



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
« ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΡΕΩΣ
ΠΑΣΧΟΝΤΑ »

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"Ικανοποίηση και βαθμός αποκατάστασης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. Δυτικής Ελλάδας".

Φωτεινή-Αλεξάνδρα Παπαγεωργίου

Τριμελής συμβουλευτική επιτροπή

Βασιλική Τσολάκη - Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας, Επιβλέπων
Ζακυνθινός Επαμεινώνδας - Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Μέλος Τριμελούς
Επιτροπής
Σγάντζος Μάρκος - Αναπληρωτής Καθηγητής Ανατομίας - Ιατρικής Αποκατάστασης
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 26/09/2025



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
« ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΡΕΩΣ
ΠΑΣΧΟΝΤΑ »

MASTER'S THESIS

**" Patient Satisfaction and Rehabilitation Outcomes from the
Services Provided in the Centers for Physical Medicine and
Rehabilitation (KEFIAP) of Western Greece".**

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	6
Abstract	7
Εισαγωγή.....	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
Κεφάλαιο 1	10
1.1 Υγεία και υγειονομική περίθαλψη	10
1.2 Ποιότητα υπηρεσιών Υγείας	10
1.3 Διαστάσεις ποιότητας υπηρεσιών υγείας	12
1.4 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών	13
1.5 Ορισμός ικανοποίησης ασθενών	15
1.6 Παράγοντες που σχετίζονται με τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών	15
Κεφάλαιο 2	18
2.1 Αποκατάσταση και υπηρεσίες αποκατάστασης	18
2.2 Βασικές υπηρεσίες λειτουργικής αποκατάστασης που παρέχονται.....	19
2.3 Δημόσιες Δομές Αποκατάστασης στην Ελλάδα: Η περίπτωση των ΚΕΦΙΑΠ.....	21
Κεφάλαιο 3	23
3.1 Υπηρεσίες αποκατάστασης και ικανοποίηση ασθενών	23
3.2 Διαφορές στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες αποκατάστασης σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές	24
3.3 Ανασκόπηση πρόσφατων ερευνών που εστίασαν στην εξέταση της ικανοποίησης των ασθενών από διάφορες υπηρεσίες αποκατάστασης σε διεθνές επίπεδο	24
3.4 Σύνοψη βιβλιογραφίας, ερευνητικό κενό και σημασία παρούσας έρευνας	27
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	29

Κεφάλαιο 4.....	29
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	29
4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	29
4.3 Σχεδιασμός και προσέγγιση	30
4.4 Δείγμα και Δειγματοληψία.....	31
4.5 Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων	32
4.6 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	33
4.7 Ηθικά Ζητήματα	34
4.8 Στατιστική Ανάλυση.....	34
Κεφάλαιο 5.....	36
5.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	36
5.2 Ικανοποίηση από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες.....	40
5.3 Βαθμός Αποκατάστασης.....	41
5.4 Ευεξία και Ποιότητα Ζωής (QoL)	45
5.5 Συσχετίσεις & Διαφορές ανά Δημογραφικά.....	46
5.6 Ανάλυση Ανοικτών Απαντήσεων	48
5.7 Συνοπτικά Ευρήματα	49
Συζήτηση	51
Συμπεράσματα.....	63
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	70

Λίστα Πινάκων

Πίνακες:

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά (N=88)

Πίνακας 2: Στατιστικά εισοδήματος (N=39)

Πίνακας 3: Ικανοποίηση ασθενών ανά ερώτημα (N=88)

Πίνακας 4: Αξιοπιστία κλίμακας ικανοποίησης

Πίνακας 5: Δημογραφικά στοιχεία αποκατάστασης (RESTORATION_1–4)

Πίνακας 6: Αξιολόγηση βαθμού αποκατάστασης (RESTORATION_5–10)

Πίνακας 7: Δείκτες ευεξίας και ποιότητας ζωής (GQ_1–GQ_8, QoL_Index)

Πίνακας 8: Συσχετίσεις Spearman μεταξύ δεικτών

Πίνακας 9: Θεματική κωδικοποίηση ανοικτών απαντήσεων

Γραφήματα:

Γράφημα 1: Φύλο

Γράφημα 2: Ηλικία

Γράφημα 3: Μορφωτικό Επίπεδο

Γράφημα 4: Επάγγελμα

Γράφημα 5: Λόγος προσέλευσης στη δομή (RESTORATION_1)

Γράφημα 6: Είδος Θεραπείας (RESTORATION_2)

Γράφημα 7: Διάρκεια συμμετοχής (RESTORATION_3)

Γράφημα 8: Συχνότητα συνεδριών (RESTORATION_4)

Περίληψη

Η παρούσα εργασία διερευνά την ικανοποίηση των ασθενών και τον βαθμό αποκατάστασης που επιτυγχάνεται μέσω των υπηρεσιών που παρέχονται στα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ.) της Δυτικής Ελλάδας. Τα ΚΕΦΙΑΠ, ως δημόσιες δομές υγείας, αποτελούν κομβικό σημείο στη φροντίδα ασθενών με νευρολογικές, μυοσκελετικές, καρδιολογικές και άλλες παθήσεις, προσφέροντας υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Στόχος της έρευνας ήταν η αποτύπωση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, η αξιολόγηση του αντιλαμβανόμενου βαθμού αποκατάστασης και η διερεύνηση προτάσεων για βελτίωση της ποιότητας φροντίδας. Η μεθοδολογία βασίστηκε στη συλλογή δεδομένων μέσω ερωτηματολογίων σε τρία ΚΕΦΙΑΠ (Πύργος, Αργίνιο, Αμφιλοχία) και στην ανάλυσή τους με ποσοτικές μεθόδους. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από το προσωπικό και τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αλλά χαμηλότερα επίπεδα ως προς τις υποδομές, τη στελέχωση και τις διαθέσιμες συνεδρίες. Συμπεραίνεται ότι τα ΚΕΦΙΑΠ καλύπτουν σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες των ασθενών, ωστόσο απαιτούνται περαιτέρω ενίσχυση σε πόρους, εξοπλισμό και καινοτόμες πρακτικές (π.χ. τηλε-αποκατάσταση) ώστε να βελτιωθεί συνολικά η ποιότητα ζωής των ωφελούμενων.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενών, Αποκατάσταση, Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ.

Abstract

This thesis investigates patient satisfaction and the perceived level of recovery achieved through services provided by the Centers of Physical Medicine and Rehabilitation (KE.F.I.AP.) in Western Greece. As public healthcare facilities, KEFIAPs play a vital role in supporting patients with neurological, musculoskeletal, cardiovascular, and other conditions, offering prevention, treatment, and psychosocial support. The aim of this research was to assess patients' satisfaction with rehabilitation services, evaluate their perceived recovery outcomes, and identify proposals for improving service quality. The methodology was based on data collection through structured questionnaires distributed across three KEFIAPs (Pyrgos, Agrinio, Amfilochia) and analyzed using quantitative methods. Findings revealed high satisfaction levels regarding staff professionalism, empathy, and overall service provision, but lower scores concerning infrastructure, staffing adequacy, and the number of available sessions. The results suggest that KEFIAPs meet patients' needs to a significant extent, yet further improvements in resources, equipment, and innovative approaches (e.g., telerehabilitation) are essential to maximize quality of care and patients' quality of life. The study highlights the importance of continuous evaluation and resource investment in rehabilitation services, aiming to strengthen patient-centered healthcare delivery in Greece.

Keywords: Patient satisfaction, Rehabilitation, Quality of healthcare services, KE.F.I.AP. (Centers of Physical Medicine and Rehabilitation).

Εισαγωγή

Οι υπηρεσίες υγείας σε ένα σύγχρονο κράτος αποτελούν έναν από τους βασικούς πυλώνες του και είναι δείκτης πολιτισμού και σεβασμού απέναντι στον άνθρωπο . Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στον τομέα της αποκατάστασης στους δημόσιους φορείς καλύπτει ένα κεφάλαιο ,όχι τόσο μεγάλο όσο θα έπρεπε, της δημόσιας υγείας.

Στη χώρα μας, υπάρχουν διάφορες δομές δημόσιας αποκατάστασης , κάποιες εκ των οποίων είναι και τα Κέντρα φυσικής ιατρικής αποκατάστασης (ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ.).Τα κέντρα αυτά υπάγονται οργανικά και διοικητικά στα νοσοκομεία και είναι δομές παροχής υπηρεσιών φυσικής αποκατάστασης και ψυχοκοινωνικής στήριξης σε επίπεδο πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης .Στα κέντρα έχουν πρόσβαση οι πολίτες όλων των ηλικιών ,ασθενείς που πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού ,νευρικού, κυκλοφορικού , ερειστικού συστήματος καθώς και άτομα με μόνιμες αναπηρίες είτε εκ γενετής ,είτε επίκτητες

Οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες των τελευταίων ετών έχουν αυξήσει τη ζήτηση των πολιτών για κάλυψη των αναγκών θεραπείας από δημόσιες δομές αποκατάστασης και ταυτοχρόνως οι σύγχρονες απαιτήσεις για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας δημιουργούν την ανάγκη διερεύνησης και αξιολόγησης των εν λόγω δομών προκειμένου αφενός να υπάρχει γνώση της παρούσας κατάστασης και αφετέρου μια τέτοια έρευνα να αποτελεί οδηγό για την περαιτέρω βελτίωσή τους.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ο βαθμός αποκατάστασης τους καθώς και οι πιθανοί τρόποι βελτίωσης των διαδικασιών, είναι ερωτήματα που θα απαντηθούν μέσω της παρούσας έρευνας και η καταγραφή τους στοχεύει να αποτελέσει ένα δείκτη αξιολόγησης και μελλοντικής αναβάθμισης των Κέντρων Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης (ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ.).

Η παρούσα έρευνα σκοπεύει να εξάγει συμπεράσματα αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρονται από τα ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. και πιο συγκεκριμένα από αυτά της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας.

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που επιδιώκεται να απαντηθούν είναι, η αποκτηθείσα ικανοποίηση των ωφελούμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αποκατάστασης των ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ, η αξιολόγηση του βαθμού αποκατάστασης στο πλαίσιο των θεραπευτικών

συνεδριών καθώς και η εκτίμηση της ποιότητας ζωής από την έναρξη και κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών.

Η Διπλωματική εργασία αποτελείται από συνολικά πέντε μέρη. Στα τρία πρώτα μέρη γίνεται ανάλυση βασικών εννοιών και ορισμών και αφορούν το θεωρητικό μέρος της έρευνας. Τα δύο τελευταία μέρη της εργασίας αφορούν το ερευνητικό σκέλος στο οποίο και αναλύεται ο σκοπός και η μεθοδολογία της έρευνας ενώ παράλληλα παρατίθενται τα αποτελέσματα η συζήτηση και εν κατακλείδι τίθενται και τα συμπεράσματα.

Στο πρώτο μέρος αναλύονται οι έννοιες της υγείας ,της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ,η ικανοποίηση των ασθενών καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών.

Στο δεύτερο μέρος αναλύεται η έννοια της αποκατάστασης και παρουσιάζεται ο σημαντικός ρόλος της .Επίσης γίνεται αναφορά στις βασικές υπηρεσίες λειτουργικής αποκατάστασης που περιλαμβάνουν ένα μεγάλο πλήθος διαφορετικών υπηρεσιών. Τέλος παρουσιάζεται η συγκρότηση και ο ρόλος των Κέντρων φυσικής ιατρικής αποκατάστασης και οι προσφερόμενες υπηρεσίες τους.

Στο τρίτο μέρος παρουσιάζεται η σημασία και ο βαθμός της σχέσης μεταξύ των υπηρεσιών αποκατάστασης και της ικανοποίησης των ασθενών καθώς και οι διαφορές μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής δομής. Τέλος παρουσιάζεται μια ανασκόπηση όπου εξετάζεται η ικανοποίηση των ασθενών από διάφορες υπηρεσίες αποκατάστασης σε διεθνές επίπεδο.

Στο τέταρτο μέρος ακολουθεί το ερευνητικό σκέλος. Περιγράφεται ο σκοπός και η μεθοδολογία της έρευνας, παρουσιάζονται το δείγμα μελέτης και το εργαλείο συλλογής δεδομένων καθώς και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων αυτών. Τέλος ,ακολουθεί ανάλυση των ηθικών ζητημάτων που μπορεί να προκύψουν καθώς και η στατιστική ανάλυση.

Στο πέμπτο μέρος και τελευταίο μέρος ,παρουσιάζονται εκτενέστερα τα αποτελέσματα και ακολούθως η συζήτηση και τα συμπεράσματα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

1.1 Υγεία και υγειονομική περίθαλψη

Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά τμήματα μίας χώρας επειδή το αποτέλεσμά του επηρεάζει πολλούς άλλους τομείς, όπως ο πολιτικός, ο κοινωνικός, ο επιχειρησιακός και ο ηθικός τομέας (1). Ως υγειονομική περίθαλψη ή φροντίδα υγείας (“healthcare”) ορίζεται «το σύνολο των προσπαθειών που καταβάλλονται προκειμένου να διατηρηθεί ή να αποκατασταθεί η σωματική, συναισθηματική ή νοητική ευημερία, ιδίως από εκπαιδευμένους και πιστοποιημένους επαγγελματίες» (2). Σύμφωνα με άλλον ορισμό, η υγειονομική περίθαλψη θα μπορούσε να οριστεί ως «η ενέργεια λήψης των απαραίτητων ή προληπτικών μέτρων για τη βελτίωση της ευημερίας ενός ατόμου». Η βελτίωση αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη χορήγηση φαρμάκων, με χειρουργική επέμβαση ή με μεταβολές στον τρόπο ζωής ενός ατόμου, ενώ οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας παρέχονται συνήθως μέσω ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που αποτελείται από τα νοσοκομεία και τους επαγγελματίες υγείας (3).

1.2 Ποιότητα υπηρεσιών Υγείας

Με την πάροδο των χρόνων, η ποιότητα έχει αποτελέσει ένα αναπόσπαστο και κυρίαρχο μέρος της ζωής των ανθρώπων, με τους τελευταίους να αναζητούν διαρκώς προϊόντα και υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Η τάση αυτή συναντάται και στον τομέα της υγείας, όπου θεωρείται εξαιρετικά υψηλής σημασίας η λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας. Η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως «ένας βαθμός ανωτερότητας, αριστείας ή διάκρισης» και έχουν διατυπωθεί πολλοί διαφορετικοί ορισμοί προκειμένου να αποτυπώσουν όσο το δυνατόν πιο εύστοχα την έννοια της ποιότητας, ενώ η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι ακόμα πιο δύσκολο να οριστεί και να μετρηθεί (4).

Διακριτά χαρακτηριστικά της φροντίδας υγείας, όπως η ετερογένεια και η άυλη φύση της, καθιστούν δύσκολο τον ορισμό και τη μέτρηση της ποιότητας φροντίδας υγείας, ενώ η

δυσκολία αυτή αυξάνεται ακόμα περισσότερο λόγω της πολύπλοκης φύσης της φροντίδας υγείας, τα διαφορετικά ενδιαφέροντα και συμφέροντα των πολλών συμμετεχόντων στην παροχή φροντίδας υγείας και των ηθικών ζητημάτων (4).

Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα της φροντίδας υγείας ορίζεται ως «η εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας με έναν τρόπο που μεγιστοποιεί το όφελος στην υγεία χωρίς να αυξάνει τον κίνδυνο», και διακρίνονται 3 βασικές διαστάσεις: η διαπροσωπική ποιότητα, η οποία αφορά στην ικανοποίηση των αναγκών και των προτιμήσεων των ασθενών, η τεχνική ποιότητα, η οποία αφορά στην αποτελεσματικότητα της φροντίδας στην παραγωγή εφικτού κέρδους στην υγεία, και οι ανέσεις, όπως τα χαρακτηριστικά της οργάνωσης και το φυσικό περιβάλλον (5). Σύμφωνα με άλλον ορισμό, η ποιότητα φροντίδας υγείας ορίζεται ως «η παροχή φροντίδας που υπερβαίνει τις προσδοκίες του ασθενούς και επιτυγχάνει τα μέγιστα πιθανά κλινικά αποτελέσματα με τους διαθέσιμους πόρους, και βασίζεται σε 3 βασικές διαστάσεις: στην ποιότητα της διαχείρισης, η οποία εξασφαλίζει ότι οι υπηρεσίες παρέχονται με έναν αποτελεσματικό ως προς τους πόρους τρόπο, στην ποιότητα των ασθενών, η οποία αφορά στο εάν οι ασθενείς αισθάνονται ότι λαμβάνουν αυτό που επιθυμούν από τις υπηρεσίες υγείας που δέχονται, και στην επαγγελματική ποιότητα, η οποία βασίζεται στο εάν καλύπτονται οι εκτιμώμενες από τους επαγγελματίες υγείας ανάγκες του ασθενούς καλύπτονται με τη χρήση σωστών διαδικασιών και τεχνικών (4,6).

Ο όρος της ποιότητας στη φροντίδα της υγείας χρησιμοποιείται ιδιαίτερα συχνά, ωστόσο, μπορεί να οριστεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Από τη μία πλευρά, η ποιότητα περιγράφει τη φύση ή τα χαρακτηριστικά της παρεχόμενης φροντίδας και αποτελεί μία έννοια περιγραφική, ενώ στη διασφάλιση και τη διαχείριση της ποιότητας, παρατηρείται μία εστίαση στην κανονιστική διάσταση της ποιότητας, και συγκεκριμένα, στην αξιολόγηση των διαδικασιών, των δομών ή των αποτελεσμάτων των ενεργειών που διεξάγονται στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας (7). Ωστόσο, όλοι οι ορισμοί της ποιότητας φροντίδας υγείας τείνουν στην παροχή αποτελεσματικής φροντίδας που συμβάλλει στην ικανοποίηση και στην ευημερία των ασθενών. Έτσι, η ποιότητα της φροντίδας υγείας θα μπορούσε να οριστεί ως «η συνεχής ικανοποίηση του ασθενούς παρέχοντας αποτελεσματικές και αποδοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες κλινικές οδηγίες και πρότυπα, οι οποίες πληρούν τις ανάγκες των ασθενών και ικανοποιούν τους παρόχους φροντίδας υγείας» (4).

Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης έχει αποτελέσει τα τελευταία χρόνια ένα παγκόσμιο ζήτημα που ώθησε τη βιομηχανία υπηρεσιών υγείας να υποβληθεί σε ένα ταχύ μετασχηματισμό προκειμένου να ανταποκριθεί επιτυχώς στις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες και απαιτήσεις του πληθυσμού των ασθενών (8).

