



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ποιότητα ζωής και ικανοποίηση ασθενών από τη λαμβανόμενη φροντίδα
σε κέντρο αποκατάστασης**

ΑΜΑΛΙΑ ΠΑΛΑΙΟΠΟΥΛΟΥ

ΑΜ 157262

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΜΕΛΟΣ ΣΕΠ:

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΘΕΟΧΑΡΗΣ

Θεσσαλονίκη, Μάιος 2026

© Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2022 Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Παλαιοπούλου Αμαλίας που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η 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. Η Αμαλία Παλαιοπούλου διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ποιότητα ζωής και ικανοποίηση ασθενών από τη λαμβανόμενη
φροντίδα σε κέντρο αποκατάστασης»**

ΑΜΑΛΙΑ ΠΑΛΑΙΟΠΟΥΛΟΥ

Πτυχιούχος Διοίκησης Επιχειρήσεων

Επιβλέπων Καθηγητής:

Κωνσταντίνιδης Θεοχάρης
Μέλος ΣΕΠ – ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Σαρίδη Μαρία
Μέλος ΣΕΠ - ΕΑΠ

Θεσσαλονίκη, Μάιος 2026

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Κωνσταντίνιδη Θεοχάρη, για την πολύτιμη επιστημονική καθοδήγηση, την υποστήριξη, την υπομονή και τη συνεχή ενθάρρυνση που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνω επίσης προς τη συνεπιβλέπουσα καθηγήτριά μου, Δρ. Σαρίδη Μαρία, για τη συμβολή της στην ολοκλήρωση της ερευνητικής αυτής προσπάθειας.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω θερμά τον Διευθυντή του Κέντρου Αποκατάστασης, κ. Αδαμόπουλο Γεώργιο για την εμπιστοσύνη, τη συνεργασία και την παραχώρηση της άδειας διεξαγωγής της έρευνας στον χώρο του κέντρου, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης.

Τέλος, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς την οικογένειά μου και τους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου, για την κατανόηση, την υπομονή και τη διαρκή στήριξή τους κατά τη διάρκεια της προσπάθειας αυτής.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν σημαντικούς δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στον χώρο της αποκατάστασης, όπου η θεραπευτική διαδικασία στοχεύει όχι μόνο στη σωματική βελτίωση αλλά και στη λειτουργική αποκατάσταση, την αυτονομία και τη συνολική ευημερία των ασθενών. Η αξιολόγηση της εμπειρίας των ασθενών συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και στην ανάπτυξη περισσότερο ασθενοκεντρικών υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα που λάμβαναν σε κέντρο αποκατάστασης, καθώς και η διερεύνηση παραγόντων που επηρέαζαν τη συνολική εμπειρία νοσηλείας.

Υλικό και μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε κέντρο αποκατάστασης στην Κεντρική Μακεδονία και το δείγμα αποτέλεσαν 130 ασθενείς με ορθοπεδικά, νευρολογικά και ογκολογικά προβλήματα. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, το PSQ-18 για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών και το EQ-5D για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Η μελέτη ήταν ποσοτική, διατομεακή (cross-sectional) και η δειγματοληψία ήταν ευκολίας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ανώνυμων ερωτηματολογίων, ενώ η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 130 ασθενείς με μέση ηλικία 75,1 έτη, εκ των οποίων το 52,3% ήταν άνδρες. Η μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής σύμφωνα με την κλίμακα EQ-5D-5L ήταν $0,42 \pm 0,41$, ενώ η μέση τιμή της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας (EQ-VAS) ήταν $54,6 \pm 19,1$. Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα ήταν μέτρια προς υψηλή (Μ.Ο.=3,50/5), με υψηλότερη βαθμολογία στις διαπροσωπικές σχέσεις (Μ.Ο.=3,84) και χαμηλότερη στις οικονομικές πτυχές της φροντίδας (Μ.Ο.=3,03, $p < 0,001$). Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και συνολικής ικανοποίησης ($r=0,347$, $p < 0,05$), καθώς και μεταξύ κατάστασης υγείας και συνολικής ικανοποίησης ($r=0,376$, $p < 0,05$). Η καλύτερη ποιότητα ζωής σχετίστηκε με λιγότερες ημέρες νοσηλείας ($\beta=-0,014$, $p=0,038$) και καλύτερη αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας ($\beta=0,017$, $p < 0,001$), ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και χειρότερη κατάσταση υγείας ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν βασικούς δείκτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης. Η ενίσχυση της λειτουργικής ανεξαρτησίας, της εξατομικευμένης φροντίδας και της διεπιστημονικής συνεργασίας μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της εμπειρίας και της συνολικής ευημερίας των ασθενών σε κέντρα αποκατάστασης.

Λέξεις-κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενών, Κέντρο αποκατάστασης, Ποιότητα ζωής, Υπηρεσίες υγείας, EQ-5D-5L, PSQ-18

Abstract

Introduction: Quality of life and patient satisfaction are important indicators for evaluating the quality of healthcare services, particularly in rehabilitation settings, where the therapeutic process aims not only at physical improvement but also at functional recovery, autonomy, and overall patient well-being. Evaluating patients' experiences contributes significantly to improving the quality of healthcare services and to promoting more patient-centered healthcare approaches.

Aim: To investigate quality of life and patient satisfaction with care received in a rehabilitation center, and to explore factors affecting the overall hospitalization experience.

Materials and Methods: The study was conducted at a rehabilitation center in Central Macedonia, Greece, and the sample consisted of 130 patients with orthopedic, neurological, and oncological conditions. Data collection was carried out using a socio-demographic and clinical characteristics questionnaire, the PSQ-18 questionnaire for assessing patient satisfaction, and the EQ-5D instrument to assess quality of life. The study used a quantitative cross-sectional design with convenience sampling. Data were collected through anonymous questionnaires and analyzed using descriptive and inferential statistical methods.

Results: A total of 130 patients participated in the study, with a mean age of 75.1 years and 52.3% male. The mean health-related quality of life score, as measured by the EQ-5D-5L, was 0.42 ± 0.41 , while the mean self-reported health status score (EQ-VAS) was 54.6 ± 19.1 . Overall patient satisfaction with the care provided was moderate to high (Mean = 3.50/5), with the highest scores recorded in interpersonal manner (Mean = 3.84) and the lowest in financial aspects of care (Mean = 3.03, $p < 0.001$). A positive correlation was observed between quality of life and overall patient satisfaction ($r = 0.347$, $p < 0.05$), as well as between self-reported health status and overall satisfaction ($r = 0.376$, $p < 0.05$). Better quality of life was associated with fewer hospitalization days ($\beta = -0.014$, $p = 0.038$) and better self-reported health status ($\beta = 0.017$, $p < 0.001$), whereas older patients showed lower satisfaction and poorer health status ($p < 0.05$).

Conclusions: Quality of life and patient satisfaction constitute important indicators for evaluating the effectiveness of rehabilitation services. Enhancing functional independence, individualized care, and interdisciplinary collaboration may significantly improve patients' experiences and overall well-being in rehabilitation centers.

Keywords: EQ-5D-5L, healthcare services, patient satisfaction, PSQ-18, quality of life, rehabilitation center.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη.....	5
Abstract	7
Εισαγωγή.....	14
Κεφάλαιο Πρώτο	17
Ποιότητα ζωής και έννοια της υγείας.....	17
1.1 Η έννοια της υγείας και της ποιότητας ζωής.....	17
1.2 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (HRQoL).....	18
1.3 Το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο	19
1.4 Εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής.....	19
1.4.1 Το εργαλείο SF-36.....	20
1.4.2 Το εργαλείο WHOQOL	20
1.4.3 Το εργαλείο EQ-5D-5L.....	20
1.5 Η σημασία της ποιότητας ζωής στα κέντρα αποκατάστασης	21
Κεφάλαιο Δεύτερο	23
2.1 Έννοια της ικανοποίησης ασθενών	23
2.2 Η ικανοποίηση ασθενών στα κέντρα αποκατάστασης.....	24
2.3 Εργαλεία αξιολόγησης της ικανοποίησης ασθενών	25
Κεφάλαιο Τρίτο.....	28
3.1 Εισαγωγή.....	28
3.2 Η ανάγκη ανάπτυξης υπηρεσιών αποκατάστασης.....	28
3.3 Η διεπιστημονική προσέγγιση στα κέντρα αποκατάστασης.....	28
3.4 Τα κέντρα αποκατάστασης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	30
3.5 Ποιότητα υπηρεσιών, ποιότητα ζωής και ικανοποίηση ασθενών στα κέντρα αποκατάστασης	32
Κεφάλαιο Τέταρτο	34
4.1 Σκοπός της έρευνας	34
4.2 Επιμέρους στόχοι.....	34
4.3 Δείγμα και δειγματοληψία	35
4.4 Ερευνητικά εργαλεία	35
4.5 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	37
4.6 Στατιστική ανάλυση.....	37

Κεφάλαιο Πέμπτο.....	38
5.1 Βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών.....	38
5.2 Ποιότητα Ζωής Ασθενών	41
5.3 Ικανοποίηση Ασθενών	43
5.4 Συσχετίσεις	46
5.5 Πολλαπλή συσχέτιση Ποιότητας Ζωής & Ικανοποίησης Ασθενών	50
Κεφάλαιο Έκτο	52
6.1 Σύνοψη	52
6.2 Περιορισμοί της έρευνας	55
Κεφάλαιο Έβδομο	58
7.1 Συμπεράσματα	58
7.2 Προτάσεις	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61
Παραρτήματα.....	65
Παράρτημα Α	65
Παράρτημα Β	68
Παράρτημα Γ	69
Παράρτημα Δ	70
Παράρτημα Ε.....	71
Παράρτημα ΣΤ.....	74
Παράρτημα Ζ.....	75
Παράρτημα Η.....	77
Παράρτημα Θ.....	79

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 130 ασθενών που νοσηλεύονταν σε κέντρα αποκατάστασης για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα και συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.	38
Πίνακας 2. Ποσοστιαία κατανομή αποκρίσεων της έντασης των προβλημάτων στις 5 διαστάσεις ποιότητας ζωής της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L (EuroQol five-dimensional questionnaire of five levels), των 130 ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.	42
Πίνακας 3. Βαθμολογία της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L των 130 συμμετεχόντων της μελέτης.	42
Πίνακας 4. Κατανομή αποκρίσεων στις 18 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.	44
Πίνακας 5. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.	46
Πίνακας 6. Συσχέτιση των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L & Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.	47
Πίνακας 7. Συσχέτιση βασικών χαρακτηριστικών με τις βαθμολογίες των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L & Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.	48
Πίνακας 8. Συσχέτιση βασικών χαρακτηριστικών με τις βαθμολογίες των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L & Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.	49
Πίνακας 9. Πολλαπλή γραμμική συσχέτιση της Ποιότητας Ζωής με τις ημέρες νοσηλείας, το δείκτη κατάστασης υγείας EQ-VAS και τη Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.	51

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1. Επαγγελματική κατάσταση των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.	39
Εικόνα 2. Κατανομή ασφάλισης των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.	39
Εικόνα 3. Κατανομή διάγνωσης των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.	40
Εικόνα 4. Κατανομή ημερών νοσηλείας των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.	41
Εικόνα 5. Μέσα επίπεδα του Δείκτη EQ-VAS («Κατάστασης της Υγείας» ή «θερμόμετρο») των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.	43
Εικόνα 6. Μέσα επίπεδα Κλίμακας Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, ως προς τις ημέρες νοσηλείας τους.	50

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ ΚΑΙ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ

Συντομογραφία Πλήρης όρος

DRGs	Diagnosis Related Groups
EC	European Commission
EQ-5D	EuroQol Five-Dimension Questionnaire
EQ-5D-3L	EuroQol Five-Dimension Three-Level Questionnaire
EQ-5D-5L	EuroQol Five-Dimension Five-Level Questionnaire
EQ-VAS	EuroQol Visual Analogue Scale
GDPR	General Data Protection Regulation
HCAHPS	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
IBM SPSS	International Business Machines – Statistical Package for the Social Sciences
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
MOS	Medical Outcomes Study
PSQ	Patient Satisfaction Questionnaire
PSQ-18	Patient Satisfaction Questionnaire Short Form-18
PSQ-III	Patient Satisfaction Questionnaire III
RAND	Research and Development Corporation
SERVQUAL	Service Quality Model
SF-12	Short Form Health Survey – 12 Items
SF-36	Short Form Health Survey – 36 Items
UK	United Kingdom

Συντομογραφία Πλήρης όρος

VAS	Visual Analogue Scale
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
ΕΑΠ	Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
ΕΚΠΥ	Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΠΜΣ	Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΣΕΠ	Συνεργαζόμενο Εκπαιδευτικό Προσωπικό
ΤΕΙ	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Εισαγωγή

Θεμελιώδεις δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελούν πλέον η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών, ιδιαίτερα στο πλαίσιο των σύγχρονων συστημάτων φροντίδας, που παρέχουν αυξημένη έμφαση στην προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η αξιολόγηση της υγείας δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην αντιμετώπιση της νόσου, αλλά περιλαμβάνει και τη συνολική ευημερία του ατόμου, τη λειτουργικότητα και την προσωπική του αντίληψη για την κατάσταση της υγείας του (WHO, 1997).

Η σύγχρονη προσέγγιση στη διοίκηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας έχει μετατοπιστεί σημαντικά από την αποκλειστική εστίαση σε παραδοσιακούς κλινικούς δείκτες, όπως η επιβίωση ή η μείωση της νοσηρότητας, προς την ενσωμάτωση παραγόντων που αποτυπώνουν την εμπειρία, την αντίληψη και την καθημερινή πραγματικότητα των ασθενών. Η μετατόπιση αυτή αντικατοπτρίζει την αυξανόμενη αναγνώριση ότι η αποτελεσματική φροντίδα δεν αφορά μόνο την κλινική αποκατάσταση, αλλά και τη βελτίωση της συνολικής εμπειρίας του ασθενούς μέσα στο σύστημα υγείας. Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας συνδέεται άμεσα με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της συνολικής ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Guyatt et al., 1993).

Σε υγειονομικές δομές όπου η νοσηλεία είναι μακροχρόνια, σύνθετη και πολύπλευρη, όπως τα κέντρα αποκατάστασης, η ανάγκη για συστηματική και ολοκληρωμένη αξιολόγηση καθίσταται ακόμη πιο σημαντική. Οι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται σε τέτοιες δομές, αντιμετωπίζουν συχνά όχι μόνο σωματικές δυσκολίες, αλλά και ψυχολογικές, κοινωνικές και λειτουργικές προκλήσεις, γεγονός που καθιστά αναγκαία μια περισσότερο ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα τους. Για τον λόγο αυτό, η αξιολόγηση των υπηρεσιών αποκατάστασης απαιτεί τον έλεγχο δεικτών που αποτυπώνουν την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών και δεν μπορεί να βασίζεται αποκλειστικά στην κλινική πρόοδο (Stucki et al., 2007; WHO, 2017).

Μια πολυδιάστατη έννοια αποτελεί η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, η οποία περιλαμβάνει τη φυσική κατάσταση, την ψυχολογική ισορροπία, τις κοινωνικές σχέσεις και τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου. Δεν περιορίζεται απλώς στην απουσία ασθένειας, αλλά επεκτείνεται στην ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει ενεργά στην καθημερινότητά του, να αυτοεξυπηρετείται και να διατηρεί ένα

ικανοποιητικό επίπεδο ευημερίας. Η σημασία της έννοιας αυτής είναι ιδιαίτερα ισχυρή σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, νευρολογικές διαταραχές ή κινητικούς περιορισμούς, όπου η αποκατάσταση στοχεύει όχι μόνο στη θεραπεία τους, αλλά κυρίως στη βελτίωση της λειτουργικότητας και της συνολικής ποιότητας της ζωής τους (Cieza et al., 2004).

Ακόμα, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους δείκτες αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς αντικατοπτρίζει άμεσα την προσωπική εμπειρία του ασθενούς από τη φροντίδα που λαμβάνει. Παράγοντες που την επηρεάζουν είναι η ποιότητα της επικοινωνίας με το υγειονομικό προσωπικό, η διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των υπηρεσιών, ο χρόνος αναμονής, η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Πλήθος ερευνητικών δεδομένων έχει αναδείξει ότι υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συνδέονται με καλύτερη προσαρμογή στη θεραπεία, αυξημένη εμπιστοσύνη προς το σύστημα υγείας και βελτιωμένα θεραπευτικά αποτελέσματα (Ware et al., 1983; Cleary & McNeil, 1988).

Για ασθενείς που νοσούν από σοβαρά νευρολογικά, ορθοπεδικά ή άλλα σύνθετα προβλήματα υγείας, η αποκατάσταση αποτελεί κρίσιμο στάδιο στη συνέχεια της φροντίδας υγείας. Τα κέντρα αποκατάστασης παρέχουν διεπιστημονικές υπηρεσίες που στοχεύουν στη βελτίωση της κινητικότητας, της αυτονομίας, της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της κοινωνικής επανένταξης των ασθενών. Η αποτελεσματικότητα αυτών των δομών εξαρτάται όχι μόνο από την κλινική πρόοδο, αλλά και από την αντίληψη των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν (Stucki et al., 2007).

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα που λαμβάνουν σε κέντρα αποκατάστασης. Η μελέτη είχε σκοπό να αποτυπώσει τον βαθμό επίδρασης των παρεχόμενων υπηρεσιών στη συνολική ευημερία των ασθενών και να εντοπίσει παράγοντες που επηρεάζουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής και ικανοποίηση.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με τη συμπεριφορά και την επαγγελματική επάρκεια του προσωπικού, τις παρεχόμενες υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και νοσηλείας, καθώς και τις συνθήκες διαμονής και υποστήριξης κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης. Παράλληλα, έγινε μια προσπάθεια να εξεταστεί η επίδραση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως

η ηλικία, το φύλο και η διάρκεια νοσηλείας, στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από τη φροντίδα, ώστε να εντοπιστούν πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική εμπειρία του ασθενούς.

Η έρευνα επιχειρεί να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα:

- Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα που λαμβάνουν σε κέντρα αποκατάστασης;
- Ποιο είναι το επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών κατά τη διάρκεια ή μετά τη νοσηλεία τους;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του βαθμού ικανοποίησης από τη φροντίδα και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής;
- Επηρεάζουν κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η διάρκεια νοσηλείας ή η κατάσταση υγείας, την ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής των ασθενών;

Η παρούσα εργασία οργανώνεται σε επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της ποιότητας ζωής και η σημασία της στον χώρο της υγείας και της αποκατάστασης. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών και η σύνδεσή της με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στον ρόλο των κέντρων αποκατάστασης στο σύστημα υγείας και στη σημασία της αποκατάστασης για τη λειτουργική και κοινωνική επανένταξη των ασθενών. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα, η συζήτηση των ευρημάτων, καθώς και τα τελικά συμπεράσματα και οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Κεφάλαιο Πρώτο

Ποιότητα ζωής και έννοια της υγείας

1.1 Η έννοια της υγείας και της ποιότητας ζωής

Η έννοια της υγείας έχει εξελιχθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, μεταβαίνοντας από ένα στενά βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο επικεντρωνόταν κυρίως στην απουσία της ασθένειας, σε μια περισσότερο ολιστική και ανθρωποκεντρική προσέγγιση που περιλαμβάνει διαστάσεις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές. Η υγεία δεν ορίζεται απλώς ως η απουσία νόσου ή αναπηρίας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), αλλά ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Ο ορισμός αυτός ανέδειξε την ανάγκη αξιολόγησης της υγείας με ευρύτερα κριτήρια, τα οποία να λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο την κλινική εικόνα του ατόμου, αλλά και τη συνολική εμπειρία της ζωής του (WHO, 1997).

