι αντιλήψεις αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς η διαδικασία απαιτεί συνεχή προσπάθεια και συνεργασία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Οι ασθενείς που πιστεύουν στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και στη δυνατότητα βελτίωσης της κατάστασής τους παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα αποκατάστασης (Dibb & Yardley, 2006).

2.6 Σύνοψη

Οι αντιλήψεις για την ασθένεια αποτελούν κρίσιμο παράγοντα για την κατανόηση της συμπεριφοράς των ασθενών και της πορείας της υγείας τους. Μέσα από γνωστικά και συναισθηματικά σχήματα, οι ασθενείς ερμηνεύουν την ασθένεια και διαμορφώνουν στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες επηρεάζουν την προσαρμογή και την ποιότητα ζωής τους.

Το Μοντέλο Κοινής Λογικής των Leventhal (1984) και η προσέγγιση των Evers et al. (2001) παρέχουν ένα ισχυρό θεωρητικό και ερευνητικό πλαίσιο για τη μελέτη των αντιλήψεων αυτών. Η κατανόηση των γνωστικών πεποιθήσεων των ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντική στο πεδίο της αποκατάστασης, όπου η ενεργή συμμετοχή και η ψυχολογική προσαρμογή αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχία της θεραπείας.

Η διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών που εξυπηρετούνται σε δομές όπως το ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην ανάπτυξη πιο εξατομικευμένων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

3. Αντιλήψεις για την ασθένεια: Ευρήματα εμπειρικών ερευνών

3.1 Αντιλήψεις για την ασθένεια σε χρόνιες παθήσεις

Οι αντιλήψεις για την ασθένεια έχουν αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς με χρόνιες παθήσεις, όπου η διαχείριση της νόσου αποτελεί μια μακροχρόνια διαδικασία. Οι χρόνιες ασθένειες, όπως οι καρδιολογικές παθήσεις, ο διαβήτης και οι νευρολογικές διαταραχές, απαιτούν συνεχή προσαρμογή, γεγονός που καθιστά τις γνωστικές πεποιθήσεις των ασθενών καθοριστικές για την πορεία της υγείας τους.

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με θετικές αντιλήψεις για την ασθένεια παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης στη θεραπεία και καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή. Αντίθετα, οι αρνητικές αντιλήψεις, όπως η πεποίθηση ότι η ασθένεια είναι ανεξέλεγκτη ή καταστροφική, συνδέονται με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Hagger & Orbell, 2003). Σε μελέτες ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις, έχει διαπιστωθεί ότι η αίσθηση ελέγχου της νόσου σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση και μειωμένο κίνδυνο υποτροπής (Petrie & Weinman, 2012).

Αντίστοιχα, σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, οι αντιλήψεις σχετικά με τη σοβαρότητα της νόσου και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας επηρεάζουν τη συμμόρφωση σε διαιτητικές και φαρμακευτικές οδηγίες. Οι ασθενείς που αντιλαμβάνονται τον διαβήτη ως διαχειρίσιμη κατάσταση παρουσιάζουν καλύτερη ρύθμιση της γλυκόζης και υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας.

3.2 Αντιλήψεις για την ασθένεια

Στο πλαίσιο της αποκατάστασης, οι αντιλήψεις για την ασθένεια αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι ασθενείς καλούνται να αντιμετωπίσουν σημαντικές αλλαγές στη λειτουργικότητα και την καθημερινότητά τους. Μελέτες σε άτομα που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο δείχνουν ότι οι ασθενείς με υψηλή αίσθηση ελέγχου και θετική επαναξιολόγηση της κατάστασής τους παρουσιάζουν καλύτερη κινητική αποκατάσταση και υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Dibb & Yardley, 2006).

Αντίθετα, οι ασθενείς που βιώνουν έντονα συναισθήματα ανικανότητας και απώλειας ελέγχου τείνουν να αποσύρονται από τη θεραπευτική διαδικασία και να παρουσιάζουν χαμηλότερη συμμόρφωση στα προγράμματα αποκατάστασης, καθώς οι αντιλήψεις περί

μειωμένου προσωπικού ελέγχου σχετίζονται με παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, μειωμένο κίνητρο συμμετοχής και δυσκολίες στην προσαρμογή στη θεραπεία (Aujoulat et al., 2008; Hagger & Orbell, 2003; Petrie & Weinman, 2012). Η αντίληψη ότι η αποκατάσταση δεν μπορεί να επιφέρει ουσιαστική βελτίωση λειτουργεί αποτρεπτικά για την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς.

Επιπλέον, έρευνες σε άτομα με μυοσκελετικά προβλήματα έχουν δείξει ότι οι αρνητικές γνωστικές πεποιθήσεις σχετίζονται με αυξημένο πόνο και μειωμένη λειτουργικότητα. Οι ασθενείς που θεωρούν ότι η κίνηση επιδεινώνει την κατάστασή τους τείνουν να αποφεύγουν τη φυσική δραστηριότητα, γεγονός που οδηγεί σε περαιτέρω επιδείνωση της κινητικότητας (Leeuw et al., 2007; Vlaeyen & Linton, 2000; Wertli et al., 2014).

3.3 Σχέση αντιλήψεων με ψυχολογική προσαρμογή και ποιότητα ζωής

Η σχέση μεταξύ αντιλήψεων για την ασθένεια και ψυχολογικής προσαρμογής έχει τεκμηριωθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι θετικές γνωστικές πεποιθήσεις, όπως η αποδοχή και η θετική επαναξιολόγηση, συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και με υψηλότερη ποιότητα ζωής (Karademas, 2010).

Αντίθετα, η διάσταση της ανικανότητας έχει βρεθεί ότι σχετίζεται ισχυρά με αρνητικές ψυχολογικές εκβάσεις. Τα άτομα που αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως ανεξέλεγκτη και καταστροφική εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και μειωμένη ικανότητα προσαρμογής (Aujoulat et al., 2008).

Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται όχι μόνο από τη σοβαρότητα της νόσου, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο την αντιλαμβάνεται. Δύο άτομα με παρόμοια ιατρική κατάσταση μπορεί να εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα ευημερίας, ανάλογα με τις γνωστικές και συναισθηματικές τους αντιδράσεις (Hagger & Orbell, 2003; Karademas, 2010; Petrie & Weinman, 2012).

3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την ασθένεια

Οι αντιλήψεις για την ασθένεια δεν διαμορφώνονται τυχαία, αλλά επηρεάζονται από μια σειρά δημογραφικών, κοινωνικών και κλινικών παραγόντων, οι οποίοι διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο κατανοεί, ερμηνεύει και διαχειρίζεται την εμπειρία της νόσου (Leventhal et al., 1984; Moss-Morris et al., 2002).

Ηλικία: Η ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα, καθώς τα νεότερα άτομα τείνουν να εμφανίζουν μεγαλύτερη αισιοδοξία και ισχυρότερη αίσθηση προσωπικού ελέγχου, ενώ τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα συχνά έρχονται αντιμέτωπα με πολλαπλές συννοσηρότητες, λειτουργικούς περιορισμούς και αυξημένη αίσθηση ευαλωτότητας, στοιχεία που μπορούν να επηρεάσουν τις αντιλήψεις τους για την ασθένεια (Broadbent et al., 2006; Kaptein et al., 2010).

Φύλο: Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας, συναισθηματικής επιβάρυνσης και μεγαλύτερη εστίαση στα συμπτώματα σε σύγκριση με τους άνδρες, γεγονός που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την ασθένεια και τις συνέπειές της (Fortune et al., 2000; Moss-Morris et al., 2002).

Μορφωτικό επίπεδο: Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με την κατανόηση της νόσου, την υγειονομική παιδεία και την ικανότητα αποτελεσματικής διαχείρισης της θεραπευτικής διαδικασίας. Άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να αναπτύσσουν περισσότερο ρεαλιστικές και προσαρμοστικές γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας (Broadbent et al., 2006; Petrie & Weinman, 2012).

Διάρκεια ασθένειας: Η χρονιότητα της νόσου επηρεάζει επίσης τις αντιλήψεις των ασθενών, καθώς η μακροχρόνια εμπειρία της ασθένειας μπορεί είτε να οδηγήσει στην ανάπτυξη στρατηγικών αποδοχής και προσαρμογής είτε, αντίθετα, να ενισχύσει την αίσθηση ανικανότητας, κόπωσης και μειωμένου ελέγχου (Dibb & Yardley, 2006; Evers et al., 2001).

3.5 Ερευνητικά κενά και αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης

Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί στη μελέτη των αντιλήψεων για την ασθένεια, εξακολουθούν να υπάρχουν ερευνητικά κενά, ιδιαίτερα σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, όπως οι ασθενείς που συμμετέχουν σε προγράμματα αποκατάστασης. Η πλειονότητα των μελετών έχει πραγματοποιηθεί σε γενικούς πληθυσμούς ή σε ασθενείς με συγκεκριμένες παθήσεις, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το ιδιαίτερο πλαίσιο της αποκατάστασης.

Στην ελληνική πραγματικότητα, η έρευνα στον τομέα αυτό είναι περιορισμένη, ενώ απουσιάζουν δεδομένα που να αφορούν δομές όπως τα ΚΕΦΙΑΠ. Η διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών που εξυπηρετούνται σε αυτές τις μονάδες είναι ιδιαίτερα

σημαντική, καθώς μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να καλύψει αυτό το κενό, εστιάζοντας στις αντιλήψεις των ασθενών του ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου και εξετάζοντας τη σχέση τους με δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες. Η κατανόηση των γνωστικών αυτών διεργασιών μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας, συμβάλλοντας στην ενίσχυση της θεραπευτικής σχέσης και στην προσαρμογή των παρεμβάσεων στις ανάγκες των ασθενών.

3.6 Σύνοψη

Οι εμπειρικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι αντιλήψεις για την ασθένεια αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την προσαρμογή των ασθενών και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Οι γνωστικές πεποιθήσεις επηρεάζουν τη συμπεριφορά υγείας, την ψυχολογική κατάσταση και την ποιότητα ζωής, ενώ η σημασία τους είναι ιδιαίτερα έντονη στο πλαίσιο της αποκατάστασης.

Η διερεύνηση των αντιλήψεων αυτών σε ειδικούς πληθυσμούς, όπως οι ασθενείς των ΚΕΦΙΑΠ, αποτελεί σημαντική ερευνητική πρόκληση και μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Η παρούσα μελέτη εντάσσεται σε αυτή την κατεύθυνση, επιδιώκοντας να συμβάλει στην κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας της ασθένειας και της διαδικασίας αποκατάστασης.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. Μεθοδολογία

4.1 Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα έρευνα ακολουθεί ποσοτικό ερευνητικό σχεδιασμό. Συγκεκριμένα πρόκειται για συγχρονική (cross-sectional) μελέτη, καθώς τα δεδομένα συλλέγονται σε μία χρονική στιγμή χωρίς παρέμβαση του ερευνητή. Ο ποσοτικός σχεδιασμός επιλέχθηκε λόγω της δυνατότητάς του να παρέχει αντικειμενικά και μετρήσιμα αποτελέσματα, καθώς και να διερευνά σχέσεις μεταξύ μεταβλητών (Creswell, 2014). Οι συγχρονικές μελέτες χρησιμοποιούνται ευρέως στην έρευνα υγείας για τη διερεύνηση στάσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών σε συγκεκριμένους πληθυσμούς (Levin, 2006).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Αγρινίου, το οποίο αποτελεί δημόσια δομή παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης και εξυπηρετεί ασθενείς με χρόνιες και αναπηρικές καταστάσεις. Η μελέτη διήρκησε 3 μήνες, από 05/01/2026 έως και 16/04/2026.

4.2 Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από ενήλικες ασθενείς που εξυπηρετούνται στο ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου. Από τον πληθυσμό αυτό επιλέχθηκε δείγμα ευκολίας (convenience sample), το οποίο περιλάμβανε 100 συμμετέχοντες.

Η δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιείται συχνά σε έρευνες στον χώρο της υγείας, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν περιορισμοί πρόσβασης στον πληθυσμό και χρονικοί περιορισμοί (Etikan et al., 2016). Παρότι η συγκεκριμένη μέθοδος μπορεί να επηρεάσει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων, θεωρείται κατάλληλη για διερευνητικές μελέτες όπως η παρούσα.

4.3 Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού

4.3.1 Κριτήρια επιλογής

Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν τα εξής:

- Ενήλικες ασθενείς ηλικίας

- Καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας
- Εξυπηρετούμενοι του ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου
- Εθελοντική συμμετοχή και παροχή έγγραφης συναίνεσης

4.3.2 Κριτήρια αποκλεισμού

Αποκλείστηκαν από τη μελέτη άτομα που δεν μπορούσαν να κατανοήσουν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ή παρουσίαζαν σοβαρές γνωστικές διαταραχές.

4.4 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία και το Illness Cognitions Questionnaire (ICQ).

4.4.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος της πάθησης, τη διάρκεια της ασθένειας και το επίπεδο λειτουργικότητας. Οι μεταβλητές αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη βιβλιογραφία ως πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την ασθένεια (Petrie & Weinman, 2012).