1.3 Διαστάσεις ποιότητας υπηρεσιών υγείας

Δεδομένου ότι η ποιότητα δεν μπορεί να μετρηθεί με άμεσο τρόπο, η αξιολόγησή της συχνά πραγματοποιείται μέσω διάφορων δεικτών ποιότητας, οι οποίοι αποτυπώνουν το βαθμό συμμόρφωσης των παρόχων φροντίδας υγείας στις κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής και την επίδραση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στην έκβαση των ασθενών, και βασίζονται στις επιμέρους διαστάσεις και στους παράγοντες που διαμορφώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (9,10). Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας χαρακτηρίζεται και εξαρτάται από πολυάριθμες διαστάσεις, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν στις ακόλουθες (11):

- ✓ Η διάσταση της τεχνικής απόδοσης. Η τεχνική απόδοση αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τα καθήκοντα που εκτελούνται από τους επαγγελματίες υγείας και οι εγκαταστάσεις στον τομέα της υγείας ανταποκρίνονται στις προσδοκίες της τεχνικής ποιότητας (συμμόρφωση σε πρότυπα ποιότητας κ.α.).
- ✓ Η διάσταση της αποδοτικότητας. Η αποδοτικότητα αφορά στην αναλογία των εκροών των υπηρεσιών προς το σχετιζόμενο κόστος της παραγωγής των υπηρεσιών αυτών και ορίζεται ως «η επίτευξη της μέγιστης αποτελεσματικότητας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος» (11,12)
- ✓ Η διάσταση της αποτελεσματικότητας. Η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο επιτυγχάνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα της φροντίδας υγείας. Στον τομέα της φροντίδας υγείας, η αποτελεσματικότητα αφορά στο βαθμό παροχής υγειονομικής περίθαλψης βάσει των καλύτερων διαθέσιμων επιστημονικών αποδεικτικών στοιχείων, στην αποφυγή υπερβολικής και κακής χρήσης της τεχνολογίας και στην επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων υγείας στους ασθενείς (11,12).
- ✓ Η διάσταση της συνάφειας. Η εν λόγω διάσταση αφορά στη συνάφεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, βάσει πάντοτε της επιλογής του παρόχου φροντίδας υγείας, της θεραπείας ή / και της ασφάλισης από τον ασθενή, όταν είναι εφικτό.

- ✓ Η διάσταση των παροχών / ανέσεων. Η εν λόγω διάσταση αναφέρεται στην εμφάνιση των εγκαταστάσεων, στην ιδιωτικότητα, στην άνεση, στην καθαριότητα και σε άλλες πτυχές που είναι σημαντικές για τους ασθενείς / πελάτες.
- ✓ Η διάσταση της προσβασιμότητας. Η προσβασιμότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης δεν περιορίζονται από γεωγραφικά, κοινωνικά, οργανωσιακά, οικονομικά ή γλωσσικά εμπόδια (11). Η υγειονομική περίθαλψη οφείλει να παρέχεται εγκαίρως, δηλαδή την κατάλληλη χρονική στιγμή, χωρίς πολιτιστικά, γεωγραφικά ή οργανωσιακά εμπόδια και χωρίς περιττές ή επιζήμιες καθυστερήσεις (12).
- ✓ Η διάσταση της επιλογής. Η εν λόγω διάσταση αφορά στη δυνατότητα επιλογής του παρόχου φροντίδας υγείας, της θεραπείας ή / και της ασφάλισης από τον ασθενή, όταν είναι εφικτό.
- ✓ Η διάσταση των διαπροσωπικών σχέσεων. Οι διαπροσωπικές σχέσεις περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την ενσυναίσθηση, την εμπιστοσύνη, την ειλικρίνεια, το σεβασμό, την επικοινωνία, την ανταποκρισιμότητα και την εμπιστευτικότητα μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών / πελατών.
- ✓ Η διάσταση της ισότητας. Η ισότητα αφορά στην παροχή των ίδιων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και της ίδιας προσοχής σε παρόμοια προβλήματα υγείας, χωρίς κοινωνικές, πολιτιστικές, γεωγραφικές, οικονομικές ή άλλες διακρίσεις μεταξύ των ασθενών (12).

1.4 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας βασιζόταν παραδοσιακά στα πρότυπα επαγγελματικής πρακτικής, ωστόσο, την τελευταία δεκαετία, η αντίληψη του ίδιου του ασθενούς για τη φροντίδα υγείας έχει αποτελέσει ένα σημαντικό δείκτη μέτρησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (8). Παρόλο που συχνά κατατάσσεται στα δευτερεύοντα μέτρα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, αποτελεί ένα πολύ σημαντικό μέτρο καθώς οι ασθενείς είναι η κύρια πηγή πληροφοριών για την αναφορά της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται και του εάν τα πρότυπα περίθαλψης και θεραπείας των ασθενών καλύπτουν τις προσδοκίες τους (13). Στο πλαίσιο αυτό, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί πλέον έναν κρίσιμο συστατικό παράγοντα της βελτίωσης της απόδοσης και της κλινικής αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγείας (8).

Πρόσφατες πρακτικές στο σύστημα υγείας έχουν δείξει ότι οι υγειονομικές αρχές θεωρούν τον ασθενή ως τον καλύτερο κριτή που μπορεί να αξιολογήσει με ακρίβεια και να παρέχει ανατροφοδότηση για τη συνολική βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας, μέσω της διόρθωσης των υφιστάμενων αδυναμιών του συστήματος υγείας. Η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί μία αντίληψη και μία στάση που έχει ο καταναλωτής προς τη συνολική εμπειρία φροντίδας υγείας που έχει λάβει (8). Πρόκειται για μία πολυδιάστατη έννοια που αντιπροσωπεύει ένα βασικό δείκτη της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και θα μπορούσε να συμβάλει στην καλύτερη κάλυψη των αναγκών των ασθενών και στη βελτίωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας μέσω του προσδιορισμού, της κατανόησης και της διόρθωσης των διάφορων χαρακτηριστικών της διαδικασίας παροχής φροντίδας υγείας, μέσω μίας συνεχούς διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (8,14).

Η έννοια της «ικανοποίησης των ασθενών» είναι πράγματι ένας συχνά χρησιμοποιούμενος δείκτης ποιότητας στο μάρκετινγκ, ως ένα μέτρο διατήρησης των ασθενών και ως ένα μέτρο εκτίμησης της ποιότητας φροντίδας υγείας, και συγκεκριμένα, της ποιότητας των υπηρεσιών φυσικοθεραπείας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος φροντίδας υγείας (15,16). Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιο πιθανό να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε σύγκριση με τους μη ικανοποιημένους ασθενείς, διατηρώντας τη σχέση τους με συγκεκριμένους παρόχους φροντίδας υγείας και παραμένοντας συμμορφωμένοι σε συγκεκριμένα σχήμα φροντίδας που ενδείκνυνται για την κατάσταση της υγείας τους (15). Πράγματι, τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης ασθενών έχουν συσχετιστεί με καλύτερα αποτελέσματα υγείας, με υψηλότερη συμμόρφωση στη θεραπεία και με υψηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών (16,17). Δεδομένου ότι η ικανοποίηση από μία συνάντηση ή θεραπεία μπορεί να επηρεάσει τα κλινικά αποτελέσματα, η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να σημαίνει πολλά για ένα μεγάλο εύρος παρόχων υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, των ιατρείων και των κέντρων παροχής μεμονωμένων υπηρεσιών υγείας (15). Συνεπώς, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα μέτρο έκβασης που μπορεί να αξιολογήσει καλύτερα τη συνολική παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης και να παρέχει σημαντικές πληροφορίες στους επαγγελματίες υγείας και στους διευθυντές των συστημάτων υγείας σχετικά με τη συμπεριφορά αναζήτησης φροντίδας και διατήρησης της υγείας (17).

1.5 Ορισμός ικανοποίησης ασθενών

Με απώτερο σκοπό τη βελτίωση αυτή της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και της έκβασης των ασθενών, εδώ και περισσότερο από 5 δεκαετίες, οι ερευνητές έχουν καταβάλει πολυάριθμες προσπάθειες ορισμού και μέτρησης της «ικανοποίησης των ασθενών», χωρίς, ωστόσο, να υπάρχει ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός (19). Αρχικά, η ικανοποίηση των ασθενών θα μπορούσε να οριστεί ως «η ατομική θετική απόκριση σε πολλές πτυχές των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και βασίζεται συνήθως στις προσδοκίες των ασθενών, και επηρεάζεται από τις προηγούμενες εμπειρίες του ασθενούς, την επικοινωνία, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την κατάσταση των παρόχων υγείας και άλλους παράγοντες (1). Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί «το βαθμό στον οποίο συμπίπτει το όραμα του ασθενούς για την ιδανική φροντίδα με την πραγματική, αντιλαμβανόμενη φροντίδα που λαμβάνει» (18). Σύμφωνα με άλλον ορισμό, η ικανοποίηση των ασθενών θα μπορούσε να οριστεί και ως η «λειτουργία των αποκρίσεων των ασθενών στη φροντίδα υγείας που βιώνουν μεσολαβούμενη από τις προσδοκίες και τις προτιμήσεις τους» (20).

1.6 Παράγοντες που σχετίζονται με τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών

Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει ένας σαφής, ευρέως αποδεκτός ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών και χωρίς ένα σαφή ορισμό, είναι δύσκολο να προσδιοριστούν με ακρίβεια οι παράγοντες και τα στοιχεία που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των ασθενών. Αυτό συμβαίνει διότι υπάρχουν άπειρα στοιχεία φροντίδας που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την αντίληψη ικανοποίησης των ασθενών, από τις διατροφικές τους προτιμήσεις μέχρι τους χρόνους αναμονής, καθώς και τις προσωπικότητες των φροντιστών αλλά και των ίδιων των ασθενών (19). Πράγματι, μέχρι σήμερα, έχουν προσδιοριστεί πολυάριθμες διαστάσεις και παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών που αφορούν σε όλη τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας, από τη στιγμή της εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο έως και τη διαδικασία εξιτηρίου, στους χρόνους αναμονής για τη λήψη περίθαλψης, στα διάφορα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού των διάφορων μονάδων υγείας, και στη διαπροσωπική επικοινωνία με το προσωπικό (8,21,22).

Σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση, τα κυριότερα δομικά στοιχεία που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι ο συντονισμός της φροντίδας, το μέγεθος του νοσοκομείου ή της μονάδας φροντίδας, με τα πανεπιστημιακά και τα μεγάλα νοσοκομεία να τείνουν να εμφανίζουν χαμηλότερη ικανοποίηση ασθενών, οι συνολικές ώρες νοσηλείας ανά ασθενή ημερησίως, η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της φροντίδας υγείας, το εργασιακό περιβάλλον, το προσωπικό που στελεχώνει το νοσοκομείο ή τη μονάδα, η διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς, η εξατομικευμένη φροντίδα, η καθαριότητα, οι χρόνοι αναμονής και το ποσοστό θνησιμότητας. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας και επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών, περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων, την επικοινωνία σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, την προσοχή που λαμβάνουν οι ασθενείς, την ανταποκρισιμότητα του προσωπικού και την αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών και προσωπικού (19,23-25). Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες διαμόρφωσης των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών είναι η πρόσβαση και η ευκολία πρόσβασης στις εγκαταστάσεις των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι οι χρόνοι αναμονής, ο χώρος στάθμευσης, η τοποθεσία και οι διοικητικές διαδικασίες (16).

Τέλος, τα χαρακτηριστικά των ίδιων των ασθενών που μπορούν να επηρεάσουν τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών είναι η ηλικία, η ψυχική τους κατάσταση, το φύλο, η αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας, το μορφωτικό επίπεδο, η ποιότητα ζωής, το εισόδημα, η ασθένεια και η θεραπεία που λαμβάνουν οι ασθενείς, η ασφάλιση, το επάγγελμα και η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (16,19,23-25). Εκτός από τα κοινωνικοδημογραφικά και οικονομικά στοιχεία των ασθενών, τα επίπεδα της ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας επηρεάζονται σημαντικά από τις προσδοκίες τους για τη φροντίδα αυτή, τη στάση τους απέναντι στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και την υγεία τους και διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η κατάθλιψη και ο πόνος(8).

Αναμφισβήτητα, όλοι οι παράγοντες κατέχουν κάποιο ρόλο στη διαμόρφωση της τελικής ικανοποίησης των ασθενών από τις λαμβανόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, ωστόσο, ορισμένοι παράγοντες είναι πιο καθοριστικής σημασίας. Σύμφωνα με μία συστηματική ανασκόπηση και μετα - ανάλυση που διερεύνησε τους καθοριστικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις λαμβανόμενες υπηρεσίες μυοσκελετικής φυσικοθεραπείας ως εξωτερικοί ασθενείς, οι παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση

των ασθενών μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 6 βασικές κατηγορίες: στα κλινικά χαρακτηριστικά, στα χαρακτηριστικά των ασθενών, στα χαρακτηριστικά του φυσικοθεραπευτή, στα χαρακτηριστικά της θεραπείας, στη σχέση μεταξύ ασθενούς και φυσικοθεραπευτή και στα χαρακτηριστικά των συνθηκών και των εγκαταστάσεων της υγειονομικής περίθαλψης(17).

Κεφάλαιο 2

2.1 Αποκατάσταση και υπηρεσίες αποκατάστασης

Η αποκατάσταση ορίζεται ως «μία πολυδιάστατη, συνεργατική διαδικασία με επίκεντρο το άτομο που περιλαμβάνει παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ικανότητα του ατόμου ή / και σε εννοιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την απόδοση με σκοπό τη βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων με αναπηρία ή των ατόμων με πιθανότητα να βιώσουν κάποια αναπηρία στο μέλλον» (26). Σύμφωνα με άλλον ορισμό, ως αποκατάσταση χαρακτηρίζεται «το σύνολο των παρεμβάσεων που σχεδιάζονται με σκοπό τη βελτιστοποίηση της λειτουργικότητας και τη μείωση της αναπηρίας ατόμων με παθήσεις υγείας σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον τους». Η αποκατάσταση δεν είναι ικανή να αναστρέψει τη βλάβη που έχει προκαλέσει μία ασθένεια ή ένας τραυματισμός αλλά μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη της βέλτιστης δυνατής υγείας, ευημερίας και λειτουργικότητας του ατόμου (27).

Η αποκατάσταση αποτελεί έναν κλάδο της ιατρικής επιστήμης που στοχεύει στην παροχή βοήθειας στους ανθρώπους με αναπηρία ή χρόνιες παθήσεις να επιστρέψουν στην κοινωνία και να ξεκινήσουν μία νέα ζωή παρά τις δυσκολίες που υφίστανται (28). Σήμερα, υπολογίζεται ότι το 15% του πληθυσμού ζει με κάποιο είδος αναπηρίας και τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν ποικίλα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας καθώς και πολυάριθμα ψυχολογικά και φυσιολογικά προβλήματα που προκαλούν συχνά υπερβολική δυσφορία και μοναξιά (29). Για το λόγο αυτό, τα άτομα με αναπηρία χρειάζονται υποστήριξη προκειμένου να διαχειριστούν όλα τα καθημερινά ζητήματα της ζωής, όπως η εργασία, οι φίλοι, η οικογένεια και ο ελεύθερος χρόνος, ανεξαρτήτως των προβλημάτων που διαθέτουν (28).

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης και αποθεραπείας έχουν ως βασικό στόχο την αύξηση της αυτοπεποίθησης και της ανεξαρτησίας του ατόμου, την αύξηση της ποιότητας ζωής τους, την ομαλή ένταξη του ατόμου στην αγορά εργασίας και στην κοινότητα, καθώς και την προσαρμογή του ίδιου του ασθενούς και των μελών της οικογένειάς τους στη νέα πραγματικότητα που καλούνται να βιώσουν λόγω της αναπηρίας ή της ασθένειας που έχει προκύψει. Οι εν λόγω υπηρεσίες περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη φυσιοθεραπεία, την εργοθεραπεία, την ψυχολογική στήριξη, την υδροθεραπεία και τη λογοθεραπεία (30).

Η πρόωγη αποκατάσταση είναι εξαιρετικά κρίσιμη διότι μπορεί να προλάβει και να μειώσει σημαντικά τη λειτουργική έκπτωση του ατόμου, να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του και να μειώσει το κόστος και τις δαπάνες νοσηλείας, τα οποία βαραίνουν τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και το εθνικό σύστημα υγείας. Αντιθέτως, η ελλιπής αποκατάσταση μπορεί να επιφέρει αρνητικές συνέπειες στον ασθενή και στην κοινωνία, λόγω του σημαντικού κοινωνικού και οικονομικού αντίκτυπου της εκάστοτε χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας, τόσο σε άμεσο όσο και σε έμμεσο επίπεδο (31).

Η διαδικασία της αποκατάστασης τυπικά διακρίνεται σε οξείες, υποξείες και χρόνιες φάσεις, με την κάθε φάση να εστιάζει σε διαφορετικούς στόχους και παρεμβάσεις προκειμένου να διευκολυνθεί η αποκατάσταση (31). Τα εξατομικευμένα, ειδικά προσαρμοσμένα στον ασθενή προγράμματα αποκατάστασης είναι απαραίτητα προκειμένου να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες, την ψυχολογική κατάσταση και τις ειδικές απαιτήσεις του κάθε ασθενούς, ενώ, παράλληλα, είναι σημαντική η εξασφάλιση της συμμόρφωσης του ασθενούς με τα πρωτόκολλα αποκατάστασης (31,32).

2.2 Βασικές υπηρεσίες λειτουργικής αποκατάστασης που παρέχονται

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης περιλαμβάνουν ένα μεγάλο πλήθος διαφορετικών υπηρεσιών, στις οποίες ανήκουν, μεταξύ άλλων, η φυσικοθεραπεία, η λογοθεραπεία και η θεραπεία που πραγματοποιείται στην πισίνα, και η διάρκεια συμμετοχής στις θεραπευτικές αυτές συνεδρίες διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τον ασθενή.

Η φυσικοθεραπεία είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό μέρος του επαγγέλματος της φροντίδας υγείας που στοχεύει στη διατήρηση, προαγωγή και αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας του ατόμου και κάθε συνεδρία θεραπείας βασίζεται στη σωματική εξέταση, τη διάγνωση, τις παρεμβάσεις, την πρόγνωση, την προαγωγή της υγείας, την αποκατάσταση και την πρόληψη ασθενειών (1). Η φυσικοθεραπεία ορίζεται ως «ένα δυναμικό επάγγελμα φροντίδας υγείας με καλά εδραιωμένη θεωρητική και ευρεία κλινική εφαρμογή στη διατήρηση, ανάπτυξη και αποκατάσταση της βέλτιστης σωματικής λειτουργίας». Κατά την αποκατάσταση, οι φυσικοθεραπευτές αποτελούν τους επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν την παροχή βοήθειας στα άτομα με αναπηρία ή διάφορα προβλήματα υγείας προκειμένου να μεγιστοποιήσουν τις ικανότητές τους ως προς τη λειτουργία και την ανεξαρτησία τους στις

καθημερινές δραστηριότητες της ζωής. Η φυσικοθεραπεία εστιάζει σε πολλές πτυχές του ατόμου, όπως η σωματική, η ψυχολογική, η κοινωνική και η συναισθηματική ευημερία του, και η θεραπεία στοχεύει στην αποκατάσταση, ανάπτυξη και διατήρηση της μέγιστης λειτουργικής και κινητικής ικανότητας του ατόμου. Οι φυσιοθεραπευτές αναλαμβάνουν επίσης την εκτίμηση, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόσληψη της αναπηρίας, της βλάβης και της δυσλειτουργίας της κίνησης στους ασθενείς όλων των ηλικιών και διευκολύνουν τη βέλτιστη λειτουργική ανεξαρτησία, την ευημερία και την υγεία της κοινότητας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με διάφορες χειρωνακτικές, εξειδικευμένες τεχνικές, με παροχή συμβουλών στους ασθενείς και τους φροντιστές τους, με ειδικές ασκήσεις, με ηλεκτροθεραπευτικές μεθόδους, με ειδική εκπαίδευση και εξάσκηση και με παροχή και χρήση ειδικών βοηθημάτων και συσκευών (33).