Στο πλαίσιο αυτής της ολιστικής προσέγγισης, η ποιότητα ζωής αναδεικνύεται ως ένας από τους σημαντικότερους δείκτες αξιολόγησης της υγείας. Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στην υποκειμενική αντίληψη του ατόμου σχετικά με τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει, σε συνάρτηση με τους προσωπικούς του στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις αξίες του. Πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία επηρεάζεται από την υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις, την οικονομική κατάσταση και το επίπεδο ανεξαρτησίας του ατόμου, καθιστώντας την ιδιαίτερα σημαντική για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση της υγείας (WHO, 1997).

Η ολοένα και μεγαλύτερη έμφαση στην ποιότητα ζωής κατά την αξιολόγηση της υγείας συνδέεται με τη σταδιακή μετατόπιση από το παραδοσιακό βιοϊατρικό μοντέλο προς περισσότερο ανθρωποκεντρικές και ολιστικές προσεγγίσεις φροντίδας. Στο σύγχρονο ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο, η αξιολόγηση της υγείας δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην καταγραφή της νοσηρότητας ή των κλινικών δεικτών, αλλά περιλαμβάνει και την προσωπική εμπειρία, τη λειτουργικότητα, την ψυχολογική κατάσταση και την κοινωνική συμμετοχή του ατόμου. Για τον λόγο αυτό, η ποιότητα ζωής θεωρείται πλέον βασικός δείκτης αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και της συνολικής ευημερίας των ασθενών (Κυριόπουλος και συν., 2007).

1.2 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (HRQoL)

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health-Related Quality of Life - HRQoL), έχει ιδιαίτερη σημασία στον χώρο των υπηρεσιών υγείας, καθώς επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο η κατάσταση της υγείας επηρεάζει τη λειτουργικότητα, την καθημερινότητα και τη συνολική ευημερία του ατόμου. Η έννοια αυτή περιλαμβάνει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της υγείας, αναγνωρίζοντας ότι η εμπειρία της ασθένειας δεν περιορίζεται αποκλειστικά στα κλινικά συμπτώματα, αλλά επηρεάζει συνολικά τη ζωή του ασθενούς (Guyatt et al., 1993).

Η αξιολόγηση της HRQoL έχει ιδιαίτερη σημασία σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, νευρολογικές διαταραχές και κινητικούς περιορισμούς, καθώς οι ασθενείς αυτοί συχνά αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτηση, στην κοινωνική συμμετοχή και στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να αξιολογήσουν όχι μόνο την κλινική πορεία της νόσου, αλλά και τον βαθμό λειτουργικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης των ασθενών (Cieza et al., 2004).

Στη σύγχρονη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως δείκτης αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ενσωμάτωση δεικτών ποιότητας ζωής επιτρέπει μια περισσότερο ολοκληρωμένη και ασθενοκεντρική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς λαμβάνει υπόψη την προσωπική εμπειρία και τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών. Η προσέγγιση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία σε περιβάλλοντα αποκατάστασης, όπου ο στόχος της θεραπείας δεν περιορίζεται μόνο στη μείωση των συμπτωμάτων, αλλά επεκτείνεται στη βελτίωση της λειτουργικότητας, της αυτονομίας και της συνολικής ευημερίας του ασθενούς (Stucki et al., 2007).

Η συστηματική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής συμβάλλει επίσης στον εντοπισμό αναγκών, στην ανάπτυξη εξατομικευμένων θεραπευτικών μεθόδων και στη βελτίωση της λειτουργικής αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Για τον λόγο αυτό, εργαλεία όπως το EQ-5D-5L χρησιμοποιούνται ευρέως τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην ερευνητική διαδικασία, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς ασθενών που βρίσκονται σε διαδικασία αποκατάστασης (EuroQol Group, 2011).

1.3 Το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο

Η ανάπτυξη του βιο-ψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας έχει καθοριστικό ρόλο στην κατανόηση της ποιότητας ζωής, καθώς υποστήριξε ότι η υγεία και η ασθένεια επηρεάζονται από ένα σύνολο αλληλοεπιδρώντων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Σύμφωνα με αυτό, η εμπειρία της ασθένειας επηρεάζεται ουσιαστικά από τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή, το κοινωνικό του περιβάλλον, την οικονομική του κατάσταση και την κοινωνική υποστήριξη που διαθέτει και δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη φυσική κατάσταση του ατόμου. Ιδιαίτερη σημασία στον χώρο της αποκατάστασης, έχει η προσέγγιση αυτή, όπου ο στόχος δεν περιορίζεται μόνο στη σωματική βελτίωση, αλλά επεκτείνεται στην πλήρη λειτουργική και κοινωνική επανένταξη του ασθενούς (Engel, 1977).

Παράλληλα, η επίδραση των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων είναι ιδιαίτερα εμφανής σε ασθενείς που συμμετέχουν σε προγράμματα αποκατάστασης, καθώς η μακροχρόνια νοσηλεία, οι κινητικοί περιορισμοί και η μειωμένη λειτουργικότητα συχνά συνοδεύονται από άγχος, μειωμένη αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση και δυσκολίες προσαρμογής στην καθημερινότητα. Για αυτό, η διαδικασία της αποκατάστασης δεν επικεντρώνεται αποκλειστικά στη σωματική βελτίωση, αλλά περιλαμβάνει και την ψυχολογική υποστήριξη, την κοινωνική επανένταξη και την ενίσχυση της αυτονομίας του ασθενούς. Η ολιστική αυτή προσέγγιση θεωρείται βασικό στοιχείο της σύγχρονης αποκατάστασης και συνδέεται άμεσα με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Stucki et al., 2007).

Κατά συνέπεια, η αποτελεσματική αποκατάσταση απαιτεί ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς και όχι αποκλειστικά θεραπεία των σωματικών συμπτωμάτων (Stucki et al., 2007)

1.4 Εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής πραγματοποιείται μέσω τυποποιημένων και επιστημονικά τεκμηριωμένων εργαλείων αξιολόγησης, τα οποία επιτρέπουν τη συστηματική καταγραφή της εμπειρίας και της λειτουργικότητας των ασθενών. Τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιούνται ευρέως τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην ερευνητική διαδικασία, καθώς συμβάλλουν στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η χρήση τους είναι ιδιαίτερα σημαντική σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ή λειτουργικούς περιορισμούς, όπου η αξιολόγηση της υγείας δεν μπορεί να περιορίζεται αποκλειστικά σε κλινικούς δείκτες (Guyatt et al., 1993).

1.4.1 Το εργαλείο SF-36

Ένα από τα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής είναι το SF-36 (Short Form Health Survey), το οποίο αξιολογεί οκτώ βασικές διαστάσεις της υγείας, όπως η σωματική λειτουργικότητα, ο πόνος, η γενική υγεία, η κοινωνική λειτουργικότητα και η ψυχική υγεία. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως σε πληθώρα κλινικών και ερευνητικών εφαρμογών, καθώς παρέχει ολοκληρωμένη αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Ωστόσο, η σχετικά μεγάλη έκτασή του μπορεί να δυσκολεύει τη χρήση του σε ηλικιωμένους ή επιβαρυνμένους ασθενείς (Ware and Sherbourne, 1992).

1.4.2 Το εργαλείο WHOQOL

Το WHOQOL αναπτύχθηκε από τον ΠΟΥ με στόχο την πολυδιάστατη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε διαφορετικούς πολιτισμικούς και κοινωνικούς πληθυσμούς. Το εργαλείο αξιολογεί διαστάσεις όπως η σωματική υγεία, η ψυχολογική κατάσταση, οι κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον διαβίωσης του ατόμου. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει περισσότερο ολιστική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τη σωματική κατάσταση αλλά και ευρύτερους κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες (WHOQOL Group, 1995).

1.4.3 Το εργαλείο EQ-5D-5L

Ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής είναι το EQ-5D-5L, το οποίο αναπτύχθηκε από το EuroQol Group και χρησιμοποιείται ευρέως τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην έρευνα. Το εργαλείο αξιολογεί πέντε βασικές διαστάσεις της υγείας: κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνήθειες δραστηριότητες, πόνο/δυσφορία και άγχος/κατάθλιψη. Κάθε διάσταση βαθμολογείται σε πέντε επίπεδα σοβαρότητας, επιτρέποντας ακριβέστερη αποτύπωση της κατάστασης υγείας του ασθενούς (EuroQol Group, 2011).

Επιπλέον, το EQ-5D-5L περιλαμβάνει την οπτική αναλογική κλίμακα EQ-VAS, μέσω της οποίας οι ασθενείς αξιολογούν συνολικά την κατάσταση της υγείας τους σε κλίμακα από το 0 έως το 100. Το εργαλείο θεωρείται ιδιαίτερα κατάλληλο για ασθενείς αποκατάστασης, καθώς είναι σύντομο, εύχρηστο και επιτρέπει την αξιολόγηση βασικών παραμέτρων λειτουργικότητας και καθημερινής ζωής. (EuroQol Group, 2011).

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η χρήση του EQ-5D-5L, καθώς πρόκειται για ένα σύντομο, αξιόπιστο και εύχρηστο εργαλείο, κατάλληλο για ηλικιωμένους ασθενείς και πληθυσμούς αποκατάστασης. Η δυνατότητα ταχείας συμπλήρωσης, η αξιολόγηση βασικών λειτουργικών διαστάσεων και η διεθνής επιστημονική τεκμηρίωσή του αποτέλεσαν βασικούς λόγους επιλογής του για τη διεξαγωγή της έρευνας.

1.5 Η σημασία της ποιότητας ζωής στα κέντρα αποκατάστασης

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία τόσο στον ελληνικό χώρο όσο και διεθνώς, καθώς μελέτες έχουν αναδείξει ότι παράγοντες όπως οι χρόνιες παθήσεις, οι κινητικοί περιορισμοί, ο χρόνιος πόνος και οι κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες επηρεάζουν σημαντικά την αντίληψη των ασθενών για την υγεία τους. Ελληνικές έρευνες έχουν δείξει ότι ασθενείς με περιορισμένη λειτουργικότητα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της ολοκληρωμένης αποκατάστασης και της πολύπλευρης υποστήριξης (Kontodimopoulos et al., 2009).

Η σημασία της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής είναι ιδιαίτερα εμφανής στα κέντρα αποκατάστασης, όπου οι ασθενείς συχνά αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα, την κινητικότητα και την ανεξαρτησία τους. Στις δομές αυτές, η βελτίωση της ποιότητας ζωής αποτελεί βασικό θεραπευτικό στόχο, καθώς συνδέεται άμεσα με την αποκατάσταση της αυτονομίας και την επιτυχή κοινωνική επανένταξη των ασθενών. Η αποκατάσταση δεν περιορίζεται αποκλειστικά στη θεραπεία της νόσου ή στη βελτίωση των σωματικών συμπτωμάτων, αλλά στοχεύει κυρίως στην επαναφορά της λειτουργικότητας, στη διατήρηση της ανεξαρτησίας και στη βελτίωση της καθημερινής ζωής των ασθενών. Για αυτό, η ποιότητα ζωής θεωρείται βασικός θεραπευτικός και διοικητικός δείκτης αξιολόγησης των υπηρεσιών αποκατάστασης, καθώς επιτρέπει την αποτύπωση της συνολικής εικόνας του ασθενούς και της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών μεθόδων (Cieza et al., 2004; Stucki et al., 2007).

Επίσης, σημαντική θεωρείται η επίδραση της αποκατάστασης στην κινητικότητα και στη λειτουργική ανεξαρτησία των ασθενών. Η βελτίωση της κινητικότητας συμβάλλει ουσιαστικά στην ενίσχυση της αυτονομίας, στη μείωση της εξάρτησης από τρίτους και στη δυνατότητα συμμετοχής των ασθενών στις καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητες. Παράλληλα, η αποκατάσταση συμβάλλει στη μείωση του άγχους, στην

ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και τη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών, ενισχύοντας συνολικά την ποιότητα ζωής τους (Langhorne et al., 2011).

Η συστηματική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών, να σχεδιάσουν εξατομικευμένες θεραπείες και να βελτιώσουν συνολικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παράλληλα, η ενσωμάτωση δεικτών ποιότητας ζωής στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας ενισχύει την ασθενοκεντρική προσέγγιση και συμβάλλει στη βελτίωση της συνολικής εμπειρίας των ασθενών, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα αποκατάστασης όπου η λειτουργικότητα και η ποιότητα ζωής αποτελούν βασικούς θεραπευτικούς στόχους (WHO, 1997· Guyatt et al., 1993; Stucki et al., 2007).

Κεφάλαιο Δεύτερο

Ικανοποίηση ασθενών και ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας

2.1 Έννοια της ικανοποίησης ασθενών

Ένας από τους σημαντικότερους δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι η ικανοποίηση των ασθενών, καθώς αποτυπώνει τη συνολική εμπειρία του ασθενούς από τη λαμβανόμενη φροντίδα και προσδίδει την προσωπική του αντίληψη σχετικά με την αποτελεσματικότητα, την οργάνωση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε αντίθεση με τους παραδοσιακούς κλινικούς δείκτες, οι οποίοι επικεντρώνονται κυρίως σε βιολογικά ή θεραπευτικά αποτελέσματα, η ικανοποίηση εστιάζει στην ανθρώπινη διάσταση της φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη την υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς. Η σύγχρονη ασθενοκεντρική προσέγγιση αναγνωρίζει ότι η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην κλινική επιτυχία, αλλά περιλαμβάνει και την ποιότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ασθενούς και του συστήματος υγείας (Ware et al., 1983).

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια πολυδιάστατη έννοια και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που σχετίζονται τόσο με τη δομή και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας όσο και με προσωπικά χαρακτηριστικά και προσδοκίες των ασθενών. Την τελική αξιολόγηση της φροντίδας επηρεάζουν σημαντικά οι παράγοντες όπως η ποιότητα της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, η συμπεριφορά και η ενσυναίσθηση του προσωπικού, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, ο χρόνος αναμονής, η οργανωτική επάρκεια και η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Παράλληλα, δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και οι προηγούμενες εμπειρίες του ασθενούς, μπορούν να διαμορφώσουν διαφορετικές προσδοκίες και επίπεδα αξιολόγησης (Cleary & McNeil, 1988).

Η έμφαση που δίνεται στην έννοια της ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται με τη μετάβαση των σύγχρονων συστημάτων υγείας προς περισσότερο ανθρωποκεντρικά και ασθενοκεντρικά μοντέλα φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό, οι ασθενείς δεν αντιμετωπίζονται πλέον ως παθητικοί αποδέκτες υπηρεσιών υγείας, αλλά ως ενεργοί συμμετέχοντες στη θεραπευτική τους διαδικασία. Η ενεργός συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων, η εξατομίκευση της φροντίδας και η ενίσχυση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας θεωρούνται βασικά στοιχεία

βελτίωσης της εμπειρίας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Donabedian, 1988).

Η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται στενά και με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα της θεραπευτικής φροντίδας. Σύμφωνα με σύγχρονες μελέτες, οι ασθενείς αξιολογούν θετικότερα τις υπηρεσίες υγείας όταν αισθάνονται ότι συμμετέχουν ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία, λαμβάνουν εξατομικευμένη φροντίδα και αναπτύσσουν σχέση εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες υγείας. Ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα αποκατάστασης και θεραπευτικής φροντίδας, η συνεχής επικοινωνία, η ψυχολογική υποστήριξη και η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπεία έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και καλύτερη συνολική εμπειρία φροντίδας. Παράλληλα, η αποτελεσματική θεραπευτική σχέση μπορεί να ενισχύσει τη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία και να συμβάλει θετικά στη λειτουργική αποκατάσταση και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Albrgan & Elsayed, 2024; Akram et al., 2026).

Η ικανοποίηση των ασθενών δεν αποτελεί μόνο δείκτη εμπειρίας, αλλά και σημαντικό εργαλείο διοικητικής αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συνδέονται με αυξημένη εμπιστοσύνη προς το σύστημα υγείας, καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία, μειωμένα ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπευτικής διαδικασίας και βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας. Για τον λόγο αυτό, η συστηματική αξιολόγηση της ικανοποίησης χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως μέσο εντοπισμού αδυναμιών, βελτίωσης της οργανωτικής λειτουργίας και σχεδιασμού στρατηγικών αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας (Merkouris et al., 2003).

2.2 Η ικανοποίηση ασθενών στα κέντρα αποκατάστασης

Η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων που σχετίζονται τόσο με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας όσο και με την οργανωτική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση της εμπειρίας των ασθενών δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την κλινική έκβαση της θεραπείας, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη συνολική διαδικασία φροντίδας και νοσηλείας. Για αυτό, η ικανοποίηση θεωρείται πολυπαραγοντική έννοια, η οποία επηρεάζεται από την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά του προσωπικού, την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, τον χρόνο αναμονής, την οργανωτική επάρκεια των δομών υγείας και τη συμμετοχή των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία (Cleary & McNeil, 1988).

Ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας θεωρείται η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Η σαφής ενημέρωση, η ενεργητική ακρόαση, η κατανόηση των αναγκών των ασθενών και η δυνατότητα συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων ενισχύουν τη θεραπευτική σχέση και συμβάλλουν στη δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Οι ασθενείς που αισθάνονται ότι αντιμετωπίζονται με σεβασμό, ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη φροντίδα που λαμβάνουν (Hall et al., 2002).

Παράλληλα, ιδιαίτερα σημαντική είναι η επίδραση της εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης και της ενεργού συμμετοχής των ασθενών στη θεραπεία. Σύγχρονες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς αξιολογούν θετικότερα τις υπηρεσίες υγείας όταν αισθάνονται ότι συμμετέχουν ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία και λαμβάνουν υποστήριξη προσαρμοσμένη στις προσωπικές τους ανάγκες. Ειδικά σε περιβάλλοντα αποκατάστασης και θεραπευτικής φροντίδας, η συνεχής επικοινωνία, η ψυχολογική υποστήριξη και η αποτελεσματική θεραπευτική σχέση έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και καλύτερη συνολική εμπειρία φροντίδας (Albrgan & Elsayed, 2024; Akram et al., 2026).

Η ικανοποίηση των ασθενών αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία στα κέντρα αποκατάστασης καθώς οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι συνήθως μακροχρόνιες, διεπιστημονικές και απαιτούν συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Η ποιότητα της φροντίδας, η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας, η ψυχολογική υποστήριξη, η λειτουργική ενδυνάμωση και ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ασθενούς αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την εμπειρία του. Η αίσθηση ασφάλειας, η εξατομίκευση του προγράμματος θεραπείας και η ενεργή συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία αποκατάστασης συμβάλλουν σημαντικά στη συνολική ικανοποίηση και στη βελτίωση της εμπειρίας του (Stucki et al., 2007; Albrgan & Elsayed, 2024).