4.4.2 Illness Cognitions Questionnaire (ICQ)

Για τη μέτρηση των αντιλήψεων για την ασθένεια χρησιμοποιήθηκε το Illness Cognitions Questionnaire (ICQ), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Evers και συνεργάτες (2001). Το ICQ αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο για τη διερεύνηση των γνωστικών πεποιθήσεων σε άτομα με χρόνιες παθήσεις και αξιολογεί τρεις βασικές διαστάσεις: την Ανικανότητα (Helplessness), την Αποδοχή (Acceptance) και τη Θετική επαναξιολόγηση / Αντιλαμβανόμενα οφέλη (Positive reinterpretation / Perceived benefits).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 18 προτάσεις, έξι για κάθε διάσταση. Οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν τον βαθμό συμφωνίας τους με κάθε πρόταση σε τετραβάθμια κλίμακα Likert, με επιλογές απάντησης: 1 = Δε συμφωνώ καθόλου, 2 = Συμφωνώ κάπως, 3 = Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό και 4 = Συμφωνώ απόλυτα. Η βαθμολόγηση πραγματοποιείται με άθροιση των απαντήσεων των επιμέρους προτάσεων κάθε υποκλίμακας. Επομένως, κάθε

διάσταση λαμβάνει τιμές από 6 έως 24, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν υψηλότερο επίπεδο της αντίστοιχης διάστασης. Συγκεκριμένα, υψηλότερη βαθμολογία στην Ανικανότητα δηλώνει εντονότερη αίσθηση απώλειας ελέγχου και αδυναμίας απέναντι στην ασθένεια, ενώ υψηλότερες βαθμολογίες στην Αποδοχή και στη Θετική επαναξιολόγηση δηλώνουν μεγαλύτερη προσαρμογή και ικανότητα απόδοσης θετικού νοήματος στην εμπειρία της ασθένειας. Το συνολικό σκορ του ICQ μπορεί να κυμανθεί από 18 έως 72, εφόσον αθροιστούν όλες οι προτάσεις.

Το ICQ έχει παρουσιάσει υψηλή εσωτερική συνέπεια και εγκυρότητα σε προηγούμενες μελέτες (Evers et al., 2001), ενώ έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε πληθυσμούς με χρόνιες ασθένειες. Η χρήση του ερωτηματολογίου είναι ελεύθερη για ερευνητικούς σκοπούς και είναι διαθέσιμο στην ελληνική γλώσσα στην ιστοσελίδα ενός εκ των κατασκευαστών (Illness Cognition Questionnaire- Greek version, 2025).

4.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε χρονικό διάστημα περίπου δύο μηνών. Οι συμμετέχοντες προσεγγίζονταν στον χώρο του ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου και ενημερώνονταν για τον σκοπό της μελέτης.

Μετά την ενημέρωση, δινόταν έντυπο ενημερωμένης συναίνεσης, σύμφωνα με τις αρχές της δεοντολογίας στην έρευνα υγείας (World Medical Association, 2013). Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο ανώνυμα.

Σε περιπτώσεις δυσκολίας, η ερευνήτρια παρείχε υποστήριξη, χωρίς να επηρεάζει τις απαντήσεις. Η διαδικασία αυτή είναι σύμφωνη με τις οδηγίες για τη συλλογή δεδομένων σε πληθυσμούς ασθενών (Polit & Beck, 2017).

4.6 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού SPSS έκδοση 29.0 και του Microsoft Excel.

Χρησιμοποιήθηκαν:

- Περιγραφική στατιστική (μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, ποσοστά)
- Έλεγχοι κανονικότητας

- Παραμετρικά τεστ
- Συσχετίσεις Pearson

Οι παραπάνω μέθοδοι χρησιμοποιούνται ευρέως στην ανάλυση δεδομένων υγείας και επιτρέπουν τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών (Field, 2018). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$.

4.7 Δεοντολογικά ζητήματα

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι για την ηθική στην έρευνα (World Medical Association, 2013). Ελήφθη έγκριση από τις αρμόδιες αρχές και διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία επίπτωση. Η προστασία των προσωπικών δεδομένων αποτέλεσε βασική προτεραιότητα, σύμφωνα με τις αρχές της βιοηθικής.

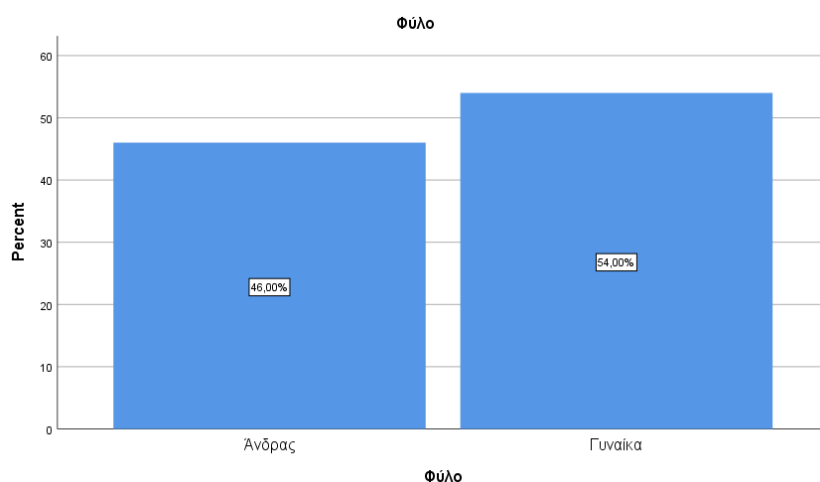
5. Αποτελέσματα

5.1 Δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά

Πίνακας 1. Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό
Άνδρας	46	45,5	46,0	46,0
Γυναίκα	54	53,5	54,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	
Ελλείπουσες τιμές	1	1,0		
Σύνολο	101	100,0		

Στην έρευνα συμμετείχαν 101 ασθενείς. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες, οι οποίες αντιστοιχούσαν στο 54,0% του δείγματος (n=54), ενώ οι άνδρες αποτελούσαν το 46,0% (n=46). Παρατηρείται, επομένως, μια ελαφρώς μεγαλύτερη συμμετοχή του γυναικείου φύλου σε σχέση με το ανδρικό. Σημειώνεται ότι υπήρχε μία ελλιπής τιμή (missing value), η οποία αντιστοιχούσε στο 1,0% του συνολικού δείγματος.

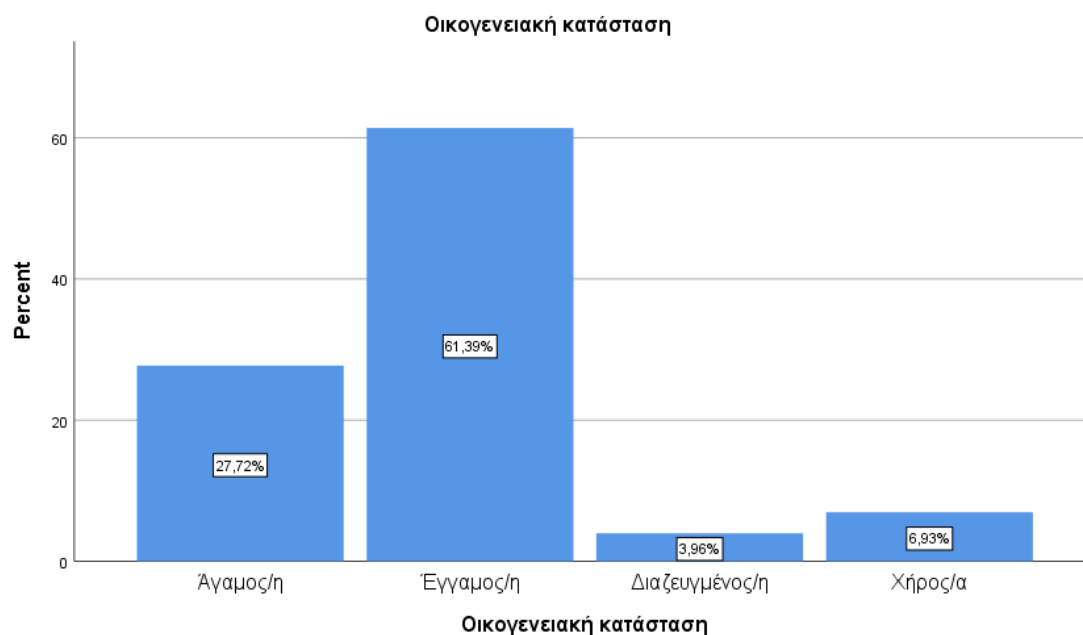


Γράφημα 1. Φύλο

Πίνακας 2. Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό
Άγαμος/η	28	27,7	27,7	27,7
Έγγαμος/η	62	61,4	61,4	89,1
Διαζευγμένος/η	4	4,0	4,0	93,1
Χήρος/α	7	6,9	6,9	100,0
Σύνολο	101	100,0	100,0	

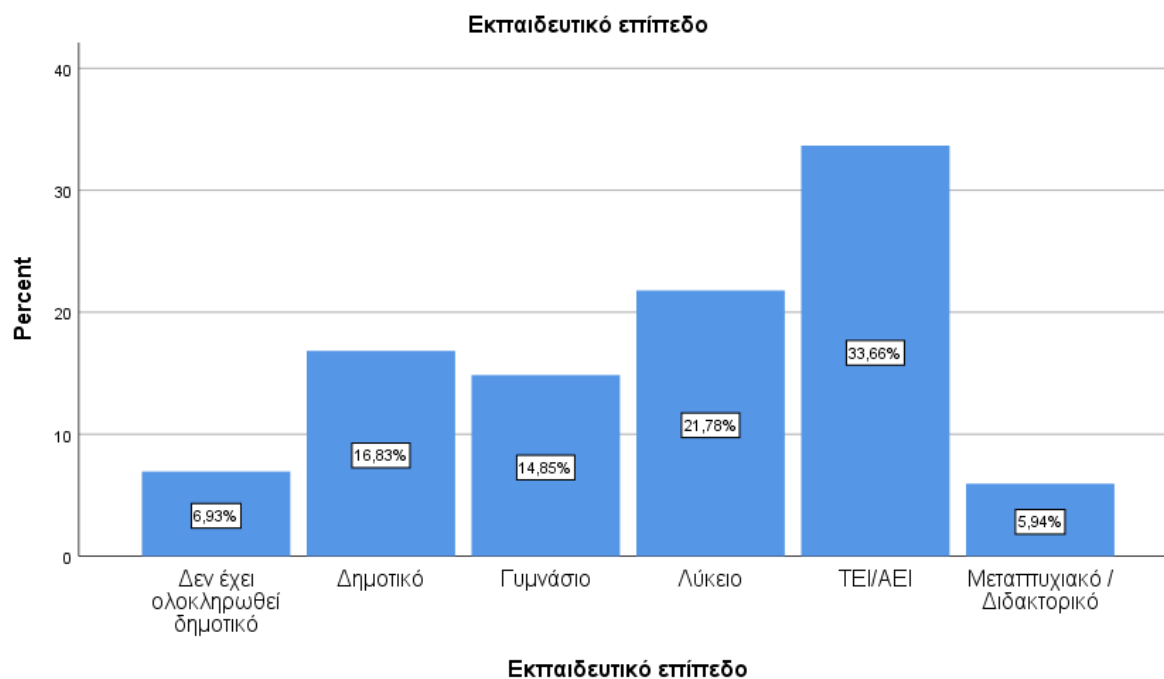
Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία ήταν έγγαμοι, αποτελώντας το 61,4% του δείγματος (n=62). Ακολουθούν οι άγαμοι με ποσοστό 27,7% (n=28), ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για τους διαζευγμένους (4,0%, n=4) και τους χήρους (6,9%, n=7). Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελείται από άτομα που βρίσκονται σε έγγαμη σχέση, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν.

**Γράφημα 2. Οικογενειακή κατάσταση**

Πίνακας 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό
Δεν έχει ολοκληρωθεί δημοτικό	7	6,9	6,9	6,9
Δημοτικό	17	16,8	16,8	23,8
Γυμνάσιο	15	14,9	14,9	38,6
Λύκειο	22	21,8	21,8	60,4
ΤΕΙ/ΑΕΙ	34	33,7	33,7	94,1
Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	6	5,9	5,9	100,0
Σύνολο	101	100,0	100,0	

Σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ (33,7%, n=34), γεγονός που υποδηλώνει σχετικά υψηλό μορφωτικό επίπεδο στο δείγμα. Ακολουθούν οι απόφοιτοι λυκείου με ποσοστό 21,8% (n=22), ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για τους αποφοίτους δημοτικού (16,8%, n=17) και γυμνασίου (14,9%, n=15). Επιπλέον, ένα ποσοστό 6,9% (n=7) δεν είχε ολοκληρώσει το δημοτικό, ενώ το 5,9% (n=6) κατείχε μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ανομοιογένεια στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, με παρουσία τόσο χαμηλών όσο και υψηλών εκπαιδευτικών επιπέδων.



Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο

Πίνακας 4. Κατηγορία επαγγέλματος

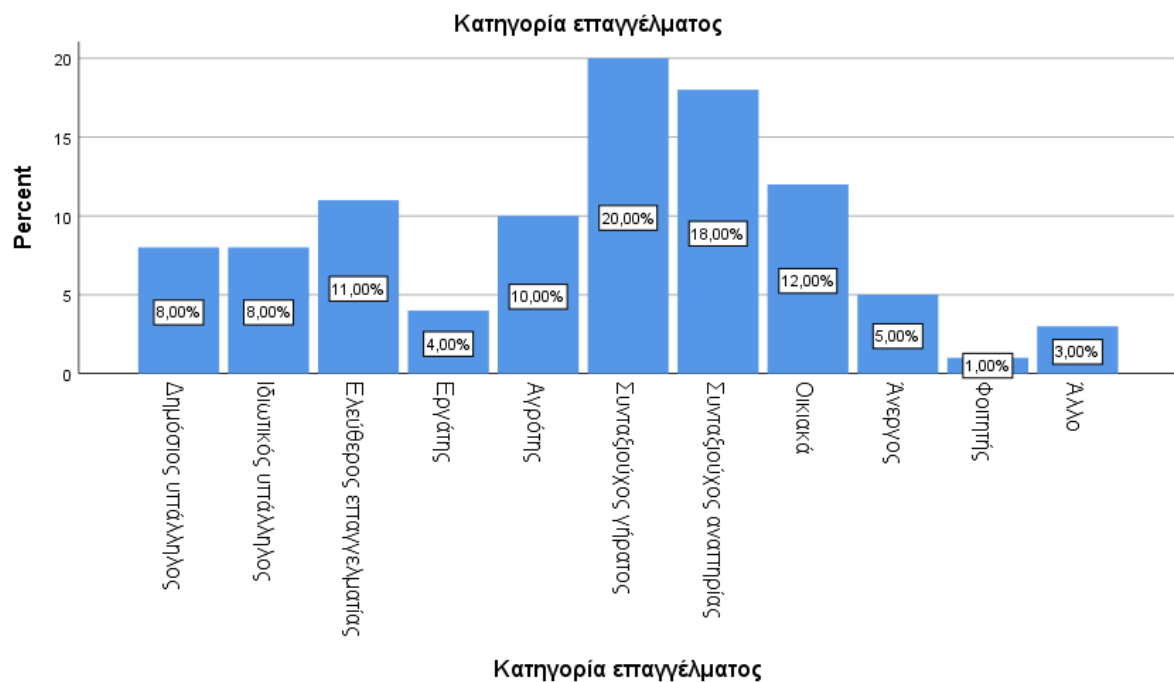
	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό
Δημόσιος υπάλληλος	8	7,9	8,0	8,0
Ιδιωτικός υπάλληλος	8	7,9	8,0	16,0
Ελεύθερος επαγγελματίας	11	10,9	11,0	27,0
Εργάτης	4	4,0	4,0	31,0
Αγρότης	10	9,9	10,0	41,0
Συνταξιούχος γήρατος	20	19,8	20,0	61,0
Συνταξιούχος αναπηρίας	18	17,8	18,0	79,0
Οικιακά	12	11,9	12,0	91,0
Άνεργος	5	5,0	5,0	96,0
Φοιτητής	1	1,0	1,0	97,0
Άλλο	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	
Ελλείπουσες τιμές	1	1,0		
Σύνολο	101	100,0		

Η κατανομή των συμμετεχόντων ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν συνταξιούχοι γήρατος (20,0%, n=20), ενώ σημαντικό ποσοστό αποτελούσαν και οι συνταξιούχοι αναπηρίας (18,0%, n=18). Ακολουθούν τα άτομα που ασχολούνται με οικιακά (12,0%, n=12) και οι ελεύθεροι επαγγελματίες (11,0%, n=11), ενώ ποσοστό 10,0% (n=10) ήταν αγρότες.

Μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για δημόσιους και ιδιωτικούς υπαλλήλους (από 8,0%, n=8 αντίστοιχα), ενώ οι εργάτες αποτελούσαν το 4,0% (n=4) του δείγματος. Επιπλέον,

ποσοστό 5,0% (n=5) ήταν άνεργοι, 1,0% (n=1) φοιτητές, και 3,0% (n=3) ανήκαν σε άλλες επαγγελματικές κατηγορίες.

Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν ότι ένα μεγάλο μέρος του δείγματος αποτελείται από άτομα εκτός ενεργού εργασιακής ζωής, γεγονός που είναι αναμενόμενο, δεδομένου ότι πρόκειται για πληθυσμό που εξυπηρετείται σε δομές αποκατάστασης. Σημειώνεται ότι υπήρχε μία ελλιπής τιμή (1,0%) στο συγκεκριμένο ερώτημα.



Γράφημα 4. Κατηγορία επαγγέλματος

Πίνακας 5. Περιγραφικά στατιστικά

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	T.A.
Ηλικία (σε έτη)	90	18,00	87,00	54,23	16,644
Διάρκεια ασθένειας (σε 85 έτη)		,25	48,00	8,63	9,86
Διάρκεια νοσηλείας 40 (εφόσον νοσηλευτήκατε) (σε μήνες)		,25	36,00	7,08	9,80
N	32				

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 53,23 έτη ($SD = 16,64$), με ελάχιστη τιμή τα 14 έτη και μέγιστη τα 87 έτη, γεγονός που υποδηλώνει ότι το δείγμα καλύπτει ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα. Συνολικά, για τη μεταβλητή αυτή υπήρχαν 90 έγκυρες απαντήσεις.

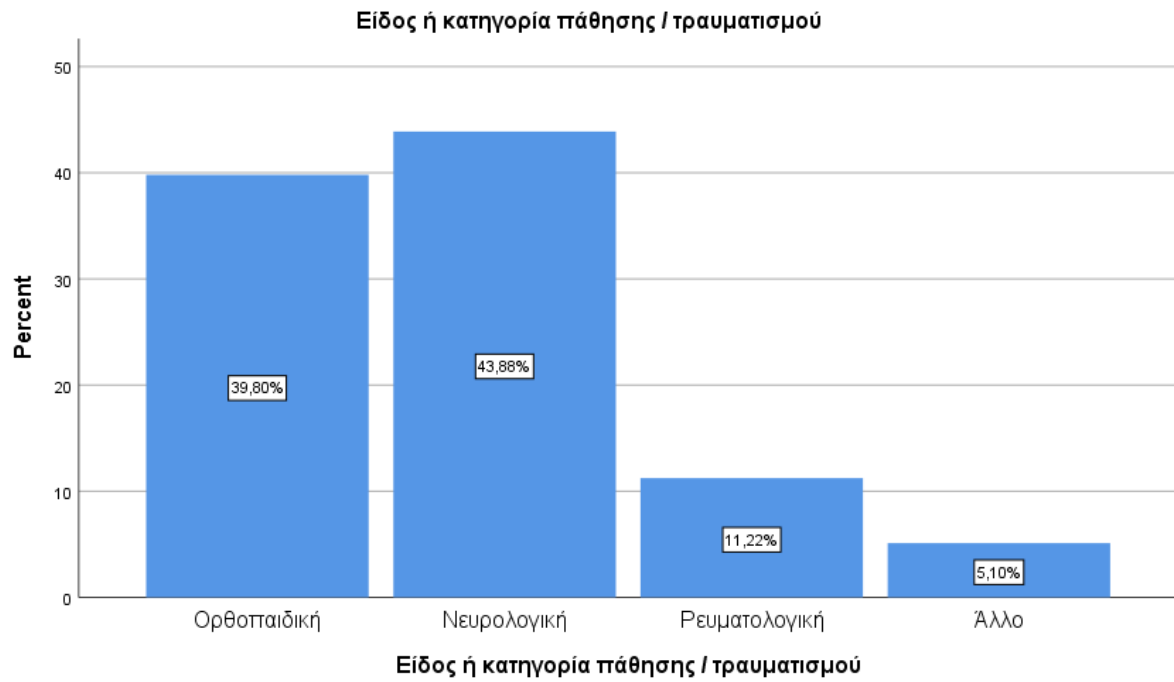
Όσον αφορά τη διάρκεια της ασθένειας, η μέση τιμή ανήλθε σε 8,63 έτη ($SD = 9,86$), με ελάχιστη διάρκεια 0,25 έτη και μέγιστη 48 έτη. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν σημαντική διακύμανση ως προς το χρονικό διάστημα που οι συμμετέχοντες αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους. Για τη συγκεκριμένη μεταβλητή καταγράφηκαν 85 έγκυρες απαντήσεις.

Αναφορικά με τη διάρκεια νοσηλείας (σε μήνες), για τους συμμετέχοντες που είχαν νοσηλευτεί, η μέση διάρκεια ήταν 7,08 μήνες ($SD = 9,80$), με τιμές που κυμαίνονταν από 0,25 έως 36 μήνες. Σημειώνεται ότι η συγκεκριμένη μεταβλητή περιλάμβανε 40 έγκυρες απαντήσεις, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν είχαν νοσηλευτεί όλοι οι συμμετέχοντες.

Πίνακας 6. Είδος ή κατηγορία πάθησης / τραυματισμού

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό
Ορθοπαιδική	39	38,6	39,8	39,8
Νευρολογική	43	42,6	43,9	83,7
Ρευματολογική	11	10,9	11,2	94,9
Άλλο	5	5,0	5,1	100,0
Σύνολο	98	97,0	100,0	
Ελλείπουσες τιμές	3	3,0		
Σύνολο	101	100,0		

Όσον αφορά το είδος ή την κατηγορία πάθησης/τραυματισμού των συμμετεχόντων, το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά νευρολογικές παθήσεις, οι οποίες αντιστοιχούν στο 43,9% των έγκυρων απαντήσεων (n=43). Ακολουθούν οι ορθοπαιδικές παθήσεις με ποσοστό 39,8% (n=39), ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για τις ρευματολογικές παθήσεις (11,2%, n=11) και για άλλες κατηγορίες παθήσεων (5,1%, n=5).



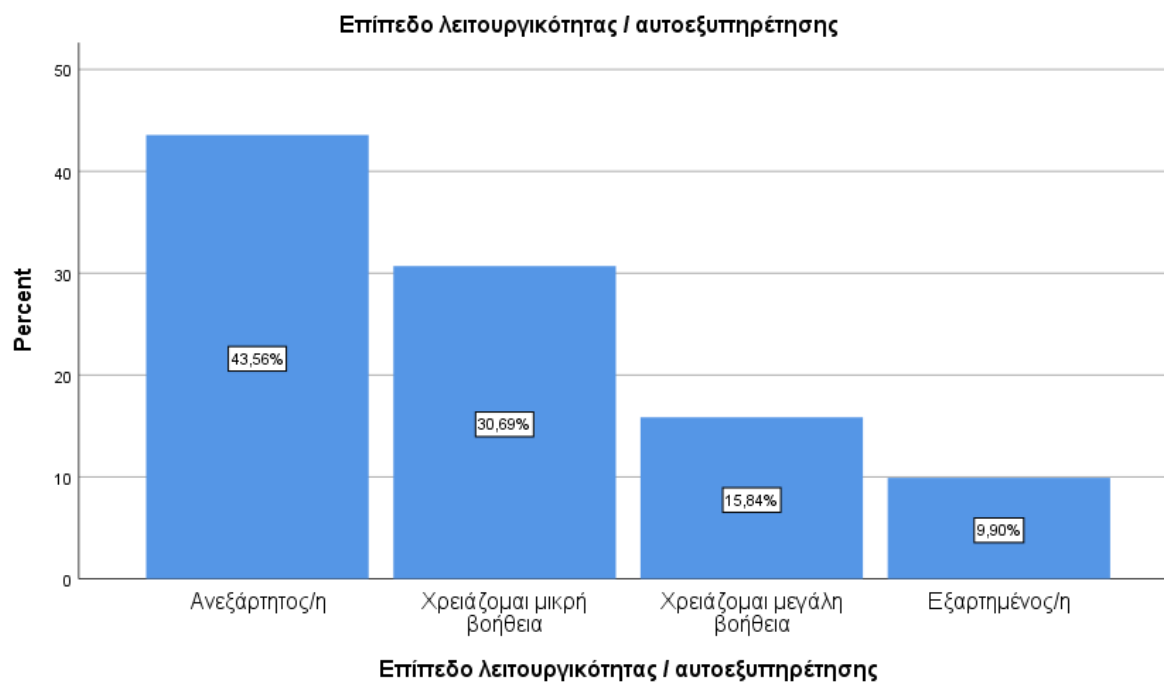
Γράφημα 5. Είδος ή κατηγορία πάθησης/ τραυματισμού

Πίνακας 7. Επίπεδο λειτουργικότητας / αυτοεξυπηρέτησης

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό
Ανεξάρτητος/η	44	43,6	43,6	43,6
Χρειάζομαι μικρή βοήθεια	31	30,7	30,7	74,3
Χρειάζομαι μεγάλη βοήθεια	16	15,8	15,8	90,1
Εξαρτημένος/η	10	9,9	9,9	100,0
Σύνολο	101	100,0	100,0	

Σε σχέση με το επίπεδο λειτουργικότητας και αυτοεξυπηρέτησης, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν ανεξάρτητοι, αποτελώντας το 43,6% του δείγματος (n=44). Ένα σημαντικό ποσοστό (30,7%, n=31) δήλωσε ότι χρειάζεται μικρή βοήθεια στην καθημερινότητά του, ενώ το 15,8% (n=16) ανέφερε ότι χρειάζεται μεγάλη βοήθεια.