Η λογοθεραπεία αποτελεί ένα σημαντικό είδος θεραπείας που στοχεύει στην αντιμετώπιση των διαταραχών λόγου, οι οποίες ορίζονται ως «οποιοδήποτε πρόβλημα στην παραγωγή ήχων, στη φώνηση, στην ευχέρεια λόγου ή / και στο συντονισμό του λόγου» (34,35). Κατά τη λογοθεραπεία, η έγκαιρη παρέμβαση είναι κρίσιμης σημασίας για την αποτροπή πολλών μελλοντικών προβλημάτων που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μειωμένη ποιότητα ζωής, σε πτωχή ακαδημαϊκή απόδοση, σε μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση, σε αρνητικές κοινωνικές συνέπειες, σε μειωμένες ευκαιρίες εργασίας και σε έλλειψη ανεξαρτησίας, ενώ για να είναι αποτελεσματικές οι υπηρεσίες λογοθεραπείας, θα πρέπει οι θεραπευτικές συνεδρίες να είναι συχνές, εξατομικευμένες και εντατικές (35,36).

Τέλος, μία σημαντική υπηρεσία αποκατάστασης που παρέχεται από τα ΚΕΦΙΑΠ είναι η θεραπεία με χρήση της πισίνας. Η εφαρμογή θεραπείας αποκατάστασης στο νερό έχει εφαρμοστεί ήδη από την αρχαιότητα, ενώ κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η χρήση ιαματικών λουτρών ή spa, οι ασκήσεις στο νερό και η χρήση κρύου και ζεστού νερού έχει γίνει ιδιαίτερα δημοφιλής στις ιατρικές θεραπείες για την ανακούφιση του πόνου και την αποκατάσταση των ασθενών (37,38). Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι χρήσης του νερού ως θεραπεία, όπου διαφέρει σημαντικά η θεραπευτική εστίαση και ο στόχος. Βασικές υποκατηγορίες της θεραπείας στο νερό είναι η υδροθεραπεία (“hydrotherapy”), η λουτροθεραπεία (“balneotherapy”) και η υδροθεραπεία σε θεραπευτική πισίνα (“Aquatic therapy”). Η υδροθεραπεία εφαρμόζει το νερό σε όλες τις μορφές του και βασικό χαρακτηριστικό της είναι η ρύθμιση και αξιοποίηση της θερμοκρασίας του νερού. Για παράδειγμα, το κρύο νερό μπορεί να εξασφαλίσει επαρκή

αιμάτωση των ζωτικών οργάνων μέσω προσωρινής περιφερικής αγγειοσύσπασης, η οποία ακολουθείται από αγγειοδιαστολή, και η αιμάτωση που διεγείρεται με αυτόν τον τρόπο μπορεί να ανακουφίσει και να θεραπεύσει χρόνια τραύματα (38). Σε αντίθεση με τις αναλγητικές ιδιότητες του κρύου νερού, το ζεστό νερό διαστέλλει τα αιμοφόρα αγγεία και συμβάλλει στη χαλάρωση των μυών και στην ανακούφιση των σπασμών (38,39).

Η λουτροθεραπεία αποτελεί μία μορφή φυσικής θεραπείας με ειδικά λουτρά όπου χρησιμοποιείται συνήθως ειδικό νερό εμπλουτισμένο με ανθρακικό οξύ, ιώδιο ή άλλα στοιχεία, και αξιοποιείται συνήθως για την ανακούφιση του χρόνιου πόνου. Τέλος, η υδροθεραπεία σε θεραπευτική πισίνα χρησιμοποιεί ασκήσεις στο νερό που συνήθως διεξάγονται ομαδικά από θεραπευτική σε ειδική πισίνα, και οι ασκήσεις αυτές διαφέρουν σημαντικά σε τεχνική και στοχεύουν κυρίως στη βελτίωση της δύναμης του σώματος, της διάτασης και της κίνησης. Στη θεραπεία αυτή, αξιοποιείται κυρίως η ιδιότητα της άνωσης και η υδροστατική πίεση του νερού, ιδιότητες που μπορεί να είναι χρήσιμες για άτομα με νευρολογικές παθήσεις, με ορθοπεδικά προβλήματα ή με μυοσκελετικό πόνο (38). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η θεραπεία στο νερό συχνά συνδυάζεται με τη φυσικοθεραπεία προκειμένου να αυξηθούν τα αποτελέσματα αποκατάστασης των ασθενών, ανάλογα πάντοτε με την πάθηση που στοχεύει η θεραπεία (40).

2.3 Δημόσιες Δομές Αποκατάστασης στην Ελλάδα: Η περίπτωση των ΚΕΦΙΑΠ

Δεδομένης της υψηλής σημασίας της έγκαιρης, αποτελεσματικής και πλήρους αποκατάστασης των ατόμων με χρόνιες ασθένειες ή / και αναπηρία, είναι εξαιρετικά σημαντική η ύπαρξη και ευρεία διάθεση στους πολίτες εξειδικευμένων δημόσιων δομών αποκατάστασης. Στις περισσότερες χώρες, υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται και σε δημόσια και σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κέντρα (16). Στην Ελλάδα, οι δημόσιες δομές αποκατάστασης περιλαμβάνουν τα Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης (ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ.), τα Κέντρα Αποθεραπείας, Φυσικής & Κοινωνικής Αποκατάστασης (Κ.Α.Φ.Κ.Α.) και τα Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας (Κ.Κ.Π.).

Τα ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ συστάθηκαν από το νόμο 4025/2011 (άρθρο 11) και προέκυψαν από τη μετονομασία των Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.ΜΕ.Α. («Κέντρα Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης & Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες»), τα οποία αποτελούσαν μονάδες κοινωνικής φροντίδας

στον τομέα της πρόνοιας και ήταν νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, και αποτελούν ουσιαστικά μετεξέλιξη των Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.ΜΕ.Α. και των Κ.Α.Φ.Κ.Α. βάσει του νόμου 4025/2011 (30,41,42). Παλαιότερα, πριν ενταχθούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.Α.ΜΕ.Α. και τα Κ.Α.Φ.Κ.Α. ήταν αυτόνομα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και ανήκαν στον τομέα της Κοινωνικής Φροντίδας του Υπουργείου Υγείας, με τα πρώτα να εστιάζουν περισσότερο στην ανοιχτή φροντίδα των ασθενών με αναπηρία και τα δεύτερα να εστιάζουν ως επί το πλείστον στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις (41). Σήμερα, τα ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ υπάγονται διοικητικά και οργανικά στο νοσοκομείο όπου βρίσκονται και δεν είναι αυτόνομα, και βασικός τους ρόλος είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας, και συγκεκριμένα, διάγνωσης, συμβουλευτικής, κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης, λειτουργικής αποκατάστασης και επαγγελματικής κατάρτισης σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς με νοητικά ή κινητικά προβλήματα, με παθήσεις του αναπνευστικού, του ερειστικού, του κυκλοφορικού, του νευρικού και του μυϊκού συστήματος (30,42).

Δεδομένων των στόχων των ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ, απαιτείται εξειδικευμένο και επαρκές προσωπικό που θα μπορεί να αναλάβει ένα μεγάλο πλήθος διαφορετικών αρμοδιοτήτων, όπως η διεξαγωγή μετρήσεων ζωτικών σημείων, η εξέταση του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, η διάγνωση και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες και το ιστορικό του ασθενούς, η διαχείριση επιληπτικών κρίσεων, η παροχή φροντίδας σε άτομα ύστερα από αδιαθεσία ή μικροτραυματισμούς, η οργάνωση του φαρμακείου, ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση διάφορων συμπτωμάτων, η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και ανακατεύθυνση του ασθενούς σε πιο εξειδικευμένες δομές για τη διεξαγωγή παρεμβάσεων (41).

Κεφάλαιο 3

3.1 Υπηρεσίες αποκατάστασης και ικανοποίηση ασθενών

Μεταξύ των ασθενών και των θεραπειών που αναλαμβάνουν την αποκατάσταση αναπτύσσεται συνήθως πιο ισχυρή σχέση σε σύγκριση με άλλα ιατρικά επαγγέλματα λόγω της παρατεταμένης διάρκειας της αποκατάστασης και αποθεραπείας που επηρεάζει θετικά τη σωματική λειτουργική βελτίωση, τα αποτελέσματα της θεραπείας, τη διαχείριση του πόνου και την ικανότητα διεξαγωγής καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής (1). Έτσι, κατά την αξιολόγηση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών που δέχονται υπηρεσίες αποκατάστασης και αποθεραπείας, παρατηρείται ένα πλήθος επιπρόσθετων παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, οι οποίοι σχετίζονται με τον ίδιο το θεραπευτή που αναλαμβάνει την αποκατάσταση και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη συχνότητα της θεραπείας, την επάρκεια της διάρκειας της θεραπείας, τη φιλική στάση του θεραπευτή, την αποτελεσματική επικοινωνία, τον επαγγελματισμό του θεραπευτή, τις δεξιότητες και τις γνώσεις του (1).

Εδώ και πολλές δεκαετίες, έχουν υποστηριχθεί οι πρακτικές αποκατάστασης με επίκεντρο τον ασθενή, ως μία καλύτερη μετάβαση από το κυρίαρχο ιατρικό μοντέλο σε μία πιο ολιστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική υπόσταση του ασθενούς (16,43). Βάσει της συγκεκριμένης προσέγγισης, οι απόψεις των ασθενών, οι ανάγκες τους και οι προτιμήσεις τους κατέχουν σημαντικό ρόλο και συνδιαμορφώνουν την αντιλαμβανόμενη συνολική υγεία και ευημερία τους (16). Το μοντέλο φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή αποτελεί έναν τρόπο βελτίωσης της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς ο ασθενής αποκτά το δικαίωμα να λαμβάνει πλήρη ενημέρωση ως προς την κατάστασή του, τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές και τα πιθανά αποτελέσματα υγείας του, καθώς και να συμμετέχει στη λήψη σημαντικών αποφάσεων σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνει. Με αυτόν τον τρόπο, εξασφαλίζεται ότι οι υπηρεσίες αποκατάστασης που παρέχονται ευθυγραμμίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό με τις αξίες και τις προτιμήσεις του ασθενούς, μπορούν να του εξασφαλίσουν υψηλότερη ποιότητα φροντίδας υγείας και υψηλότερη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας στη φροντίδα που λαμβάνουν (18). Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί ότι όσο περισσότερο εμπλέκονται οι ασθενείς στη φροντίδα υγείας και στις υπηρεσίες αποκατάστασης που λαμβάνουν και όσο λαμβάνουν περισσότερες γνώσεις για το πρόβλημα

υγείας τους και για τη θεραπεία τους, απαιτούν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και στα αποτελέσματα υγείας τους (44).

3.2 Διαφορές στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες αποκατάστασης σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές

Υπηρεσίες αποκατάστασης, όπως είναι οι φυσιοθεραπευτικές υπηρεσίες, παρέχονται συχνά τόσο σε δημόσιες όσο και σε ιδιωτικές δομές. Τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν δωρεάν τις υπηρεσίες αυτές σε όλους τους πολίτες, ωστόσο, συχνά, παρέχονται περιορισμένες υπηρεσίες αποκατάστασης λόγω της υψηλής αναλογίας ασθενών προς τους θεραπευτές. Αντίθετα, οι ιδιωτικές δομές είναι συχνά πιο εξελιγμένες και διαθέτουν πιο σύγχρονο και ακριβό εξοπλισμό, ωστόσο, το υψηλό κόστος εισαγωγής και η έλλειψη προγραμμάτων ασφάλισης υγείας που να καλύπτουν τις υπηρεσίες αυτές μπορούν να περιορίσουν σημαντικά την πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες αυτές (16).

Η αντίληψη των ασθενών ως προς την ποιότητα της φροντίδας υγείας που λαμβάνουν και τα επίπεδα ικανοποίησής τους διαφέρουν επίσης σημαντικά μεταξύ των δημόσιων και των ιδιωτικών δομών (1,45). Πολλές φορές, οι ασθενείς τείνουν να προτιμούν τις ιδιωτικές μονάδες υγείας λόγω της απουσίας λιστών αναμονής, της μικρότερης καθυστέρησης στη θεραπεία, την παροχή πιο πρόσφατου εξοπλισμού, του πιο καθαρού περιβάλλοντος και της εξατομικευμένης ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης, ενώ οι δημόσιες δομές συνήθως επιλέγονται λόγω της απουσίας κόστους θεραπείας (1,16,46)

3.3 Ανασκόπηση πρόσφατων ερευνών που εστίασαν στην εξέταση της ικανοποίησης των ασθενών από διάφορες υπηρεσίες αποκατάστασης σε διεθνές επίπεδο

Τα τελευταία χρόνια, έχουν πραγματοποιηθεί και δημοσιευθεί πολυάριθμες μελέτες που εστίασαν στη διερεύνηση των επιπέδων της ικανοποίησης των ασθενών από διάφορες υπηρεσίες αποκατάστασης, όπως είναι οι φυσιοθεραπευτικές υπηρεσίες, οι υπηρεσίες λογοθεραπείας και οι υπηρεσίες υδροθεραπείας με χρήση πισίνας, σε διεθνές επίπεδο, και παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά ορισμένες από τις πρόσφατες αυτές έρευνες.

Αρχικά, στη μελέτη των Bakilan & Ortanca (47), επιχειρήθηκε η διερεύνηση και σύγκριση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών, καθώς των επιπέδων ανακούφισης από τον πόνο, μεταξύ ασθενών που έλαβαν φαρμακολογική ή μη φαρμακολογική θεραπεία, και διάφορες υπηρεσίες αποκατάστασης, όπως η φυσικοθεραπεία και η νευροθεραπεία (“neural therapy”), ενώ, παράλληλα, εξετάστηκαν οι δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών. Το δείγμα περιλάμβανε συνολικά 109 ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία που διαχωρίστηκαν σε 2 ομάδες, στην ομάδα που έλαβαν φαρμακολογική θεραπεία, όπως τα μυοχαλαρωτικά και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, και στην ομάδα που έλαβαν μη φαρμακολογική θεραπεία, όπως η φυσικοθεραπεία και η νευροθεραπεία. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Σύμφωνα με τα ευρήματα της εν λόγω μελέτης, δεν υπήρξε καμία σχέση στην ικανοποίηση των ασθενών και στο μορφωτικό επίπεδο, στην κατάσταση εργασίας, στην ύπαρξη χρόνιας νόσου, στο φύλο και στην ηλικία των ασθενών. Όλες οι μεταβλητές της ικανοποίησης των ασθενών βρέθηκαν να είναι σημαντικά καλύτερες μεταξύ των ασθενών που λάμβαναν μη φαρμακολογική θεραπεία, σε σύγκριση με τους ασθενείς που λάμβαναν φαρμακολογική θεραπεία, και οι ασθενείς που λάμβαναν νευροθεραπεία παρουσίασαν υψηλότερη προθυμία να εφαρμόσουν την ίδια θεραπεία εκ νέου στο μέλλον, υψηλότερα επίπεδα ανακούφισης του πόνου και υψηλότερα επίπεδα συνολικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν υπηρεσίες φυσικοθεραπείας. Συνεπώς, οι φαρμακολογικοί μέθοδοι φαίνεται πως οδηγούν σε υψηλότερη ικανοποίηση στους ασθενείς, και η νευροθεραπεία μπορεί να αποτελέσει μία καλή εναλλακτική λύση στη φυσικοθεραπεία για την αποκατάσταση και την ανακούφιση του πόνου των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία (47).

Οι Jahan et al. (16) διεξήγαγαν μία συγχρονική μελέτη προκειμένου να εκτιμήσουν τα επίπεδα της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών που δέχθηκαν υπηρεσίες φυσικοθεραπείας στη Λιβύη, καθώς και τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν σημαντικά τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών. Το δείγμα αποτελούνταν από 501 ασθενείς, ηλικίας 18 έως και 79 ετών, στους οποίους εκτιμήθηκε η ικανοποίηση μέσω ενός έγκυρου και αξιόπιστου ερωτηματολογίου, και παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς του δείγματος ήταν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από τις διάφορες πτυχές των υπηρεσιών φυσικοθεραπείας που έλαβαν. Τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης παρατηρήθηκαν ως προς την ικανότητα των φυσικοθεραπευτών να παρέχουν λεπτομερείς εξηγήσεις στους ασθενείς και ως προς τα χαρακτηριστικά των φυσικοθεραπευτών, ενώ η ικανοποίηση των ασθενών

συσχετίστηκε σημαντικά με το επάγγελμα και το φύλο των ασθενών. Συγκεκριμένα, οι άνεργοι ασθενείς και οι ασθενείς γυναικείου φύλου έτειναν να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Συνεπώς, τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις φυσιοθεραπευτικές υπηρεσίες αποκατάστασης στη Λιβύη ήταν αρκετά υψηλά, με το φύλο και το επάγγελμα των ασθενών να κατέχει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των επιπέδων αυτών της ικανοποίησης (16).

Στη συγχρονική, συγκριτική μελέτη των Nadeem et al. (1), εξετάστηκαν και συγκρίθηκαν τα επίπεδα της ικανοποίησης των ασθενών μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού κλινικού τομέα παροχής φυσιοθεραπευτικών υπηρεσιών στο Πακιστάν. Το δείγμα των ασθενών που εξετάστηκε ήταν 260 ασθενείς ηλικίας 20 έως 40 ετών με μυοσκελετικές και νευρομυϊκές διαταραχές, και η ικανοποίηση των ασθενών εκτιμήθηκε με τη χρήση του εργαλείου MED - RISK. Από το σύνολο των ασθενών, το 44,23% ήταν χρήστες των υπηρεσιών φυσιοθεραπευτικής αποκατάστασης σε δημόσια νοσοκομεία, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς ήταν χρήστες των αντίστοιχων υπηρεσιών σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Βάσει των αποτελεσμάτων της εν λόγω έρευνας, η μέση ικανοποίηση των ασθενών βρισκόταν σε μέτρια επίπεδα και ήταν λίγο υψηλότερη μεταξύ των χρηστών του ιδιωτικού τομέα, ωστόσο, δεν ήταν στατιστικά σημαντική η διαφορά στην ικανοποίηση των ασθενών μεταξύ των δύο ομάδων. Συνεπώς, η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας ήταν μέτρια τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα στο Πακιστάν, και δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τομέων αυτών (1).

Ο βασικός σκοπός της μελέτης των Little et al. (48) ήταν η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από την εφαρμογή τηλεεπισκέψεων λογοθεραπείας, καθώς και των παραγόντων που διαμορφώνουν τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών αυτών. Το δείγμα αποτελούνταν από 65 ασθενείς, οι οποίοι είχαν ολοκληρώσει τουλάχιστον μία συνεδρία λογοθεραπείας εξ αποστάσεως, και τα επίπεδα της ικανοποίησης των ασθενών εκτιμήθηκε μέσω της χρήσης του εργαλείου “Short Assessment of Patient Satisfaction” (SAPS). Βάσει των αποτελεσμάτων, η πλειοψηφία των ασθενών (~85%) ήταν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από τις συνεδρίες λογοθεραπείας που έλαβαν. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από το σεβασμό που επιδείκνυε ο πάροχος και από τη φροντίδα που έλαβαν, ενώ η μικρότερη ικανοποίηση σημειώθηκε για την επεξήγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας και για τη διάρκεια της επίσκεψης. Τέλος, η ικανοποίηση των ασθενών

συσχετίστηκε σημαντικά με τον αριθμό των συνεδριών και με τη μικρότερη ηλικία των ασθενών, ενώ δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με τον τύπο λογοθεραπείας που έλαβαν, το φύλο, την ασφάλιση και την προγενέστερη διαπροσωπική θεραπεία. Συνεπώς, παρατηρήθηκε υψηλή ικανοποίηση των ασθενών από τις εξ αποστάσεως συνεδρίες λογοθεραπείας που λάμβαναν, και σημαντικοί παράγοντες που φάνηκαν να διαμορφώνουν την ικανοποίηση αυτή αναδείχθηκαν η ηλικία και ο αριθμός των συνεδριών λογοθεραπείας (48).