2.3 Εργαλεία αξιολόγησης της ικανοποίησης ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών πραγματοποιείται μέσω τυποποιημένων εργαλείων αξιολόγησης, τα οποία επιτρέπουν την ποσοτική αποτύπωση των εμπειριών και των αντιλήψεών τους. Ένα από τα διαδεδομένα εργαλεία είναι το PSQ-18 (Patient Satisfaction Questionnaire Short Form), το οποίο αποτελεί σύντομη αλλά επιστημονικά αξιόπιστη μορφή του αρχικού ερωτηματολογίου αξιολόγησης της ικανοποίησης

ασθενών, ενός εκτενέστερου εργαλείου που είχε σχεδιαστεί για τη συστηματική καταγραφή των απόψεων των ασθενών σχετικά με την ποιότητα και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν. Το PSQ-18 αξιολογεί επτά βασικές διαστάσεις της εμπειρίας των ασθενών: τη γενική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας, την τεχνική ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, τη διαπροσωπική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μεταξύ προσωπικού και ασθενών, τις οικονομικές πτυχές της φροντίδας, τον χρόνο που αφιερώνεται στον ασθενή κατά τη θεραπευτική διαδικασία και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Μέσω των διαστάσεων αυτών, το εργαλείο παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα της εμπειρίας των ασθενών και επιτρέπει την αναγνώριση τόσο των θετικών στοιχείων όσο και των σημείων που χρήζουν βελτίωσης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Marshall & Hays, 1994).

Η ανάπτυξη τυποποιημένων εργαλείων αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών συνέβαλε σημαντικά στη συστηματική αποτύπωση της εμπειρίας των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και στη δυνατότητα συγκριτικής αξιολόγησης μεταξύ διαφορετικών δομών και συστημάτων υγείας. Εκτός από το PSQ-18, στη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται και άλλα εργαλεία αξιολόγησης, όπως το HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) και το SERVQUAL, τα οποία εξετάζουν διαστάσεις όπως η επικοινωνία με το προσωπικό, η ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών, η ποιότητα της φροντίδας και η οργανωτική αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Η χρήση τέτοιων εργαλείων επιτρέπει την αντικειμενικότερη αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών και συμβάλλει στον σχεδιασμό παρεμβάσεων βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας (Batbaatar et al., 2017).

Η χρήση του PSQ-18 παρέχει τη δυνατότητα αναλυτικής διερεύνησης των επιμέρους στοιχείων που επηρεάζουν την ικανοποίηση, επιτρέποντας τον εντοπισμό συγκεκριμένων τομέων που χρήζουν βελτίωσης. Μέσω της αξιολόγησης των επιμέρους υποκλιμάκων, οι διοικήσεις των μονάδων υγείας μπορούν να σχεδιάσουν στοχευμένες παρεμβάσεις για τη βελτίωση της επικοινωνίας, της προσβασιμότητας και της οργανωτικής αποτελεσματικότητας, ενισχύοντας έτσι την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την εμπειρία των ασθενών (Marshall & Hays, 1994; Cleary & McNeil, 1988).

Γενικά, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και βασικό στοιχείο της σύγχρονης ασθενοκεντρικής προσέγγισης. Η συστηματική ενσωμάτωσή της στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας

συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της λειτουργίας των μονάδων υγείας, στην ενίσχυση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και στην αποτελεσματικότερη ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών, ιδιαίτερα σε κέντρα αποκατάστασης όπου η εμπειρία του ασθενούς αποτελεί καθοριστικό παράγοντα θεραπευτικής επιτυχίας (Merkouris et al., 2003; Ware et al., 1983).

Κεφάλαιο Τρίτο

Κέντρα αποκατάστασης και ο ρόλος τους στο σύστημα υγείας

3.1 Εισαγωγή

Τα κέντρα αποκατάστασης αποτελούν βασικό και αναπόσπαστο κομμάτι των σύγχρονων συστημάτων υγείας, καθώς καλύπτουν το ιδιαίτερα κρίσιμο μεταβατικό στάδιο μεταξύ της οξείας νοσηλείας και της ασφαλούς επιστροφής του ασθενούς στην κοινότητα ή στο οικογενειακό του περιβάλλον. Ο κύριος σκοπός τους είναι η αποκατάσταση της λειτουργικότητας, η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η ενίσχυση της αυτονομίας και η προώθηση της κοινωνικής επανένταξης των ασθενών μέσω ολοκληρωμένων, εξατομικευμένων και πολυδιάστατων υπηρεσιών υγείας. Η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει την αποκατάσταση ως ουσιώδες στοιχείο της καθολικής κάλυψης υγείας, καθώς συμβάλλει καθοριστικά στη μείωση της αναπηρίας, στη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων χρόνιων ή σοβαρών παθήσεων (WHO, 2017).

3.2 Η ανάγκη ανάπτυξης υπηρεσιών αποκατάστασης

Η ανάγκη για οργανωμένες υπηρεσίες αποκατάστασης έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, της αύξησης των χρόνιων νοσημάτων και της βελτίωσης της επιβίωσης από σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, όπως τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού, τα ορθοπεδικά τραύματα και άλλες σοβαρές παθήσεις. Πολλοί ασθενείς που επιβιώνουν από τέτοιες καταστάσεις αντιμετωπίζουν μακροχρόνιους λειτουργικούς περιορισμούς, κινητικές δυσκολίες ή απώλεια ανεξαρτησίας, γεγονός που καθιστά αναγκαία την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών αποκατάστασης. Η έγκαιρη, προσωποποιημένη και καλά οργανωμένη φροντίδα έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει σημαντικά τη λειτουργική έκβαση, περιορίζει τη διάρκεια νοσηλείας και ενισχύει τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών (Langhorne et al., 2011).

3.3 Η διεπιστημονική προσέγγιση στα κέντρα αποκατάστασης

Η λειτουργία των κέντρων αποκατάστασης βασίζεται στη διεπιστημονική προσέγγιση, η οποία αποτελεί βασικό στοιχείο της σύγχρονης φροντίδας για αποκατάσταση. Η

συνεργασία μεταξύ ιατρών φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, νοσηλευτών, φυσικοθεραπευτών, εργοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών επιτρέπει την ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς. Μέσω αυτής της συνδυαστικής προσέγγισης επιδιώκεται όχι μόνο η σωματική αποκατάσταση, αλλά και η ψυχολογική ενδυνάμωση, η κοινωνική υποστήριξη και η βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας. Η αποτελεσματική συνεργασία των διεπιστημονικών ομάδων έχει συνδεθεί με καλύτερα αποτελέσματα αποκατάστασης, αυξημένη λειτουργική ανεξαρτησία και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών (Stucki et al., 2007).

Η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των χρόνιων νοσημάτων και η βελτίωση της επιβίωσης ασθενών μετά από σοβαρά οξεία επεισόδια, όπως τα εγκεφαλικά επεισόδια και τα σοβαρά ορθοπεδικά τραύματα, έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες αποκατάστασης στην Ελλάδα. Η αποκατάσταση αποτελεί πλέον βασικό στάδιο της συνέχειας της φροντίδας υγείας, καθώς συμβάλλει ουσιαστικά στη λειτουργική αποκατάσταση, στη διατήρηση της αυτονομίας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Παράλληλα, η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης μπορεί να συμβάλει στη μείωση των επανεισαγωγών στα νοσοκομεία και του συνολικού κόστους υγειονομικής φροντίδας (WHO, 2017).

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης έχουν αναπτυχθεί κυρίως μέσω ιδιωτικών δομών στο ελληνικό σύστημα υγείας, οι οποίες καλύπτουν σημαντικό μέρος των αναγκών που προκύπτουν μετά τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση μέρους της αποκατάστασης, ωστόσο εξακολουθούν να υπάρχουν προκλήσεις που αφορούν τη διαθεσιμότητα κλινών, τη χρηματοδότηση, την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών, καθώς και τη διασύνδεση μεταξύ νοσοκομείων και δομών αποκατάστασης. Οι προκλήσεις αυτές επηρεάζουν τη συνέχεια της φροντίδας και αναδεικνύουν την ανάγκη περαιτέρω ενίσχυσης και οργανωτικής αναβάθμισης του τομέα της αποκατάστασης στην Ελλάδα Economou et al. (2017)

Παρά τη σταδιακή ανάπτυξη των υπηρεσιών αποκατάστασης, το ελληνικό σύστημα υγείας εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις σχετικά με την επάρκεια και την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών σε οργανωμένες δομές αποκατάστασης. Η περιορισμένη ανάπτυξη δημόσιων δομών έχει οδηγήσει σε σημαντική εξάρτηση από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ γεωγραφικές και οικονομικές ανισότητες επηρεάζουν την πρόσβαση των ασθενών στις απαραίτητες υπηρεσίες αποκατάστασης. Επιπλέον, η

ανάγκη ενίσχυσης της διεπιστημονικής συνεργασίας, της οργανωτικής αποτελεσματικότητας και της διασύνδεσης μεταξύ νοσοκομείων και μονάδων αποκατάστασης αναδεικνύεται ως βασική προϋπόθεση για τη βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Dimitriadis et al., 2015).

3.4 Τα κέντρα αποκατάστασης στο ελληνικό σύστημα υγείας

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης στην Ελλάδα έχουν αναπτυχθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, ανταποκρινόμενες στις αυξανόμενες ανάγκες ασθενών με χρόνιες παθήσεις, νευρολογικά νοσήματα, ορθοπεδικές κακώσεις και άλλες καταστάσεις που προκαλούν λειτουργικούς περιορισμούς. Η αποκατάσταση αποτελεί πλέον αναπόσπαστο τμήμα της συνέχειας της φροντίδας υγείας, καθώς συμβάλλει στη βελτίωση της λειτουργικότητας, της αυτονομίας και της κοινωνικής επανένταξης των ασθενών. Στο πλαίσιο αυτό, τα κέντρα αποκατάστασης διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των συνεπειών σοβαρών ή χρόνιων προβλημάτων υγείας (WHO, 2017).

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών αποκατάστασης στην Ελλάδα βασίστηκε κυρίως στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος καλύπτει σημαντικό μέρος των αναγκών των ασθενών μέσω εξειδικευμένων κέντρων αποθεραπείας και αποκατάστασης. Οι δομές αυτές παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε ασθενείς με νευρολογικά, ορθοπεδικά, καρδιολογικά και αναπνευστικά προβλήματα, αξιοποιώντας διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, η περιορισμένη ανάπτυξη αντίστοιχων δημόσιων δομών δημιουργεί προκλήσεις ως προς την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες αποκατάστασης, ιδιαίτερα για άτομα που διαμένουν σε απομακρυσμένες περιοχές ή αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες (Dimitriadis et al., 2015).

Η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των χρόνιων νοσημάτων και η βελτίωση της επιβίωσης μετά από σοβαρά οξέα περιστατικά, όπως τα εγκεφαλικά επεισόδια και τα σοβαρά ορθοπεδικά τραύματα, έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες αποκατάστασης. Η αποκατάσταση συμβάλλει στη διατήρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας, στη μείωση των επιπλοκών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ενώ παράλληλα μπορεί να περιορίσει τις επανεισαγωγές στα νοσοκομεία και το συνολικό κόστος φροντίδας υγείας (WHO, 2017).

Η αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών αποκατάστασης συνδέεται άμεσα με τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας μετά την έξοδο των ασθενών από τα νοσοκομεία. Η έγκαιρη παραπομπή σε κατάλληλες δομές αποκατάστασης και η συνεργασία μεταξύ νοσοκομείων, κέντρων αποκατάστασης, πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δομών μακροχρόνιας φροντίδας συμβάλλουν στη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και στην αποτελεσματικότερη κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Η διασύνδεση αυτή αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου υπηρεσιών αποκατάστασης και για τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας (Langhorne et al., 2011).

Σημαντικό ρόλο στη λειτουργία των υπηρεσιών αποκατάστασης διαδραματίζει ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος αποτελεί τον βασικό φορέα αποζημίωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών αποκατάστασης για τους ασφαλισμένους. Μέσω συμβάσεων με κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας, ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει σημαντικό μέρος του κόστους νοσηλείας και θεραπείας, συμβάλλοντας στη διευκόλυνση της πρόσβασης των ασθενών στις αναγκαίες υπηρεσίες. Παράλληλα, η αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών αποκατάστασης δημιουργεί προκλήσεις σχετικά με τη βιωσιμότητα της χρηματοδότησης, την ορθολογική κατανομή των πόρων και τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (ΕΟΠΥΥ, 2024).

Οι σύγχρονες τάσεις στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης. Η εφαρμογή συστημάτων αποζημίωσης που βασίζονται σε ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες (Diagnosis Related Groups – DRGs) αποσκοπεί στη βελτίωση της διαφάνειας και της αποτελεσματικότητας της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, η αξιολόγηση δεικτών όπως η λειτουργικότητα, η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία, καθώς συμβάλλει στον σχεδιασμό πολιτικών υγείας και στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών αποκατάστασης (Busse et al., 2011).

3.5 Ποιότητα υπηρεσιών, ποιότητα ζωής και ικανοποίηση ασθενών στα κέντρα αποκατάστασης

Η ποιότητα των υπηρεσιών αποκατάστασης δεν αξιολογείται πλέον αποκλειστικά με βάση κλινικούς δείκτες, όπως η βελτίωση της κινητικότητας ή η διάρκεια νοσηλείας, αλλά περιλαμβάνει και την εμπειρία του ασθενούς, την ποιότητα ζωής και την ικανοποίησή του από τη φροντίδα. Η αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών επηρεάζεται σημαντικά από παράγοντες όπως η επικοινωνία με το προσωπικό, η επάρκεια της θεραπευτικής υποστήριξης, η καθαριότητα του περιβάλλοντος, η αίσθηση ασφάλειας, η αξιοπρεπής μεταχείριση και η ενεργή συμμετοχή τους στη θεραπευτική διαδικασία. Ιδιαίτερα σημαντική για τη βελτίωση της λειτουργίας των κέντρων αποκατάστασης και την ενίσχυση της ασθενοκεντρικής προσέγγισης είναι η αξιολόγηση αυτών των παραμέτρων (Merkouris et al., 2003).

Στα κέντρα αποκατάστασης, η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών είναι αλληλένδετες και εξαρτώνται η μία από την άλλη. Η αποτελεσματική αποκατάσταση δεν περιορίζεται στη σωματική αποκατάσταση ή την κινητική βελτίωση, αλλά περιλαμβάνει και την ψυχολογική υποστήριξη, την κοινωνική επανένταξη και τη συνολική ευημερία των ασθενών. Η εμπειρία φροντίδας επηρεάζει άμεσα τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την πορεία της υγείας τους και την ποιότητα ζωής τους. Για το λόγο αυτό, η συστηματική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης αποτελεί σημαντικό εργαλείο για τη συνεχόμενη βελτίωση των υπηρεσιών αποκατάστασης (Cieza et al., 2004).

Η ασθενοκεντρική προσέγγιση (patient-centered care) αναγνωρίζει ότι η επιτυχία της αποκατάστασης συνδέεται όχι μόνο με την κλινική πρόοδο, αλλά και με τον βαθμό στον οποίο οι ασθενείς αισθάνονται ότι οι ανάγκες, οι προτιμήσεις και οι προσωπικοί τους στόχοι λαμβάνονται υπόψη κατά τη θεραπευτική διαδικασία (WHO, 2017).

Η βελτίωση της λειτουργικής ανεξαρτησίας, της κινητικότητας, της ψυχολογικής κατάστασης και της κοινωνικής συμμετοχής σχετίζεται άμεσα με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και καλύτερη αντίληψη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για τον λόγο αυτό, η συστηματική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης των ασθενών θεωρείται απαραίτητο στοιχείο για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και την ανάπτυξη περισσότερο αποτελεσματικών και ανθρωποκεντρικών μοντέλων αποκατάστασης (Stucki et al., 2007; Langhorne et al., 2011).

Συνοψίζοντας, τα κέντρα αποκατάστασης συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της λειτουργικότητας, της ανεξαρτησίας, της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής

επανεξέτασης των ασθενών, διαδραματίζοντας καθοριστικό ρόλο στη σύγχρονη φροντίδα υγείας. Η περαιτέρω ανάπτυξη, οργανωτική ενίσχυση και ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών αποκατάστασης αποτελούν σημαντική πρόκληση για τα σύγχρονα συστήματα υγείας, ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Ελλάδα, όπου η ανάγκη για ολοκληρωμένη, μακροχρόνια και ολιστική φροντίδα αυξάνεται συνεχώς (WHO, 2017; Economidou et al., 2017).

Κεφάλαιο Τέταρτο

Μεθοδολογία της έρευνας

4.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα που λάμβαναν σε κέντρο αποκατάστασης. Η μελέτη στόχευε στην αποτύπωση του βαθμού επίδρασης των παρεχόμενων υπηρεσιών στη συνολική ευημερία των ασθενών και στον εντοπισμό παραγόντων που επηρέαζαν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής και ικανοποίηση.

4.2 Επιμέρους στόχοι

Επιμέρους στόχοι της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με τη συμπεριφορά και την επαγγελματική επάρκεια του προσωπικού, τις παρεχόμενες υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και νοσηλείας, καθώς και τις συνθήκες διαμονής και υποστήριξης κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης. Παράλληλα, επιδιώχθηκε να εξεταστεί η επίδραση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως η ηλικία, το φύλο και η διάρκεια νοσηλείας, στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής και στην ικανοποίηση από τη φροντίδα, ώστε να εντοπιστούν πιθανοί παράγοντες που επηρέαζαν τη συνολική εμπειρία του ασθενούς.

Η έρευνα επιχείρησε να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποιος ήταν ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα που λάμβαναν σε κέντρα αποκατάστασης;
- Ποιο ήταν το επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών κατά τη διάρκεια ή μετά τη νοσηλεία τους;
- Υπήρχε συσχέτιση μεταξύ του βαθμού ικανοποίησης από τη φροντίδα και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής;
- Επηρεάζαν κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η διάρκεια νοσηλείας ή η κατάσταση υγείας, την ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής των ασθενών;

4.3 Δείγμα και δειγματοληψία

Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελούνταν από ασθενείς που νοσηλεύονταν σε κέντρα αποκατάστασης. Στο δείγμα της παρούσας μελέτης συμμετείχαν ασθενείς που πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

- Η νοσηλεία τους στο κέντρο αποκατάστασης είχε διάρκεια μεγαλύτερη του ενός μήνα.
- Έπασχαν από ορθοπεδικά, νευρολογικά ή ογκολογικά προβλήματα.
- Γνώριζαν επαρκώς την ελληνική γλώσσα ώστε να μπορούν να διαβάσουν, να κατανοήσουν και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.
- Ήταν ηλικίας άνω των 18 ετών.
- Κατανοούσαν το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων μέτρησης και δεν έπασχαν από σοβαρές γνωστικές διαταραχές.