Τέλος, το 9,9% των συμμετεχόντων (n=10) δήλωσε πλήρη εξάρτηση από άλλους για την κάλυψη των καθημερινών του αναγκών. Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν ότι, παρόλο που ένα σημαντικό μέρος του δείγματος διατηρεί την αυτονομία του, υπάρχει επίσης ένα αξιοσημείωτο ποσοστό ατόμων με αυξημένες ανάγκες υποστήριξης.



Γράφημα 6. Επίπεδο λειτουργικότητας/ αυτοεξυπηρέτησης

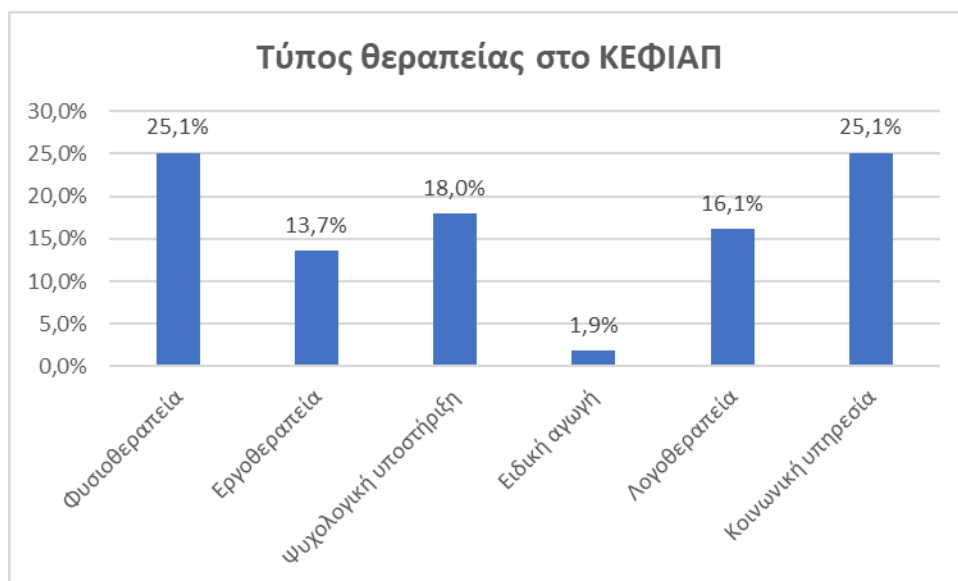
Πίνακας 8. Τύπος θεραπείας στο ΚΕΦΙΑΠ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό
Φυσιοθεραπεία	92	91,1	98,9	98,9
Εργοθεραπεία	50	49,5	92,6	92,6
Ψυχολογική υποστήριξη	66	65,3	94,3	94,3
Ειδική αγωγή	7	6,9	53,8	53,8
Λογοθεραπεία	59	58,4	92,2	92,2
Κοινωνική υπηρεσία	92	91,1	100,0	100,0

Αναφορικά με τον τύπο θεραπείας που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες στο ΚΕΦΙΑΠ, διαπιστώνεται ότι η πλειονότητα εξυπηρετείται μέσω φυσιοθεραπείας και υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης, με ποσοστό 98,9% (n=92) και 100,0% (n=92) αντίστοιχα ως προς τις έγκυρες απαντήσεις. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν τον κεντρικό ρόλο των συγκεκριμένων υπηρεσιών στο πλαίσιο της αποκατάστασης.

Παράλληλα, σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων λαμβάνει ψυχολογική υποστήριξη (94,3%, n=66) και λογοθεραπεία (92,2%, n=59), γεγονός που αναδεικνύει τη διεπιστημονική φύση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες λαμβάνουν εργοθεραπεία (92,6%, n=50 ως προς τις έγκυρες απαντήσεις), ενώ μικρότερο ποσοστό (53,8%, n=7) συμμετέχει σε προγράμματα ειδικής αγωγής.

Σημειώνεται ότι οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν περισσότερες από μία θεραπευτικές παρεμβάσεις, γεγονός που εξηγεί το άθροισμα των ποσοστών που υπερβαίνει το 100%. Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν ότι οι υπηρεσίες του ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου παρέχονται σε πολυεπίπεδο και πολυπαραγοντικό πλαίσιο, καλύπτοντας τόσο τις σωματικές όσο και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών.



Γράφημα 7. Τύπος θεραπείας στο ΚΕΦΙΑΠ

5.2 Αντιλήψεις για την ασθένεια

Αναφορικά με τη δήλωση «Η ασθένεια μου με κάνει συχνά να νιώθω ανήμπορος», τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων εκφράζει κάποια μορφή συμφωνίας. Συγκεκριμένα, το 39,0% (n=39) δήλωσε ότι συμφωνεί «κάπως», ενώ το 31,0% (n=31) συμφωνεί «απόλυτα» και το 7,0% (n=7) «σε μεγάλο βαθμό». Αντίθετα, το 23,0% (n=23) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου», γεγονός που υποδηλώνει ότι ένα σημαντικό μέρος του δείγματος βιώνει αισθήματα ανημπόριας λόγω της ασθένειας.

Πίνακας 9. Η ασθένεια μου με κάνει συχνά να νιώθω ανήμπορος.

		Ποσοστό Συχνότητα %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	23	22,8	23,0	23,0
Συμφωνώ κάπως	39	38,6	39,0	62,0
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	7	6,9	7,0	69,0
Συμφωνώ απόλυτα	31	30,7	31,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	

Ελλιπούσα τιμή	1	1,0
Σύνολο	101	100,0

Σε σχέση με τη δήλωση «Η ασθένεια μου επεμβαίνει στη ζωή μου περισσότερο απ' ό,τι θα ήθελα», παρατηρείται επίσης υψηλό επίπεδο συμφωνίας. Το 31,0% (n=31) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα», το 22,0% (n=22) «σε μεγάλο βαθμό» και το 26,0% (n=26) «κάπως», ενώ το 21,0% (n=21) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι για την πλειονότητα των ασθενών η ασθένεια επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητά τους.

Πίνακας 10. Η ασθένεια μου επεμβαίνει στη ζωή μου περισσότερο απ' ό,τι θα ήθελα.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	21	20,8	21,0	21,0
Συμφωνώ κάπως	26	25,7	26,0	47,0
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	22	21,8	22,0	69,0
Συμφωνώ απόλυτα	31	30,7	31,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	1	1,0		
Σύνολο	101	100,0		

Αναφορικά με τη δήλωση «Η ασθένεια μου ελέγχει τη ζωή μου», η κατανομή των απαντήσεων εμφανίζεται πιο ισορροπημένη. Το 29,0% (n=29) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου», ενώ ίσο ποσοστό (29,0%, n=29) συμφωνεί «κάπως» και επίσης 29,0% (n=29) συμφωνεί «απόλυτα». Το 13,0% (n=13) συμφωνεί «σε μεγάλο βαθμό», γεγονός που καταδεικνύει διαφοροποίηση στις αντιλήψεις των ασθενών ως προς τον βαθμό ελέγχου που ασκεί η ασθένεια στη ζωή τους.

Πίνακας 11. Η ασθένεια μου ελέγχει τη ζωή μου.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	29	28,7	29,0	29,0
Συμφωνώ κάπως	29	28,7	29,0	58,0
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	13	12,9	13,0	71,0
Συμφωνώ απόλυτα	29	28,7	29,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	1	1,0		
Σύνολο	101	100,0		

Όσον αφορά τη δήλωση «Εξαιτίας της ασθένειας μου, έχω περισσότερα πράγματα που μου φέρνουν στρες», οι απαντήσεις παρουσιάζουν σχετική κατανομή. Το 25,0% (n=25) συμφωνεί «απόλυτα», το 24,0% (n=24) «σε μεγάλο βαθμό» και το 23,0% (n=23) «κάπως», ενώ το 28,0% (n=28) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι για ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών η ασθένεια σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα στρες.

Πίνακας 12. Εξαιτίας της ασθένειας μου, έχω τα πράγματα που μου φέρνουν περισσότερο στρες.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	28	27,7	28,0	28,0
Συμφωνώ κάπως	23	22,8	23,0	51,0
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	24	23,8	24,0	75,0
Συμφωνώ απόλυτα	25	24,8	25,0	100,0

Σύνολο	100	99,0	100,0
Ελλιπούσα τιμή	1	1,0	
Σύνολο	101	100,0	

Σε ό,τι αφορά τη δήλωση «Η ασθένεια μου με παρεμποδίζει να κάνω ό,τι πραγματικά θα ήθελα να κάνω», καταγράφεται το υψηλότερο ποσοστό έντονης συμφωνίας, καθώς το 42,0% (n=42) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα». Επιπλέον, το 15,0% (n=15) συμφωνεί «σε μεγάλο βαθμό» και το 23,0% (n=23) «κάπως», ενώ το 20,0% (n=20) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η ασθένεια αποτελεί σημαντικό περιοριστικό παράγοντα στην καθημερινότητα των ασθενών.

Πίνακας 13. Η ασθένεια μου με παρεμποδίζει να κάνω ό,τι πραγματικά θα ήθελα να κάνω.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	20	19,8	20,0	20,0
Συμφωνώ κάπως	23	22,8	23,0	43,0
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	15	14,9	15,0	58,0
Συμφωνώ απόλυτα	42	41,6	42,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	1	1,0		
Σύνολο	101	100,0		

Αναφορικά με τη δήλωση «Υπάρχουν φορές που η ασθένεια μου με κάνει να νιώθω αβοήθητος», το 26,0% (n=26) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα», το 18,0% (n=18) «σε μεγάλο βαθμό» και το 24,0% (n=24) «κάπως». Αντίθετα, το 32,0% (n=32) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα ευρήματα δείχνουν ότι, αν και ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών βιώνει αισθήματα αβοηθησίας, υπάρχει και μια μερίδα που δεν τα βιώνει.

Πίνακας 14. Υπάρχουν φορές που η ασθένεια μου με κάνει να νιώθω αβοήθητος.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	32	31,7	32,0	32,0
Συμφωνώ κάπως	24	23,8	24,0	56,0
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	18	17,8	18,0	74,0
Συμφωνώ απόλυτα	26	25,7	26,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	1	1,0		
Σύνολο	101	100,0		

Αναφορικά με τη δήλωση «Έχω μάθει να αποδέχομαι τους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένεια μου», η πλειονότητα των συμμετεχόντων εκφράζει υψηλό βαθμό συμφωνίας. Συγκεκριμένα, το 37,0% (n=37) δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα», ενώ το 21,0% (n=21) συμφωνεί «σε μεγάλο βαθμό» και το 29,0% (n=29) «κάπως». Αντίθετα, το 13,0% (n=13) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών έχει προσαρμοστεί στους περιορισμούς της ασθένειας.

Πίνακας 15. Έχω μάθει να αποδέχομαι τους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένεια μου.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	13	12,9	13,0	13,0
Συμφωνώ κάπως	29	28,7	29,0	42,0
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	21	20,8	21,0	63,0

Συμφωνώ απόλυτα	37	36,6	37,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	1	1,0		
Σύνολο	101	100,0		

Σε σχέση με τη δήλωση «Έχω μάθει να ζω με την ασθένεια μου», καταγράφεται ακόμη υψηλότερο επίπεδο αποδοχής, καθώς το 55,0% (n=55) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα». Επιπλέον, το 18,0% (n=18) συμφωνεί «σε μεγάλο βαθμό» και το 17,0% (n=17) «κάπως», ενώ μόλις το 10,0% (n=10) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι η πλειονότητα των ασθενών έχει ενσωματώσει την ασθένεια στην καθημερινότητά της.

Πίνακας 16. Έχω μάθει να ζω με την ασθένεια μου.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	10	9,9	10,0	10,0
Συμφωνώ κάπως	17	16,8	17,0	27,0
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	18	17,8	18,0	45,0
Συμφωνώ απόλυτα	55	54,5	55,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	1	1,0		
Σύνολο	101	100,0		

Αναφορικά με τη δήλωση «Μπορώ να αποδέχομαι την ασθένεια μου καλά», τα αποτελέσματα παρουσιάζουν επίσης υψηλά επίπεδα συμφωνίας. Το 35,0% (n=35) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα», το 30,0% (n=30) «σε μεγάλο βαθμό» και το 22,0% (n=22) «κάπως», ενώ το 13,0% (n=13) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα

ευρήματα αυτά ενισχύουν την εικόνα μιας γενικά θετικής προσαρμογής των ασθενών στη νόσο.