Οι Shaukat et al. (49) διεξήγαγαν μία συγχρονική μελέτη παρατήρησης με σκοπό τη σύγκριση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών που δέχθηκαν φυσικοθεραπεία σε τμήματα φυσικοθεραπείας σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία στο Lahore. Το δείγμα της εν λόγω μελέτης αποτελούνταν από 377 ασθενείς, και τα επίπεδα της ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που έλαβαν εκτιμήθηκαν με το ερωτηματολόγιο “Physical Therapy Patient Satisfaction Survey”. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα μέσα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών που επισκέφθηκαν τα δημόσια νοσοκομεία για φυσικοθεραπευτικές υπηρεσίες ήταν σημαντικά υψηλότερα από εκείνα που σημειώθηκαν από τους ασθενείς που επισκέφθηκαν ιδιωτικά νοσοκομεία για φυσικοθεραπευτικές υπηρεσίες. Συνεπώς, η ικανοποίηση των ασθενών ήταν υψηλότερη στα δημόσια νοσοκομεία, και η υψηλότερη ικανοποίηση οφειλόταν σε διάφορους παράγοντες, όπως το συνολικό κόστος τη θεραπείας, η πρόσβαση στο νοσοκομείο και η εξειδίκευση του φυσικοθεραπευτή (49)

3.4 Σύνοψη βιβλιογραφίας, ερευνητικό κενό και σημασία παρούσας έρευνας

Τις τελευταίες δεκαετίες, ο αριθμός των ατόμων που αξιοποιεί και επωφελείται από τις διάφορες υπηρεσίες αποκατάστασης, όπως οι υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, έχει αυξηθεί σημαντικά και για το λόγο αυτό, παρατηρείται αυξημένη ανάγκη διερεύνησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών αυτών και των εμπειριών των ασθενών από τις εν λόγω υπηρεσίες. Στο πλαίσιο αυτό, η ικανοποίηση των ασθενών έχει αναδειχθεί ως μία βασική παράμετρος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης για τους διάφορους πληθυσμούς (16). Η ικανοποίηση των ασθενών σήμερα αξιοποιείται για πολλούς διαφορετικούς στόχους, όπως η εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και θεραπείας, η σύγκριση διαφορετικών προγραμμάτων, συστημάτων ή μονάδων φροντίδας

υγείας ή / και ο καθορισμός του τομέα της φροντίδας υγείας που παρέχεται που χρήζει βελτίωσης προκειμένου να αυξηθεί η ικανοποίηση του ασθενούς, και κατά συνέπεια, η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (1)

Δεδομένων των πολυάριθμων στόχων των ΚΕΦΙΑΠ και των πολλαπλών αρμοδιοτήτων και ενεργειών που καλούνται να καλύψουν, είναι εξαιρετικά σημαντικό να διερευνηθεί εάν η λειτουργία τους είναι αρκετά αποτελεσματική και εάν καλύπτουν με επάρκεια τις προσδοκίες των ασθενών, αυξάνοντας την ικανοποίησή τους από τη φροντίδα υγείας που λαμβάνουν κατά τη διάρκεια της αποκατάστασής τους. Για το λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών από το σύνολο των ΚΕΦΙΑΠ της Ελλάδας, καθώς και από τις υπηρεσίες αποκατάστασης που λαμβάνουν από κάθε ΚΕΦΙΑΠ της χώρας ξεχωριστά, καθώς τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών θα μπορούσαν να παρέχουν σημαντικές πληροφορίες στους θεραπευτές, στους διευθυντές και στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης.

Ωστόσο, σε πρακτικό επίπεδο, από το 2011 όπου πραγματοποιήθηκε η μετονομασία των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ («Κέντρα Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης & Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες») σε Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ), δεν εντοπίστηκε καμία δημοσιευμένη έρευνα που να εστιάζει στα επίπεδα της ικανοποίησης των ασθενών από τα διάφορα ΚΕΦΙΑΠ που λειτουργούν στον Ελλαδικό χώρο. Στο πλαίσιο αυτό, ο βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των επιπέδων ικανοποίησης και του βαθμού αποκατάστασης των ασθενών στην Ελλάδα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αποκατάστασης των ΚΕΦΙΑΠ, και συγκεκριμένα, από τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, λογοθεραπείας, θεραπείας στην πισίνα ή συνδυασμό αυτών στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4

4.1 Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να εξετάσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες που προσφέρονται στα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) της Δυτικής Ελλάδας και να προσδιορίσει το επίπεδο αποκατάστασης που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια των απολαμβανόμενων υπηρεσιών αποκατάστασης. Ένα από τα πιο αξιόπιστα μέτρα για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι η ικανοποίηση των ασθενών, ιδίως σε κέντρα αποκατάστασης όπου ο θεραπευτικός στόχος δεν είναι η άμεση θεραπεία, αλλά η μακροπρόθεσμη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής (50). Σε πρόσφατη έρευνα, έχει αποδειχθεί ότι η εμπειρία του ασθενούς σε περιβάλλοντα αποκατάστασης καθορίζεται όχι μόνο από την ποιότητα των υπηρεσιών που του προσφέρονται, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τη δική του πρόοδο και βελτίωση (51). Το επίπεδο ικανοποίησης συσχετίζεται άμεσα με παράγοντες όπως η συμπεριφορά του προσωπικού, η συνεργασία με τους θεραπευτές, η συνέπεια των συνεδριών και το αν ο ασθενής αισθάνεται σίγουρος για την αποκατάσταση (52, 53).

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στα τρία εν λειτουργία ΚΕΦΙΑΠ της Δυτικής Ελλάδας (Πύργος, Αγρίνιο και Αμφιλοχία) με σκοπό να προσδιορίσει το επίπεδο της θεραπείας που προσφέρουν μέσω της ικανοποίησης των ωφελομένων τις ομοιότητες και τις διαφορές μεταξύ τους, και να παράσχει πρακτικές συστάσεις για τον τρόπο βελτίωσής τους. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών θα βελτιωθεί, η σχέση μεταξύ ασθενών και παρόχων μπορεί να βελτιωθεί και η ικανότητα των ΚΕΦΙΑΠ να λειτουργούν στη Δυτική Ελλάδα θα ενισχυθεί (54, 55) μέσω της ανάλυσης των αποτελεσμάτων.

4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Η σαφής διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ποσοτικής έρευνας όσον αφορά τον προσανατολισμό, την αποτελεσματικότητα και την εγκυρότητά της. Στην παρούσα έρευνα, τα ερωτήματα σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών από τις

υπηρεσίες που λαμβάνουν στα ΚΕΦΙΑΠ Δυτικής Ελλάδας και τον βαθμό αποκατάστασης που αισθάνονται μετά τη συμμετοχή τους σε θεραπευτικές συνεδρίες. Επιλέχθηκαν σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία για το θέμα σε διεθνές επίπεδο, η οποία αποδεικνύει ότι η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την προθυμία του ασθενούς να συνεχίσει ή να επαναλάβει τη θεραπεία (55, 56).

Συγκεκριμένα, η έρευνα επιχειρεί να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιο είναι το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες των ΚΕΦΙΑΠ;
2. Ποιος είναι ο αντιλαμβανόμενος βαθμός αποκατάστασης έπειτα από τη συμμετοχή σε προγράμματα φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης;
3. Ποιος είναι ο ρόλος των δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα) στον καθορισμό του βαθμού ικανοποίησης και αποκατάστασης;
4. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης και αποκατάστασης, όπως καταγράφεται στις κλίμακες Likert;

Τα παραπάνω ερωτήματα αντανakλούν τον διττό στόχο της έρευνας: αφενός να αποτιμήσει το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών μέσα από την οπτική των ίδιων των ασθενών (57), και αφετέρου να εντοπίσει παράγοντες που συμβάλλουν ή περιορίζουν την επιτυχή αποκατάσταση, παρέχοντας χρήσιμες κατευθύνσεις για τη βελτίωση των υπηρεσιών (58, 59).

4.3 Σχεδιασμός και προσέγγιση

Η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι μια ποσοτική προσέγγιση, καθώς ο ερευνητής επιδιώκει να καταγράψει και να αποτιμήσει την ικανοποίηση των ασθενών και το επίπεδο αποκατάστασης με συστηματικό τρόπο, χρησιμοποιώντας δομημένα εργαλεία συλλογής δεδομένων. Οι ποσοτικές μέθοδοι είναι οι πλέον κατάλληλες, καθώς καταγράφουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις και προσφέρουν τη δυνατότητα στατιστικής επεξεργασίας και εξήγησης των αποτελεσμάτων (56). Η μεθοδολογία επιλέχθηκε επειδή είναι συνηθισμένο στη διεθνή εμπειρία να μετράται το επίπεδο ικανοποίησης σε εγκαταστάσεις αποκατάστασης μέσω ερωτηματολογίων κλίμακας Likert, καθώς η συγκρισιμότητα των ευρημάτων και η δυνατότητα μέτρησής τους είναι λογική (53).

Η έρευνα σχεδιάστηκε ως μελέτη διατομής, καθώς τα δεδομένα θα συλλέγονταν κατά τη

διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου (Ιούνιος-Σεπτέμβριος 2024). Η μεθοδολογία διατομής (cross-sectional study) επιτρέπει την τεκμηρίωση των εμπειριών των ασθενών σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, χωρίς να είναι απαραίτητη η παρακολούθησή τους στο χρόνο. Επιπλέον, η χρήση της διατομικής προσέγγισης προσφέρει μια συνολική εικόνα της εμπειρίας των ασθενών στις συγκεκριμένες δομές κατά την περίοδο της έρευνας, διευκολύνοντας τη στατιστική ανάλυση και την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων. Οι διαχρονικές μελέτες μπορούν να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη φύση της ικανοποίησης και της αποκατάστασης, αλλά ο σχεδιασμός διατομής είναι επαρκής για την αναφορά της τρέχουσας κατάστασης και τη διαμόρφωση βιώσιμων συστάσεων για την πολιτική υγείας (52).

4.4 Δείγμα και Δειγματοληψία

Ως δείγμα της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα 88 ασθενών που είχαν υποβληθεί σε υπηρεσίες αποκατάστασης στα τρία κέντρα ΚΕΦΙΑΠ στη Δυτική Ελλάδα (Πύργος, Αργίνιο, Αμφιλοχία) κατά τη διάρκεια του Ιουνίου και του Σεπτεμβρίου 2024. Για την επιλογή χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της δειγματοληψίας ευκολίας, καθώς συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς που ήταν παρόντες στις εγκαταστάσεις κατά τη στιγμή της μελέτης και ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν στη μελέτη. Αν και αυτή η προσέγγιση δεν εγγυάται την υψηλότερη αντιπροσωπευτικότητα, αποτελεί συνήθη πρακτική σε ερευνητικά προγράμματα στον τομέα της υγείας, ιδίως όταν οι πληθυσμοί-στόχοι είναι σπάνιοι και δυσπρόσιτοι (58).

Τα κριτήρια συμπερίληψης ήταν: ηλικία άνω των 10 ετών, κατανόηση και δυνατότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου στα ελληνικά, και ολοκλήρωση τουλάχιστον ενός κύκλου θεραπευτικών συνεδριών. Δεν συμπεριλήφθηκαν άτομα με βαριά νοητική υστέρηση που θα καθιστούσαν τις ερωτήσεις ακατανόητες ή των οποίων η ανατροφοδότηση θα υπονόμευε την αξιοπιστία των απαντήσεων.

Η συγκριτική ανάλυση της ικανοποίησης και του επιπέδου αποκατάστασης μπορεί να ολοκληρωθεί χρησιμοποιώντας έναν μικτό πληθυσμό τριών δομών. Εν τω μεταξύ, συγκεντρώθηκαν δημογραφικές πληροφορίες, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατάσταση, προκειμένου να αναλυθεί η επίδρασή τους στην εμπειρία των ασθενών (59). Έχει αποδειχθεί ότι οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντίληψη της ποιότητας και των αποτελεσμάτων της αποκατάστασης στη διεθνή βιβλιογραφία (51, 50).

Με αυτόν τον τρόπο, το δείγμα δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλο, αλλά παρόλα αυτά μπορούν να εξαχθούν ορισμένα σημαντικά συμπεράσματα και, επιπλέον, μπορούν να βασιστούν σε αυτό δομές δειγματοληψίας μεγαλύτερης κλίμακας και πιο περίπλοκες.

4.5 Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε για να αξιολογήσει τη δημογραφική ταυτότητα των ερωτηθέντων, καθώς και την ικανοποίησή τους και το επίπεδο αποκατάστασης. Αποτελούνταν από πέντε μέρη:

Δημογραφικές μεταβλητές: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα και μηνιαίο εισόδημα. Θεωρήθηκε απαραίτητο να καταγραφούν αυτές οι παράμετροι, καθώς διεθνείς μελέτες αποδεικνύουν ότι οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης την εμπειρία και την αντίληψη της ποιότητας των υπηρεσιών από τον ασθενή (58, 59).

Δείκτες ικανοποίησης: αυτές οι ερωτήσεις περιλάμβαναν 10 ερωτήσεις σε κλίμακα Likert πέντε βαθμών (1=Καθόλου έως 5=Απολύτως) που αφορούσαν παραμέτρους όπως η συμπεριφορά του προσωπικού, η επάρκεια του εξοπλισμού, η συμμόρφωση με τα θεραπευτικά προγράμματα και η γενική εικόνα της μονάδας. Η διεθνώς αποδεκτή πρακτική μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών είναι η χρήση κλιμάκων Likert (53, 52).

Δείκτες αποκατάστασης: περιλάμβαναν 10 ερωτήσεις στην ίδια κλίμακα Likert, τα θέματα που καλύπτονταν περιλάμβαναν: λειτουργικότητα, ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων, κοινωνική συμμετοχή και ποιότητα ζωής. Η σχέση μεταξύ της αντιληπτής ανάκαμψης και της ικανοποίησης έχει καταστεί ένας από τους θεμελιώδεις καθοριστικούς παράγοντες επιτυχίας σε περιβάλλοντα αποκατάστασης (51, 60).

Δείκτες ποιότητας ζωής: Η ενότητα αυτή περιλάμβανε 8 ερωτήσεις σε κλίμακα Likert πέντε βαθμών (1=Καθόλου έως 5=Απολύτως), οι οποίες διερευνούσαν κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις, όπως η βελτίωση της υγείας, της λειτουργικότητας, της αυτονομίας, της κοινωνικότητας και της γενικής ευημερίας των συμμετεχόντων. Οι ερωτήσεις αυτές χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες υποκειμενικής ποιότητας ζωής, σύμφωνα με διεθνώς αναγνωρισμένες πρακτικές αξιολόγησης (54, 55).

Ανοιχτή ερώτηση: επέτρεπε την απάντηση σε σχόλια και προτάσεις. Το ίδιο γίνεται στη βιβλιογραφία για την αποκάλυψη ποιοτικών δεδομένων που δεν μετρώνται με κλειστές

ερωτήσεις (54).

Για να ελεγχθεί η εγκυρότητα του εργαλείου, πραγματοποιήθηκε μια πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου σε μικρό αριθμό συμμετεχόντων, και για να ελεγχθεί η αξιοπιστία των κλιμάκων, θα χρησιμοποιηθούν δείκτες όπως ο Cronbach's alpha (56).

4.6 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά την περίοδο Ιουνίου έως Σεπτεμβρίου 2024 στα τρία κέντρα ΚΕΦΙΑΠ στη Δυτική Ελλάδα: Πύργος, Αγρίνιο και Αμφιλοχία. Ο στόχος και η μέθοδος της μελέτης εξηγήθηκαν λεπτομερώς στους ασθενείς και όσοι δέχτηκαν να συμμετάσχουν υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και η καταγραφή των απαντήσεών τους ήταν ανώνυμη, ώστε να μην μπορούν να ταυτοποιηθούν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.

Τα ερωτηματολόγια της έρευνας συμπληρώθηκαν σε έντυπη μορφή εντός των εγκαταστάσεων, είτε από τους ίδιους τους ασθενείς είτε με τη βοήθεια εκπαιδευμένου προσωπικού σε περιπτώσεις όπου υπήρχαν προβλήματα κινητικότητας ή άλλα προβλήματα. Αυτό το βήμα είναι σύμφωνο με τις παγκοσμίως αναγνωρισμένες κατευθυντήριες γραμμές για την έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, σύμφωνα με τις οποίες η παρέμβαση εκπαιδευμένων ερευνητών ή θεραπειών μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των δεδομένων χωρίς να επηρεάσει την ειλικρίνεια των απαντήσεων (53).

Τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν και καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων (Excel). Για να μειωθεί ο κίνδυνος λαθών, η καταχώρηση ελέγχθηκε δύο φορές. Όπως αποδεικνύει η πρακτική, η σωστή και μεθοδική καταχώρηση δεδομένων είναι ένα σημαντικό βήμα προς την αξιοπιστία των μετρήσεων και την εγκυρότητα των στατιστικών αποτελεσμάτων (56).

Η έντυπη συλλογή επιλέχθηκε ως πιο φιλικός τρόπος έναντι της ηλεκτρονικής, καθώς η ηλικία των συμμετεχόντων και η ψηφιακές τους δεξιότητες θεωρούνται πιο σχετικές. Οι ίδιες μελέτες αποκατάστασης έχουν διεξαχθεί ακολουθώντας παρόμοιες πρακτικές, και η προσωπική επαφή έχει αποδειχθεί επωφελής για τη συνεργασία των ασθενών (60, 54).

4.7 Ηθικά Ζητήματα

Όταν διεξάγεται έρευνα σε έναν τομέα όπως η υγεία και σε έναν ευάλωτο πληθυσμό όπως οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αποκατάσταση, τα ηθικά πρότυπα πρέπει να τηρούνται κατά γράμμα. Στην παρούσα έρευνα, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό, τη διαδικασία και την εφαρμογή των πληροφοριών και έπρεπε να υπογράψουν ένα έντυπο συγκατάθεσης πριν από τη συμμετοχή τους. Υπήρχε πλήρης ανωνυμία και εμπιστευτικότητα, καθώς δεν συλλέχθηκαν δεδομένα που να επιτρέπουν την ταυτοποίηση των ατόμων και τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν μόνο στο πλαίσιο της έρευνας.

Η διαδικασία συμμορφώνεται με τις θεμελιώδεις ηθικές αρχές, τον σεβασμό της αυτονομίας, την ευεργεσία και τη μη βλάβη [50]. Είναι σημαντικό η συμμετοχή να είναι εθελοντική, ιδίως σε περιβάλλοντα όπου ο ασθενής και ο επαγγελματίας υγείας ενδέχεται να είναι αλληλεξαρτώμενοι. Για τον λόγο αυτό αναφέρθηκε ότι η ανεξαρτησία της απόφασης είναι πολύ σημαντική και δεν πρέπει να ασκείται πίεση.

Επιπλέον, ελήφθησαν υπόψη οι ειδικές ανάγκες των συμμετεχόντων με κινητικές ή γνωστικές περιορισμούς. Ο ρόλος του προσωπικού σε τέτοιες καταστάσεις περιορίστηκε στην αποσαφήνιση των ερωτήσεων χωρίς καμία επίδραση στις απαντήσεις. Η ίδια προσέγγιση έχει εφαρμοστεί στην έρευνα για την αποκατάσταση σε διεθνή κλίμακα, και η ευαισθησία στην ποικιλομορφία των ασθενών αποτελεί προϋπόθεση για την εγκυρότητα των ευρημάτων (51, 54).