Η δειγματοληψία ήταν ευκολίας, προκειμένου να επιλεγούν συμμετέχοντες που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και μπορούσαν να παρέχουν εμπεριστατωμένες απαντήσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής και την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο κέντρο αποκατάστασης «Ευεξία», το οποίο βρίσκεται στην Κεντρική Μακεδονία και παρέχει υπηρεσίες αποκατάστασης σε ασθενείς μετά από νοσηλεία σε νοσοκομειακές μονάδες. Το κέντρο απευθύνεται σε άτομα με ορθοπεδικά, νευρολογικά και ογκολογικά προβλήματα και λειτουργεί σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο.

4.4 Ερευνητικά εργαλεία

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το τυποποιημένο και επικυρωμένο ερωτηματολόγιο EQ-5D, ενώ για την αξιολόγηση της ικανοποίησης από τη φροντίδα χρησιμοποιήθηκε κλίμακα που κάλυπτε παραμέτρους, όπως η επάρκεια και η συμπεριφορά του προσωπικού, η ποιότητα των υπηρεσιών και η γενική εμπειρία νοσηλείας.

Για τη συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια σε ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Τα εργαλεία περιλάμβαναν ερωτήσεις που αξιολογούσαν την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από τη φροντίδα.

A. Το ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών στοιχείων των ασθενών, το οποίο περιλάμβανε την καταγραφή παραμέτρων όπως η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο

εκπαίδευσης, η διάρκεια νοσηλείας και το είδος περιστατικού (ορθοπεδικό, νευρολογικό ή ογκολογικό).

Β. Η Κλίμακα EQ-5D-5L έχει αναπτυχθεί από το EuroQol Group και διατίθεται σε δύο βασικές εκδοχές με διαφορετικό αριθμό επιπέδων, προσφέροντας ευελιξία για διάφορους πληθυσμούς (<https://euroqol.org/>; Yfantopoulos, 2001; Κρίκκη και συν., 2026). Η ελληνική έκδοση έχει επίσης μεταφραστεί και σταθμιστεί σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, με δεδομένα προσαρμοσμένα στον ελληνικό πληθυσμό, και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Αποτελείται αρχικά από 5 ερωτήσεις και μετρά την ποιότητα ζωής των ασθενών σε πέντε αντίστοιχες των ερωτήσεων διαστάσεις (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, καθημερινές δραστηριότητες, πόνος/δυσφορία, άγχος/κατάθλιψη). Οι αποκρίσεις τους γίνονται σε 5-βάθμια κλίμακα αποκρίσεων Likert ενώ η βαθμονόμηση τους συνολικά μπορεί να περιλαμβάνει το συνδυασμό των κωδικοποιημένων απαντήσεων π.χ. 1,2,3,4,5 όπου αφορά την 1η απάντηση στην 1η ερώτηση, την 1η απάντηση στη 2η ερώτηση κ.ο.κ. όπου υψηλότερη τιμή (π.χ. 5) καταδεικνύει χειρίστη ποιότητα ζωής. Επίσης μπορεί να εξαχθεί βαθμολογία με εύρος από -0,59 έως 1,00 από τον συνδυασμό των παραπάνω αποκρίσεων στις 5 ερωτήσεις όπου τιμές στο 1,00 καθορίζουν άριστη υγεία. Η εκτίμηση δίνεται μέσω νορμών (Garratt et al., 2004; Rowen et al., 2026). Επιπλέον μια ερώτηση αφορά τη συνολική βαθμολογία για την κατάσταση υγείας και αποτυπώνεται ως «θερμόμετρο» σε κλίμακα 0-100.

Γ. Χρησιμοποιήθηκε επίσης η Κλίμακα Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) (Partheniadis et al., 2022; Theofilou et al., 2025). Αποτελείται από 18 ερωτήσεις που αναπτύσσονται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert με τιμές: 1=Συμφωνώ απολύτως, 2=Συμφωνώ, 3=Δεν είμαι σίγουρος/η, 4=Διαφωνώ, 5=Διαφωνώ απολύτως, και αποτελεί μία σύντομη έκδοση του ερωτηματολογίου PSQ-III. Καθορίζει 7 διαστάσεις για την ικανοποίηση των πολιτών, οι οποίες είναι η γενική ικανοποίηση (ερωτήσεις 3 και 17), η τεχνική ποιότητα (ερωτήσεις 2, 4, 6 και 14), οι διαπροσωπικές σχέσεις (ερωτήσεις 10 και 11), η επικοινωνία (ερωτήσεις 1 και 13), οι οικονομικές πτυχές (ερωτήσεις 5 και 7), ο χρόνος που αφιερώθηκε με τον ιατρό (ερωτήσεις 12 και 15) καθώς και η προσβασιμότητα και η ευκολία (ερωτήσεις 8, 9, 16 και 18). Ορισμένες ερωτήσεις αντιστρέφονται (ερωτ. 1,2,3,5,6,8,11,15,18) στην εκτίμηση των μέσων τιμών της βαθμονόμησης κάθε υποκλίμακας, οπότε υψηλότερη βαθμολογία εκφράζει υψηλή ικανοποίηση.

Οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν για ανώνυμη ανάλυση, ενώ η χρήση επικυρωμένων εργαλείων, όπως το PSQ-18 και το EQ-5D, συνέβαλε στη διασφάλιση της αξιοπιστίας

και της συγκρισιμότητας των αποτελεσμάτων. Η διάρκεια συμπλήρωσής των ερωτηματολογίων απαιτούσε περίπου 15 - 20 λεπτά.

4.5 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Η έρευνα διεξήχθη σύμφωνα με τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας της επιστημονικής έρευνας, τηρώντας πλήρως την ανωνυμία και το απόρρητο των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν λεπτομερώς για τους σκοπούς της μελέτης, τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων και τη δυνατότητα αποχώρησης από την έρευνα οποιαδήποτε χρονική στιγμή το επιθυμούσαν, ενώ όλοι υπέγραψαν έγγραφη συγκατάθεση πριν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Η έρευνα υποβλήθηκε προς έγκριση στη διοίκηση του κέντρου αποκατάστασης, προκειμένου να διασφαλιστεί η νόμιμη και ηθικά ορθή διεξαγωγή της. Επιπλέον, όλα τα δεδομένα συλλέχθηκαν και αποθηκεύτηκαν σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (GDPR).

4.6 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της εργασίας έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2018, IBM SPSS Statistics for Windows, v.25.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Έγιναν εκτιμήσεις κατανομών συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών εργασίας ή νοσηλείας των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη. Στη συνέπεια αποκρίσεων εκτιμήθηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας κατά Cronbach των δυο Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής ($\alpha=0,921$) & Ικανοποίησης Ασθενών ($\alpha=0,873$) ενώ ο έλεγχος της συμμετρίας τους έγινε με τη μέθοδο κατά Blom (QQ plot) όπου εκτιμήθηκαν με πολύ ελαφριά ασυμμετρία. Ακολούθησε μονομεταβλητή συσχέτιση μεταξύ τους με την παραμετρική μέθοδο του Pearson αλλά και με χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με το διαχωρισμό των ημερών νοσηλείας εφαρμόστηκε ανάλυση συνδιακύμανσης για τον έλεγχο διαφοροποίησης της Ποιότητας Ζωής με χρήση συμμεταβλητών ελέγχου (ηλικία και διαβίωση). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μονομεταβλητών συσχετίσεων, ακολούθησε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (συσχέτιση) της Ποιότητας Ζωής με τις ημέρες νοσηλείας, το δείκτη κατάσταση υγείας EQ-VAS και τη Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών των ασθενών, με αντίστοιχο έλεγχο συγγραμμικότητας. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Κεφάλαιο Πέμπτο

Αποτελέσματα

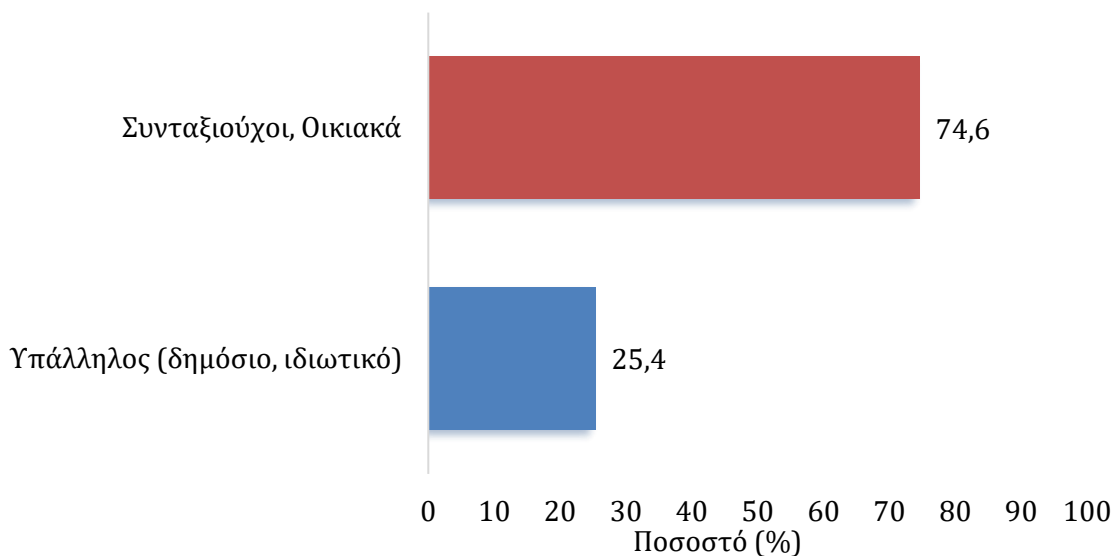
5.1 Βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Στην παρούσα εργασία συμμετείχαν 130 ασθενείς που νοσηλεύονταν σε κέντρα αποκατάστασης εκ των οποίων το 52,3% ήταν άνδρες (πίνακας 1). Η μέση ηλικία τους εκτιμήθηκε στα 75,1 χρόνια ή από 21 έως 94 ετών, με την πλειοψηφία ή το 54,6% να είναι 75+ ετών. Το 63,1% ανέφεραν ότι άγαμοι ή διαζευγμένοι ή χήροι/ες, το 61,5% διαβιούσαν μόνοι/ες και στην εκπαίδευση το 5,4% ήταν αναλφάβητοι, το 28,5% απόφοιτοι Δημοτικού ή το 24,6% απόφοιτοι Πανεπιστημίου ή Τεχνικής Σχολής. Ως προς την εθνικότητα, το 96,9% είχαν Ελληνική εθνικότητα.

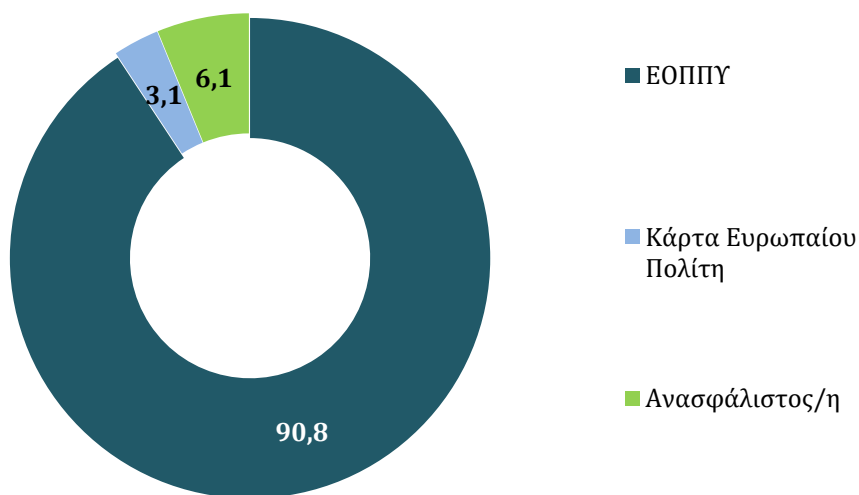
Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 130 ασθενών που νοσηλεύονταν σε κέντρα αποκατάστασης για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα και συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

		n	%
Φύλο	<i>Άνδρες/Γυναίκες</i>	68 / 62	52,3 / 47,7
Ηλικία, χρόνια	<i>μέση τιμή±τ.α. (ελάχ., μέγ.)</i>	75,1±13,0 (21, 94)	
	<i><75</i>	59	45,4
	<i>75+</i>	71	54,6
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α</i>	82	63,1
	<i>Έγγαμος/η</i>	48	36,9
Διαβίωση	<i>με γονείς, σύζυγο ή παιδιά</i>	50	38,5
	<i>μόνοι</i>	80	61,5
Εκπαίδευση	<i>Αναλφάβητοι</i>	7	5,4
	<i>Δημοτικό</i>	37	28,5
	<i>Γυμνάσιο</i>	30	23,1
	<i>Λύκειο</i>	24	18,5
	<i>Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ</i>	32	24,6
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	126	96,9
	<i>άλλη</i>	4	3,1

Από τη συχνότητα κατανομής της επαγγελματικής τους κατάστασης (**εικόνα 1**), οι περισσότεροι/ες ή το 74,6% δήλωσαν συνταξιούχοι ή οικιακά και μόλις το 25,4% ως υπάλληλοι του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα. Επίσης από την **εικόνα 2** και την κατανομή της ασφαλιστικής τους κατάστασης, το 90,8% δήλωσαν ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΠΥ, το 3,1% με Κάρτα Ευρωπαίου Πολίτη και το 6,1% ανασφάλιστοι.

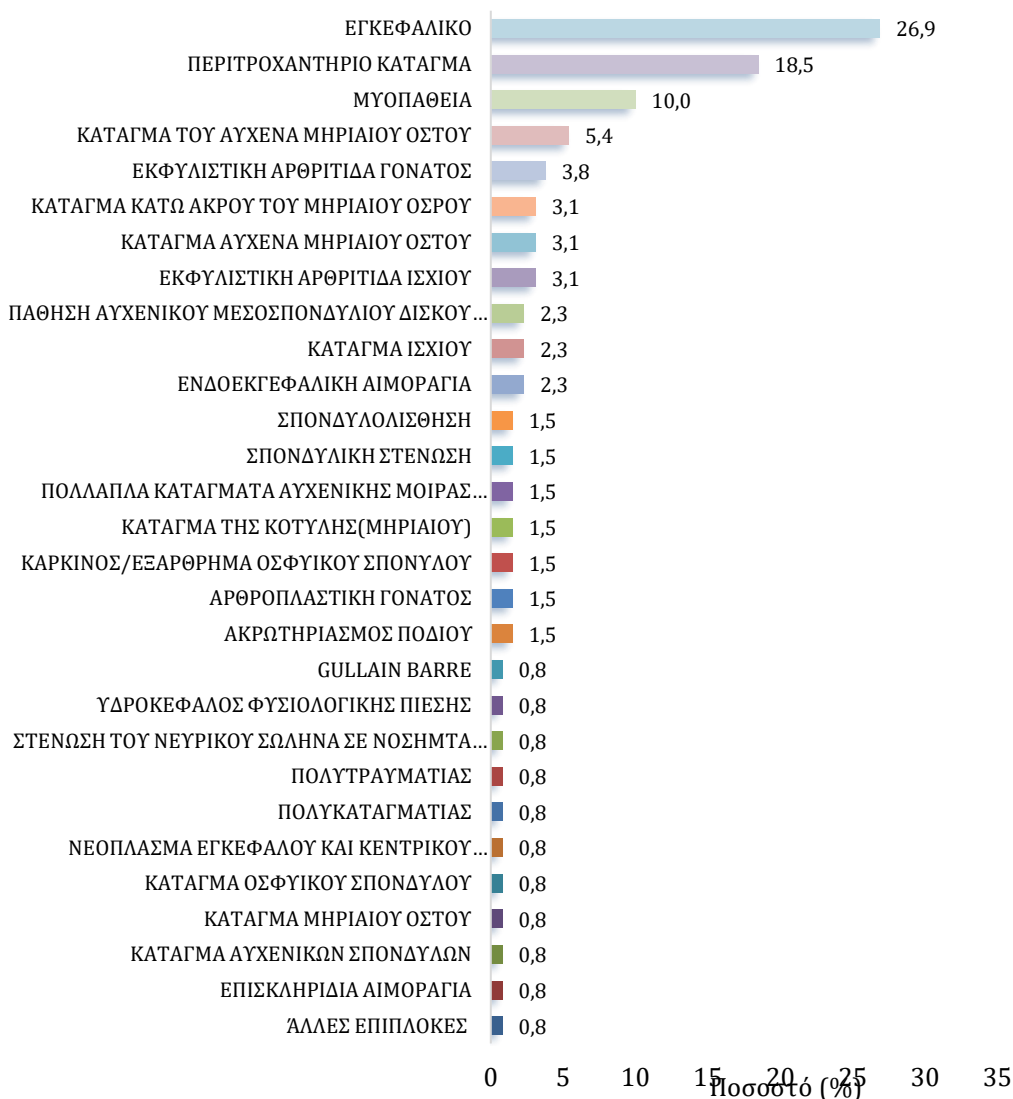


Εικόνα 1. Επαγγελματική κατάσταση των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

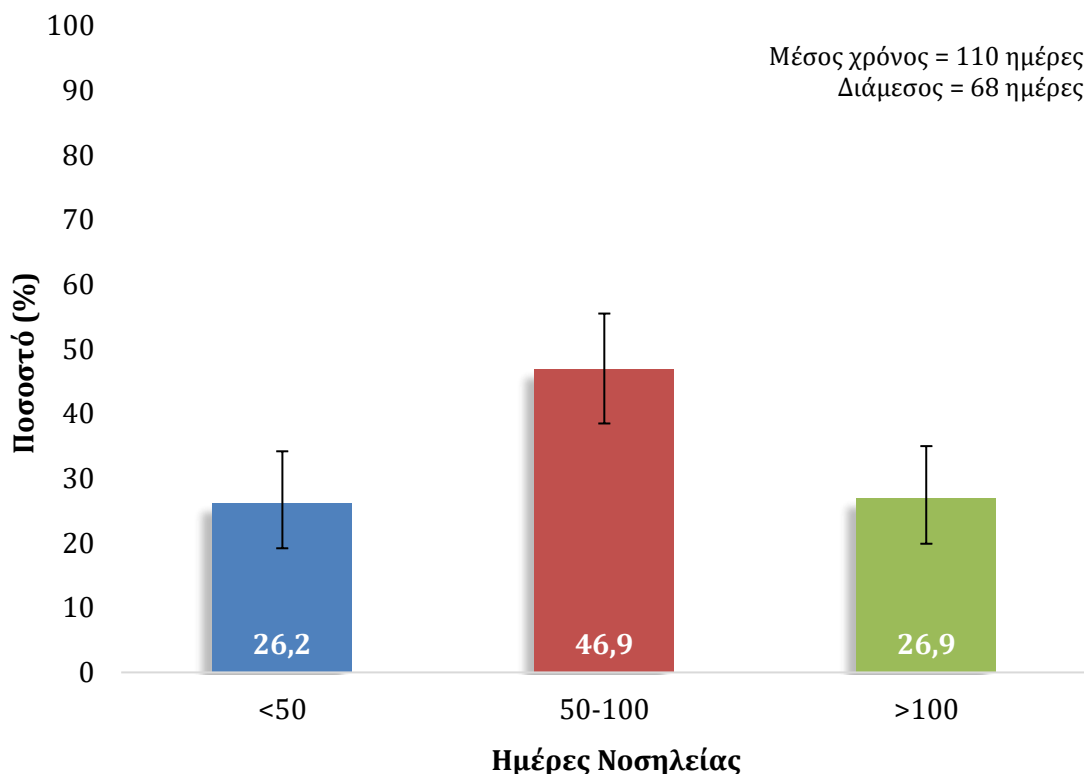


Εικόνα 2. Κατανομή ασφάλισης των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη

Ως προς το πλήθος αιτιών διάγνωσης και την **εικόνα 3**, το 26,9% ανέφεραν ότι νόσησαν από εγκεφαλικό και έπεται το περιτροχαντήριο τραύμα (18,5%), η μυοπάθεια (10,0%), το κάταγμα αυχένα μηριαίου οστού (5,4%) ή η εκφυλιστική αρθρίτιδα γόνατος (3,8%). Επίσης από την **εικόνα 4** και την κατανομή των ημερών νοσηλείας, ο μέσος χρόνος εκτιμήθηκε σε 110 ημέρες ενώ οι μισοί νοσηλεύτηκαν έως 68 ημέρες. Επίσης το 26,9% νοσηλεύτηκαν για περισσότερες από 100 ημέρες.