Πίνακας 17. Μπορώ να αποδέχομαι την ασθένεια μου καλά.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	13	12,9	13,0	13,0
Συμφωνώ κάπως	22	21,8	22,0	35,0
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	30	29,7	30,0	65,0
Συμφωνώ απόλυτα	35	34,7	35,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	1	1,0		
Σύνολο	101	100,0		

Όσον αφορά τη δήλωση «Μπορώ να αντιμετωπίζω αποτελεσματικά την ασθένεια μου», το 36,0% (n=36) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα», ενώ το 31,0% (n=31) συμφωνεί «σε μεγάλο βαθμό» και το 20,0% (n=20) «κάπως». Αντίθετα, το 13,0% (n=13) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούν ότι διαθέτουν επαρκείς μηχανισμούς αντιμετώπισης της ασθένειας.

Πίνακας 18. Μπορώ να αντιμετωπίζω αποτελεσματικά την ασθένεια μου.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	13	12,9	13,0	13,0
Συμφωνώ κάπως	20	19,8	20,0	33,0

Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	31	30,7	31,0	64,0
Συμφωνώ απόλυτα	36	35,6	36,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	1	1,0		
Σύνολο	101	100,0		

Σχετικά με τη δήλωση «Παρόλο που χάνω πράγματα που σχετίζονται με την ασθένεια μου, ακόμη και έτσι νιώθω ότι κερδίζω κάτι», το 36,0% (n=36) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα», ενώ το 25,0% (n=25) συμφωνεί «σε μεγάλο βαθμό» και το 27,0% (n=27) «κάπως». Αντίθετα, το 12,0% (n=12) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι ένα σημαντικό μέρος των ασθενών είναι σε θέση να αποδίδει θετικό νόημα στην εμπειρία της ασθένειας.

Πίνακας 19. Παρόλο που χάνω πράγματα που σχετίζονται με την ασθένεια μου, ακόμη και έτσι νιώθω ότι κερδίζω κάτι.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	12	11,9	12,0	12,0
Συμφωνώ κάπως	27	26,7	27,0	39,0
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	25	24,8	25,0	64,0
Συμφωνώ απόλυτα	36	35,6	36,0	100,0
Σύνολο	100	99,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	1	1,0		
Σύνολο	101	100,0		

Αναφορικά με τη δήλωση «Νιώθω ότι μπορώ να χειριστώ τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένεια μου», το 33,7% (n=33) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «σε μεγάλο βαθμό», ενώ το 29,6% (n=29) συμφωνεί «απόλυτα» και το 29,6% (n=29) «κάπως». Μόλις το 7,1% (n=7) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν ότι η πλειονότητα των ασθενών αισθάνεται ικανή να διαχειριστεί τις δυσκολίες που προκύπτουν από την ασθένεια.

Πίνακας 20. Νιώθω ότι μπορώ να χειριστώ τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένεια μου.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	7	6,9	7,1	7,1
Συμφωνώ κάπως	29	28,7	29,6	36,7
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	33	32,7	33,7	70,4
Συμφωνώ απόλυτα	29	28,7	29,6	100,0
Σύνολο	98	97,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	3	3,0		
Σύνολο	101	100,0		

Αναφορικά με τη δήλωση «Η αντιμετώπιση της ασθένειας μου με έκανε δυνατότερο άνθρωπο», τα αποτελέσματα δείχνουν υψηλό βαθμό συμφωνίας, καθώς το 36,7% (n=36) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα» και το 27,6% (n=27) «σε μεγάλο βαθμό», ενώ το 22,4% (n=22) συμφωνεί «κάπως». Αντίθετα, το 13,3% (n=13) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών αντιλαμβάνεται την εμπειρία της ασθένειας ως πηγή προσωπικής ενδυνάμωσης.

Πίνακας 21. Η αντιμετώπιση της ασθένειας μου με έκανε δυνατότερο άνθρωπο.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %

Δε συμφωνώ καθόλου	13	12,9	13,3	13,3
Συμφωνώ κάπως	22	21,8	22,4	35,7
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	27	26,7	27,6	63,3
Συμφωνώ απόλυτα	36	35,6	36,7	100,0
Σύνολο	98	97,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	3	3,0		
Σύνολο	101	100,0		

Σε σχέση με τη δήλωση «Έχω μάθει πολλά από την ασθένεια μου», καταγράφεται ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο συμφωνίας, καθώς το 48,5% (n=47) δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα», ενώ το 23,7% (n=23) συμφωνεί «σε μεγάλο βαθμό» και το 19,6% (n=19) «κάπως». Μόλις το 8,2% (n=8) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων αναγνωρίζει μαθησιακά και βιωματικά οφέλη από την εμπειρία της ασθένειας.

Πίνακας 22. Έχω μάθει πολλά από την ασθένεια μου.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	8	7,9	8,2	8,2
Συμφωνώ κάπως	19	18,8	19,6	27,8
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	23	22,8	23,7	51,5
Συμφωνώ απόλυτα	47	46,5	48,5	100,0
Σύνολο	97	96,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	4	4,0		
Σύνολο	101	100,0		

Αναφορικά με τη δήλωση «Η ασθένεια μου με ώθησε να απολαμβάνω την κάθε στιγμή περισσότερο», το 40,2% (n=39) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα», ενώ το 22,7% (n=22) συμφωνεί «σε μεγάλο βαθμό» και το 20,6% (n=20) «κάπως». Αντίθετα, το 16,5% (n=16) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι για ένα σημαντικό μέρος των ασθενών η ασθένεια λειτουργεί ως παράγοντας αναθεώρησης των προτεραιοτήτων της ζωής.

Πίνακας 23. Η ασθένεια μου με ώθησε να απολαμβάνω την κάθε στιγμή περισσότερο.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	16	15,8	16,5	16,5
Συμφωνώ κάπως	20	19,8	20,6	37,1
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	22	21,8	22,7	59,8
Συμφωνώ απόλυτα	39	38,6	40,2	100,0
Σύνολο	97	96,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	4	4,0		
Σύνολο	101	100,0		

Σε ό,τι αφορά τη δήλωση «Η ασθένεια μου έχει κάνει τη ζωή μου πιο πολύτιμη για μένα», παρατηρείται πολύ υψηλό επίπεδο συμφωνίας, καθώς το 52,6% (n=51) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα» και το 21,6% (n=21) «σε μεγάλο βαθμό». Επιπλέον, το 15,5% (n=15) συμφωνεί «κάπως», ενώ μόλις το 10,3% (n=10) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν ότι η εμπειρία της ασθένειας έχει συμβάλει στην ενίσχυση της εκτίμησης της ζωής για την πλειονότητα των συμμετεχόντων.

Πίνακας 24. Η ασθένεια μου έχει κάνει τη ζωή μου πιο πολύτιμη για μένα.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %

Δε συμφωνώ καθόλου	10	9,9	10,3	10,3
Συμφωνώ κάπως	15	14,9	15,5	25,8
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	21	20,8	21,6	47,4
Συμφωνώ απόλυτα	51	50,5	52,6	100,0
Σύνολο	97	96,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	4	4,0		
Σύνολο	101	100,0		

Παρόμοια εικόνα παρουσιάζεται και στη δήλωση «Η ασθένεια μου με έχει βοηθήσει να εκτιμήσω τη ζωή σημαντικά περισσότερο», όπου το 54,6% (n=53) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα», ενώ το 27,8% (n=27) συμφωνεί «σε μεγάλο βαθμό» και το 13,4% (n=13) «κάπως». Μόλις το 4,1% (n=4) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την εικόνα θετικής επαναξιολόγησης της ζωής λόγω της ασθένειας.

Πίνακας 25. Η ασθένεια μου με έχει βοηθήσει να εκτιμήσω τη ζωή σημαντικά περισσότερο.

	Ποσοστό Έγκυρο			
	Συχνότητα	%	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	4	4,0	4,1	4,1
Συμφωνώ κάπως	13	12,9	13,4	17,5
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	27	26,7	27,8	45,4
Συμφωνώ απόλυτα	53	52,5	54,6	100,0
Σύνολο	97	96,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	4	4,0		
Σύνολο	101	100,0		

Τέλος, αναφορικά με τη δήλωση «Κατά κάποιον τρόπο, μπορώ να δω ότι η ασθένεια μου έχει φέρει και μερικές θετικές αλλαγές στη ζωή μου», το 32,0% (n=31) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί «απόλυτα», ενώ το 24,7% (n=24) συμφωνεί «σε μεγάλο βαθμό» και το 21,6% (n=21) «κάπως». Αντίθετα, το 21,6% (n=21) δήλωσε ότι «δε συμφωνεί καθόλου». Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, αν και ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών αναγνωρίζει θετικές αλλαγές, υπάρχει και μια μερίδα που δεν συμμερίζεται αυτή την άποψη.

Πίνακας 26. Κατά κάποιον τρόπο, μπορώ να δω ότι η ασθένεια μου έχει φέρει και μερικές θετικές αλλαγές στη ζωή μου.

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δε συμφωνώ καθόλου	21	20,8	21,6	21,6
Συμφωνώ κάπως	21	20,8	21,6	43,3
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	24	23,8	24,7	68,0
Συμφωνώ απόλυτα	31	30,7	32,0	100,0
Σύνολο	97	96,0	100,0	
Ελλιπούσα τιμή	4	4,0		
Σύνολο	101	100,0		

Αναφορικά με τη διάσταση της ανικανότητας (Helplessness), ο μέσος όρος ανήλθε σε 16,52 (SD = 3,61), με τιμές που κυμαίνονταν από 8 έως 24. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο αντιλαμβανόμενης ανικανότητας στο δείγμα, γεγονός που δείχνει ότι οι συμμετέχοντες βιώνουν σε κάποιο βαθμό αισθήματα μειωμένου ελέγχου και περιορισμού λόγω της ασθένειας.

Σε σχέση με τη διάσταση της αποδοχής (Acceptance), ο μέσος όρος ήταν 17,03 (SD = 3,85), με ελάχιστη τιμή 7 και μέγιστη 24. Η τιμή αυτή είναι ελαφρώς υψηλότερη σε σύγκριση με την ανικανότητα, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν σχετικά αυξημένο επίπεδο αποδοχής της ασθένειας και προσαρμογής στις απαιτήσεις της.

Αναφορικά με τη διάσταση της θετικής επαναξιολόγησης (Perceived Reinterpretation), ο μέσος όρος ανήλθε σε 16,53 (SD = 3,72), με τιμές από 6 έως 24. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες εμφανίζουν μέτρια προς υψηλά επίπεδα θετικής αναπλαισίωσης της εμπειρίας της ασθένειας, αναγνωρίζοντας σε κάποιο βαθμό θετικά στοιχεία ή οφέλη.

Συνολικά, για το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου ICQ, ο μέσος όρος ήταν 50,08 (SD = 10,37), με τιμές που κυμαίνονταν από 25 έως 72. Η κατανομή αυτή υποδηλώνει ότι το δείγμα παρουσιάζει ένα μέτριο επίπεδο συνολικών γνωστικών αντιλήψεων σχετικά με την ασθένεια, με ταυτόχρονη παρουσία τόσο αρνητικών όσο και θετικών γνωστικών στοιχείων.

Πίνακας 27. Περιγραφικά στατιστικά αντιλήψεων για την ασθένεια

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ανικανότητα (Helplessness)	100	8,00	24,00	16,52	3,61
Αποδοχή (Acceptance)	100	7,00	24,00	17,03	3,85
Θετική Επαναξιολόγηση (Positive Reinterpretation)	100	6,00	24,00	16,53	3,72
ICQ	100	25,00	72,00	50,08	10,37
N (listwise)	100				

5.3 Συσχετίσεις

Η διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των διαστάσεων του ερωτηματολογίου ICQ πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson.

Αναφορικά με την ηλικία, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με καμία από τις διαστάσεις του ICQ ($p > 0,05$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η ηλικία δεν φαίνεται να σχετίζεται με τις αντιλήψεις για την ασθένεια στο συγκεκριμένο δείγμα.

Σε σχέση με τη διάρκεια της ασθένειας, δεν καταγράφηκαν επίσης στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με καμία από τις διαστάσεις του ICQ ($p > 0,05$).

Αντίθετα, η διάρκεια νοσηλείας παρουσίασε στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τη διάσταση της ανικανότητας ($r = 0,337$, $p = 0,034$), της αποδοχής ($r = 0,389$, $p = 0,013$) και το συνολικό σκορ του ICQ ($r = 0,362$, $p = 0,022$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη διάσταση της θετικής επαναξιολόγησης ($p > 0,05$).

Πίνακας 28. Συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των διαστάσεων του ερωτηματολογίου ICQ

		Ανικανότητα (Helplessness)	Αποδοχή (Acceptance)	Θετική (Positive Reinterpretation)	Επαναξιολόγηση ICQ
Ηλικία (σε έτη)	Pearson Correlation	0,08	-0,04	0,05	0,03
	Sig. (2-tailed)	0,48	0,73	0,67	0,79
	N	89	89	89	89
Διάρκεια ασθένειας (σε έτη)	Pearson Correlation	0,11	0,03	0,14	0,10
	Sig. (2-tailed)	0,32	0,78	0,21	0,37
	N	85	85	85	85
Διάρκεια νοσηλείας (σε μήνες)	Pearson Correlation	,337*	,389*	0,28	,362*
	Sig. (2-tailed)	0,03	0,01	0,09	0,02
	N	40	40	40	40

Από τον έλεγχο t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη φυσιοθεραπεία δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις διαστάσεις του ICQ. Συγκεκριμένα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ανικανότητα, $t(91)=0,74$, $p=0,46$, στην αποδοχή, $t(91)=1,11$, $p=0,27$, στη θετική επαναξιολόγηση, $t(91)=1,28$, $p=0,21$, ούτε στη συνολική βαθμολογία ICQ, $t(91)=1,12$, $p=0,26$. Επομένως, η συμμετοχή ή μη σε φυσιοθεραπεία δεν φαίνεται να διαφοροποιεί σημαντικά τις αντιλήψεις των ασθενών για την ασθένεια.