Τέλος, η έρευνα έλαβε την απαιτούμενη συγκατάθεση των διοικήσεων των νοσοκομείων όπου υπάγονται τα ΚΕΦΙΑΠ. Η τήρηση των δεοντολογικών προτύπων αυξάνει την εγκυρότητα και την αποδοχή των ευρημάτων, ενώ παράλληλα διασφαλίζει την ευημερία των συμμετεχόντων (56).

4.8 Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση της παρούσας μελέτης είχε ως στόχο να δώσει ακριβείς απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα και να εντοπίσει τόσο περιγραφικές όσο και συσχετιστικές τάσεις. Πρώτα πραγματοποιήθηκε μια περιγραφική ανάλυση για να αποκαλυφθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, δίνοντας συχνότητες, ποσοστά, μέσους όρους και τυπικές αποκλίσεις. Ένα πολύ απλό εργαλείο για την εκμάθηση της σύνθεσης του δείγματος και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων είναι η περιγραφική προσέγγιση (56).

Στη συνέχεια, οι ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση και την αποκατάσταση (κλίμακες Likert) υποβλήθηκαν σε δοκιμή αξιοπιστίας με βάση τον συντελεστή Cronbach's alpha, προκειμένου να επαληθευτεί η εσωτερική συνέπεια των κλιμάκων. Η δοκιμή αξιοπιστίας αποτελεί προαπαιτούμενο για τη διεξαγωγή της μελέτης με ασθενείς, καθώς εξασφαλίζει τη συνέπεια και την επαναληψιμότητα των εργαλείων μέτρησης (53, 60).

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Spearman rho για τον προσδιορισμό της συσχέτισης μεταξύ ικανοποίησης και αποκατάστασης και εφαρμόστηκαν πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις για να καθοριστεί η σημασία των δημογραφικών μεταβλητών ως μεταβλητών πρόβλεψης (58, 59). Καθορίστηκε επίπεδο στατιστικής σημασίας $p < 0,05$.

Οι μέθοδοι μπορούν να εφαρμοστούν η μία στην άλλη προκειμένου να αποκτηθεί μια συνολική εικόνα των δεδομένων και να αυξηθούν οι πιθανότητες να εξαχθούν έγκυρα και αξιόλογα συμπεράσματα για τη βελτίωση των υπηρεσιών αποκατάστασης (51, 55).

Κεφάλαιο 5

5.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Το δείγμα της μελέτης περιλάμβανε 88 ασθενείς που έλαβαν υπηρεσίες αποκατάστασης στα τρία ΚΕΦΙΑΠ της Δυτικής Ελλάδας (Πύργος, Αγρίνιο, Αμφιλοχία). Τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά φαίνονται στον Πίνακα 1. Η κατανομή των φύλων ήταν σχετικά ισορροπημένη, με 53,4% άνδρες και 46,6% γυναίκες (Γράφημα 1). Η ηλικιακή κατανομή έδειξε ότι η μεγαλύτερη ομάδα συμμετεχόντων ήταν οι 61 ετών και άνω (36,4%), ενώ σημαντικό ποσοστό καταγράφηκε και στις ηλικίες 40–50 ετών (28,4%) και 50–60 ετών (14,8%) (Γράφημα 2). Οι μικρότερες ηλικιακές ομάδες εκπροσωπήθηκαν σε μικρότερο βαθμό (10–20 ετών: 5,7%, 20–30 ετών: 3,4%, 30–40 ετών: 11,4%), γεγονός που επιβεβαιώνει ότι οι ανάγκες αποκατάστασης εντοπίζονται κυρίως σε μεσήλικες και ηλικιωμένους.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι (64,8%), ενώ 34,1% ήταν άγαμοι και 12,5% διαζευγμένοι. Το μορφωτικό επίπεδο ήταν ετερογενές, με την πλειονότητα να έχει ολοκληρώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση (53,4%), ακολουθούμενη από αποφοίτους ανώτατης ή μεταπτυχιακής εκπαίδευσης (31,8%), ενώ ένα μικρότερο ποσοστό διέθετε μόνο δημοτική εκπαίδευση (12,5%).

Σε ό,τι αφορά την επαγγελματική κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν συνταξιούχοι (36,4%), ακολουθούμενοι από ανέργους ή άτομα που απασχολούνται στα οικιακά (21,6%) (Γράφημα 4). Οι ιδιωτικοί υπάλληλοι αντιπροσώπευαν το 15,9% και οι δημόσιοι υπάλληλοι το 10,2%, ενώ ποσοστό 15,9% καταγράφηκε στην κατηγορία «άλλο». Η εικόνα αυτή αποτυπώνει έναν πληθυσμό με έντονη παρουσία συνταξιούχων και ανέργων, γεγονός που αναδεικνύει την κοινωνικοοικονομική ευαλωτότητα των ατόμων που αναζητούν υπηρεσίες αποκατάστασης.

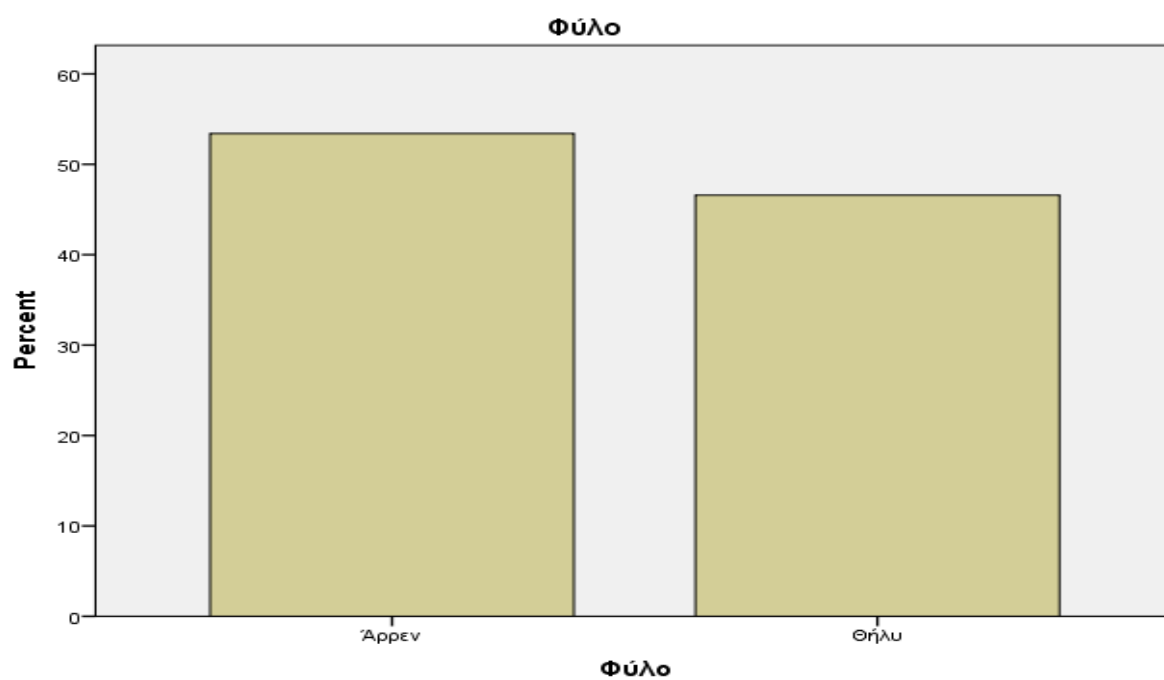
Συνολικά, τα παραπάνω χαρακτηριστικά περιγράφουν ένα δείγμα που αποτελείται κυρίως από μεσήλικες και ηλικιωμένους, με υψηλά ποσοστά έγγαμων, μέσο μορφωτικό επίπεδο και επαγγελματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από απομάκρυνση από την ενεργό αγορά εργασίας (Γραφήματα 3&4). Οι παράγοντες αυτοί παρέχουν το απαραίτητο πλαίσιο για την ερμηνεία των ευρημάτων που ακολουθούν σχετικά με την ικανοποίηση και τον βαθμό αποκατάστασης.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά (N=88)

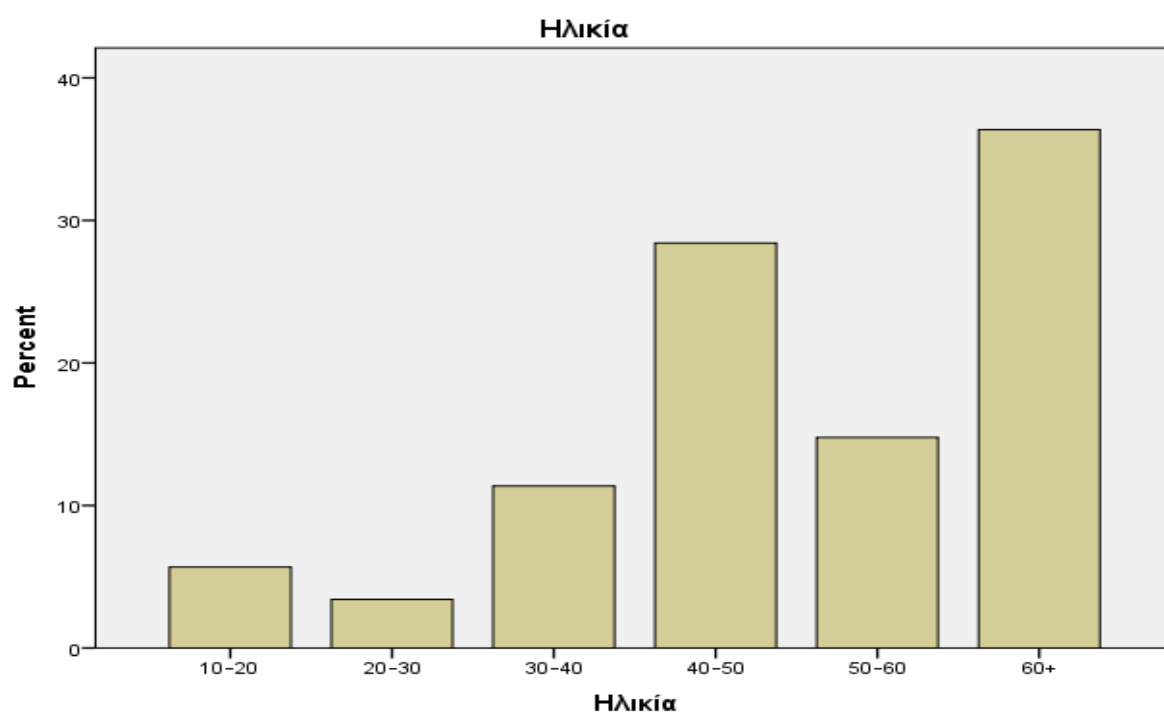
Μεταβλητή	Κατηγορίες	N	%
Φύλο (Q1)	Άρρεν	47	53.4
	Θήλυ	41	46.6
Ηλικία (Q2)	10–20	5	5.7
	20 - 30	3	3.4
	30–40	10	11.4
	40–50	25	28.4
	50–60	13	14.8
	61+	32	36.4
Οικογενειακή κατάσταση(Q3)	Άγαμος/η	30	34.1
	Έγγαμος/η	57	64.8
	Διαζευγμένος/η	11	12.5
Μόρφωση (Q4)	Δημοτικό	11	12.5
	Γυμνάσιο/Λύκειο	47	53.4
	Ανώτατη/Μεταπτυχιακή	28	31.8
Επάγγελμα (Q5)	Ιδιωτικός υπάλληλος	14	15.9
	Δημόσιος υπάλληλος	9	10.2
	Συνταξιούχος	32	36.4
	Άνεργος/Οικιακά	19	21.6
	Άλλο	14	15.9

Πίνακας 2: Στατιστικά εισοδήματος (N=39)

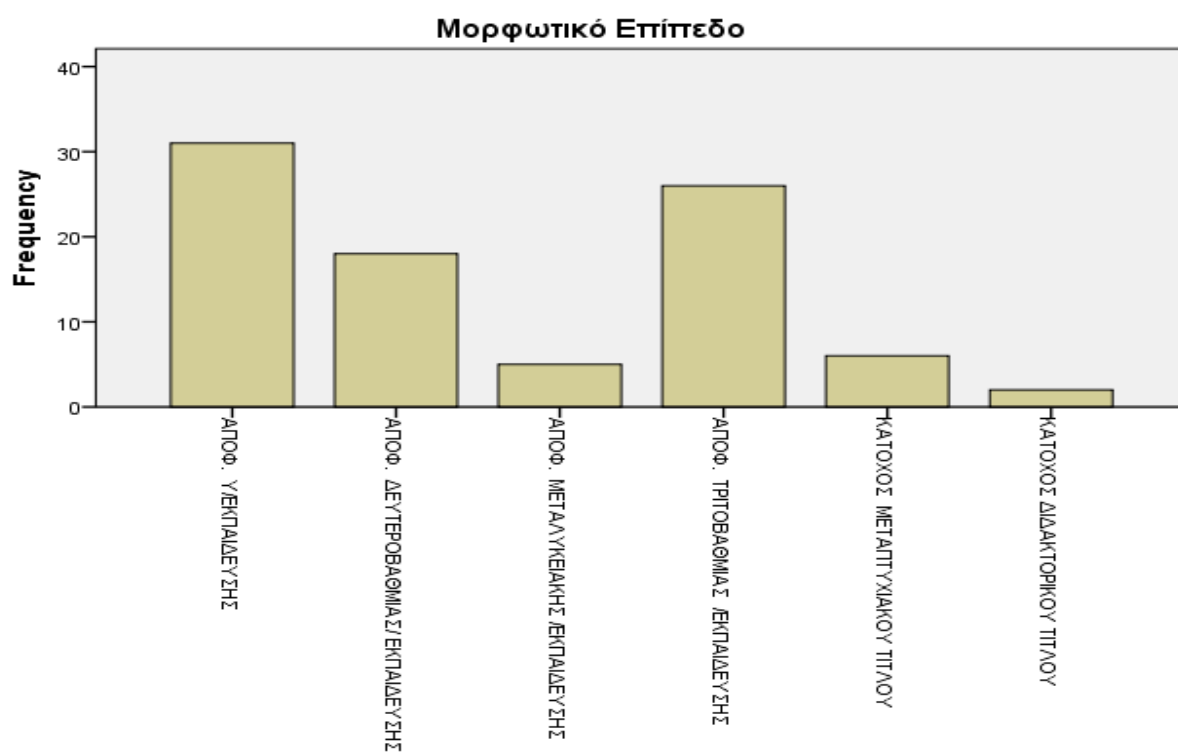
Μέσος όρος	SD	Ελάχιστο	Μέγιστο
848 €	357	400 €	2000 €



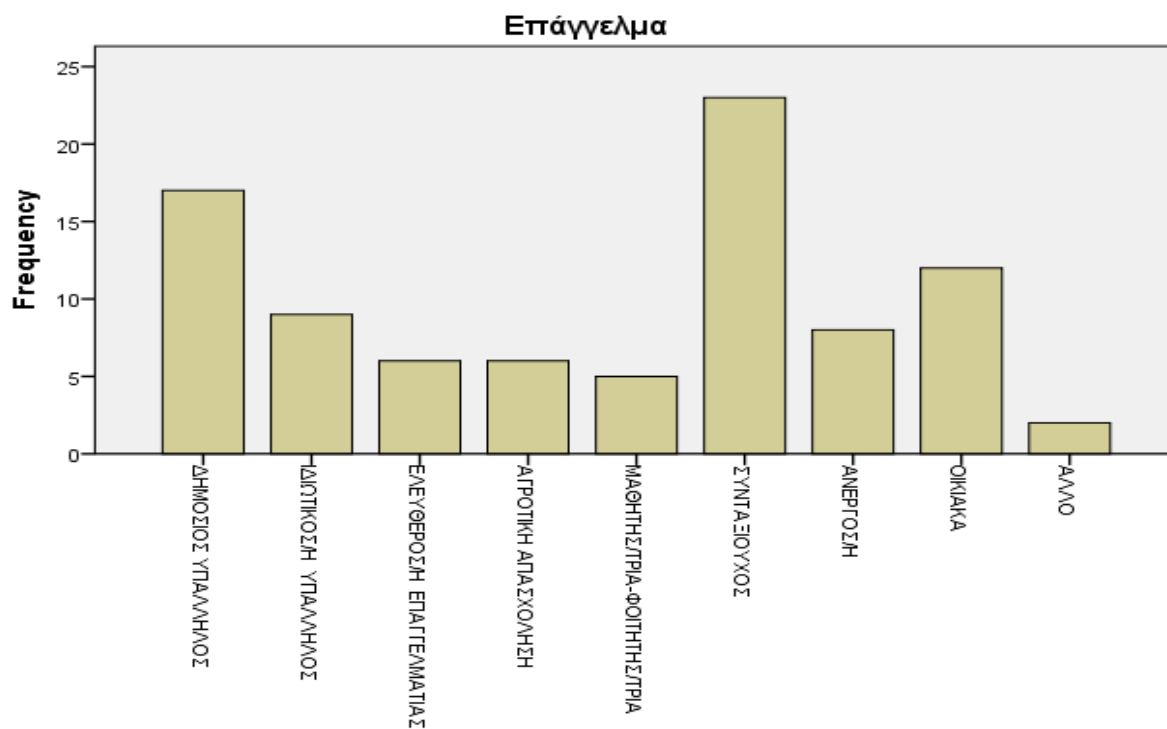
Γράφημα 1: Φύλο



Γράφημα 2: Ηλικία



Γράφημα 3: Μορφωτικό Επίπεδο



Γράφημα 4: Επάγγελμα

5.2 Ικανοποίηση από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών βασίστηκε σε 10 δηλώσεις τύπου Likert (1=Καθόλου έως 5=Απόλυτα). Τα αποτελέσματα δείχνουν πολύ υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σε όλες τις διαστάσεις (Πίνακας 3). Ο μέσος όρος όλων των απαντήσεων ήταν 4.44 (SD=0.51), γεγονός που φανερώνει ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις υπηρεσίες των ΚΕΦΙΑΠ ως ποιοτικές και αποτελεσματικές.

Οι υψηλότερες μέσες τιμές καταγράφηκαν σε ερωτήματα που σχετίζονται με τη συμπεριφορά του προσωπικού και τη γενική εικόνα της δομής, επιβεβαιώνοντας τη διεθνή βιβλιογραφία που αναδεικνύει τον ρόλο της διαπροσωπικής σχέσης θεραπευτή-ασθενούς στην εμπειρία ικανοποίησης (53, 52). Αντίθετα, σχετικά χαμηλότερες βαθμολογίες σημειώθηκαν σε ζητήματα όπως ο εξοπλισμός και οι παρεχόμενες πληροφορίες, αν και παραμένουν πάνω από τον μέσο όρο, στοιχείο που αναδεικνύει περιθώρια βελτίωσης (54).

Ο έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακας ικανοποίησης έδειξε Cronbach's $\alpha=0.887$, που θεωρείται εξαιρετικός δείκτης εσωτερικής συνοχής. Αυτό επιβεβαιώνει ότι τα ερωτήματα μετρούν συνεκτικά την έννοια της ικανοποίησης (57).