Εικόνα 3. Κατανομή διάγνωσης των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.



Εικόνα 4. Κατανομή ημερών νοσηλείας των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

5.2 Ποιότητα Ζωής Ασθενών

Οι συχνότερες αποκρίσεων των 5 καταστάσεων υγείας της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L παρουσιάζονται στον **πίνακα 2**. Αρκετά υψηλό ποσοστό ή 19,2% ανέφερε ότι δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα ως προς το άγχος/κατάθλιψη ενώ σοβαρά/πολύ έντονα προβλήματα ανέφερε το 44,6% στις καθημερινές δραστηριότητες ή στην κινητικότητα και μόλις το 15,4% στον πόνο/δυσφορία. Συμπληρωματικά στον **πίνακα 3**, παρουσιάζεται η συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L όπου υψηλότερη ή κοντά στο 1,00 καθορίζει καλύτερη ποιότητα ζωής. Βρέθηκε λοιπόν μέτρια μέση βαθμολογία Ποιότητα Ζωής της Κλίμακας EQ-5D-5L ($0,42 \pm 0,41$) ενώ με μέτρια/άριστη Ποιότητα Ζωής ή βαθμολογία 0-1,00 βρέθηκε το 78,5% και με χαμηλή το 21,5%. Επίσης σύμφωνα με την **εικόνα 5** που αφορά τη γραφική απεικόνιση του Δείκτη EQ-VAS («θερμόμετρο» ή Κατάσταση Υγείας) σε κλίμακα από 0 ως 100, διαπιστώνεται μέτρια μέση βαθμολογία της Κατάστασης Υγείας ή $54,6 (\pm 19,1)$.

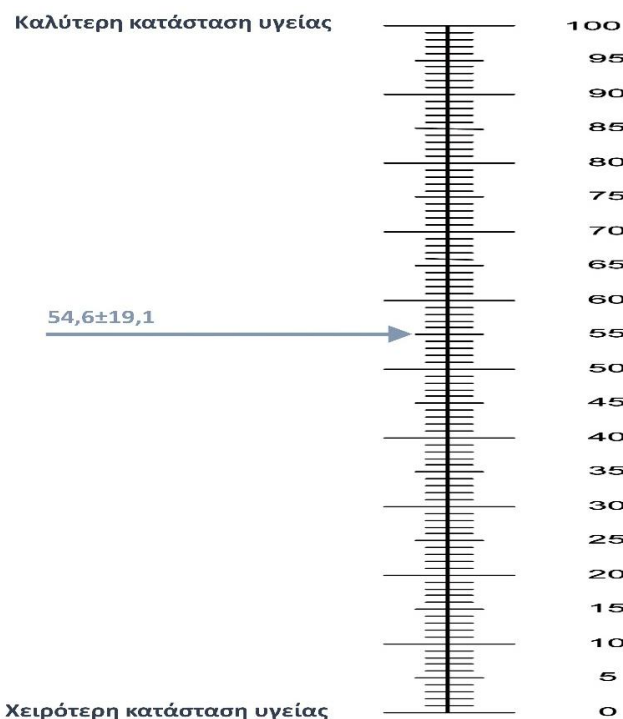
Πίνακας 2. Ποσοστιαία κατανομή αποκρίσεων της έντασης των προβλημάτων στις 5 διαστάσεις ποιότητας ζωής της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L (EuroQol five-dimensional questionnaire of five levels), των 130 ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

	Επίπεδα				
	1ο κανένα πρόβλημα	2ο ελαφριά προβλήματα	3ο μέτρια προβλήματα	4ο σοβαρά προβλήματα	5ο πολύ έντονα προβλήματα
	%				
Κινητικότητα	3,8	19,2	32,3	31,5	13,1↑
Αυτοεξυπηρέτηση	12,3	33,1	16,2	22,3	16,2
Καθημερινές δραστηριότητες	4,6	11,5	39,2	26,9	17,7↑
Πόνος/δυσφορία	7,7	42,3	34,6	10,8	4,6↓
Άγχος/κατάθλιψη	19,2	29,2	24,6	21,5	5,4

Πίνακας 3. Βαθμολογία της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L των 130 ασθενών συμμετεχόντων της μελέτης.

Κλίμακα	Εύρος κλίμακας	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Cronbach's α
Ποιότητα Ζωής EQ-5D-5L	-0,57 έως 0,97	0,42	0,41	0,61	0,921
<i>χαμηλή (<0,00)</i>	ν=28 ή 21,5%				
<i>μέτρια ή άριστη (0,00-1,00)</i>	ν=102 ή 78,5%				

Υψηλότερη βαθμολογία της EQ-5D-5L (→1,000) καθορίζει καλύτερη ποιότητα ζωής.



Εικόνα 5. Μέσα επίπεδα του Δείκτη EQ-VAS («Κατάστασης της Υγείας» ή «θερμόμετρο») των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

5.3 Ικανοποίηση Ασθενών

Στον **πίνακα 4** παρουσιάζονται οι κατανομές αποκρίσεων σε σχετικές συχνότητες και μέσες τιμές του βαθμού συμφωνίας στις προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18). Με υψηλότερη μέση τιμή ή βαθμό συμφωνίας βρέθηκε η πρόταση «Οι ιατροί μου μου φέρονται με πολύ φιλικό και ευγενικό τρόπο» (4,31) και έπεται ότι «Οι ιατροί είναι καλοί στο να εξηγούν το λόγο των ιατρικών εξετάσεων» (4,01). Αντίθετα, με υψηλότερο βαθμό διαφωνίας βρέθηκε η πρόταση «Κάποιες φορές οι ιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι αν η διάγνωσή τους είναι σωστή» (3,73).

Πίνακας 4. Κατανομή αποκρίσεων στις 18 προτάσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

	Διαφωνώ απολύτως (1)	Διαφωνώ (2)	Δεν είμαι σίγουρος/η (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ απολύτως (5)	μέση τιμή
	%					
<i>Οι ιατροί είναι καλοί στο να εξηγούν το λόγο των ιατρικών εξετάσεων.</i>	0,0	6,2	10,0	60,8	23,1	4,01↑
<i>Νομίζω ότι το ιατρείο του ιατρού μου έχει όσα χρειάζονται για να παρέχει πλήρη ιατρική περίθαλψη.</i>	0,0	5,4	18,5	66,9	9,2	3,80
<i>Η ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω είναι σχεδόν τέλεια.</i>	1,5	9,2	35,4	40,8	13,1	3,55
<i>Αισθάνομαι σίγουρος ότι μπορώ να λάβω την ιατρική περίθαλψη που χρειάζομαι χωρίς να έχω μεγάλη οικονομική επιβάρυνση.</i>	8,5	19,2	33,1	36,9	2,3	3,05
<i>Όταν πηγαίνω για ιατρική περίθαλψη, προσέχουν ώστε να ελέγχουν τα πάντα όταν μου κάνουν κάποια θεραπεία ή με εξετάζουν.</i>	0,0	3,8	10,8	67,7	17,7	3,99
<i>Έχω εύκολη πρόσβαση στους ειδικούς που χρειάζομαι.</i>	1,5	6,9	29,2	56,2	6,2	3,58
<i>Οι ιατροί μου μου φέρονται με πολύ φιλικό και ευγενικό τρόπο.</i>	0,0	0,0	5,4	58,5	36,2	4,31↑
<i>Οι ιατροί συνήθως ξοδεύουν αρκετό χρόνο μαζί μου.</i>	0,0	11,5	27,7	45,4	15,4	3,65
<i>Μπορώ να λαμβάνω ιατρική περίθαλψη όποτε τη χρειάζομαι.</i>	0,0	10,8	20,8	51,5	16,9	3,75
	Συμφωνώ απολύτως (1)	Συμφωνώ (2)	Δεν είμαι σίγουρος/η (3)	Διαφωνώ (4)	Διαφωνώ απολύτως (5)	
<i>Κάποιες φορές οι ιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι αν η διάγνωσή τους είναι σωστή.</i>	0,0	1,5	33,8	54,6	10,0	3,73↑

<i>Πρέπει να πληρώνω περισσότερο απ'όσο μπορώ να διαθέσω για την ιατρική μου περίθαλψη.</i>	10,8	3,1	66,2	15,4	4,6	3,00
<i>Στο μέρος που λαμβάνω ιατρική περίθαλψη, οι άνθρωποι χρειάζεται να περιμένουν πάρα πολύ για επείγουσα φροντίδα.</i>	4,6	6,9	65,4	14,6	8,5	3,15
<i>Οι ιατροί φέρονται υπερβολικά επαγγελματικά και απρόσωπα προς εμένα.</i>	0,8	6,9	51,5	35,4	5,4	3,38
<i>Εκείνοι που μου παρέχουν ιατρική περίθαλψη κάποιες φορές βιάζονται υπερβολικά όταν μου παρέχουν φροντίδα.</i>	0,0	23,8	53,1	19,2	3,8	3,03
<i>Οι ιατροί κάποιες φορές αγνοούν αυτά που τους λέω.</i>	0,0	20,8	50,0	22,3	6,9	3,15
<i>Έχω κάποιες αμφιβολίες για την ικανότητα των ιατρών που με φροντίζουν.</i>	0,0	15,4	46,2	31,5	6,9	3,30
<i>Δυσκολεύομαι να κλείσω ραντεβού για ιατρική περίθαλψη αμέσως.</i>	0,8	9,2	64,6	12,3	13,1	3,28
<i>Είμαι δυσαρεστημένος με ορισμένα πράγματα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω.</i>	0,8	24,6	29,2	40,0	5,4	3,25

Ως συνέχεια, τα επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) παρουσιάζονται στον **πίνακα 5**. Η Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών και των υποκλιμάκων της κυμαίνονται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα (πλησίον του 5). Η Συνολική Ικανοποίηση βρέθηκε με μέση τιμή 3,50/5,00, ενώ από τις 7 υποκλίμακες της με την υψηλότερη ικανοποίηση βρέθηκε εκείνη των *Διαπροσωπικών Σχέσεων* έναντι χαμηλότερης των *Οικονομικών Πτυχών* (3,84 έναντι 3,03, $p<0,001$).

Πίνακας 5. Επίπεδα βαθμολογιών της Κλίμακας Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

Κλίμακες	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Επίδραση οροφής, %
Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών (υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση)	3,50	0,45	3,50	2,00	5,00	0,8
Γενική Ικανοποίηση	3,40	0,63	3,50	1,00	5,00	3,8
Τεχνική Ποιότητα	3,71	0,45	3,75	2,00	5,00	2,3
Διαπροσωπικές Σχέσεις	3,84▲	0,47	4,00	2,50	5,00	2,3
Επικοινωνία	3,58	0,58	3,50	2,00	5,00	3,8
Οικονομικές Πτυχές	3,03▼	0,81	3,00	1,00	5,00	1,5
Χρόνος που αφιερώθηκε με τον ιατρό	3,34	0,63	3,50	2,00	5,00	3,8
Προσβασιμότητα & Ευκολία	3,44	0,64	3,50	1,75	5,00	3,8

Έλεγχος Friedman μεταξύ των υποκλιμάκων, $p < 0,001$.

5.4 Συσχετίσεις

Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται η συσχέτιση των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L & Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18). Διαπιστώνονται συστηματικές σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ τους όπου μεταξύ άλλων η καλύτερη Ποιότητα Ζωής σχετίζεται με υψηλότερη Συνολική Ικανοποίηση ($r=0,347$, $p<0,05$), με υψηλότερη Ικανοποίηση από το Χρόνο που αφιερώθηκε με τον ιατρό ($r=0,498$, $p<0,05$) ή με υψηλότερη Ικανοποίηση από τη Προσβασιμότητα & Ευκολία ($r=0,368$, $p<0,05$). Ανάλογα, η καλύτερη Κατάσταση Υγείας σχετίζεται με υψηλότερη Συνολική Ικανοποίηση ($r=0,376$, $p<0,05$), με υψηλότερη Ικανοποίηση από το Χρόνο που αφιερώθηκε με τον ιατρό ($r=0,488$, $p<0,05$) ή με υψηλότερη Ικανοποίηση από τη Προσβασιμότητα & Ευκολία ($r=0,377$, $p<0,05$).

Πίνακας 6. Συσχέτιση των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L & Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

	Ποιότητα Ζωής EQ-5D-5L (Υψηλότερη βαθμολογία της EQ-5D-5L ή →1,000 καθορίζει καλύτερη ποιότητα ζωής)	Δείκτης EQ -VAS «Κατάστασης της Υγείας» (Υψηλότερη βαθμολογία ή →100 καθορίζει καλύτερη κατάσταση υγείας)
	r-Pearson	
Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών (υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση)	0,347*	0,376*
Γενική Ικανοποίηση	0,282*	0,240*
Τεχνική Ποιότητα	0,131	0,170
Διαπροσωπικές Σχέσεις	0,117	0,187*
Επικοινωνία	0,173*	0,287*
Οικονομικές Πτυχές	0,220*	0,223*
Χρόνος που αφιερώθηκε με τον ιατρό	0,498*	0,488*
Προσβασιμότητα & Ευκολία	0,368*	0,377*

* $p < 0,05$

Στον **πίνακα 7 & 8** αντίστοιχα παρουσιάζεται η συσχέτιση των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L & Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) με τα βασικά τους χαρακτηριστικά. Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (πίνακας 7) σχετίζονται σημαντικά με χαμηλότερη *Συνολική Ικανοποίηση* ($r = -0,311$, $p < 0,05$) ή χειρότερη *Κατάσταση Υγείας* ($r = -0,210$, $p < 0,05$), χωρίς να διαπιστώνεται σημαντική συσχέτιση της Ποιότητας Ζωής με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση ή το τρόπο διαβίωσης ($p > 0,05$). Ανάλογα, με υψηλότερη *Συνολική Ικανοποίηση* (πίνακας 8) σχετίζεται σημαντικά το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών ($r = 0,235$, $p < 0,05$), η εργασιακή τους κατάσταση (εργαζόμενοι) ($r = -0,214$, $p < 0,05$) ή οι περισσότερες ημέρες νοσηλείας ($r = -0,183$, $p < 0,05$). Επίσης, με καλύτερη *Ποιότητα Ζωής* σχετίζονται όσοι έχουν λιγότερες ημέρες νοσηλείας ($r = -0,179$, $p < 0,05$).

Πίνακας 7. Συσχέτιση βασικών χαρακτηριστικών με τις βαθμολογίες των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L & Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

	Φύλο (1: άνδρες, 2: γυναίκες)	Ηλικία (χρόνια)	Οικογενειακή κατάσταση (1: Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, 2: Έγγαμος/η)	Διαβίωση (1: με γονείς, σύζυγο ή παιδιά, 2: μόνοι)
	r-Pearson			
Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών (υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση)	-0,008	-0,311*	0,095	-0,162
Γενική Ικανοποίηση	0,047	-0,076	0,063	-0,117
Τεχνική Ποιότητα	0,008	-0,319*	0,075	-0,130
Διαπροσωπικές Σχέσεις	0,174*	-0,174*	0,019	-0,064
Επικοινωνία	-0,106	-0,463*	-0,065	0,028
Οικονομικές Πτυχές	-0,080	-0,059	0,004	-0,062
Χρόνος που αφιερώθηκε με τον ιατρό	-0,049	-0,258*	0,108	-0,166
Προσβασιμότητα & Ευκολία	0,005	-0,290*	0,183*	-0,234*
Ποιότητα Ζωής EQ-5D-5L (Υψηλότερη βαθμολογία της EQ-5D-5L ή →1,000 καθορίζει καλύτερη ποιότητα ζωής)	-0,022	-0,107	0,136	-0,162
Δείκτης EQ-VAS «Κατάστασης της Υγείας» (Υψηλότερη βαθμολογία ή →100 καθορίζει καλύτερη κατάσταση υγείας)	0,001	-0,210*	0,021	-0,045

* p<0,05

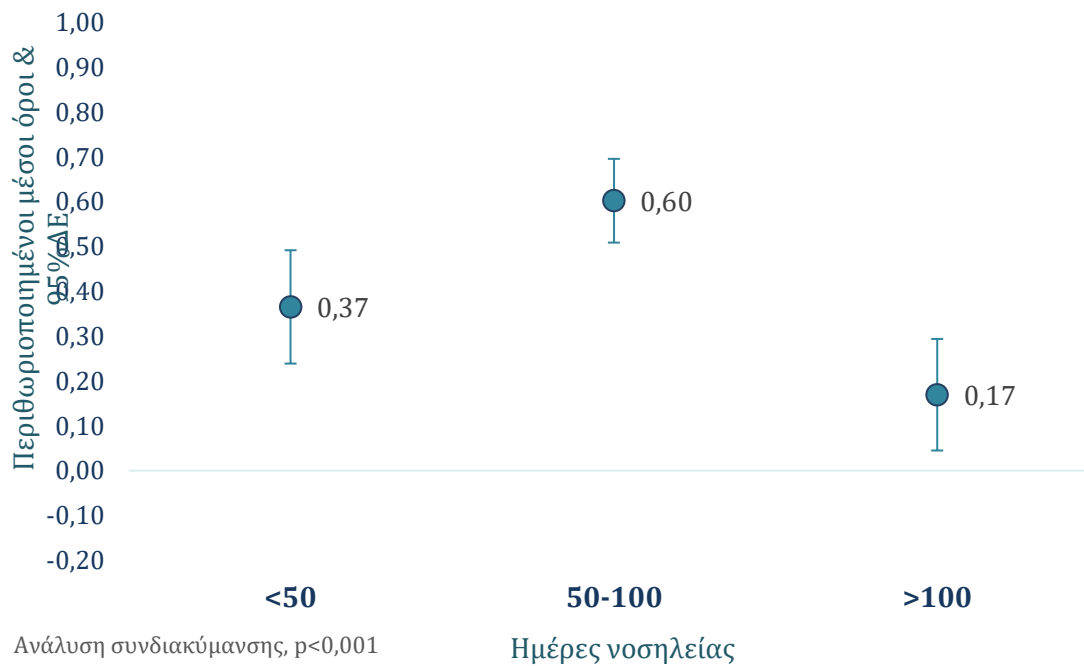
Πίνακας 8. Συσχέτιση βασικών χαρακτηριστικών με τις βαθμολογίες των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L & Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ-18) των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

	Εκπαίδευση (1: αναλφάβητοι, 2: δημοτικό, 3: γυμνάσιο, 4: λύκειο, 5: Πανεπιστήμιο, TEI)	Εθνικότητα (1: Ελληνική, 2: άλλη)	Επαγγελματική κατάσταση (1: Υπάλληλοι, 2: Συνταξιούχοι, Οικιακά)	Ημέρες νοσηλείας (11 κατηγορίες ή ανά 15 ημέρες νοσηλεία)
	r-Pearson			
Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών (υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση)	0,235*	0,110	-0,214*	0,183*
Γενική Ικανοποίηση	0,056	0,135	-0,040	0,026
Τεχνική Ποιότητα	0,218*	0,091	-0,184*	0,196*
Διαπροσωπικές Σχέσεις	0,056	0,060	-0,102	0,318*
Επικοινωνία	0,326*	0,014	-0,330*	0,061
Οικονομικές Πτυχές	0,083	0,104	-0,079	0,125
Χρόνος που αφιερώθηκε με τον ιατρό	0,229*	0,117	-0,164	0,138
Προσβασιμότητα & Ευκολία	0,231*	0,069	-0,213*	0,138
Ποιότητα Ζωής EQ-5D-5L (Υψηλότερη βαθμολογία της EQ-5D-5L ή →1,000 καθορίζει καλύτερη ποιότητα ζωής)	0,063	0,076	-0,045	-0,179*
Δείκτης EQ-VAS «Κατάστασης της Υγείας» (Υψηλότερη βαθμολογία ή →100 καθορίζει καλύτερη κατάσταση υγείας)	0,100	0,055	-0,092	-0,108

* p<0,05

Επιπλέον και σύμφωνα με την **εικόνα 6**, οι ημέρες νοσηλείας πέρα από την αδρή συσχέτιση φαίνεται να προσδιορίζουν μια διαφοροποίηση στα επίπεδα της Ποιότητας Ζωής της Κλίμακας EQ-5D-5L. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με διάρκεια νοσηλείας μικρότερη των 50 ημερών έχουν μέση τιμή Ποιότητας Ζωής 0,37, σημαντικά υψηλότερη εκείνοι με 50-100 ημέρες ή 0,60 και χαμηλότερη ή 0,17 εκείνοι με περισσότερες από 100 ημέρες (p<0,001). Φαίνεται λοιπόν ότι οι ασθενείς με λιγότερες ημέρες νοσηλείας (<50)

αλλά και εκείνοι με περισσότερες (>100) έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής από εκείνους που έχουν ενδιάμεσο διάστημα νοσηλείας (50-100).