Πίνακας 29. Independent Samples Test Φυσιοθεραπεία

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference		Lower	Upper
Helplessness	Equal variances assumed	.	.	0,74	91	0,46	2,64	3,57		-4,45	9,73
	Equal variances not assumed			.	.	.	2,64	.		.	.
Acceptance	Equal variances assumed	.	.	1,11	91	0,27	4,14	3,73		-3,28	11,56
	Equal variances not assumed			.	.	.	4,14	.		.	.

Perceived_Benefits	Equal variances assumed	.	.	1,28	91	0,21	4,66	3,65	-2,59	11,92
	Equal variances not assumed			.	.	.	4,66	.	.	.
ICQ	Equal variances assumed	.	.	1,12	91	0,26	11,45	10,18	-8,78	31,67
	Equal variances not assumed			.	.	.	11,45	.	.	.

Για την εργοθεραπεία, ο έλεγχος Levene δεν ήταν στατιστικά σημαντικός για όλες τις μεταβλητές, επομένως ερμηνεύονται οι γραμμές «Equal variances assumed». Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ανικανότητα, $t(51)=1,95$, $p=0,06$, ούτε στην αποδοχή, $t(51)=1,55$, $p=0,13$. Αντίθετα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη θετική επαναξιολόγηση, $t(51)=2,32$, $p=0,02$, καθώς και στη συνολική βαθμολογία ICQ, $t(51)=2,07$, $p=0,04$. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η εργοθεραπεία σχετίζεται με διαφοροποιήσεις κυρίως στη θετική επαναξιολόγηση και στη συνολική βαθμολογία των αντιλήψεων για την ασθένεια.

Πίνακας 30. Independent Samples Test Εργοθεραπεία

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Helplessness	Equal variances assumed	1,56	0,22	1,95	51	0,06	3,51	1,80	-0,11	7,13
	Equal variances not assumed			3,36	5,11	0,02	3,51	1,04	0,84	6,18
Acceptance	Equal variances assumed	0,14	0,71	1,55	51	0,13	3,31	2,14	-0,98	7,60
	Equal variances not assumed			1,55	3,51	0,21	3,31	2,14	-2,97	9,59

Perceived_Benefits	Equal variances assumed	0,75	0,39	2,32	51	0,02	4,32	1,86	0,59	8,06
	Equal variances not assumed			3,19	4,12	0,03	4,32	1,35	0,61	8,04
ICQ	Equal variances assumed	0,84	0,36	2,07	51	0,04	11,14	5,39	0,33	21,96
	Equal variances not assumed			2,56	3,86	0,07	11,14	4,35	-1,11	23,39

Αναφορικά με την ψυχολογική υποστήριξη, ο έλεγχος Levene δεν έδειξε παραβίαση της ομοιογένειας των διακυμάνσεων, επομένως χρησιμοποιούνται οι γραμμές «Equal variances assumed». Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ανικανότητα, $t(68)=1,87$, $p=0,07$. Ωστόσο, καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αποδοχή, $t(68)=2,64$, $p=0,01$, στη θετική επαναξιολόγηση, $t(68)=2,46$, $p=0,02$, και στη συνολική βαθμολογία ICQ, $t(68)=2,55$, $p=0,01$. Συνεπώς, η ψυχολογική υποστήριξη φαίνεται να συνδέεται με διαφοροποιήσεις στις πιο προσαρμοστικές διαστάσεις των αντιλήψεων για την ασθένεια.

Πίνακας 31. Independent Samples Test Ψυχολογική υποστήριξη

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower Upper	
Helplessness	Equal variances assumed	1,00	0,32	1,87	68	0,07	3,20	1,71	-0,21	6,60
	Equal variances not assumed			3,19	4,36	0,03	3,20	1,00	0,50	5,89
Acceptance	Equal variances assumed	0,87	0,36	2,64	68	0,01	5,05	1,91	1,23	8,87
	Equal variances not assumed			4,20	4,14	0,01	5,05	1,20	1,76	8,35

Perceived_Benefits	Equal variances assumed	1,55	0,22	2,46	68	0,02	4,66	1,89	0,88	8,44
	Equal variances not assumed			4,43	4,58	0,01	4,66	1,05	1,88	7,44
ICQ	Equal variances assumed	1,33	0,25	2,55	68	0,01	12,91	5,07	2,79	23,03
	Equal variances not assumed			4,63	4,62	0,01	12,91	2,79	5,56	20,25

Στην περίπτωση της ειδικής αγωγής, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ανικανότητα, $t(11)=0,44$, $p=0,67$, στην αποδοχή, $t(6,23)=1,16$, $p=0,29$, ούτε στη συνολική βαθμολογία ICQ, $t(11)=1,34$, $p=0,21$. Για την αποδοχή χρησιμοποιείται η γραμμή «Equal variances not assumed», καθώς ο έλεγχος Levene ήταν στατιστικά σημαντικός, $F=5,61$, $p=0,04$. Στη θετική επαναξιολόγηση παρατηρήθηκε οριακή στατιστική σημαντικότητα, $t(11)=2,23$, $p=0,05$, γεγονός που δείχνει πιθανή διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων, η οποία όμως πρέπει να ερμηνευθεί με προσοχή λόγω του μικρού αριθμού συμμετεχόντων.

Πίνακας 32. Independent Samples Test Ειδική Αγωγή

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference		Lower	Upper
Helplessness	Equal variances assumed	0,29	0,60	0,44	11	0,67	0,81	1,84		-3,24	4,86
	Equal variances not assumed			0,43	8,20	0,68	0,81	1,91		-3,57	5,19
Acceptance	Equal variances assumed	5,61	0,04	1,24	11	0,24	2,48	2,00		-1,93	6,88
	Equal variances not assumed			1,16	6,23	0,29	2,48	2,13		-2,69	7,65

Perceived_Benefits	Equal variances assumed	0,60	0,46	2,23	11	0,05	3,36	1,50	0,05	6,67
	Equal variances not assumed			2,15	8,03	0,06	3,36	1,56	-0,24	6,96
ICQ	Equal variances assumed	2,83	0,12	1,34	11	0,21	6,64	4,95	-4,25	17,54
	Equal variances not assumed			1,27	6,63	0,25	6,64	5,24	-5,89	19,18

Για τη λογοθεραπεία, ο έλεγχος Levene δεν ήταν στατιστικά σημαντικός, επομένως ερμηνεύονται οι γραμμές «Equal variances assumed». Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ανικανότητα, $t(62)=1,85$, $p=0,07$. Αντίθετα, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αποδοχή, $t(62)=2,82$, $p=0,01$, στη θετική επαναξιολόγηση, $t(62)=2,70$, $p=0,01$, και στη συνολική βαθμολογία ICQ, $t(62)=2,69$, $p=0,01$. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η λογοθεραπεία σχετίζεται με διαφοροποιήσεις στις διαστάσεις της αποδοχής, της θετικής επαναξιολόγησης και στη συνολική βαθμολογία των αντιλήψεων για την ασθένεια.

Πίνακας 33. Independent Samples Test Λογοθεραπεία

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Helplessness	Equal variances assumed	2,08	0,16	1,85	62	0,07	3,02	1,63	-0,25	6,29
	Equal variances not assumed			3,47	7,83	0,01	3,02	0,87	1,00	5,04
Acceptance	Equal variances assumed	0,88	0,35	2,82	62	0,01	4,83	1,72	1,40	8,27
	Equal variances not assumed			4,45	6,28	0,00	4,83	1,09	2,20	7,46

Perceived_Benefits	Equal variances assumed	2,13	0,15	2,70	62	0,01	4,63	1,72	1,20	8,06
	Equal variances not assumed			5,04	7,80	0,00	4,63	0,92	2,50	6,75
ICQ	Equal variances assumed	1,90	0,17	2,69	62	0,01	12,48	4,64	3,21	21,76
	Equal variances not assumed			4,96	7,63	0,00	12,48	2,52	6,63	18,33

Από την ανάλυση διαφορών ως προς το φύλο, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις του ICQ. Συγκεκριμένα, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ανικανότητα, $F(1,97)=3,725$, $p=0,057$, στην αποδοχή, $F(1,97)=0,895$, $p=0,346$, στη θετική επαναξιολόγηση, $F(1,97)=1,622$, $p=0,206$, ούτε στο συνολικό σκορ ICQ, $F(1,97)=2,200$, $p=0,141$. Ωστόσο, η διάσταση της ανικανότητας πλησίασε το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, χωρίς όμως να το υπερβεί.

Πίνακας 34. ANOVA με φύλο

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Helplessness	Between Groups	45,72	1,00	45,72	3,73	0,06
	Within Groups	1190,72	97,00	12,28		
	Total	1236,44	98,00			
Acceptance	Between Groups	12,95	1,00	12,95	0,90	0,35
	Within Groups	1402,89	97,00	14,46		
	Total	1415,84	98,00			
Perceived_Benefits	Between Groups	21,65	1,00	21,65	1,62	0,21
	Within Groups	1294,89	97,00	13,35		
	Total	1316,55	98,00			
ICQ	Between Groups	225,41	1,00	225,41	2,20	0,14
	Within Groups	9936,61	97,00	102,44		
	Total	10162,02	98,00			

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σε καμία από τις διαστάσεις του ICQ. Ειδικότερα, η ανικανότητα, $F(3,96)=1,416$, $p=0,243$, η αποδοχή, $F(3,96)=1,072$, $p=0,365$, η θετική επαναξιολόγηση, $F(3,96)=0,321$, $p=0,810$, και το συνολικό σκορ ICQ, $F(3,96)=0,908$, $p=0,440$, δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.

Πίνακας 35. ANOVA με Οικογενειακή κατάσταση

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Helplessness	Between Groups	54,80	3,00	18,27	1,42	0,24
	Within Groups	1238,16	96,00	12,90		
	Total	1292,96	99,00			
Acceptance	Between Groups	47,48	3,00	15,83	1,07	0,37
	Within Groups	1417,43	96,00	14,77		
	Total	1464,91	99,00			
Perceived_Benefits	Between Groups	13,65	3,00	4,55	0,32	0,81
	Within Groups	1359,26	96,00	14,16		
	Total	1372,91	99,00			
ICQ	Between Groups	293,65	3,00	97,88	0,91	0,44
	Within Groups	10353,71	96,00	107,85		
	Total	10647,36	99,00			

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα της ANOVA δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις για την ασθένεια. Συγκεκριμένα, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ανικανότητα, $F(5,94)=0,621$, $p=0,684$, στην αποδοχή, $F(5,94)=0,629$, $p=0,678$, στη θετική επαναξιολόγηση, $F(5,94)=0,799$, $p=0,553$, ούτε στο συνολικό σκορ ICQ, $F(5,94)=0,654$, $p=0,659$. Επομένως, το μορφωτικό επίπεδο δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τις αντιλήψεις για την ασθένεια στο συγκεκριμένο δείγμα.

Πίνακας 36. ANOVA με Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Helplessness	Between Groups	41,34	5,00	8,27	0,62	0,68
	Within Groups	1251,62	94,00	13,32		
	Total	1292,96	99,00			
Acceptance	Between Groups	47,41	5,00	9,48	0,63	0,68
	Within Groups	1417,50	94,00	15,08		
	Total	1464,91	99,00			
Perceived_Benefits	Between Groups	55,97	5,00	11,19	0,80	0,55
	Within Groups	1316,94	94,00	14,01		
	Total	1372,91	99,00			
ICQ	Between Groups	357,80	5,00	71,56	0,65	0,66
	Within Groups	10289,56	94,00	109,46		
	Total	10647,36	99,00			

Αντίστοιχα, για την κατηγορία επαγγέλματος, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις εξεταζόμενες διαστάσεις. Η ανικανότητα, $F(10,88)=0,472$, $p=0,904$, η αποδοχή, $F(10,88)=0,592$, $p=0,816$, η θετική επαναξιολόγηση, $F(10,88)=0,409$, $p=0,939$, και το συνολικό σκορ ICQ, $F(10,88)=0,483$, $p=0,897$, δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά με βάση την επαγγελματική κατηγορία.