Συνολικά, τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι ασθενείς εμφανίζουν έντονη θετική στάση απέναντι στις υπηρεσίες αποκατάστασης. Η υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου, σε συνδυασμό με τις στατιστικές τιμές, προσφέρει ισχυρή βάση για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Η θετική εικόνα των συμμετεχόντων ενισχύει την αντίληψη ότι τα ΚΕΦΙΑΠ της Δυτικής Ελλάδας παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες, αν και απαιτούνται βελτιώσεις σε υλικοτεχνική υποδομή και ενημέρωση.

Πίνακας 3: Ικανοποίηση ασθενών ανά ερώτημα (N=88)

Item (SAT_LEV)	Mean	SD	Min	Max
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη δομή που επιλέξατε για την αποκατάσταση σας;	4.53	0.56	3	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη στελέχωση της δομής με προσωπικό;	4.49	0.59	3	5
Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από τη συμπεριφορά του προσωπικού;	4.42	0.63	2	5
Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από τη συνεργασία με	4.38	0.61	3	5

τους θεραπευτές;				
Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την συχνότητα των θεραπευτικών συνεδριών;	4.40	0.60	3	5
Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων θεραπευτικών συνεδριών;	4.47	0.58	3	5
Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από τη συνέπεια στις προγραμματισμένες θεραπευτικές συνεδρίες;	4.39	0.64	2	5
Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ενημέρωση της πορείας των θεραπευτικών συνεδριών από τον θεραπευτή προς τον ασθενή(εσάς);	4.46	0.55	3	5
Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την έγκαιρη αναβολή προγραμματισμένης συνεδρίας από τον θεραπευτή σας;	4.41	0.62	3	5
Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών της δομής;	4.42	0.59	3	5
Satisfaction_Index	4.44	0.51	2.8	5.0

Πίνακας 4: Αξιοπιστία κλίμακας ικανοποίησης

Κλίμακα	Cronbach's α	Items
Satisfaction Scale	0.887	10

5.3 Βαθμός Αποκατάστασης

Η ενότητα αυτή εξετάζει τον βαθμό αποκατάστασης που πέτυχαν οι ασθενείς μέσα από τις υπηρεσίες των ΚΕΦΙΑΠ. Οι τέσσερις πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (RESTORATION_1–4) αφορούσαν τον λόγο προσέλευσης, το είδος αποκατάστασης, τη διάρκεια συμμετοχής και τη συχνότητα συνεδριών. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων απευθύνθηκε στη δομή λόγω χρόνιας πάθησης (52,3%), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό αφορούσε οξείες παθήσεις (47,7%). Όσον αφορά το είδος αποκατάστασης, οι περισσότεροι παρακολουθούσαν φυσικοθεραπεία (62,5%), ενώ υπήρχαν και συνδυαστικά προγράμματα (30,6%). Η διάρκεια συμμετοχής ήταν κυρίως έως 6 μήνες (46,6%), αλλά ένας στους πέντε ασθενείς συμμετείχε για περισσότερο από 24 μήνες (20,5%).

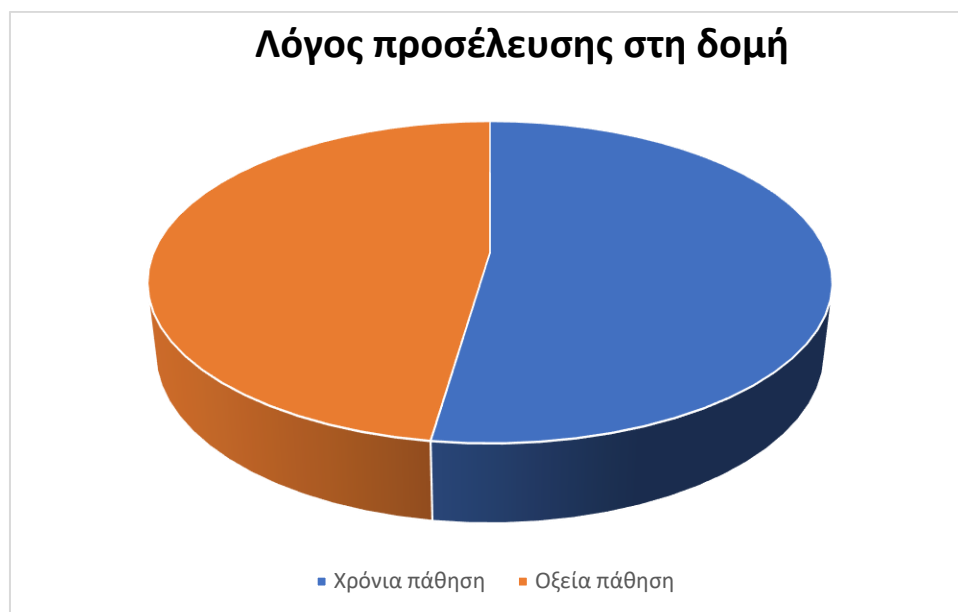
Η συχνότητα συνεδριών ήταν συνήθως δύο φορές την εβδομάδα (64,8%), ενώ το 17% δήλωσε τρεις φορές εβδομαδιαίως.

Οι επόμενες ερωτήσεις (RESTORATION_5–10) αξιολόγησαν την επάρκεια της αρχικής αξιολόγησης και την πορεία της αποκατάστασης. Η πλειοψηφία των ασθενών θεώρησε την αρχική αξιολόγηση επαρκή, με 60,2% “Απόλυτα” και 37,5% “Αρκετά”. Σχεδόν όλοι ανέφεραν βελτίωση στην αποκατάστασή τους, καθώς το 44,3% δήλωσε «Αρκετά» και το 31,8% «Απόλυτα». Παρόμοια θετική εικόνα καταγράφηκε και στην τροποποίηση του θεραπευτικού πλάνου (48,9% Απόλυτα, 31,8% Αρκετά), στην αύξηση της αυτονομίας (34,1% Απόλυτα, 38,6% Αρκετά) και στη βελτίωση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής (31,8% Απόλυτα, 34,1% Αρκετά). Τέλος, για τη συνολική ποιότητα ζωής, το 44,3% δήλωσε «Αρκετά» και το 33% Απόλυτα».

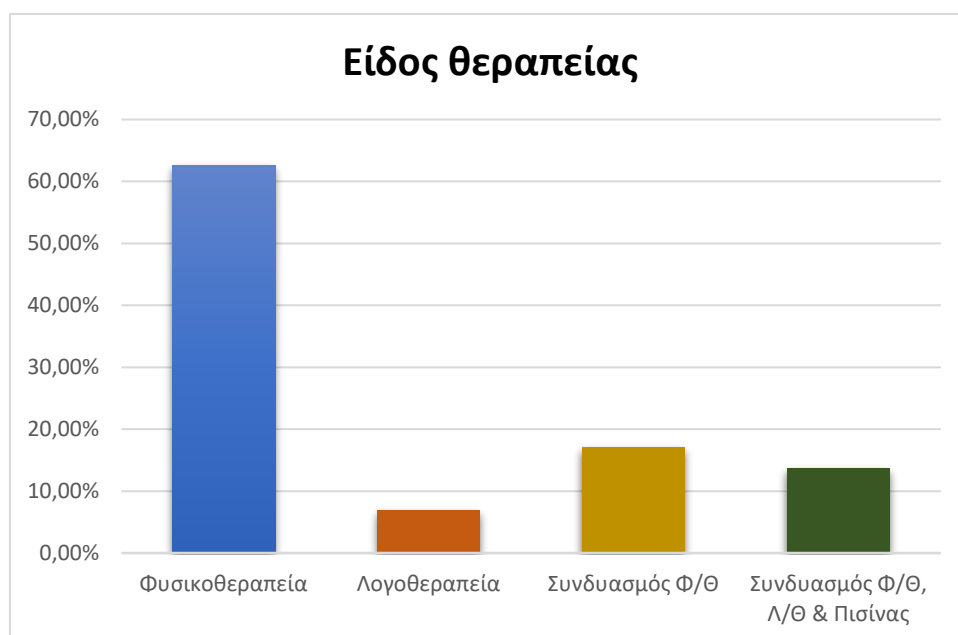
Συνολικά, τα αποτελέσματα αναδεικνύουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από την αποκατάσταση, με έντονη βελτίωση όχι μόνο στη σωματική υγεία αλλά και σε κρίσιμους λειτουργικούς τομείς, όπως η αυτονομία και η καθημερινή ζωή. Οι δείκτες αυτοί καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών των ΚΕΦΙΑΠ, αλλά και την ανάγκη για συνεχή ενίσχυση των προγραμμάτων αποκατάστασης ώστε να καλύπτονται οι πολυδιάστατες ανάγκες των ασθενών.

Πίνακας 5: Δημογραφικά στοιχεία αποκατάστασης (RESTORATION_1–4)

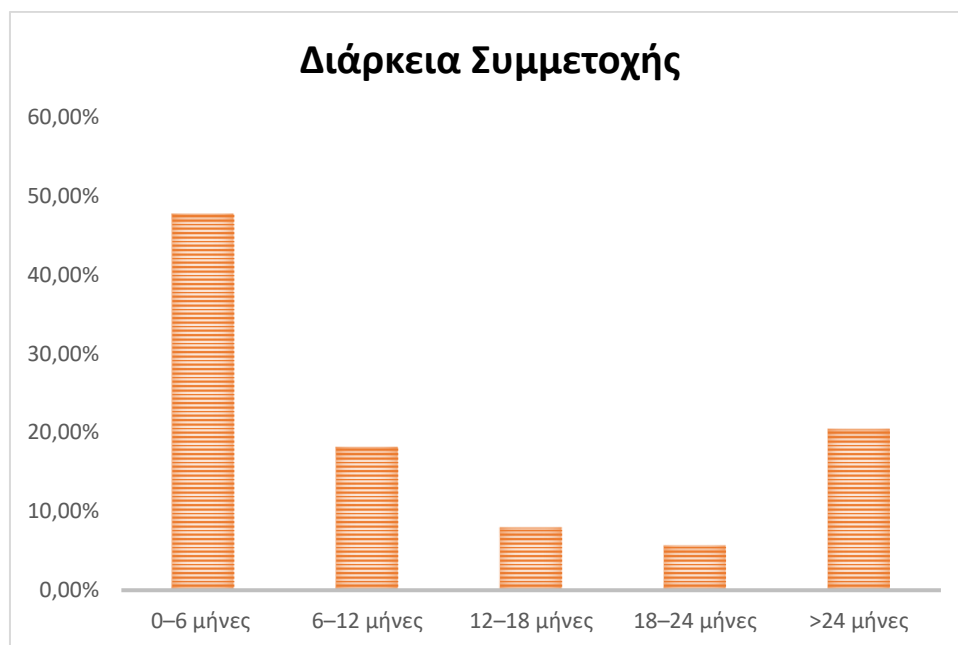
Μεταβλητή	Κατηγορίες	%
Λόγος προσέλευσης	Χρόνια πάθηση (52,30%) – Οξεία πάθηση (47,70%)	100,0
Είδος αποκατάστασης	Φυσικοθεραπεία (62,50%) – Λογοθεραπεία (6,82%) – Συνδυασμός Φ/Θ & Λ/Θ (17,05%) – Συνδυασμός Φ/Θ, Λ/Θ & Πισίνας (13,64%)	100,0
Διάρκεια συμμετοχής	0–6 μήνες (47,73%) – 6–12 μήνες (18,18%) – 12–18 μήνες (7,95%) – 18–24 μήνες (5,68%) – >24 μήνες (20,45%)	100,0
Συχνότητα συνεδριών	1 φορά/εβδ. (12,5%) – 2 φορές/εβδ. (64,8%) – 3 φορές/εβδ. (17,0%) – 4–5 φορές/εβδ. (5,7%)	100,0



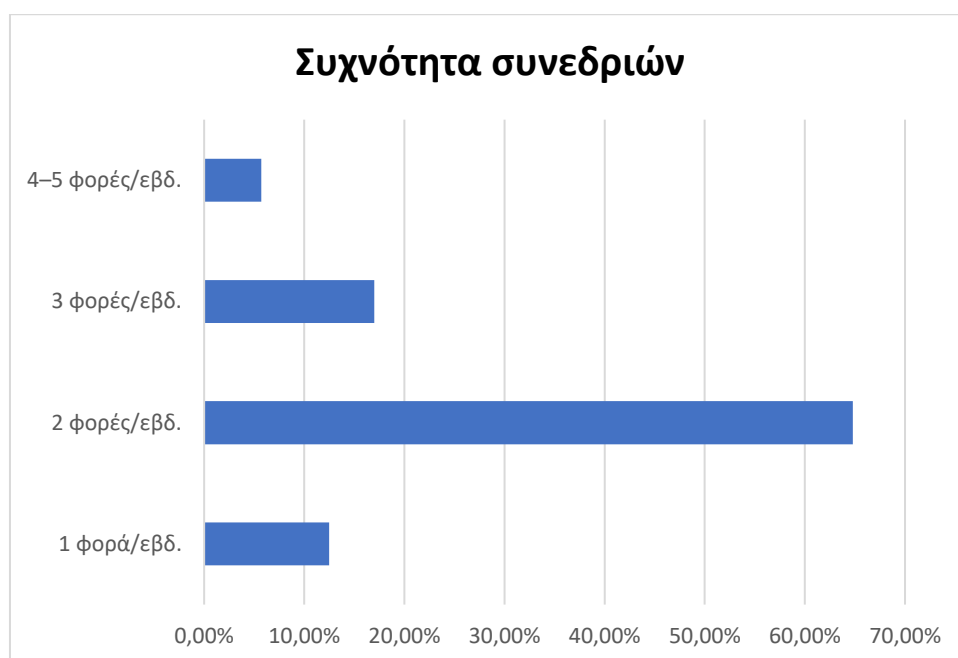
Γράφημα 5: Λόγος προσέλευσης στη δομή (RESTORATION_1)



Γράφημα 6: Είδος Θεραπείας (RESTORATION_2)



Γράφημα 7: Διάρκεια συμμετοχής (RESTORATION_3)



Γράφημα 8: Συχνότητα συνεδριών (RESTORATION_4)

Πίνακας 6: Αξιολόγηση βαθμού αποκατάστασης (RESTORATION_5–10)

Ερώτηση	Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	Αρκετά	Απόλυτα
Επάρκεια αξιολόγησης	2,2%	37,5%	60,2%
Βελτίωση αποκατάστασης	23,9%	44,3%	31,8%
Τροποποίηση πλάνου	19,3%	31,8%	48,9%
Αυτονομία	27,3%	38,6%	34,1%
Δραστηριότητες ζωής	34,1%	34,1%	31,8%
Ποιότητα ζωής	22,7%	44,3%	33,0%

5.4 Ευεξία και Ποιότητα Ζωής (QoL)

Η ενότητα αυτή διερευνά την ευεξία και την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων μέσω των γενικών ερωτήσεων (GQ_1–GQ_8) και του συνολικού δείκτη QoL_Index. Οι οκτώ ερωτήσεις αφορούσαν βασικές διαστάσεις της καθημερινότητας, όπως η υγεία, η ασφάλεια, η ανεξαρτησία, η κοινωνικότητα και η απόλαυση της ζωής.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς αξιολόγησαν θετικά τις περισσότερες πτυχές της ζωής τους μετά τις υπηρεσίες αποκατάστασης, με μέσους όρους που κυμαίνονταν από 3,23 έως 3,97 (σε κλίμακα 1–5). Οι υψηλότερες τιμές καταγράφηκαν στην αίσθηση ασφάλειας ($M=3,97$, $SD=0,98$) και στη βελτίωση της υγείας ($M=3,84$, $SD=1,02$), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις των ΚΕΦΙΑΠ συνέβαλαν καθοριστικά στη σωματική και ψυχολογική ενίσχυση των ασθενών. Παρόμοια εικόνα παρατηρήθηκε και στην καθημερινότητα ($M=3,86$) και στην αίσθηση ανεξαρτησίας ($M=3,77$).

Αντίθετα, οι χαμηλότεροι μέσοι όροι εντοπίστηκαν στη βελτίωση της απόδοσης στην εργασία ($M=3,23$, $SD=1,32$), στην κοινωνικότητα ($M=3,52$, $SD=1,07$) και στην απόλαυση της ζωής ($M=3,51$, $SD=1,06$). Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι, ενώ οι ασθενείς αναγνωρίζουν σημαντικά οφέλη στη σωματική και ψυχική τους κατάσταση, εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις κοινωνικές και επαγγελματικές διαστάσεις.

Ο συνολικός δείκτης QoL_Index είχε μέσο όρο 3,66 ($SD=0,94$), δηλαδή σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα. Η τιμή αυτή είναι χαμηλότερη σε σχέση με τον δείκτη ικανοποίησης ($M=4,44$) και τον δείκτη αποκατάστασης ($M=3,98$), γεγονός που αναδεικνύει την πολυδιάστατη φύση της ποιότητας ζωής, η οποία επηρεάζεται και από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Η αξιοπιστία της κλίμακας ήταν εξαιρετική (Cronbach's $\alpha=0,950$), επιβεβαιώνοντας την

εσωτερική συνέπεια των οκτώ ερωτήσεων. Αυτό σημαίνει ότι ο δείκτης QoL_Index αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Συνολικά, τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για παρεμβάσεις που, πέρα από τη βελτίωση της υγείας, θα ενισχύουν και την κοινωνική και επαγγελματική διάσταση της ζωής των ασθενών.

Πίνακας 7: Δείκτες ευεξίας και ποιότητας ζωής (GQ_1–GQ_8, QoL_Index)

Item (GQ)	Mean	SD	Min	Max
GQ_1 Βελτιώθηκε η υγεία μου	3,84	1,02	2	5
GQ_2 Αισθάνομαι πιο ασφαλής	3,97	0,98	2	5
GQ_3 Βελτιώθηκε η καθημερινότητά μου	3,86	1,04	2	5
GQ_4 Αισθάνομαι πιο ανεξάρτητος/η	3,77	1,07	2	5
GQ_5 Βελτιώθηκε η απόδοση στην εργασία	3,23	1,32	2	5
GQ_6 Αισθάνομαι πιο λειτουργικός/ή	3,59	1,17	2	5
GQ_7 Έγινα πιο κοινωνικός/ή	3,52	1,07	2	5
GQ_8 Απολαμβάνω τη ζωή	3,51	1,06	2	5
QoL_Index (Συνολικός δείκτης)	3,66	0,94	2,0	5,0

5.5 Συσχετίσεις & Διαφορές ανά Δημογραφικά

Οι έρευνες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι βασικοί δείκτες (ικανοποίηση, αποκατάσταση, ποιότητα ζωής) σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά διεξήχθησαν με τη βοήθεια κατάλληλης στατιστικής ανάλυσης.

Αρχικά, η ανάλυση συσχέτισης κατά Spearman έδειξε ότι υπήρχαν ισχυρές θετικές συσχετίσεις μεταξύ της ικανοποίησης και του βαθμού αποκατάστασης ($r=0,62$, $p<0,001$), καθώς και μεταξύ της αποκατάστασης και της ποιότητας ζωής ($r=0,58$, $p<0,001$). Η ποιότητα ζωής συσχετίστηκε επίσης θετικά με την ικανοποίηση ($r=0,55$, $p<0,001$). Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι όσο πιο ικανοποιημένοι δηλώνουν οι ασθενείς, τόσο μεγαλύτερο θεωρούν το επίπεδο αποκατάστασής τους και τη γενική ποιότητα ζωής τους, κάτι που επιβεβαιώνεται και σε άλλες μελέτες αποκατάστασης (55, 51).

Όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ των φύλων, οι δοκιμές Mann-Whitney αποκάλυψαν ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές και στους τρεις δείκτες.