Εικόνα 6. Μέσα επίπεδα Κλίμακας Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, ως προς τις ημέρες νοσηλείας τους.

5.5 Πολλαπλή συσχέτιση Ποιότητας Ζωής & Ικανοποίησης Ασθενών

Στον πίνακα 9 τέλος παρουσιάζεται η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (συσχέτιση) της Ποιότητας Ζωής με τις ημέρες νοσηλείας, το δείκτη κατάστασης υγείας EQ-VAS και τη Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη. Η καλύτερη Ποιότητα Ζωής φαίνεται λοιπόν να σχετίζεται με λιγότερες ημέρες νοσηλείας (ανά 15 ημέρες) ($\beta = -0,014$, $p = 0,038$) αλλά και με την καλύτερη Κατάσταση Υγείας τους όπως οι ίδιοι την προσδιορίζουν ($\beta = 0,017$, $p < 0,001$). Η Συνολική Ικανοποίηση ωστόσο, δεν φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά ή να καθορίζει σημαντικά καλύτερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής ($p > 0,05$).

Πίνακας 9. Πολλαπλή γραμμική συσχέτιση της Ποιότητας Ζωής με τις ημέρες νοσηλείας, το δείκτη κατάστασης υγείας EQ-VAS και τη Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών των 130 ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

Ποιότητα Ζωής EQ-5D-5L				
(Υψηλότερη βαθμολογία της EQ-5D-5L ή →1,000 καθορίζει καλύτερη ποιότητα ζωής)				
	μη τυπ. συντ. β	τυπ. σφάλμα	p-value	δείκτης ανοχής
Ημέρες νοσηλείας	-0,014	0,007	0,038	0,93
(11 κατηγορίες ή ανά 15 ημέρες νοσηλεία)				
Δείκτης EQ-VAS	0,017	0,001	<0,001	0,83
«Κατάστασης της Υγείας»				
(Υψηλότερη βαθμολογία ή →100 καθορίζει καλύτερη κατάσταση υγείας)				
Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών	0,061	0,049	0,213	0,81
(υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη ικανοποίηση)				
<i>R² (adjusted)</i>		0,704 (0,697)		

Κεφάλαιο Έκτο

Συζήτηση

6.1 Σύνοψη

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής έρευνας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα που λαμβάνουν σε κέντρα αποκατάστασης. Η μελέτη στόχευε να αποτυπώσει τον βαθμό επίδρασης των παρεχόμενων υπηρεσιών στη συνολική ευημερία των ασθενών και να εντοπίσει παράγοντες που επηρεάζουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής και ικανοποίηση. Γενικά και σύμφωνα με τα ερωτήματα, εκτιμήθηκε ότι: α) οι ασθενείς με νοσηλεία σε τμήμα αποκατάστασης είχαν μέτρια επίπεδα Ποιότητας Ζωής, Κατάστασης Υγείας και μέτρια προς υψηλά επίπεδα Ικανοποίησης Ασθενών, με υψηλότερη ικανοποίηση εκείνη των Διαπροσωπικών Σχέσεων και χαμηλότερη των Οικονομικών Πτυχών ($p<0,001$), β) ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας σχετιζόνταν με χαμηλότερη Συνολική Ικανοποίηση ή χειρότερη Κατάσταση Υγείας, ενώ η Ποιότητας Ζωής δεν σχετιζόταν με προσωπικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση ή ο τρόπος διαβίωσης ($p>0,05$), γ) η υψηλότερη Συνολική Ικανοποίηση σχετιζόταν σημαντικά με το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών, την εργασιακή τους κατάσταση ως εργαζόμενοι ή οι περισσότερες ημέρες νοσηλείας ($p<0,05$), δ) οι ασθενείς με λιγότερες ημέρες νοσηλείας (<50) αλλά και εκείνοι με περισσότερες (>100) είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα Ποιότητας Ζωής από εκείνους που είχαν ενδιάμεσο διάστημα νοσηλείας ($50-100$) ($p<0,05$), ε) συνολικά, η καλύτερη Ποιότητα Ζωής σχετιζόταν με λιγότερες ημέρες νοσηλείας ($\beta=-0,014$, $p=0,038$) αλλά και με την καλύτερη αυτοαναφερόμενη Κατάσταση Υγείας ($\beta=0,017$, $p<0,001$) ενώ η Συνολική Ικανοποίηση δεν καθόριζε σημαντικά καλύτερα επίπεδα Ποιότητα Ζωής ($p>0,05$).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς παρουσίασαν μέτρια επίπεδα ποιότητας ζωής, συμφωνούν με τη βιβλιογραφία που δείχνει ότι οι ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας, λειτουργικούς περιορισμούς ή ανάγκες αποκατάστασης εμφανίζουν συχνά επιβαρυσμένη ποιότητα ζωής. Αντίστοιχα, στη διδακτορική διατριβή της Κουτσιμπού, η ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια και οξεία αναπνευστικά νοσήματα συνδέθηκε με τη γενική κατάσταση υγείας και με την εμπειρία της νοσοκομειακής φροντίδας, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται ουσιαστικά από τη συνολική κατάσταση υγείας και τις συνθήκες παροχής φροντίδας (Κουτσιμπού, 2020). Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφηκαν και από τους Kontodimopoulos et al. (2008), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η αυτοαντίληψη της υγείας

αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης των βαθμολογιών του EQ-5D στον ελληνικό πληθυσμό. Παρόμοια, στην παρούσα έρευνα, οι χαμηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις της κινητικότητας και των καθημερινών δραστηριοτήτων δείχνουν ότι οι λειτουργικοί περιορισμοί επηρεάζουν καθοριστικά την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής των ασθενών σε περιβάλλον αποκατάστασης.

Η σύνδεση της αποκατάστασης με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής επιβεβαιώνεται και από τη διδακτορική διατριβή του Τσούκα, στην οποία αναφέρεται ότι η συμμετοχή σε πρόγραμμα αποκατάστασης συνέβαλε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, της φυσικής ικανότητας και της επανένταξης των ασθενών στην καθημερινότητα και στην εργασία (Τσούκας, 1993). Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν και με τους Langhorne et al. (2011), οι οποίοι υποστήριξαν ότι η αποκατάσταση συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της λειτουργικότητας, της ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από σοβαρά προβλήματα υγείας. Το εύρημα αυτό συνάδει με τις διαπιστώσεις της παρούσας μελέτης, σύμφωνα με τις οποίες η αποκατάσταση δεν αξιολογείται μόνο με βάση την κλινική πρόοδο, αλλά και με τη λειτουργική ανεξαρτησία, την αυτονομία και τη συνολική εμπειρία του ασθενούς.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα της παρούσας μελέτης σύμφωνα με το οποίο η καλύτερη ποιότητα ζωής σχετιζόταν με λιγότερες ημέρες νοσηλείας και καλύτερη αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα των Kontodimopoulos et al. (2008), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η αντίληψη των ατόμων για την κατάσταση της υγείας τους αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα των βαθμολογιών του EQ-5D. Παράλληλα, οι Churchill et al. (2021), αξιολογώντας ασθενείς σε εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες αποκατάστασης, ανέφεραν ότι οι μεταβολές στην ποιότητα ζωής σχετιζόνταν άμεσα με τη λειτουργική κατάσταση και την πορεία αποκατάστασης των ασθενών. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν το συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται κυρίως από τη λειτουργική κατάσταση και την αντιλαμβανόμενη υγεία των ασθενών. Αντίθετα, στην παρούσα μελέτη η συνολική ικανοποίηση δεν φάνηκε να αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της ποιότητας ζωής, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι δύο έννοιες, αν και αλληλοσχετίζονται, δεν ταυτίζονται.

Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών συμφωνούν με πρόσφατες διεθνείς μελέτες στον χώρο της αποκατάστασης. Οι Albrgan και Elsayed (2024), σε μελέτη νοσηλευόμενων ασθενών σε νοσοκομείο αποκατάστασης στη Σαουδική Αραβία, ανέδειξαν ότι η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες αποκατάστασης συνδέεται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την

επικοινωνία και τη συνολική εμπειρία νοσηλείας. Το εύρημα αυτό παρουσιάζει σημαντική αντιστοιχία με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όπου οι ασθενείς αξιολόγησαν θετικά τη διαπροσωπική συμπεριφορά του προσωπικού και την τεχνική ποιότητα της φροντίδας.

Η σημασία της θεραπευτικής σχέσης και της επικοινωνίας μελετάται επίσης στη μελέτη των Akram et al. (2026), η οποία εξέτασε την ικανοποίηση ασθενών από φυσικοθεραπευτική φροντίδα. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με την ποιότητα της επικοινωνίας, τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν σε διαστάσεις που σχετίζονται με τη διαπροσωπική συμπεριφορά και την ποιότητα της φροντίδας.

Παράλληλα, η διδακτορική διατριβή της Αναστασοπούλου, η οποία διερεύνησε την ικανοποίηση ασθενών με καρκίνο από τη συνολική παρεχόμενη φροντίδα, αναδεικνύει ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται από τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών, τη φύση της νόσου και την ποιότητα της υποστήριξης που λαμβάνουν (Αναστασοπούλου, 2025). Αντίστοιχα, οι Albrgan και Elsayed (2024) ανέφεραν ότι η ποιότητα της υποστήριξης και η αποτελεσματική επικοινωνία με το προσωπικό αποτελούν σημαντικούς παράγοντες διαμόρφωσης της ικανοποίησης των ασθενών σε μονάδες αποκατάστασης. Η σύνδεση αυτή είναι σημαντική και για την παρούσα μελέτη, καθώς το δείγμα περιλάμβανε ασθενείς με διαφορετικές κλινικές διαγνώσεις, γεγονός που πιθανόν επηρέασε τόσο την ποιότητα ζωής όσο και την ικανοποίησή τους από τη φροντίδα.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η ποιότητα των ίδιων των δομών αποκατάστασης. Η διδακτορική διατριβή του Δημητριάδη, η οποία εστίασε στην αξιολόγηση και πιστοποίηση κέντρων αποκατάστασης στην Ελλάδα, αναδεικνύει την ανάγκη ανάπτυξης συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στον χώρο της αποκατάστασης, ιδιαίτερα στο ελληνικό πλαίσιο (Δημητριάδης, 2013). Το στοιχείο αυτό υποστηρίζεται και από τους Stucki et al. (2007), οι οποίοι τόνισαν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών αποκατάστασης πρέπει να αξιολογείται πολυδιάστατα, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τη λειτουργικότητα όσο και την εμπειρία των ασθενών. Το στοιχείο αυτό συνδέεται άμεσα με την παρούσα μελέτη, καθώς η ικανοποίηση των ασθενών δεν εξαρτάται μόνο από τη θεραπευτική σχέση, αλλά και από την οργάνωση, την προσβασιμότητα και τη συνολική ποιότητα των υπηρεσιών.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν επίσης με τη διεθνή βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν

συμπληρωματικούς δείκτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης. Η μελέτη των Alanazi et al. (2023) επισημαίνει ότι οι υπηρεσίες αποκατάστασης συνδέονται άμεσα με την ποιότητα ζωής και ότι η περαιτέρω ανάπτυξη τους αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την κάλυψη των αυξανόμενων αναγκών των ασθενών. Η θέση αυτή ενισχύει τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας, σύμφωνα με τα οποία η αποκατάσταση πρέπει να αξιολογείται μέσα από πολυδιάστατους δείκτες, όπως η λειτουργικότητα, η αυτονομία, η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση.

6.2 Περιορισμοί της έρευνας

Παρά τη συμβολή της παρούσας μελέτης στην κατανόηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης των ασθενών σε κέντρο αποκατάστασης, ορισμένοι περιορισμοί θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Η αναγνώριση των περιορισμών αυτών είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς συμβάλλει στη σωστή αποτίμηση της ερευνητικής διαδικασίας και στη διαμόρφωση πιο ολοκληρωμένων μελλοντικών ερευνητικών προσεγγίσεων.

Αρχικά, ένας βασικός περιορισμός της μελέτης αφορά στο σχετικά περιορισμένο μέγεθος του δείγματος, το οποίο περιλάμβανε 130 ασθενείς από μία μόνο δομή αποκατάστασης. Αν και το δείγμα κρίθηκε επαρκές για τη διεξαγωγή της παρούσας ανάλυσης, η συμμετοχή ασθενών από ένα μόνο κέντρο περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε ευρύτερους πληθυσμούς ή σε διαφορετικά συστήματα παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης. Οι ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης δομής, τόσο σε επίπεδο οργάνωσης όσο και ποιότητας υπηρεσιών, ενδέχεται να επηρέασαν τα ευρήματα της έρευνας.

Επιπλέον, η χρήση δειγματοληψίας ευκολίας αποτελεί έναν ακόμη περιορισμό, καθώς οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν βάσει διαθεσιμότητας και δυνατότητας συμμετοχής. Η μέθοδος αυτή, αν και συχνά χρησιμοποιείται σε κλινικά περιβάλλοντα λόγω πρακτικών περιορισμών, ενδέχεται να εισάγει μεροληψία επιλογής και να περιορίζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Συνεπώς, ορισμένες ομάδες ασθενών μπορεί να υποεκπροσωπούνται, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (Polit & Beck, 2017).

Σημαντικό περιορισμό της παρούσας έρευνας αφορά το γεγονός ότι αρκετοί νοσηλευόμενοι ασθενείς δεν μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο δείγμα λόγω σοβαρών γνωστικών, επικοινωνιακών ή νευρολογικών δυσκολιών, οι οποίες περιόριζαν τη δυνατότητα κατανόησης και αξιόπιστης συμπλήρωσης των ερευνητικών εργαλείων

γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει περαιτέρω την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Συνεπώς, τα αποτελέσματα της μελέτης αντανakλούν κυρίως τις εμπειρίες ασθενών με επαρκή γνωστική και επικοινωνιακή ικανότητα και πιθανώς δεν αποτυπώνουν πλήρως την εμπειρία ασθενών με σοβαρότερα λειτουργικά ή νοητικά ελλείμματα. Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός αφορά στη χρήση αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων για τη συλλογή των δεδομένων. Παρότι τα εργαλεία EQ-5D-5L και PSQ-18 είναι διεθνώς αναγνωρισμένα, έγκυρα και αξιόπιστα, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων βασίζονται στην προσωπική τους αντίληψη και κρίση, γεγονός που μπορεί να επηρεάζεται από υποκειμενικούς παράγοντες όπως η ψυχολογική κατάσταση, οι προσδοκίες ή η τρέχουσα εμπειρία νοσηλείας. Επομένως, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα πληροφοριακής μεροληψίας.

Επιπλέον, ένας ακόμη περιορισμός της παρούσας μελέτης αφορά στην πολυπλοκότητα και την ετερογένεια των κλινικών διαγνώσεων των συμμετεχόντων. Το δείγμα περιλάμβανε ασθενείς με διαφορετικά ορθοπεδικά, νευρολογικά και ογκολογικά προβλήματα, τα οποία ενδέχεται να επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τόσο την ποιότητα ζωής όσο και την ικανοποίηση από τη φροντίδα. Η μεγάλη ποικιλία των διαγνώσεων και των κλινικών χαρακτηριστικών δυσχέρανε τη δυνατότητα πιο εξειδικευμένης ανάλυσης ανά κατηγορία ασθενών, καθώς η περαιτέρω στατιστική υποκατηγοριοποίηση θα οδηγούσε σε πολύ μικρό αριθμό συμμετεχόντων ανά ομάδα. Ως αποτέλεσμα, η επίδραση συγκεκριμένων κλινικών καταστάσεων στην ποιότητα ζωής και στην ικανοποίηση των ασθενών δεν ήταν δυνατό να διερευνηθεί σε μεγαλύτερο βάθος.

Η ηλικιακή σύνθεση του δείγματος αποτελεί επίσης παράγοντα που ενδέχεται να επηρεάζει τα αποτελέσματα, καθώς ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν σχετικά υψηλός. Οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες συχνά εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα λειτουργικότητας, διαφορετικές προσδοκίες από τις υπηρεσίες υγείας και αυξημένη επιβάρυνση από συνοδά νοσήματα, γεγονός που μπορεί να διαφοροποιεί τόσο την αντίληψη της ποιότητας ζωής όσο και την αξιολόγηση της φροντίδας.

Επιπρόσθετα, η διατομεακή (cross-sectional) φύση της μελέτης περιορίζει τη δυνατότητα διερεύνησης αιτιολογικών σχέσεων μεταξύ ποιότητας ζωής και ικανοποίησης. Η έρευνα αποτυπώνει την κατάσταση των ασθενών σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή και δεν επιτρέπει την παρακολούθηση πιθανών μεταβολών με την πάροδο του χρόνου. Ως εκ τούτου, δεν είναι δυνατόν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με τη μακροχρόνια επίδραση της αποκατάστασης στις υπό μελέτη μεταβλητές.