Πίνακας 37. ANOVA με Κατηγορία επαγγέλματος

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Helplessness	Between Groups	64,71	10,00	6,47	0,47	0,90
	Within Groups	1207,61	88,00	13,72		
	Total	1272,32	98,00			
Acceptance	Between Groups	92,29	10,00	9,23	0,59	0,82
	Within Groups	1371,68	88,00	15,59		
	Total	1463,96	98,00			
Perceived_Benefits	Between Groups	60,70	10,00	6,07	0,41	0,94
	Within Groups	1306,05	88,00	14,84		
	Total	1366,75	98,00			
ICQ	Between Groups	553,45	10,00	55,35	0,48	0,90
	Within Groups	10092,73	88,00	114,69		
	Total	10646,18	98,00			

Τέλος, ως προς το είδος πάθησης, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στη διάσταση της ανικανότητας, $F(3,94)=3,263$, $p=0,025$. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι το επίπεδο αντιλαμβανόμενης ανικανότητας διαφοροποιείται ανάλογα με την κατηγορία πάθησης ή τραυματισμού. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αποδοχή, $F(3,94)=1,594$, $p=0,196$, στη θετική επαναξιολόγηση, $F(3,94)=1,538$, $p=0,210$, ούτε στο συνολικό σκορ ICQ, $F(3,94)=2,061$, $p=0,111$.

Πίνακας 38. ANOVA με Είδος πάθησης

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Helplessness	Between Groups	120,16	3,00	40,05	3,26	0,03
	Within Groups	1153,69	94,00	12,27		
	Total	1273,85	97,00			
Acceptance	Between Groups	68,95	3,00	22,98	1,59	0,20
	Within Groups	1354,89	94,00	14,41		
	Total	1423,84	97,00			
Perceived_Benefits	Between Groups	63,52	3,00	21,17	1,54	0,21
	Within Groups	1294,33	94,00	13,77		
	Total	1357,85	97,00			
ICQ	Between Groups	651,39	3,00	217,13	2,06	0,11
	Within Groups	9902,53	94,00	105,35		
	Total	10553,92	97,00			

6. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τις αντιλήψεις για την ασθένεια σε ασθενείς που εξυπηρετούνται στο Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Αγρινίου, καθώς και τη σχέση των αντιλήψεων αυτών με δημογραφικούς, κλινικούς και θεραπευτικούς παράγοντες. Τα ευρήματα αναδεικνύουν τη σύνθετη φύση της εμπειρίας της ασθένειας και επιβεβαιώνουν ότι η προσαρμογή των ασθενών δεν αποτελεί αποκλειστικά βιοϊατρική διαδικασία, αλλά περιλαμβάνει σημαντικές γνωστικές, συναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις.

Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της μελέτης ήταν ότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μέτρια επίπεδα ανικανότητας, αλλά υψηλότερα επίπεδα αποδοχής και θετικής επαναξιολόγησης. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς υποδηλώνει ότι, παρά τις δυσκολίες που συνεπάγεται η ασθένεια και οι λειτουργικοί περιορισμοί που αυτή επιφέρει, οι ασθενείς δεν βιώνουν αποκλειστικά αισθήματα απώλειας ελέγχου ή ψυχολογικής επιβάρυνσης, αλλά αναπτύσσουν ταυτόχρονα προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης.

Η μέτρια παρουσία αισθημάτων ανικανότητας είναι αναμενόμενη, δεδομένου ότι ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από άτομα που βρίσκονται σε διαδικασία αποκατάστασης, αντιμετωπίζοντας χρόνιες ή λειτουργικά περιοριστικές καταστάσεις. Η εμπειρία της σωματικής δυσλειτουργίας, της εξάρτησης από θεραπευτικές υπηρεσίες και της αβεβαιότητας σχετικά με την πορεία της υγείας μπορεί να ενισχύσει αισθήματα μειωμένου προσωπικού ελέγχου και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει δείξει ότι τα άτομα με χρόνιες παθήσεις συχνά βιώνουν παρόμοια συναισθήματα, ιδιαίτερα όταν η ασθένεια επηρεάζει την αυτονομία και την καθημερινή λειτουργικότητα (Aujoulat et al., 2008). Σύμφωνα με το Μοντέλο Κοινής Λογικής των Leventhal, οι αντιλήψεις για τη σοβαρότητα, τη διάρκεια, τον έλεγχο και τις συνέπειες της ασθένειας επηρεάζουν ουσιαστικά τόσο τις συναισθηματικές αντιδράσεις όσο και τις στρατηγικές αντιμετώπισης (Leventhal et al., 1984; Hagger & Orbell, 2003).

Παράλληλα, ιδιαίτερα ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι η διάσταση της αποδοχής παρουσίασε την υψηλότερη μέση τιμή μεταξύ των τριών διαστάσεων του ICQ. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς φαίνεται να έχουν προχωρήσει σε σημαντικό βαθμό ψυχολογικής προσαρμογής, αποδεχόμενοι τους περιορισμούς που επιφέρει η ασθένεια χωρίς αυτό να συνεπάγεται παραίτηση ή παθητικότητα. Η αποδοχή θεωρείται βασικός μηχανισμός

ψυχολογικής προσαρμογής, καθώς επιτρέπει στο άτομο να αναγνωρίζει τη νέα πραγματικότητα και να αναπτύσσει λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Karademas, 2010). Στο πλαίσιο της αποκατάστασης, η αποδοχή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η θεραπευτική πορεία είναι συχνά μακρόχρονη και απαιτεί ενεργό συμμετοχή, επιμονή και ψυχολογική ανθεκτικότητα.

Αντίστοιχα, η θετική επαναξιολόγηση παρουσίασε επίσης υψηλές τιμές, γεγονός που δείχνει ότι οι ασθενείς είναι σε θέση να αποδίδουν θετικό νόημα στην εμπειρία της ασθένειας. Η αναγνώριση προσωπικής ενδυνάμωσης, η εκτίμηση της ζωής και η αναθεώρηση προτεραιοτήτων αποτελούν στοιχεία που έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία ως δείκτες θετικής ψυχολογικής προσαρμογής (Petrie & Weinman, 2012). Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς δείχνει ότι η ασθένεια δεν βιώνεται αποκλειστικά ως απώλεια, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις ως εμπειρία που οδηγεί σε προσωπική αναθεώρηση και ανάπτυξη.

Η συνύπαρξη μέτριας ανικανότητας με υψηλή αποδοχή και θετική επαναξιολόγηση υποδηλώνει ότι οι γνωστικές αντιλήψεις για την ασθένεια δεν είναι μονοδιάστατες. Οι ασθενείς μπορούν να βιώνουν ταυτόχρονα αρνητικές και θετικές γνωστικές διεργασίες, κάτι που επιβεβαιώνει τη θεωρητική βάση του ICQ (Evers et al., 2001). Η εμπειρία της ασθένειας είναι δυναμική και πολυπαραγοντική, γεγονός που απαιτεί πολυεπίπεδη προσέγγιση τόσο στην έρευνα όσο και στην κλινική πράξη.

Η απουσία στατιστικά σημαντικών διαφορών ως προς βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατάσταση, υποδηλώνει ότι οι αντιλήψεις για την ασθένεια δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από δημογραφικούς δείκτες. Το εύρημα αυτό ενισχύει την άποψη ότι οι γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας αποτελούν περισσότερο υποκειμενική εμπειρία, επηρεαζόμενη από ατομικούς ψυχολογικούς και βιωματικούς παράγοντες (Moss-Morris et al., 2002).

Αντίθετα, η διάρκεια νοσηλείας παρουσίασε σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την ανικανότητα, την αποδοχή και τη συνολική βαθμολογία του ICQ. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως ένδειξη ότι η παρατεταμένη επαφή με τη νόσο και τη θεραπευτική διαδικασία επιδρά με διττό τρόπο. Από τη μία πλευρά, η παρατεταμένη νοσηλεία μπορεί να ενισχύει τα αισθήματα εξάρτησης, περιορισμού και αδυναμίας. Από την άλλη, η μακρόχρονη έκθεση στη

θεραπευτική διαδικασία ενδέχεται να διευκολύνει την ψυχολογική προσαρμογή και την αποδοχή της νέας πραγματικότητας.

Αντίστοιχα, το επίπεδο λειτουργικότητας είχε σημαντικές διαφορές με την ανικανότητα και τη θετική επαναξιολόγηση. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς επιβεβαιώνει ότι η λειτουργική κατάσταση δεν επηρεάζει μόνο τη σωματική καθημερινότητα, αλλά και τη γνωστική και ψυχολογική εμπειρία της ασθένειας. Οι ασθενείς με χαμηλότερη λειτουργικότητα είναι πιθανό να βιώνουν εντονότερα αισθήματα απώλειας αυτονομίας, ενώ παράλληλα ενδέχεται να ενεργοποιούν στρατηγικές θετικής προσαρμογής ως μηχανισμό ψυχικής ανθεκτικότητας.

Επιπλέον, η στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς το είδος πάθησης στη διάσταση της ανικανότητας υποδηλώνει ότι η φύση της πάθησης μπορεί να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται η ασθένεια. Παθήσεις με μεγαλύτερη κινητική ή λειτουργική επιβάρυνση πιθανόν να συνοδεύονται από εντονότερη αίσθηση περιορισμού και εξάρτησης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα σχετικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι διαφοροποιήσεις που παρατηρήθηκαν σε ασθενείς που λάμβαναν ψυχολογική υποστήριξη, λογοθεραπεία ή εργοθεραπεία δεν θα πρέπει να ερμηνευθούν ως αρνητική επίδραση των παρεμβάσεων αυτών. Αντιθέτως, είναι πιθανότερο να αντανακλούν αυξημένη βαρύτητα περιστατικών ή μεγαλύτερες αρχικές δυσκολίες προσαρμογής, που καθιστούν αναγκαία την επιπλέον θεραπευτική υποστήριξη.

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς. Η χρήση δείγματος ευκολίας περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων, ενώ ο συγχρονικός σχεδιασμός δεν επιτρέπει αιτιολογικές ερμηνείες (Levin, 2006). Επιπλέον, τα αυτοαναφερόμενα δεδομένα ενδέχεται να επηρεάζονται από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις (Polit & Beck, 2017). Η μη επίσημη ελληνική στάθμιση του ICQ αποτελεί επίσης περιορισμό.

Παρά τους περιορισμούς, η μελέτη διαθέτει σημαντικά δυνατά σημεία. Αποτελεί μία από τις ελάχιστες ελληνικές μελέτες που εξετάζουν συστηματικά τις αντιλήψεις για την ασθένεια σε πληθυσμό ασθενών αποκατάστασης. Η εστίαση σε ασθενείς του ΚΕΦΙΑΠ καλύπτει ένα σημαντικό ερευνητικό κενό, τόσο στην ελληνική όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς οι περισσότεροι ερευνητικοί σχεδιασμοί επικεντρώνονται σε ειδικές παθήσεις και όχι σε ετερογενείς πληθυσμούς αποκατάστασης.

Τα ευρήματα έχουν σημαντικές πρακτικές προεκτάσεις. Η κατανόηση των αντιλήψεων των ασθενών μπορεί να συμβάλει στον σχεδιασμό πιο εξατομικευμένων προγραμμάτων

αποκατάστασης. Η ενσωμάτωση ψυχολογικής αξιολόγησης στις υπηρεσίες αποκατάστασης μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση, τη θεραπευτική συνεργασία και τελικά την ποιότητα ζωής.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν διαχρονικό σχεδιασμό, μεγαλύτερα δείγματα και συγκριτικές προσεγγίσεις μεταξύ διαφορετικών δομών αποκατάστασης.

7. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι οι ασθενείς του ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου, παρά τις δυσκολίες που συνδέονται με την ασθένεια και τους λειτουργικούς περιορισμούς, εμφανίζουν σημαντικό βαθμό ψυχολογικής προσαρμογής. Παρότι καταγράφονται μέτρια επίπεδα αισθημάτων ανικανότητας, οι υψηλότερες τιμές στην αποδοχή και τη θετική επαναξιολόγηση δείχνουν ότι οι ασθενείς αναπτύσσουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης.

Οι αντιλήψεις για την ασθένεια φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από κλινικούς παράγοντες, όπως η διάρκεια νοσηλείας και το επίπεδο λειτουργικότητας, παρά από δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι η εμπειρία της ασθένειας είναι πολυδιάστατη και απαιτεί ολιστική προσέγγιση.

Συνολικά, η μελέτη αναδεικνύει τη σημασία της ψυχολογικής διάστασης στην αποκατάσταση και την ανάγκη ενσωμάτωσης της υποκειμενικής εμπειρίας του ασθενή στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας.

Βιβλιογραφία

- Aujoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2008). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13–20.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Sage Publications.
- Dibb, B., & Yardley, L. (2006). How does social comparison within a self-help group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 63(6), 1602–1613. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.031>
- Dijkers, M. (2004). Quality of life after spinal cord injury: A meta-analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*, 42(12), 629–643.
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1026–1036.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage Publications.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2000). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 157–174.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141–184.
- Illness Cognition Questionnaire- Greek version (2025). https://www.floriskraaimaat.nl/tests_icq.html

- Kaptein, A. A., et al. (2010). Illness perceptions: Impact on self-management and control in chronic disease. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 124–130.
- Karademas, E. C. (2010). Illness cognitions as a pathway between religiousness and subjective health in chronic cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 15(2), 239–247.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 77–94.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4, pp. 219–252). Erlbaum.
- Levin, K. A. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evidence-Based Dentistry*, 7(1), 24–25.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1–16.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). Patients' perceptions of their illness. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 60–65.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332.
- Wertli, M. M., Rasmussen-Barr, E., Held, U., Weiser, S., Bachmann, L. M., & Brunner, F. (2014). Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: A systematic review. *Spine Journal*, 14(11), 2658–2678.
- Woolf, A. D., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 646–656.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. WHO.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. WHO.