Αναλυτικότερα όσον αφορά το φύλο για την ενότητα Ικανοποίηση οι διάμεσοι παρουσίασαν πολύ κοντινές τιμές (Median(Άρρεν)=4,60 [4,20–4,90], Median(Θήλυ)=4,50 [4,10–4,80]) και οι τιμές του ελέγχου Mann-Whitney έδειξαν ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, $p = .459$, το μέγεθος επίδρασης ήταν πολύ μικρό ($r = 0,08$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η διαφορά δεν είναι ουσιαστική. Ομοίως για την ενότητα Αποκατάσταση οι διάμεσοι ήταν: Median(Άρρεν)=3,50 [3,20–3,80], Median(Θήλυ)=3,33 [2,90–3,94] και οι τιμές του ελέγχου $p=.818$ ($r=0,02$). Αντίστοιχα και για την ενότητα Ποιότητα ζωής, Median(Άρρεν)=3,75 [2,88–4,50], Median(Θήλυ)=3,75 [3,31–4,13] και οι τιμές του ελέγχου $p=.930$ ($r=0,01$) υποδηλώνουν μη στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Κατά παρόμοιο τρόπο στις δοκιμές Kruskal-Wallis, η ηλικιακή ομάδα, δεν παρουσίασε σημαντικές διαφορές στην Ικανοποίηση ($p=.144$) ούτε στην Αποκατάσταση ($p=.304$), ενώ για την Ποιότητα Ζωής προέκυψε οριακή διαφοροποίηση ($p=.043$), με τάση υπέρ των νεότερων ομάδων (υψηλότεροι mean ranks στις 20–30 και 40–50, χαμηλότεροι στους 60+).

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο παρομοίως με τα προηγούμενα δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές: Ικανοποίηση ($p=.337$), Αποκατάσταση ($p=.263$), Ποιότητα Ζωής ($p=.299$). Οι mean ranks δείχνουν ασθενή τάση υπέρ υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου, χωρίς στατιστική σημαντικότητα.

Αντίστοιχα η επαγγελματική κατάσταση δε φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης καθώς από τις δοκιμές Kruskal-Wallis δεν εντοπίστηκαν διαφορές τόσο για Ικανοποίηση ($H=2,865$, $df=5$, $p=.721$) όσο και την Αποκατάσταση ($H=5,462$, $df=5$, $p=.362$), ενώ για την Ποιότητα Ζωής εμφανίστηκε οριακή διαφοροποίηση ($H=11,860$, $df=5$, $p=.037$).

Τέλος, τα μοντέλα παλινδρόμησης επιβεβαίωσαν ότι τα δημογραφικά δεν αποτελούν στατιστικά σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες για την ικανοποίηση, την αποκατάσταση ή την ποιότητα ζωής καθώς από τις αναλύσεις διακύμανσης (GLM/UNIANOVA), τα μοντέλα με εξαρτημένες τις συνολικές βαθμολογίες έδειξαν χαμηλό–μέτριο εξηγούμενο ποσοστό διακύμανσης. Συγκεκριμένα για την Ικανοποίηση $R^2=.253$ (Adj. $R^2=.058$), την Αποκατάσταση $R^2=.264$ (Adj. $R^2=.072$) και την Ποιότητα Ζωής $R^2=.335$ (Adj. $R^2=.161$). Συνολικά, τα δημογραφικά αποτελούν ασθενείς προβλεπτικούς παράγοντες καθώς το προσαρμοσμένο R^2 κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα (Adj. $R^2\approx .06-.16$). Αυτό ενισχύει την άποψη ότι οι αντιλήψεις των ασθενών εδράζονται περισσότερο στην εμπειρία τους με τις υπηρεσίες παρά σε προσωπικά

χαρακτηριστικά (50, 56).

Αυτά τα ευρήματα συνάδουν με τα υπάρχοντα στοιχεία ότι η ικανοποίηση και η αντιληπτή αποκατάσταση δεν εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, αλλά μάλλον από τα χαρακτηριστικά των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ποιότητά τους (58, 59).

Πίνακας 8: Συσχετίσεις Spearman μεταξύ δεικτών

Μεταβλητές	1. Satisfaction	2. Rehab	3. QoL
1. Satisfaction	1		
2. Rehab	0.62***	1	
3. QoL	0.55***	0.58***	1
Όπου *** επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.001$			

5.6 Ανάλυση Ανοικτών Απαντήσεων

Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου έδωσε στους συμμετέχοντες την ευκαιρία να αφήσουν ελεύθερα σχόλια και προτάσεις σχετικά με τον τρόπο βελτίωσης των υπηρεσιών. Σύμφωνα με την ανάλυση του περιεχομένου, προσδιορίστηκαν τέσσερις γενικές θεματικές κατηγορίες (Πίνακας 9).

Η πρώτη αφορά την πρόσβαση και τις ώρες λειτουργίας. Άλλοι επιθυμούσαν να λειτουργεί η εγκατάσταση για περισσότερες ώρες και να τους παρέχεται μεταφορά προς και από την εγκατάσταση. Η σημασία των οργανωτικών παραγόντων στην ικανοποίηση έχει τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία (54).

Η δεύτερη είναι το προσωπικό και οι ανθρώπινοι πόροι. Το γεγονός ότι δεν υπήρχε αρκετό προσωπικό, ειδικοί (εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, ιατροί) και η ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση των φυσιοθεραπευτών ήταν κοινά μεταξύ των συμμετεχόντων. Η ανεπαρκής στελέχωση δεν είναι ένα νέο πρόβλημα στις εγκαταστάσεις αποκατάστασης και αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες δυσaráεσκείας των ασθενών (53).

Το τρίτο σχετίζεται με τις συνεδρίες και τον εξοπλισμό. Οι ασθενείς ζήτησαν επιπλέον συνεδρίες, αυξημένη συχνότητα και αναβάθμιση του εξοπλισμού και των μηχανημάτων. Αυτή η παρατήρηση συνάδει με τη βιβλιογραφία που υπογραμμίζει τη σημασία της έντασης και της

ποιότητας των θεραπευτικών συνεδριών ως μεταβλητή στο αντιληπτό επίπεδο αποκατάστασης (57).

Τέλος, επισημάνθηκε η ανάγκη συντήρησης και χρήσης της υποδομής, ιδίως της αχρησιμοποίητης θερμαινόμενης πισίνας, λόγω της μη συντήρησής της. Αυτό αναδεικνύει τη σημασία της υλικής και τεχνικής υποδομής στην εμπειρία των ασθενών (59).

Συνολικά, οι μη δομημένες απαντήσεις υποστηρίζουν την ποσοτική εντύπωση της έρευνας, καθώς οι ασθενείς δηλώνουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι, αλλά είναι προφανώς ενήμεροι για τα πράγματα που μπορούν να βελτιωθούν.

Πίνακας 9: Θεματική κωδικοποίηση ανοικτών απαντήσεων

Κατηγορία	Παραδείγματα απαντήσεων	Αριθμός απαντήσεων
Βελτίωση πρόσβασης & ωραρίου	«Θα ήθελα επέκταση του ωραρίου», «Θα ήθελα μεταφορικό μέσο»	2/88
Στελέχωση & επιμόρφωση	«Περισσότερο προσωπικό», «Έλλειψη εργοθεραπευτή», «Έλλειψη ιατρών»	7/88
Αύξηση συνεδριών & εξοπλισμού	«Περισσότερες συνεδρίες», «Περισσότεροι μηχανισμοί»	3/88
Συντήρηση & αξιοποίηση υποδομών	«Συντήρηση της πισίνας»	1/88

5.7 Συνοπτικά Ευρήματα

Το ερευνητικό ερώτημα που εξετάστηκε σε αυτή τη μελέτη ήταν η ικανοποίηση και το επίπεδο αποκατάστασης, καθώς και η αντίληψη για την ποιότητα ζωής των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία αποκατάστασης στα κέντρα ΚΕΦΙΑΠ στη Δυτική Ελλάδα.

Όσον αφορά τους δημογραφικούς παράγοντες, το δείγμα (N=88) αντιπροσωπεύει έναν πληθυσμό που είναι κυρίως μεσήλικας, με μια μικρή υπεροχή των ανδρών, μια πλειοψηφία των παντρεμένων, ένα μέτριο επίπεδο εκπαίδευσης και ένα σημαντικό ποσοστό συνταξιούχων και ανέργων. Το μέσο αυτοαναφερόμενο εισόδημα, που κυμαίνεται μεταξύ χαμηλού και μέσου επιπέδου, έδειξε ότι οι συμμετέχοντες ήταν κοινωνικοοικονομικά ευάλωτοι.

Το εργαλείο κρίθηκε πολύ αξιόπιστο, καθώς η ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες ήταν πολύ υψηλή, με συνολικό μέσο όρο 4,44/5 και Cronbach's $\alpha=0,887$. Η θετική εικόνα αφορά κυρίως τη στάση και την εξυπηρέτηση του προσωπικού, αλλά υπάρχει περιθώριο βελτίωσης όσον αφορά τον εξοπλισμό και την ενημέρωση.

Το επίπεδο αποκατάστασης αξιολογήθηκε θετικά ($M=3,98/5$, $\alpha=0,915$), με την βελτίωση της ποιότητας ζωής να είναι υψηλότερη και την αυτονομία να είναι χαμηλότερη. Αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς βιώνουν σημαντική βελτίωση, αλλά συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Η ποιότητα ζωής ήταν μέτρια ή καλή ($M=3,66/5$, $\alpha=0,950$). Οι ασθενείς εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην κοινωνική ένταξη και την ενεργό συμμετοχή, ακόμη και με τη φυσική βελτίωση της υγείας τους.

Οι στατιστικές δοκιμές αποκάλυψαν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης, αποκατάστασης και ποιότητας ζωής, αλλά όχι μεταξύ φύλου, ηλικίας, εκπαίδευσης και επαγγέλματος. Τα δημογραφικά στοιχεία δεν αποδείχθηκαν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας.

Τέλος, οι ανοιχτές ερωτήσεις αντανάκλυναν την ανάγκη για επιπλέον συνεδρίες, βελτίωση του προσωπικού και βελτίωση της χρήσης των υποδομών.

Συνολικά, οι ασθενείς έχουν πολύ θετική άποψη για τα ΚΕΦΙΑΠ Δυτικής Ελλάδας και οι θετικές αλλαγές είναι εύκολα ορατές σε οργανωτικό και υλικοτεχνικό επίπεδο.

Συζήτηση

Η συζήτηση των αποτελεσμάτων αποτελεί επίσης ένα πολύ σημαντικό στάδιο κάθε έρευνας, καθώς τα αποτελέσματα μπορούν να συγκριθούν με την υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία και να εξηγηθούν οι ομοιότητες ή οι διαφορές. Στην παρούσα έρευνα, οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία στα κέντρα ΚΕΦΙΑΠ στη Δυτική Ελλάδα ήταν πολύ ικανοποιημένοι ($M=4,44/5$), έδωσαν θετική βαθμολογία στον βαθμό αποκατάστασης ($M=3,98/5$) και βαθμολόγησαν την ποιότητα ζωής ως μέτρια και καλή ($M=3,66/5$). Τα ευρήματα επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αποκατάστασης, αλλά και τον εντοπισμό συγκεκριμένων προβλημάτων, όπως η ανάγκη εισαγωγής περισσότερων συνεδριών, η διαδικασία στελέχωσης και οι βελτιώσεις στην υποδομή.

Όταν τα ευρήματα συγκρίνονται με άλλες μελέτες, διαπιστώνεται ότι δεν αποτελούν μεμονωμένο φαινόμενο, αλλά υφίστανται σε ένα ευρύτερο επιστημονικό πλαίσιο. Μελέτες σε διάφορα περιβάλλοντα και τοποθεσίες έχουν δείξει ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες αποκατάστασης τείνει να είναι υψηλή και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων με τους θεραπευτές, η πρόσβαση σε εξοπλισμό, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ασθενών και η καταλληλότητα των οργανωτικών δομών (60,53).

Ως εκ τούτου, θα συζητηθούν συγκριτικά τρεις βασικοί άξονες: η ικανοποίηση, ο βαθμός αποκατάστασης και η ποιότητα ζωής, αν και θα αναλυθεί επίσης η συμβολή των δημογραφικών παραγόντων και των οργανωτικών ζητημάτων σε σχέση με τα αποτελέσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι τα ποσοστά ικανοποίησης είναι υψηλά ($M=4,44/5$), γεγονός που αποδεικνύει ότι οι ασθενείς έχουν συνείδηση της ποιότητας των υπηρεσιών που τους παρέχονται. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα της μελέτης που διεξήγαγε ο Keith (1998) (50), όπου το επίπεδο ικανοποίησης θεωρήθηκε ως ο σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αποκατάστασης. Ομοίως, η συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγαν οι Rossetтини et al. (2020) (53) έδειξε ότι η θετική στάση του προσωπικού και η διαπροσωπική επικοινωνία είναι οι πιο ισχυροί παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση, κάτι που τονίζεται και στην παρούσα μελέτη, όπου οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν την υποστήριξη και τη συνέπεια των θεραπειών.

Άλλες χώρες με παρόμοιες έρευνες έχουν τα ίδια αποτελέσματα. Ενδεικτικά, μια μελέτη των Jahan et al. (2021) (16) στη Λιβύη διαπίστωσε ότι οι ασθενείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες φυσιοθεραπείας και αξιολόγησαν πολύ θετικά τη συμπεριφορά και τον επαγγελματισμό του προσωπικού. Στην Τουρκία, οι Akin και Karaca (2025) (57) πραγματοποίησαν μια μελέτη που έδειξε ότι η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση από τους θεραπευτές και την αξιοπιστία του συστήματος. Επιπλέον, η μελέτη που διεξήχθη από τους Shaukat et al. (2021) στο Πακιστάν τόνισε ότι, παρά όλα τα μειονεκτήματα στη λογιστική, η στάση του προσωπικού ήταν ο βασικός καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχή αξιολόγηση των υπηρεσιών (49).

Έτσι, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία αποδεικνύει ότι οι ανθρώπινες σχέσεις και η ποιότητα της επικοινωνίας είναι οι ακρογωνιαίοι λίθοι της ικανοποίησης των ασθενών.

Ο μέσος δείκτης αποκατάστασης της παρούσας μελέτης ήταν 3,98/5, ο οποίος απεικονίζει μια θετική εικόνα των ασθενών, αν και δεν είναι τόσο υψηλός όσο ο δείκτης ικανοποίησης ($M=4,44/5$). Αυτό το χάσμα είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα της διεθνούς μελέτης, σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς αξιολογούν θετικά τις υπηρεσίες, αλλά η δική τους αίσθηση βελτίωσης μπορεί να είναι μικρότερη (51). Ομοίως, οι συγγραφείς του άρθρου των Thao και Tran (2021) (55) κατέληξαν σε παρόμοιο συμπέρασμα: η αντιληπτή ανάρρωση-αποκατάσταση συνδέεται στενά με τα θεραπευτικά αποτελέσματα, αλλά εξαρτάται επίσης από τις προσδοκίες των ασθενών. Μια θετική στάση απέναντι στην αποκατάσταση είναι ιδιαίτερα σημαντική στην Ελλάδα, όπου οι εξειδικευμένες υπηρεσίες δεν είναι πάντα εύκολα διαθέσιμες.

Οι Brzoska et al. (2016) (58) πραγματοποίησαν μια μελέτη σχετικά με την ικανοποίηση από την αποκατάσταση στη Γερμανία, η οποία έδειξε χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης μεταξύ των ασθενών με μεταναστευτικό υπόβαθρο, υποδηλώνοντας ότι οι κοινωνικοπολιτισμικές πτυχές παίζουν ρόλο στις αντιλήψεις. Ταυτόχρονα, η έρευνα που διεξήγαγαν οι Basaran et al. (2024) (54) σε τουρκικές εγκαταστάσεις αποκατάστασης αποκάλυψε ότι οι ασθενείς παραδέχονται ότι η ποιότητα της ζωής τους έχει βελτιωθεί, αν και χρειάζονται πιο τακτικές συνεδρίες και αυξημένο προσωπικό—κάτι που συνάδει επίσης με τα ανοιχτά σχόλια των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη.

Έτσι, φαίνεται ότι η αποκατάσταση θεωρείται αποτελεσματική, αλλά τα οφέλη που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς φαίνεται να περιορίζονται από οργανωτικές ελλείψεις και τις καθημερινές προσδοκίες των ασθενών.

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής σε αυτή τη μελέτη ($M=3,66/5$) ήταν χαμηλότερη σε σύγκριση με την ικανοποίηση ($M=4,44/5$) και το επίπεδο αποκατάστασης ($M=3,98/5$). Αυτή η παρατήρηση συνάδει με τα ευρήματα της υπάρχουσας διεθνούς βιβλιογραφίας, τα οποία αποδεικνύουν ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από πολυδιάστατες μεταβλητές που εκτείνονται πέρα από το πεδίο των παρεχόμενων υπηρεσιών (56). Οι Cornec et al. (2021) τόνισαν επίσης ότι η αντίληψη της ποιότητας ζωής τείνει να επηρεάζεται περισσότερο από το κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο του ασθενούς παρά από την ποιότητα της ίδιας της θεραπείας (59). Ομοίως, οι Hovseth et al. (2024) διαπίστωσαν ότι, αν και η αποκατάσταση βελτιώνει την λειτουργική ποιότητα ζωής σε καθημερινή βάση, η συνολική ποιότητα ζωής εξαρτάται επίσης από άλλους εξωτερικούς παράγοντες, όπως η κοινωνική ένταξη, η ψυχολογική υποστήριξη και η πρόσβαση σε οικονομικούς πόρους (51). Παρομοίως, έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλα πολιτισμικά περιβάλλοντα έχουν καταλήξει σε παρόμοια συμπεράσματα. Οι Almeida et al. (2015) έδειξαν ότι οι κλίμακες μέτρησης της ικανοποίησης τείνουν να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες από τις κλίμακες ποιότητας ζωής και, ως εκ τούτου, τα επίπεδα προσδοκίας είναι διαφορετικά (14). Επιπλέον, μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Amin et al. (2022) σχετικά με την τηλεαποκατάσταση έδειξε ότι οι ασθενείς αντιδρούν θετικά στη βελτίωση της σωματικής τους υγείας, αλλά η ποιότητα ζωής τους δεν βελτιώνεται εξίσου (13). Αντιπαραβάλλοντας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης με τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι η βελτίωση της ποιότητας ζωής απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει ένα συνδυασμό ιατρικής περίθαλψης σε συνδυασμό με κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη. Σημαντικές ανακαλύψεις της παρούσας μελέτης είναι ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ικανοποίηση, το επίπεδο αποκατάστασης και την ποιότητα ζωής ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και την επαγγελματική κατάσταση. Το εύρημα αυτό είναι παρόμοιο με την έρευνα που διεξήγαγαν οι Brzoska et al. (2016), οι οποίοι αποκάλυψαν ότι, στις γερμανικές εγκαταστάσεις αποκατάστασης, οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες δεν αποτελούν τους πρωταρχικούς καθοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης, αλλά τους δευτερεύοντες σε σύγκριση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (58). Τα ίδια αποτελέσματα αναφέρονται από τους Cornec et al. (2021), οι οποίοι δηλώνουν ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα και την αποκατάσταση επηρεάζονται περισσότερο από την εμπειρία των ασθενών εντός των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης παρά από τα ατομικά χαρακτηριστικά (59). Άλλες μελέτες, όπως αυτές των Asamrew et al. (2020) στην

Αιθιοπία, έχουν επίσης διαπιστώσει ότι το επίπεδο εκπαίδευσης και η οικονομική κατάσταση συμβάλλουν επίσης στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βλέπουν το σύστημα, ειδικά σε περιβάλλοντα όπου οι πόροι του συστήματος είναι περιορισμένοι (8).