Τέλος, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε κυρίως σε ποσοτικούς δείκτες αξιολόγησης και δεν περιλάμβανε ποιοτικές μεθόδους, όπως συνεντεύξεις ή εις βάθος διερεύνηση των εμπειριών των ασθενών. Η ενσωμάτωση ποιοτικών δεδομένων θα μπορούσε να προσφέρει βαθύτερη κατανόηση των προσωπικών εμπειριών, των συναισθημάτων και των ιδιαίτερων αναγκών των ασθενών, ενισχύοντας περαιτέρω την κατανόηση της εμπειρίας τους.

Τέλος, παρά τους παραπάνω περιορισμούς, η μελέτη παρέχει σημαντικά δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση των ασθενών σε περιβάλλον αποκατάστασης. Η αναγνώριση των περιορισμών αυτών δεν μειώνει την αξία της έρευνας, αλλά συμβάλλει στην ορθότερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη διαμόρφωση πιο ολοκληρωμένων και ισχυρών μελλοντικών ερευνητικών προσεγγίσεων.

Κεφάλαιο Έβδομο

Συμπεράσματα

7.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που λαμβάνουν σε κέντρο αποκατάστασης, με στόχο την αποτύπωση της εμπειρίας των ασθενών και την αξιολόγηση παραγόντων που επηρεάζουν τη συνολική αντίληψη της φροντίδας και της υγείας τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν ότι η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση αποτελούν δύο στενά συνδεδεμένες και πολυδιάστατες έννοιες, οι οποίες επηρεάζονται τόσο από την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης όσο και από την ποιότητα της επικοινωνίας, της υποστήριξης και της συνολικής εμπειρίας νοσηλείας.

Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν κυρίως από ηλικιωμένους ασθενείς με ορθοπεδικά και νευρολογικά προβλήματα, οι οποίοι παρουσίαζαν αυξημένες ανάγκες αποκατάστασης και υποστήριξης. Τα αποτελέσματα έδειξαν μέτρια επίπεδα ποιότητας ζωής, με σημαντικότερες δυσκολίες στις διαστάσεις της κινητικότητας και των καθημερινών δραστηριοτήτων, γεγονός που επιβεβαιώνει την επίδραση των λειτουργικών περιορισμών στην καθημερινότητα των ασθενών. Παράλληλα, η παρουσία πόνου, δυσφορίας και ψυχολογικής επιβάρυνσης επηρέαζε αρνητικά την αντίληψη της υγείας και της ποιότητας ζωής.

Αναφορικά με την ικανοποίηση από τη φροντίδα, οι ασθενείς αξιολόγησαν θετικά κυρίως τη διαπροσωπική συμπεριφορά του προσωπικού και την τεχνική ποιότητα της φροντίδας, ενώ χαμηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στις οικονομικές πτυχές και στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας, της ενσυναίσθησης, της ψυχολογικής υποστήριξης και της εξατομικευμένης φροντίδας στην ενίσχυση της εμπειρίας των ασθενών κατά τη διαδικασία της αποκατάστασης.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα της έρευνας υπογραμμίζουν τη σημασία της συστηματικής αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης των ασθενών ως βασικών δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης. Η χρήση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων, όπως το EQ-5D και το PSQ-18, επέτρεψε την πολυδιάστατη

αποτύπωση της εμπειρίας των ασθενών και συνέβαλε στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών τους.

Συνολικά, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ότι η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν βασικούς δείκτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης. Η ενίσχυση της λειτουργικότητας, της αυτονομίας και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των ασθενών, σε συνδυασμό με την παροχή ποιοτικών και ανθρωποκεντρικών υπηρεσιών φροντίδας, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της εμπειρίας και της συνολικής ευημερίας των ασθενών που νοσηλεύονται σε κέντρα αποκατάστασης.

7.2 Προτάσεις

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η ενίσχυση της ασθενοκεντρικής προσέγγισης στα κέντρα αποκατάστασης, με έμφαση στην εξατομίκευση της φροντίδας και στην ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία. Η ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, η ενσυναίσθηση και η ψυχολογική υποστήριξη μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση της ικανοποίησης και της συνολικής εμπειρίας νοσηλείας.

Παράλληλα, προτείνεται η συστηματική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης των ασθενών μέσω έγκυρων εργαλείων αξιολόγησης, όπως το EQ-5D και το PSQ-18, ώστε να εντοπίζονται έγκαιρα προβλήματα και αδυναμίες στην παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης. Η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων αυτών μπορεί να συμβάλει στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας.

Επιπλέον, κρίνεται αναγκαία η ενίσχυση της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στη διαδικασία αποκατάστασης, καθώς η ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών απαιτεί συντονισμένη συνεργασία μεταξύ ιατρικού, νοσηλευτικού, φυσικοθεραπευτικού και ψυχοκοινωνικού προσωπικού. Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα επικοινωνίας, διαχείρισης χρόνιων ασθενών και ασθενοκεντρικής φροντίδας θα μπορούσε επίσης να ενισχύσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σημαντική θεωρείται, επίσης, η ανάγκη περαιτέρω ανάπτυξης και ενίσχυσης των υπηρεσιών αποκατάστασης στο ελληνικό σύστημα υγείας, ιδιαίτερα στον δημόσιο τομέα, ώστε να διασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση όλων των ασθενών σε ποιοτικές υπηρεσίες

αποκατάστασης. Η βελτίωση της οργανωτικής λειτουργίας, της διασύνδεσης μεταξύ νοσοκομείων και μονάδων αποκατάστασης και της συνέχειας της φροντίδας μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη συνολική αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αναμένεται να συμβάλουν ουσιαστικά στην καλύτερη κατανόηση της εμπειρίας των ασθενών σε κέντρα αποκατάστασης, αναδεικνύοντας παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την ποιότητα ζωής όσο και την ικανοποίηση από τη φροντίδα. Επιπλέον, μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμο εργαλείο για τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας και να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στον σχεδιασμό αποτελεσματικότερων πολιτικών υγείας και στην περαιτέρω ενίσχυση της προσέγγισης με επίκεντρο τον ασθενή.

Τέλος, προτείνεται η πραγματοποίηση μελλοντικών ερευνών με μεγαλύτερο και περισσότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών από διαφορετικές δομές αποκατάστασης, καθώς και η αξιοποίηση ποιοτικών μεθόδων έρευνας, όπως συνεντεύξεις ή ομάδες εστίασης, ώστε να διερευνηθούν σε μεγαλύτερο βάθος οι εμπειρίες, οι ανάγκες και οι προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες αποκατάστασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Akram, M.T., Tariq, M., Ahmed, D., Uddin, A., Arshad, M.A., Mujahid, K. and Ali, M. (2026) 'Patient Satisfaction with Physical Therapy Care: A Cross-Sectional Study', *Journal of Health, Wellness and Community Research*, 4(7): 1–12. Available at: <https://doi.org/10.61919/cv15by13>

Alanazi, A., Alqahtani, B. and Alenazi, A. (2023). 'Rehabilitation services and quality of life among patients with chronic conditions', *Journal of Rehabilitation Medicine*, 55(4): 210–218.

Albrgan, M.F. and Elsayed, E.A. (2024) 'Inpatient Satisfaction with the Quality of Services in Rehabilitation Hospital at Saudi Arabia: A retrospective study', *Journal of Pioneering Medical Sciences*, 13(5):111–116. Available at: <https://doi.org/10.61091/jpms202413520>

Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M.M. and Amenta, P. (2017) 'Determinants of patient satisfaction: A systematic review', *Perspectives in Public Health*, 137(2):89–101.

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. and Wiley, M. (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press.

Cieza, A., Stucki, G., Weigl, M., Disler, P., Jäckel, W., van der Linden, S., & de Bie, R. (2004). ICF Core Sets for chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(Suppl.): 9–11.

Churchill, K., Warner, L., Keogh, E. and Al Sayah, F. (2021). Implementation of EQ-5D-5L as a routine outcome measure in Community Outpatient and Specialized Rehabilitation Services. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 5(Suppl 2), 103.

Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25(1): 25–36.

Creswell, J. W. (2014). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Dimitriadis, V., Kousoulis, A.A., Sgantzios, M.N., Hadjipaulou, A. and Lionis, C. (2015). 'Implementing a system to evaluate quality assurance in rehabilitation in Greece', *Disability and Health Journal*, 8(1):35–43

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12):1743–1748.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. and Maresso, A. (2017). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(5), pp. 1–192. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Engel, G.L. (1977) 'The need for a new medical model: A challenge for biomedicine', *Science*, 196(4286):129–136.

EuroQol Group. (2011). EQ-5D-5L User Guide: Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Rotterdam: EuroQol Research Foundation.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). London: Sage Publications.

Garratt, A. M., Engen, K., Kjeldberg, I. R., Nordvik, J. E., Ringheim, I., Westskogen, L., & Becker, F. (2024). Use of EQ-5D-5L for Assessing Patient-Reported Outcomes in a National Register for Specialized Rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 105(1), 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.04.026>

Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8):622–629.

Hall, J. A., Roter, D. L., & Katz, N. R. (2002). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 40(8):657–675.

Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D. and Tountas, Y. (2009) 'Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population', *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(55):1–9.

Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet*, 377(9778):1693–1702.

Marshall, G. N., & Hays, R. D. (1994). The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18). Santa Monica, CA: RAND Corporation.

Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., & Lemonidou, C. (2003). Patient satisfaction: A key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 11(1):19–28.

Partheniadis S, Intas G, Nikolopoulou V, Theofilou P (2022). The Role of Demographic Features in Patients' Satisfaction from Healthcare: A Cross Sectional Study Using PSQ-18. *EC Nursing and Healthcare*, 1-15.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Rowen, D., Mukuria, C., Bray, N., Carlton, J., Longworth, L., Meads, D., Oluboyede, Y., O'Neill, C., & Yang, Y. (2026). A UK value set for the EQ-5D-5L. *Value in Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2026.03.008>

Stucki, G., Cieza, A., & Melvin, J. (2007). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A unifying model for rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(4):279–285.

Theofilou P, Nikolakopoulos S. Quality of life among patients with hemoglobinopathies: the role of self-efficacy in the use of medication and satisfaction with the provided health care. *Series Clin Med Case Rep Rev*. 2025;3(3):1-17.

Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2015). Health services in Greece. In Mossialos, E. et al. (Eds.), *Health systems in transition: Greece*.

Ware, J.E. and Sherbourne, C.D. (1992) 'The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection', *Medical Care*, 30(6):473–483.

Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4):247–263.

WHOQOL Group (1995) 'The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization', *Social Science & Medicine*, 41(10):1403–1409.

World Health Organization. (1997). WHOQOL: Measuring quality of life. Geneva: World Health Organization.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 310(20):2191–2194.

World Health Organization. (2017). *Rehabilitation in Health Systems*. Geneva: World Health Organization.

Yfantopoulos J (2001). The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument. Archives of Hellenic Medicine, 18(2):180-191

Ελληνική

Αναστασοπούλου, Μ. (2025). Ικανοποίηση ασθενών με καρκίνο από τη συνολική παρεχόμενη φροντίδα. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Δημητριάδης, Γ. (2013). Αξιολόγηση και πιστοποίηση κέντρων αποκατάστασης στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). (2024). Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ). Αθήνα: ΕΟΠΥΥ.

Κουτσιμπού, Ε. (2020). Ποιότητα ζωής και ικανοποίηση ασθενών με χρόνια και οξεία αναπνευστικά νοσήματα. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Κρίκκη Δ, Χατζίκου Μ, Θεοδώρου Π (2026). Διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής των εργαζομένων σε μονάδες ψυχικής υγείας και αποκατάστασης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 43(2):249-257.

Κυριόπουλος, Ι., συν. (2007) «Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(Συμπλ 1):6-13.

Κοντοδημόπουλος, Ν. και Νιακας, Δ. (2007) 'Η μέτρηση της ποιότητας ζωής στον χώρο της υγείας', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):18–25.

Τσούκας, Δ. (1993). Η συμβολή της αποκατάστασης στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικής ικανότητας ασθενών. Διδακτορική διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Παραρτήματα Παράρτημα Α

Έντυπο πληροφόρησης



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Έντυπο πληροφόρησης

Τίτλος έρευνας: **Ποιότητα ζωής και ικανοποίηση ασθενών από τη λαμβανόμενη φροντίδα σε κέντρο αποκατάστασης**

Κύρια ερευνήτρια: **Παλαιοπούλου Αμαλία**

Αγαπητέ κύριε/κυρία

Πρόκειται να ζητηθεί η συμμετοχή σας σε μια έρευνα που διεξάγεται από την Παλαιοπούλου Αμαλία μεταπτυχιακή φοιτήτρια της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Οι ακόλουθες πληροφορίες παρέχονται προς ενημέρωσή σας, προκειμένου να αποφασίσετε, αν επιθυμείτε να συμμετέχετε σε αυτή.

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που λαμβάνουν σε κέντρα αποκατάστασης.

Άτομα που μπορούν να συμμετέχουν στην έρευνα

Στην έρευνα μπορούν να συμμετέχουν αποκλειστικά ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 18 ετών που νοσηλεύονται σε κέντρα αποκατάστασης για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα και πάσχουν από ορθοπεδικά, νευρολογικά περιστατικά ή ογκολογικά προβλήματα. Επίσης, πρέπει να γνωρίζουν επαρκώς την ελληνική γλώσσα, ώστε να μπορούν να διαβάσουν, να κατανοήσουν και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Κριτήρια αποκλεισμού θα αποτελέσουν οι ηλικιωμένοι που δεν κατανοούν το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων μέτρησης λόγω σοβαρών γνωστικών διαταραχών.

Ποια θα είναι η συμμετοχή μου στην έρευνα. Ποιες διαδικασίες θα ακολουθηθούν;

Η συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα είναι εθελοντική και προϋποθέτει τη συγκατάθεσή σας μετά από πλήρη ενημέρωση για τον σκοπό και τη διαδικασία της μελέτης. Εφόσον δεχτείτε να λάβετε μέρος, θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ανώνυμα ένα σύντομο αριθμό ερωτήσεων, χωρίς να απαιτείται καμία άλλη παρέμβαση ή αλλαγή στη θεραπευτική σας πορεία και χωρίς να υπάρξει οποιαδήποτε επιβάρυνση για εσάς.

Συγκεκριμένα, αρχικά θα σας ζητηθεί να καταγράψετε ορισμένα βασικά κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή σας κατάσταση, τα οποία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Στη συνέχεια, θα συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο EQ-5D, το οποίο αξιολογεί την ποιότητα ζωής σε βασικές διαστάσεις της καθημερινής λειτουργικότητας και της ψυχοσωματικής κατάστασης, καθώς και ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτυπώνει τον βαθμό ικανοποίησής σας από τη φροντίδα που λαμβάνετε στο κέντρο αποκατάστασης (Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form - PSQ-18).

Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων είναι απλή και κατανοητή και εκτιμάται ότι θα διαρκέσει συνολικά περίπου δεκαπέντε λεπτά. Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμείτε, χωρίς καμία συνέπεια, ενώ διασφαλίζεται πλήρως η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων σας καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Έχω κάποια οφέλη από τη συμμετοχή μου στην έρευνα;

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι χωρίς κόστος και δεν έχει άμεσα οφέλη για εσάς. Πιστεύουμε όμως ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα μας δώσει χρήσιμες πληροφορίες που θα μας βοηθήσουν μελλοντικά στην ενημέρωση, εκπαίδευση και υποστήριξη των ασθενών και των τυπικών και άτυπων φροντιστών τους.

Ποια είναι τα πιθανά μειονεκτήματα και οι κίνδυνοι συμμετοχής στη μελέτη αυτή;

Η συμμετοχή σας στην παρούσα μελέτη δεν θα επηρεάσει την φροντίδα σας στα προγράμματα του κέντρου αποκατάστασης που νοσηλεύεστε.

Δεν προβλέπεται κάποιο κόστος ή κίνδυνος για τη συμμετοχή σας στη μελέτη αυτή.

Μπορώ να αρνηθώ να συμμετάσχω στην έρευνα;

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι σε εθελοντική βάση και έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε να συμμετάσχετε, χωρίς καμία επίπτωση στην αντιμετώπισή σας από τους φροντιστές σας. Έχετε επίσης το δικαίωμα να διακόψετε τη συμμετοχή σας στην έρευνα, ενώ αρχικά είχατε συμφωνήσει και να ζητήσετε οι όποιες πληροφορίες έχετε ήδη δώσει να διαγραφούν μέχρι τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων (έως 31/4/2026).

Τι πρέπει να γνωρίζω για τα θέματα ιδιωτικότητας / εμπιστευτικότητας;

Η έρευνα είναι ανώνυμη και οι απαντήσεις σας θα είναι κωδικοποιημένες και μη αναγνωρίσιμες. Οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιονδήποτε συμμετέχοντα δεν θα δημοσιευτεί, παρά μόνο συνολικά τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία και το προσωπικό απόρρητο των ασθενών που συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα, θα τηρηθούν στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει όλα τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Τα δεδομένα θα αποθηκευτούν, αναλυθούν και αναφερθούν με βάση τη νομοθεσία για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων. Υπεύθυνη για τη συγκεκριμένη διαδικασία είναι η Παλαιοπούλου Αμαλία και το ερωτηματολόγιο θα έχει ένα μοναδικό κωδικό που θα ταυτίζει τα ερωτηματολόγια που δεν έχουν ονόματα με ένα έντυπο συναίνεσης. Μόνο η ερευνήτρια θα γνωρίζει αυτή τη σχέση. Ψηφιακά αρχεία αποδελτίωσης και κωδικοποίησης των πληροφοριών θα φυλάσσονται σε αρχείο με κωδικό.

Τα αρχεία της έρευνας θα φυλαχθούν για διάστημα ενός έτους μετά την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας και στη συνέχεια θα καταστραφούν (έως 31/12/2027).

Η έρευνα χρηματοδοτείται από κάποιο ιατρικό κέντρο, φαρμακευτική εταιρία ή άλλο οργανισμό;

Η παρούσα έρευνα δεν χρηματοδοτείται από κάποιο φορέα.

Η έρευνα αυτή έχει εγκριθεί από κάποιο φορέα;

Το θέμα και το πρωτόκολλο της έρευνας έχει εγκριθεί από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και από το Κέντρο Αποκατάστασης Ευεξία.

Ποια είναι τα στοιχεία του κύριου ερευνητή;

Η κύρια ερευνήτρια είναι η Παλαιοπούλου Αμαλία μεταπτυχιακή φοιτήτρια και τα στοιχεία της είναι, email: amalia_palai@yahoo.gr και τηλέφωνο: 6906459278. Σε αυτή μπορείτε να ζητήσετε περισσότερες πληροφορίες για την παρούσα έρευνα ή να διαμαρτυρηθείτε εάν έχετε κάποιο παράπονο. Επιβλέπων καθηγητής της διπλωματικής εργασίας είναι ο κ. Κωνσταντινίδης Θεοχάρης (konstantinidis.theocharis@ac.eap.gr)

Ολοκληρώνοντας την ανάγνωση του εντύπου και έχοντας λύσει η ερευνήτρια και πιθανές άλλες απορίες σας, αν συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα, παρακαλώ υπογράψτε το έντυπο συναίνεσης πριν την έναρξη συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Ευχαριστώ
Η ερευνήτρια
Αμαλία Παλαιοπούλου

Παράρτημα Β

Έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης συμμετεχόντων

	ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
---	---

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Τίτλος: Ποιότητα ζωής και ικανοποίηση ασθενών από τη λαμβανόμενη φροντίδα σε κέντρο αποκατάστασης
Κύριος ερευνητής: Παλαιοπούλου Αμαλία, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Διοίκησης Μονάδων Υγείας Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε τη συναίνεσή σας.