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects.

Νόμος 4025/2011. (2011). *Ανασυγκρότηση φορέων κοινωνικής αλληλεγγύης, κέντρα αποκατάστασης, αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις* (ΦΕΚ Α' 228/02.11.2011).

Υπουργείο Υγείας. (2019). *Εθνικό σχέδιο δράσης για τη φυσική ιατρική, την αποκατάσταση και τη φροντίδα χρονίως πασχόντων*.

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο



Έντυπο Ενημερωμένης Συναίνεσης

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα,

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας του ΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου με τίτλο: «Αντιλήψεις για την ασθένεια εξυπηρετούμενων του Κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Αγρινίου». Επιβλέπων καθηγητής είναι ο κ. Τόγκας Κωνσταντίνος.

Η έρευνα αποσκοπεί στη διερεύνηση των αντιλήψεων και πεποιθήσεων των ασθενών σχετικά με την ασθένεια και τη διαδικασία αποκατάστασης.

Η συμμετοχή σας είναι απολύτως εθελοντική και ανώνυμη. Δεν θα καταγραφούν προσωπικά δεδομένα όπως ονοματεπώνυμο ή αριθμός μητρώου ασθενή. Τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς και ακαδημαϊκούς σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια.

Με τη συμμετοχή σας δηλώνετε ότι έχετε ενημερωθεί για τον σκοπό της έρευνας και συμφωνείτε να συμμετάσχετε.

Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία σας.

Υπογραφή Συμμετέχοντος/ουσας: _____

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____

Δημογραφικά και Ιατρικά Στοιχεία

1. **Ηλικία (σε έτη):** _____
2. **Φύλο:**
☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐ Άλλο / Δεν επιθυμώ να απαντήσω
3. **Οικογενειακή κατάσταση:**
☐ Άγαμος/η ☐ Έγγαμος/η ☐ Διαζευγμένος/η ☐ Χήρος/α
4. **Εκπαιδευτικό επίπεδο:**
☐ Δεν έχει ολοκληρωθεί δημοτικό ☐ Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐ ΤΕΙ/ΑΕΙ ☐ Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό
5. **Κατηγορία επαγγέλματος:** ☐ Δημόσιος υπάλληλος ☐ Ιδιωτικός υπάλληλος
☐ Ελεύθερος επαγγελματίας ☐ Εργάτης ☐ Αγρότης ☐ Συνταξιούχος γήρατος
☐ Συνταξιούχος αναπηρίας ☐ Οικιακά ☐ Άνεργος ☐ Φοιτητής ☐ Άλλο
6. **Είδος ή κατηγορία πάθησης / τραυματισμού:**
☐ Ορθοπαιδική ☐ Νευρολογική ☐ Ρευματολογική ☐ Άλλο: _____
7. **Διάρκεια ασθένειας (σε έτη):** _____
8. **Διάρκεια νοσηλείας (εφόσον νοσηλευτήκατε) (σε μήνες):** _____
9. **Επίπεδο λειτουργικότητας / αυτοεξυπηρέτησης:**
☐ Ανεξάρτητος/η ☐ Χρειάζομαι μικρή βοήθεια ☐ Χρειάζομαι μεγάλη βοήθεια
☐ Εξαρτημένος/η
10. **Τύπος θεραπείας που λαμβάνετε στο ΚΕΦΙΑΠ (επιλέξτε όσα ισχύουν):**
☐ Φυσιοθεραπεία ☐ Εργοθεραπεία ☐ Ψυχολογική υποστήριξη ☐ Ειδική αγωγή ☐ Άλλο: _____

Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία

Παρακάτω υπάρχει μια λίστα με δηλώσεις σχετικές προς την ασθένειά σας. Παρακαλώ σημειώστε πόσο συμφωνείτε με αυτές βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντηση που θέλετε να δώσετε. Μη δαπανήσετε πολύ χρόνο για να απαντήσετε. Οι πρώτες εντυπώσεις είναι συνήθως και οι καλύτερες.

	Δεν συμφωνώ καθόλου	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	Συμφωνώ απόλυτα
1. Η ασθένεια μου με κάνει συχνά να νιώθω ανήμπορος.	1	2	3	4
2. Η ασθένεια μου επεμβαίνει στη ζωή μου περισσότερο απ' ό,τι θα ήθελα.	1	2	3	4
3. Η ασθένεια μου ελέγχει τη ζωή μου.	1	2	3	4
4. Εξαιτίας της ασθένειας μου, έχω τα πράγματα που μου φέρνουν περισσότερο στρες.	1	2	3	4
5. Η ασθένεια μου με παρεμποδίζει να κάνω ό,τι πραγματικά θα ήθελα να κάνω.	1	2	3	4
6. Υπάρχουν φορές που η ασθένεια μου με κάνει να νιώθω αβοήθητος.	1	2	3	4
7. Έχω μάθει να αποδέχομαι τους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένεια μου.	1	2	3	4
8. Έχω μάθει να ζω με την ασθένεια μου.	1	2	3	4
9. Μπορώ να αποδέχομαι την ασθένεια μου καλά.	1	2	3	4
10. Μπορώ να αντιμετωπίζω αποτελεσματικά την ασθένεια μου.	1	2	3	4
11. Παρόλο που χάνω πράγματα που σχετίζονται με την ασθένεια μου, ακόμη και έτσι νιώθω ότι κερδίζω κάτι.	1	2	3	4

	Δεν συμφωνώ καθόλου	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	Συμφωνώ απόλυτα
12. Νιώθω ότι μπορώ να χειριστώ τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένεια μου.	1	2	3	4
13. Η αντιμετώπιση της ασθένειας μου με έκανε δυνατότερο άνθρωπο.	1	2	3	4
14. Έχω μάθει πολλά από την ασθένεια μου.	1	2	3	4
15. Η ασθένεια μου με ώθησε να απολαμβάνω την κάθε στιγμή περισσότερο.	1	2	3	4
16. Η ασθένεια μου έχει κάνει τη ζωή μου πιο πολύτιμη για μένα.	1	2	3	4
17. Η ασθένεια μου με έχει βοηθήσει να εκτιμήσω τη ζωή σημαντικά περισσότερο.	1	2	3	4
18. Κατά κάποιον τρόπο, μπορώ να δω ότι η ασθένεια μου έχει φέρει και μερικές θετικές αλλαγές στη ζωή μου.	1	2	3	4

Παράρτημα Β: Άδεια διεξαγωγής έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝ. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΤΩΛ/ΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΓΡΙΝΙΟΥ
ΤΜΗΜΑ: Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ: 3^ο χιλ. Ε.Ο. Αग्रινίου-Αντιρρίου
Τ.Κ. 30131
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Κολοβού Μαρία
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 2641361106

6η ΥΠΕ
Ν.Μ. ΑΓΡΙΝΙΟΥ
ΑΡ.ΠΡΩΤ.: 17575
ΗΜ/ΝΙΑ: 24/12/2025



ΠΡΟΣ :

✓ κ. Κολοβού Ειρήνη
E-MAIL: kolonoueirini@gmail.com

ΘΕΜΑ: « Σχετικά με έγκριση για διεξαγωγή έρευνας μέσω ερωτηματολογίου στο ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλ/νίας της μεταπτυχιακής φοιτήτριας Κολοβού Ειρήνης».

ΣΧΕΤ: Η με αριθμ. πρωτ. 15700/25-11-2025 αίτηση σας.

Κατόπιν του ανωτέρω σχετικού σας διαβιβάζουμε συνημμένα την με αριθμ. πρ. 17^η/19-12-2025 θέμα 4^ο γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου της Οργανικής Μονάδας Εδρας «Αγρινία» του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλ/νίας αναφορικά με έγκριση διεξαγωγής έρευνας μέσω ερωτηματολογίου, προκειμένου να καταθέσετε τον πλήρη φάκελο στην 6^η ΥΠΕ για την έκδοση της σχετικής έγκρισης υπογεγραμμένη από τον Διοικητή της 6^{ης} ΥΠΕ.

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια
Η προϊστάμενη τμήματος γραμματείας



ΠΑΠΑΔΑΝΟΥ ΕΛΕΝΗ
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
ΤΕ ΔΙΟΙΚ. ΜΟΝΑΔΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Ο Διοικητικός Διευθυντής
Κωνσταντίνος Πατσιαλός

Συνημμένα: Δύο (2) φύλλα

Εσωτερική Διανομή:

- Τμήμα Δ.Α.Δ.(2)

**ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΙΤΩΛ/ΝΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΑΞΗΣ 17^η ΤΗΣ 19-12-2025**

Παρόντες:

1. Μάντουκας Χαράλαμπος - Πρόεδρος
2. Τερνιώτης Χρήστος - Τακτικό μέλος
3. Καλλίνικος Βασίλειος - Τακτικό μέλος
4. Λιόπετα Κασσιανή - Τακτικό μέλος
5. Μαχαλιώτης Ευάγγελος - Τακτικό μέλος
6. Βελέντζα Πηνελόπη - Τακτικό μέλος

Απόντες:

1. Παφύλας Δημήτριος - Τακτικό μέλος, ο οποίος αν και νόμιμα προσκλήθηκε δεν προσήλθε λόγω κωλύματος.
2. Παλαιοδής Ηλίας - Τακτικό μέλος, ο οποίος αν και νόμιμα προσκλήθηκε δεν προσήλθε λόγω κωλύματος.
3. Θεράπος Αντώνιος - Τακτικό μέλος, ο οποίος αν και νόμιμα προσκλήθηκε δεν προσήλθε λόγω κωλύματος.

Γραμματέας: Μάντη Ιωάννα, ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΜΑ 4^ο: «Αίτημα για διεξαγωγή έρευνας μέσω ερωτηματολογίου της μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Κολοβού Ειρήνης στο ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου»

Επί του ανωτέρω θέματος, το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη το υπ' αριθμ. πρωτ. 16088/02-12-2025(Ε.Σ.319/02-12-2025) έγγραφο του Τμήματος Δ.Α.Δ., με θέμα: «Διαβίβαση αίτησης για διεξαγωγή έρευνας μέσω ερωτηματολογίου της μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Κολοβού Ειρήνης στο ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου», το οποίο έχει ως εξής:

- * Σχέτ:** 1) Την με αριθμ. πρωτ. 15700/25-11-2025 αίτηση της Κολοβού Ειρήνης, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.
- 2) Τη με αριθμ. πρωτ. ΤΜΦ 647262/17315/01-12-2025 Βεβαίωση Σπουδών του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.
- 3) Το ερευνητικό πρωτόκολλο.
- 4) Το υπόδειγμα ερωτηματολογίου με συνημμένο το έντυπο Ενημέρωσης Συναίνεσης.
- 5) Υπεύθυνη Δήλωση της προαναφερθείσας μεταπτυχιακής φοιτήτριας.

Σας διαβιβάζουμε συνημμένα την ανωτέρω σχετική αίτηση της Κολοβού Ειρήνης, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, με την οποία αιτείται την έγκριση χορήγησης άδειας για διεξαγωγή έρευνας μέσω ερωτηματολογίου στο ΚΕΦΙΑΠ Αγρινίου με τίτλο «Αντιλήψεις για την ασθένεια εξυπηρετούμενων του Κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) Αγρινίου» προκειμένου να ολοκληρώσει τη διπλωματική της εργασία για την ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών σπουδών της στο ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Επίσης καταθέτει Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία δηλώνει ότι :

- « - Θα γίνει πιστή τήρηση και εφαρμογή του Ν. 4624/2019 περί προσωπικών δεδομένων.
- Υπεύθυνος επεξεργασίας και συλλογής δεδομένων θα είμαι η ίδια η κα Κολοβού Ειρήνη.

- Δεν θα παρακωλυθεί η ομαλή λειτουργία και δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά η Ν.Μ. Αργινίου στην οποία θα πραγματοποιηθεί η έρευνα.
- Θα τηρηθούν οι αρχές που διέπουν την ιατρική, επιστημονική και ερευνητική Δεοντολογία.
- Με το πέρας της έρευνας θα γνωστοποιήσω τα αποτελέσματα αυτής στην 6^η Υ.ΠΕ.
- Την εργασία, για την οποία καταθέτω αίτηση, θα την χρησιμοποιήσω για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, στο μεταπτυχιακό του ΕΑΠ, όπως αναφέρεται και στην βεβαίωση του πανεπιστημίου.»

μετά από συζήτηση ομόφωνα

Γνωμοδοτεί

Εγκρίνει την διεξαγωγή έρευνας μέσω ερωτηματολογίου της μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Κολοβού Ειρήνης στο ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Αργινίου, με απαραίτητη προϋπόθεση τη σύμφωνη γνώμη του Προϊστάμενου ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Αργινίου.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

ΑΓΡΙΝΙΟ 22-12-2025



**ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Ε.Σ.
ΜΑΝΤΗ ΙΩΑΝΝΑ**

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.