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου Πληροφόρησης	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή την έρευνα	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Κατανοώ ότι μπορώ να ζητήσω να καταστραφούν οι πληροφορίες που έδωσα στο πλαίσιο της έρευνας μέχρι τον Φεβρουάριο του 2026	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Γνωρίζω με ποιόν μπορώ να επικοινωνήσω αν επιθυμώ περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για παράπονα ή καταγγελίες	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για να ασκήσω τα δικαιώματά μου	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Έχω ενημερωθεί για ιχνηλασία (Tracking), για Profiling, καθώς και για λήψη/χρήση ιατρικού φακέλου.	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος:	
Υπογραφή	Ημερομηνία
Ονοματεπώνυμο ερευνητή:	
Υπογραφή	Ημερομηνία

Παράρτημα Γ

Κοινωνικό-Δημογραφικό ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Κοινωνικό-Δημογραφικά στοιχεία Ασθενών

1. Φύλο:

α) Γυναίκα ☐ β) Άνδρας ☐ γ) Άλλο ☐

2. Ηλικία (σε έτη):

3. Καταγωγή:

α) Ελληνική ☐ β) Άλλη ☐. Παρακαλώ δηλώστε ποια.....

4. Τόπος μόνιμης κατοικίας:

5. Μορφωτικό επίπεδο:

α) έως Δημοτικό ☐ β) Γυμνάσιο ☐ γ) Λύκειο ☐ δ) ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο ☐
ε) Άλλο.....

6. Οικογενειακή κατάσταση:

α) Έγγαμος/η ☐ β) Άγαμος/η ☐ γ) Χήρος/α ☐ δ) Διαζευγμένος/η ☐

7. Ζω με:

α) Σύζυγο ☐ β) Σύζυγο και παιδιά ☐ γ) Μόνος/η μου ☐ δ) Με σύντροφο ☐
ε) Άλλο.....

8. Αριθμός παιδιών:

α) 0 ☐ β) 1-2 ☐ γ) 3-4 ☐ δ) Περισσότερα από 4 ☐

9. Επάγγελμα

α) Οικιακά ☐ β) Δημόσιος υπάλληλος ☐ γ) Ιδιωτικός υπάλληλος ☐
δ) Συνταξιούχος ☐ ε) Άλλο.....

10. Εισόδημα

- α) Μέχρι 7.000 ευρώ ☐ β) Από 7001-15.000 ευρώ ☐ γ) Από 15.000-25.000 ευρώ ☐
δ) Πάνω από 25000 ☐

11. Διάγνωση

εισόδου (ICD10):
.....

12. Ημέρες

Νοσηλείας:
...

13. Ασφάλιση:

- α) ΕΟΠΥΥ ☐ β) Κάρτα Ευρωπαίου Πολίτη ☐ γ) Ανασφάλιστος/ιδιωτική συμμετοχή

14. Ποιες είναι οι 2 σημαντικότερες ανάγκες για υποστήριξη που έχετε την παρούσα χρονική περίοδο;

Παράρτημα Δ

Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου EQ-5D-5L

EuroQol | You are invited to the EuroQol User Portal

ER

no-reply=euroqol.org@euroqol.musqueteer.nl εκ μέρους του Euroqol No Reply<no-reply@euroqol.org>

Προς: © ΠΑΛΑΙΟΠΟΥΛΟΥ ΑΜΑΛΙΑ

Πέμ 20/11/2025 5:09 μ.μ.

Με σημαία

Κάποιο περιεχόμενο σε αυτό το μήνυμα έχει αποκλειστεί, επειδή ο αποστολέας δεν βρίσκεται στη λίστα "Ασφαλείς αποστολείς" σας.

Αξιόπιστος αποστολέας

Εμφάνιση αποκλεισμένου περιεχομένου

Αυτό το μήνυμα είναι στα Αγγλικά

Μετάφραση στα Ελληνικά

Να μην γίνεται ποτέ μετάφραση από Αγγλικά

Dear Mr / Mrs,

We're contacting you to notify you that you have been given access to the EuroQol User Portal.

In this portal you can access the EuroQol instrument(s) that belong to the registration with request registration number **79603**.

Here you can also see the status of the registration and get access to other useful resources.

Please click **User Portal** below to Access your account for the EuroQol User Portal.

[User Portal](#)

** This is an auto-generated email. Please do not reply to this message. For inquiries, contact our support team at [User Support](#)

Σελίδα 70 από 81

Παράρτημα Ε

Ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L

Ερωτηματολόγιο για την Υγεία

Ελληνική έκδοση για Ελλάδα

(Greek version for Greece)

Σε κάθε μια από τις παρακάτω κατηγορίες, σημειώστε ένα «Χ» ΣΤΟ ΕΝΑ κουτάκι που περιγράφει καλύτερα την υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ.

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα | ☐ |
| Έχω μικρά προβλήματα στο περπάτημα | ☐ |
| Έχω μέτρια προβλήματα στο περπάτημα | ☐ |
| Έχω σοβαρά προβλήματα στο περπάτημα | ☐ |
| Είμαι ανίκανος/η να περπατήσω | ☐ |

ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

- | | |
|--|--------------------------|
| Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να πλένομαι ή στο να ντύνομαι μόνος /η μου | ☐ |
| Έχω μικρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι | ☐ |
| Έχω μέτρια προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι | ☐ |
| Έχω σοβαρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι | ☐ |
| Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ | ☐ |

ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (π.χ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

- | | |
|---|--------------------------|
| Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου | ☐ |
| Έχω μικρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου | ☐ |
| Έχω μέτρια προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου | ☐ |

- Έχω σοβαρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου ☐
- Είμαι ανίκανος/η να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου ☐

ΠΟΝΟΣ / ΔΥΣΦΟΡΙΑ

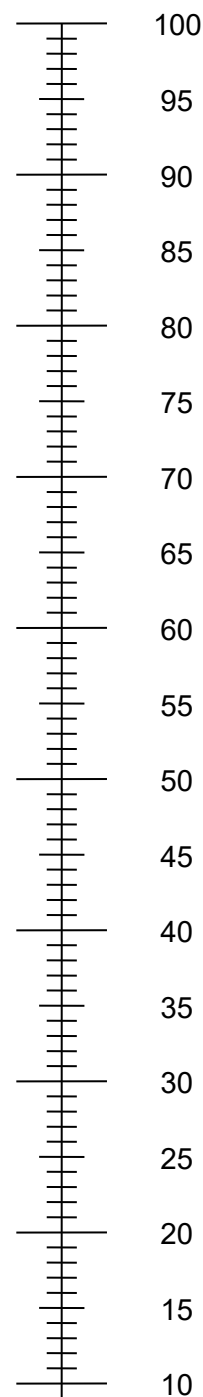
- Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία ☐
- Έχω μικρό πόνο ή δυσφορία ☐
- Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία ☐
- Έχω σοβαρό πόνο ή δυσφορία ☐
- Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία ☐

ΑΓΧΟΣ / ΘΛΙΨΗ

- Δεν έχω άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω μικρό άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω σοβαρό άγχος ή θλίψη ☐
- Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη ☐

- Θα θέλαμε να ξέρουμε πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ.
- Αυτή η κλίμακα είναι αριθμημένη από το 0 έως το 100.
- 100 σημαίνει την καλύτερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε. 0 σημαίνει τη χειρότερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε.
- Σημειώστε ένα Χ επάνω στην κλίμακα που να δείχνει πώς είναι η υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ.
- Τώρα, παρακαλείστε να γράψετε τον αριθμό που σημειώσατε στην κλίμακα στο παρακάτω κουτάκι.

Η ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΣΗΜΕΡΑ =



Η χειρότερη υγεία
που μπορείτε να
φανταστείτε

Παράρτημα ΣΤ

Άδεια χρήσης ελληνικής μετάφρασης ερωτηματολογίου PSQ-18

Πρ: Αίτημα άδειας χρήσης της ελληνικής μετάφρασης του PSQ-18

Από: PARASKEVI THEOFILOU <pardrothe@gmail.com>

Στάλθηκε: Τρίτη, 25 Νοεμβρίου 2025 7:55 μμ

Προς: ΠΑΛΑΙΟΠΟΥΛΟΥ ΑΜΑΛΙΑ <std157262@ac.eap.gr>

Θέμα: Re: Αίτημα άδειας χρήσης της ελληνικής μετάφρασης του PSQ-18

Καλησπέρα σας. Σας αποστέλλω το σχετικό υλικό.

Στις Τρί 25 Νοε 2025 στις 1:24 μ.μ., ο/η ΠΑΛΑΙΟΠΟΥΛΟΥ ΑΜΑΛΙΑ <std157262@ac.eap.gr> έγραψε:

Καλησπέρα σας,

Ονομάζομαι Αμαλία Παλαιοπούλου και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο πρόγραμμα «Διοίκηση Μονάδων Υγείας». Στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας εξετάζω την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα που λαμβάνουν σε κέντρο αποκατάστασης, και θα ήθελα να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο PSQ-18. Διαπίστωσα ότι στη δική σας μελέτη είχατε χρησιμοποιήσει την ελληνική μετάφραση του εργαλείου και θα ήθελα να σας ρωτήσω αν θα μπορούσα να έχω την άδειά σας για τη χρήση της συγκεκριμένης έκδοσης στο ερευνητικό μου πρωτόκολλο. Εφόσον είναι διαθέσιμο, θα με διευκόλυνε πολύ αν μπορούσατε επίσης να μου το αποστείλετε.

Σας ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο σας και για οποιαδήποτε βοήθεια μπορέσετε να μου προσφέρετε. Είμαι στη διάθεσή σας για ό,τι χρειαστείτε.

Με εκτίμηση,
Αμαλία Παλαιοπούλου

Παράρτημα Ζ

Ερωτηματολόγιο PSQ-18

PATIENT SATISFACTION QUESTIONNAIRE - ΣΥΝΤΟΜΗ ΜΟΡΦΗ (PSQ-18)

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν σχετίζονται με το πώς αισθάνεστε για την ιατρική φροντίδα που λαμβάνετε

Απαγορεύεται η χρήση του ερωτηματολογίου χωρίς τη χορήγηση άδειας.

Μετάφραση - Πολιτισμική Προσαρμογή: Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου

Στις επόμενες σελίδες οι ασθενείς εκφράζουν την άποψή τους σχετικά με την ιατρική φροντίδα. Παρακαλούμε να διαβάσετε την κάθε πρόταση προσεκτικά έχοντας στο νου σας την ιατρική φροντίδα που λαμβάνετε τώρα (εάν δεν έχετε λάβει ιατρική φροντίδα πρόσφατα, σκεφτείτε τί θα περιμένατε, εάν χρειάζόσασταν φροντίδα σήμερα). Ενδιαφερόμαστε για τα συναισθήματά σας, θετικά ή αρνητικά, σχετικά με την ιατρική φροντίδα που έχετε λάβει.

Πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις;

Απαντήστε κυκλώνοντας έναν από τους αριθμούς της κλίμακας σε καθεμία πρόταση.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1. Οι γιατροί είναι καλοί στο να εξηγούν το λόγο που γίνονται οι ιατρικές εξετάσεις	1	2	3	4	5
2. Νομίζω ότι η υπηρεσία όπου εργάζεται ο γιατρός μου διαθέτει όλα τα απαραίτητα για την παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής φροντίδας	1	2	3	4	5
3. Η ιατρική φροντίδα που λαμβάνω είναι τέλεια	1	2	3	4	5

4. Μερικές φορές οι γιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι εάν η διάγνωσή τους είναι σωστή	1	2	3	4	5
5. Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι μπορώ να έχω την ιατρική φροντίδα που χρειάζομαι χωρίς να μειωθούν οι οικονομικές μου απολαβές	1	2	3	4	5
6. Όταν πηγαίνω για ιατρική φροντίδα, οι γιατροί είναι προσεκτικοί στο να ελέγχουν τα πάντα στη θεραπεία και την εξέταση	1	2	3	4	5
7. Πρέπει να πληρώνω περισσότερο από όσο μπορώ για την ιατρική μου φροντίδα	1	2	3	4	5
8. Έχω εύκολη πρόσβαση στους γιατρούς τους οποίους χρειάζομαι	1	2	3	4	5
9. Όπου και αν πηγαίνω για ιατρική φροντίδα, οι ασθενείς πρέπει να περιμένουν πολύ, ακόμα και όταν η θεραπεία τους είναι επείγουσα	1	2	3	4	5
10. Οι γιατροί ενεργούν αυστηρά επαγγελματικά και απρόσωπα	1	2	3	4	5
11. Οι γιατροί μου μού συμπεριφέρονται πολύ φιλικά και ευγενικά	1	2	3	4	5
12. Αυτοί που μου παρέχουν ιατρική φροντίδα, μερικές φορές βιάζονται πολύ κατά τη διάρκεια της θεραπείας	1	2	3	4	5
13. Οι γιατροί μερικές φορές αγνοούν αυτά που τους λέω	1	2	3	4	5
14. Έχω μερικές αμφιβολίες για τις ικανότητες των γιατρών που έχουν αναλάβει τη θεραπεία μου	1	2	3	4	5

15. Οι γιατροί αφιερώνουν συνήθως πολύ χρόνο για την ιατρική μου φροντίδα	1	2	3	4	5
16. Είναι δύσκολο να κλείσω ραντεβού για ιατρική φροντίδα σύντομα	1	2	3	4	5
17. Είμαι δυσαρεστημένος/η με κάποια πράγματα που αφορούν την ιατρική μου φροντίδα	1	2	3	4	5
18. Μπορώ να έχω ιατρική φροντίδα, όποτε τη χρειάζομαι	1	2	3	4	5

Παράρτημα Η

Οδηγίες βαθμολόγησης και υπολογισμού υποκλιμάκων PSQ-18

Patient Satisfaction Questionnaire

23

Instructions for Scoring the PSQ-18

The PSQ-18 yields separate scores for each of seven different subscales: General Satisfaction (Items 3 and 17); Technical Quality (Items 2, 4, 6, and 14); Interpersonal Manner (Items 10 and 11); Communication (Items 1 and 13); Financial Aspects (Items 5 and 7); Time Spent with Doctor (Items 12 and 15); Accessibility and Convenience (Items 8, 9, 16, and 18).

Some PSQ-18 items are worded so that agreement reflects satisfaction with medical care, whereas other items are worded so that agreement reflects dissatisfaction with medical care. All items should be scored so that high scores reflect satisfaction with medical care (see Table 1). After item scoring, items within the same subscale should be averaged together to create the 7 subscale scores (see Table 2).

We recommend that items left blank by respondents (missing data) be ignored when calculating scale scores. In other words, scale scores represent the average for all items in the scale that were answered.

Patient Satisfaction Questionnaire
24

Table 1
Scoring Items

Item Numbers	Original Response Value	Scored Value
1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 18	1 ----->	5
	2 ----->	4
	3 ----->	3
	4 ----->	2
	5 ----->	1
4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17	1 ----->	1
	2 ----->	2
	3 ----->	3
	4 ----->	4
	5 ----->	5

Patient Satisfaction Questionnaire
25

Table 2
Creating Scale Scores

Scale	Average These Items
General Satisfaction	3, 17
Technical Quality	2, 4, 6, 14
Interpersonal Manner	10, 11
Communication	1, 13
Financial Aspects	5, 7
Time Spent with Doctor	12, 15
Accessibility and Convenience	8, 9, 16, 18

Note. Items within each scale are averaged after scoring as shown in Table 1.

Παράρτημα Θ

Αδειοδότηση Έρευνας

ΑΙΤΗΣΗ ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προς:
Διεύθυνση

ΚΑΑ
ΛΑΚΚΩΜΑ

ΕΥΕΞΙΑ

ΑΕ
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

Ημερομηνία: 3 /11 / 2025

Θέμα: Αίτημα για άδεια διενέργειας ερευνητικής μελέτης στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας

Αξιότιμοι,
Ονομάζομαι Αμαλία Παλαιοπούλου και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα: «Ποιότητα ζωής και ικανοποίηση ασθενών από τη λαμβανόμενη φροντίδα σε Κέντρο Αποκατάστασης», επιθυμώ να ζητήσω την άδειά σας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο κέντρο σας. Η έρευνα θα διεξαχθεί με τη συμπλήρωση ανώνυμων ερωτηματολογίων από ασθενείς που νοσηλεύονται στο κέντρο για χρονικό διάστημα άνω του ενός μηνός, ανεξαρτήτως του είδους του περιστατικού (ορθοπεδικό, νευρολογικό, ογκολογικό). Το ερωτηματολόγιο θα περιλαμβάνει τρία μέρη: κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία, το εργαλείο PSQ-18 για τη μέτρηση της ικανοποίησης και το εργαλείο EQ-5D για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, τα οποία επισυνάπτονται με την παρούσα έρευνα.

Η συλλογή των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί με απόλυτη τήρηση των αρχών δεοντολογίας και προστασίας προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 (GDPR). Πριν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα, οι ασθενείς θα ενημερωθούν αναλυτικά και με σαφή τρόπο για τον σκοπό της μελέτης, τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί, καθώς και για τα δικαιώματά τους ως συμμετέχοντες, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος εθελοντικής συμμετοχής και της δυνατότητας αποχώρησης οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια.

Σε όλους τους συμμετέχοντες θα δοθεί έντυπο πληροφόρησης, στο οποίο θα περιγράφονται αναλυτικά οι στόχοι της έρευνας, η φύση των ερωτηματολογίων και ο τρόπος διαχείρισης των δεδομένων. Η συμμετοχή στην έρευνα θα

πραγματοποιείται μόνο μετά την υπογραφή του εντύπου ενημερωμένης συναίνεσης από τους ασθενείς. Δεν θα καταγράφονται ονόματα ή άλλα προσωπικά στοιχεία που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην ταυτοποίηση των συμμετεχόντων, ενώ τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς, διασφαλίζοντας πλήρως την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητά τους.

Η συλλογή των δεδομένων προγραμματίζεται να πραγματοποιηθεί σε ενδεικτικό χρονικό διάστημα δύο μηνών, κατά το οποίο θα συγκεντρωθούν τα απαραίτητα στοιχεία από τους συμμετέχοντες σύμφωνα με το εγκεκριμένο ερευνητικό πρωτόκολλο. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και δεν θα δημοσιοποιηθούν με τρόπο που να θίγει την εικόνα ή τη λειτουργία του φορέα. Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης, το Κέντρο μπορεί, εφόσον το επιθυμεί, να λάβει συνοπτική αναφορά των αποτελεσμάτων.

Παρακαλώ για τη θετική σας ανταπόκριση και την έγκριση της διεξαγωγής της έρευνας στον χώρο του Κέντρου.

Με εκτίμηση,

Ονοματεπώνυμο:

Αμαλία Παλαιοπούλου

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Ε.Α.Π.

A.M.: std157262

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6906459278

Email: amalia.palai@yahoo.gr

Υπογραφή: 



ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΥΕΞΙΑ
ΤΗλ. 2399076700 - Fax. 2399051820
Email: gm@evexia.com

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.