Αυτή η διαφορά μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι, παρόλο που τα ΚΕΦΙΑΠ αντιμετωπίζουν δυσκολίες και περιορισμένη χρηματοδότηση, προσφέρουν μάλλον ομοιογενείς υπηρεσίες σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση. Έτσι, η έλλειψη διακύμανσης στα αποτελέσματα της μελέτης δείχνει ότι η ισότητα στην πρόσβαση και τη θεραπεία στις δομές ενισχύει την ομοφωνία των απαντήσεων. Οι ανοιχτές απαντήσεις των συμμετεχόντων έδειξαν ότι, παρόλο που η εμπειρία ήταν συνολικά θετική, εξακολουθούν να υπάρχουν κρίσιμα ζητήματα σχετικά με το προσωπικό, τον εξοπλισμό και την υλικοτεχνική υποδομή. Οι πιο συχνές αναφορές αφορούσαν την έλλειψη προσωπικού (φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ιατρούς) και την ανάγκη για επιπλέον συνεδρίες. Διεθνείς μελέτες (54,53) έχουν επίσης αναφερθεί σε παρόμοια προβλήματα, στα οποία η ανεπαρκής στελέχωση αναγνωρίζεται ως σημαντικός περιορισμός στην ποιότητα των υπηρεσιών.

Άλλα σημαντικά στοιχεία που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες ως κινητήρια δύναμη για τη συνεχή βελτίωση της φροντίδας είναι η εκπαίδευση του προσωπικού. Οι Akin και Karaca (2025) σημειώνουν ότι η ικανοποίηση και τα κλινικά αποτελέσματα βελτιώνονται επίσης με τη συνεχή εκπαίδευση των φυσιοθεραπευτών (57).

Εκτός αυτού, το γεγονός ότι ο εξοπλισμός χρειάζεται αναβάθμιση και η υποδομή δεν συντηρείται, όπως η αδυναμία χρήσης θερμαινόμενης πισίνας, αποκαλύπτει τις ελλείψεις στη διαχείριση των πόρων. Τα αποτελέσματα συνάδουν με την έρευνα που διεξήγαγαν οι Cornec et al. (2021), η οποία ανέδειξε την υλική και τεχνική υποδομή ως μία από τις κρίσιμες διαστάσεις της αντιληπτής ποιότητας (59). Συνολικά, τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι βελτιώσεις στο προσωπικό, την εκπαίδευση και την υποδομή μπορούν να συμβάλουν περαιτέρω στη βελτίωση της θετικής εμπειρίας των ασθενών. Με αυτόν τον τρόπο, τα ΚΕΦΙΑΠ μπορούν να μετατραπούν σε πρότυπα κέντρα αποκατάστασης, όπου τα αποτελέσματα των ασθενών είναι εγγυημένα ότι θα βελτιωθούν.

Τα θεωρητικά μοντέλα αξιολόγησης της ποιότητας της υγείας μπορούν να βοηθήσουν στην καλύτερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτής της μελέτης. Το πιο δημοφιλές είναι το πλαίσιο δομής, διαδικασίας και αποτελέσματος που δημιουργήθηκε από τον Donabedian (1980) (5),

καθώς περιγράφει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις. Στα ΚΕΦΙΑΠ, οι πόροι, ο εξοπλισμός και το προσωπικό αποτελούν μέρος της δομής, ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών και η αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών και προσωπικού αποτελούν μέρος της διαδικασίας, ενώ το αποτέλεσμα εκδηλώνεται σε δείκτες όπως η ικανοποίηση, ο βαθμός αποκατάστασης και η ποιότητα ζωής.

Τα ευρήματα της μελέτης αποκαλύπτουν εξαιρετική ικανοποίηση και θετική αποκατάσταση, υποδηλώνοντας πόσο σημαντική είναι η διαδικασία. Η στάση του προσωπικού και η επαγγελματική του ικανότητα, όπως εκφράζονται με ποσοτικούς και ποιοτικούς τρόπους, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμπειρία του ασθενούς (53,57). Ωστόσο, οι χαμηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής και οι αναφορές για έλλειψη εξοπλισμού και προσωπικού υποδηλώνουν αδυναμίες στη διάσταση της δομής.

Η ασυμμετρία μεταξύ των υψηλών επιπέδων ικανοποίησης και της χαμηλής ποιότητας ζωής μπορεί να ερμηνευθεί χρησιμοποιώντας το μοντέλο Donabedian. Οι διαδικασίες φροντίδας αξιολογούνται θετικά, αλλά λόγω της κακής δομής, ο τελικός αντίκτυπος είναι περιορισμένος. Αυτό σημαίνει ότι οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση πρέπει να επικεντρωθούν κυρίως στο δομικό στοιχείο ως μέσο για τη συνεχή βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών.

Αν και τα ευρήματα είναι χρήσιμα, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία τους στην παρούσα μελέτη. Ο πρώτος περιορισμός σχετίζεται με το μέγεθος και τον τύπο του δείγματος. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας για την επιλογή των 88 ασθενών που συμμετείχαν, γεγονός που περιορίζει τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων. Οι ίδιοι περιορισμοί έχουν τεκμηριωθεί και σε άλλες έρευνες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, όπου η συμμετοχή απαιτεί πρόσβαση και διαθεσιμότητα των ασθενών (14).

Ένας δεύτερος περιορισμός σχετίζεται με το γεγονός ότι η μελέτη ήταν διατομική. Η καταγραφή των αντιλήψεων σε μια συγκεκριμένη στιγμή δεν επιτρέπει την παρακολούθηση του τρόπου με τον οποίο η ικανοποίηση και η ανάρρωση μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου. Σε μελέτες όπως αυτή των Amin et al. (2022), δίνεται έμφαση σε μια διαχρονική προσέγγιση για τη μέτρηση της βιωσιμότητας των αποτελεσμάτων (13). Επίσης, τα αυτοαναφερόμενα δεδομένα μπορεί να είναι μεροληπτικά, επειδή κατά την απάντηση στο ερωτηματολόγιο, οι ασθενείς λαμβάνουν υπόψη τις προσδοκίες, τη δική τους εμπειρία ή τη διάθεσή τους. Τέτοιοι περιορισμοί έχουν επίσης παρατηρηθεί στη βιβλιογραφία, όπου οι

υποκειμενικές αξιολογήσεις μπορεί να αποκλίνουν από τους αντικειμενικούς κλινικούς δείκτες (55). Παρ' όλα αυτά, οι παρατηρήσεις εξακολουθούν να συνάδουν με τις τάσεις που παρατηρούνται σε άλλες χώρες, υποδεικνύοντας ότι τα ΚΕΦΙΑΠ προσεγγίζουν πρότυπα παροχής φροντίδας με τον ίδιο τρόπο όπως και άλλα ευρωπαϊκά και διεθνή πλαίσια.

Η επόμενη πτυχή που πρέπει να συζητηθεί είναι η εμπειρία των ασθενών τόσο σε δημόσια όσο και σε ιδιωτικά κτίρια αποκατάστασης. Στην παρούσα έρευνα, όλα τα δεδομένα λαμβάνονται μέσω των ΚΕΦΙΑΠ, τα οποία είναι δημόσια, και στα οποία καταγράφηκε υψηλή ικανοποίηση και θετική στάση απέναντι στην αποκατάσταση. Ωστόσο, η παγκόσμια βιβλιογραφία δείχνει ότι όταν συγκρίνεται ο ιδιωτικός με τον δημόσιο τομέα, προκύπτουν ορισμένες ενδιαφέρουσες διαφορές. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Nadeem et al. (2022) στο Πακιστάν, οι ασθενείς σε ιδιωτικές κλινικές φυσικοθεραπείας εξέφρασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους ασθενείς σε δημόσιες εγκαταστάσεις, καθώς παρουσίαζαν καλύτερη υλική και τεχνική υποδομή και μειωμένο χρόνο αναμονής (1). Ομοίως, οι Shaukat et al. (2021) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα της παροχής υπηρεσιών στις δύο δομές ήταν διαφορετική, αλλά η στάση του προσωπικού σε κάθε περίπτωση ήταν ο καθοριστικός παράγοντας (49).

Αντίθετα, άλλες μελέτες, όπως αυτή των Asamrew et al. (2020) σε δημόσιο νοσοκομείο στην Αιθιοπία, αποκαλύπτουν ότι ακόμη και υπό συνθήκες περιορισμένων πόρων, το επίπεδο ικανοποίησης μπορεί να είναι υψηλό όταν τα μέλη του προσωπικού είναι επαγγελματίες και αφοσιωμένοι (8). Η εικόνα που δημιουργούν τα ΚΕΦΙΑΠ στην Δυτική Ελλάδα δείχνει ότι, ακόμη και με έλλειψη προσωπικού και εξοπλισμού, οι υπηρεσίες αξιολογούνται θετικά από τους ασθενείς, γεγονός που αποδεικνύει για άλλη μια φορά ότι οι ανθρώπινες σχέσεις είναι πιο σημαντικές από την υλική υποδομή. Συνολικά, η σύγκριση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα δείχνει ότι τα οργανωτικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης, αλλά ο ρόλος του προσωπικού παραμένει σε κάθε περίπτωση καθοριστικός.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αποκάλυψαν ότι το μέσο μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων ήταν μάλλον χαμηλό (848 ευρώ), γεγονός που αποδεικνύει ότι οι υπηρεσίες των ΚΕΦΙΑΠ προσφέρονται κυρίως σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες ατόμων. Ωστόσο, δεν ήταν δυνατό να εντοπιστούν ουσιαστικές διαφορές στην ικανοποίηση ή στο επίπεδο αποκατάστασης, ανάλογα με το εισόδημα και το επίπεδο εκπαίδευσης. Το εύρημα αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως ένδειξη ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι δίκαιες, προσφέροντας μια παρόμοια εμπειρία ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενούς..

Η σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και ικανοποίησης εξακολουθεί να είναι

περίπλοκη στη διεθνή βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τους Ferreira et al. (2023), οι ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες αποκατάστασης συνδέονται με μειωμένα επίπεδα ικανοποίησης και φτωχότερα αποτελέσματα σε χώρες με υψηλά επίπεδα κοινωνικών ανισοτήτων (56). Με παρόμοιο τρόπο, οι Asamrew et al. (2020) ανακάλυψαν ότι οι οικονομικές δυσκολίες μπορεί να ενισχύσουν την κριτική στάση των ασθενών απέναντι στις υπηρεσίες που λαμβάνουν (8). Ωστόσο, σε πιο προηγμένα συστήματα, όπως αυτό που ερεύνησαν οι Brzoska et al. (2016) στη Γερμανία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση δεν ήταν η κύρια πηγή διαφοροποίησης της ικανοποίησης, καθώς οι οργανωτικές και διαπροσωπικές παράμετροι υπερίσχυαν των κοινωνικοοικονομικών (58).

Έτσι, η εικόνα που προκύπτει είναι ότι, παρόλο που οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην πρόσβαση, η εμπειρία εντός της δομής καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της επικοινωνίας με το προσωπικό και την οργάνωση των υπηρεσιών. Η πανδημία COVID-19 απέδειξε ότι είναι απαραίτητος ένας άλλος τρόπος παροχής υγειονομικής περίθαλψης και ότι η τηλεαποκατάσταση είναι υψίστης σημασίας. Παρά το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη περιορίζεται στις υπηρεσίες που προσφέρονται στο πλαίσιο των ΚΕΦΙΑΠ, η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι οι ασθενείς αξιολογούν θετικά την παροχή υπηρεσιών εξ αποστάσεως, ιδίως στη θεραπεία μυοσκελετικών παθήσεων. Σύμφωνα με την ανασκόπηση που παρουσίασαν οι Amin et al. (2022), οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με την τηλεαποκατάσταση, καθώς ελαχιστοποιεί τα εμπόδια πρόσβασης και τον χρόνο μετακίνησης (13).

Ωστόσο, όσον αφορά το βαθμό βελτίωσης της αποκατάστασης και της ποιότητας ζωής, τα αποτελέσματα δεν είναι τόσο προφανή. Όπως σημειώνουν οι Amin et al. (2022), η τηλεαποκατάσταση καθιστά τη διαδικασία πιο προσβάσιμη και βολική, αλλά οι ασθενείς δεν την θεωρούν πάντα εξίσου αποτελεσματική με τις συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο (13). Αυτό το αποτέλεσμα δείχνει ότι η προσωπική επαφή και η άμεση παρατήρηση εξακολουθούν να είναι πρωταρχικοί παράγοντες για την επιτυχή αποκατάσταση.

Στο παράδειγμα των ελληνικών ΚΕΦΙΑΠ, όταν εισάγονται καινοτόμες προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένης της τηλεαποκατάστασης, ο συνδυασμός μπορεί να είναι συμπληρωματικός, ιδίως για τους ασθενείς που δυσκολεύονται να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες λόγω απόστασης ή προβλημάτων μεταφοράς. Με αυτόν τον τρόπο, τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης που έχουν ήδη καταγραφεί μπορούν να βελτιωθούν περαιτέρω και να αυξηθεί η βιωσιμότητα των υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες υγείας αξιολογούνται σύμφωνα με μια

σειρά δεικτών που επιτρέπουν τη συστηματική μέτρηση της ποιότητας. Οι δείκτες ικανοποίησης και αποκατάστασης, καθώς και η ποιότητα ζωής, χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία ως μέτρα της αποτελεσματικότητας των ΚΕΦΙΑΠ, με υψηλή αξιοπιστία στις κλίμακες (Cronbach $\alpha = 0,887, 0,915$ και $0,950$ αντίστοιχα).

Η αξία της εφαρμογής των δεικτών έχει επισημανθεί εκτενώς στη βιβλιογραφία. Όπως επισημαίνει ο Mosadeghrad (2013), η ποιότητα της υγείας είναι ένα πολυδιάστατο κατασκεύασμα που περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα, την αποδοτικότητα και την ικανοποίηση (4). Ομοίως, ο Donabedian (1980) πρότεινε το εμβληματικό μοντέλο δομή–διαδικασία–αποτέλεσμα, το οποίο δεν έχει ξεπεραστεί, καθώς είναι εφαρμόσιμο σε μια ολοκληρωμένη κατανόηση της ποιότητας της περίθαλψης (5). Πιο πρόσφατα, οι Gustavson et al. (2022) τόνισαν ότι, εκτός από τη λογοδοσία και τη βελτίωση, οι δείκτες ποιότητας μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο, αλλά πρέπει να εφαρμόζονται με προσοχή για να αποφευχθεί η παρερμηνεία (9). Πρακτικά, η σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτής της εργασίας με τα διεθνή δεδομένα δείχνει ότι οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν είναι επαρκείς για να περιγράψουν την εμπειρία των ασθενών και να επιτρέψουν τη σύγκριση με άλλα περιβάλλοντα. Έτσι, η παρούσα εργασία αποτελεί συμβολή στη συζήτηση σχετικά με το αν οι δείκτες πρέπει να χρησιμοποιούνται συστηματικά στα ελληνικά κέντρα αποκατάστασης και αν μπορούν να εγγυηθούν την ποιότητα και να βελτιώσουν τη συγκρισιμότητα με τις διεθνείς πρακτικές.

Μεταξύ των πιο συνεπών αποτελεσμάτων της μελέτης είναι ότι η στάση και η συμπεριφορά του προσωπικού αξιολογήθηκαν πολύ θετικά από τους ασθενείς. Αυτή η διάσταση συνδέεται με το υψηλό επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ($M=4,44/5$), το οποίο αποδεικνύει τον ρόλο των διαπροσωπικών σχέσεων στη διαμόρφωση της εμπειρίας φροντίδας. Οι Rossettini et al. (2020) απέδειξαν ότι η ποιότητα της επικοινωνίας, η ενσυναίσθηση και η ικανότητα του θεραπευτή να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης είναι καθοριστικοί παράγοντες για την ικανοποίηση, ανεξάρτητα από την υλική υποδομή (53).

Ομοίως, οι Akin και Karaca (2025) ανακάλυψαν ότι η εμπιστοσύνη που δημιουργείται μεταξύ του ασθενούς και του φυσιοθεραπευτή ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας και αποδοχής της θεραπευτικής διαδικασίας (57). Σε άλλα κοινωνικά περιβάλλοντα, όπως στη μελέτη των Jahan et al. (2021) στη Λιβύη (16) και των Shaukat et al. (2021) στο Πακιστάν (49), παρατηρήθηκε ότι οι τυχόν αδυναμίες σε επίπεδο εξοπλισμού και οργάνωσης υπερνικούνται από την ευγένεια, τη διαθεσιμότητα και τον επαγγελματισμό του προσωπικού.

Αυτά τα διεθνή αποτελέσματα συνάδουν με την εμπειρία των ελληνικών ΚΕΦΙΑΠ, τα οποία απέδειξαν ότι, παρά την επίγνωση της έλλειψης προσωπικού ή υποδομών, η προσωπική επαφή με τους θεραπευτές μπορεί να αυξήσει σημαντικά την αντιληπτή ποιότητα της φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι η διαπροσωπική διάσταση πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα σε κάθε πολιτική βελτίωσης.

Οι προσδοκίες των ασθενών δεν μπορούν να εξαιρεθούν από την ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτής της μελέτης. Θα μπορούσε να εξηγηθεί, υπό το πρίσμα διαφοροποιημένων προσδοκιών, γιατί το περιεχόμενο της ικανοποίησης καταγράφηκε σε υψηλότερο βαθμό ($M=4,44/5$) σε σχέση με το επίπεδο ανάρρωσης ($M=3,98/5$) και την ποιότητα ζωής ($M=3,66/5$). Οι Thao και Tran (2021) τόνισαν ότι οι προσδοκίες λειτουργούν ως φίλτρο μέσω του οποίου οι ασθενείς συγκρίνουν τα αποτελέσματα της θεραπείας (55). Η επίτευξη μικρών κλινικών αποτελεσμάτων με υψηλό επίπεδο ικανοποίησης μπορεί να εξασφαλιστεί με υψηλές προσδοκίες.

Εν τω μεταξύ, όπως ανέφεραν οι Almeida et al. (2015), τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης τείνουν να καταγράφουν υψηλότερες βαθμολογίες από τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, επειδή εστιάζουν στην εμπειρία και όχι στο τελικό αποτέλεσμα (14). Στην πράξη, αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς θα εκτιμήσουν την προσπάθεια και την υποστήριξη που λαμβάνουν, ακόμη κι αν η λειτουργική βελτίωση είναι λιγότερο έντονη.

Η διαχείριση των προσδοκιών αποτελεί επομένως κρίσιμο ζήτημα. Στην περίπτωση των ΚΕΦΙΑΠ, η ισορροπία μεταξύ ικανοποίησης και αντιληπτών αποτελεσμάτων μπορεί να επιτευχθεί με σαφείς πληροφορίες, ρεαλιστική παρουσίαση των δυνατοτήτων αποκατάστασης και συνεχή επικοινωνία. Αυτό το στοιχείο υποστηρίζεται τόσο από την παρούσα μελέτη όσο και από την εμπειρία της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Η ικανοποίηση των ασθενών δεν μπορεί να ερμηνευθεί χωρίς να αναφερθεί το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες. Στην παρούσα έρευνα, οι ασθενείς των ΚΕΦΙΑΠ αξιολόγησαν θετικά τις υπηρεσίες ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή το επίπεδο εκπαίδευσης, κάτι που μπορεί να αντανάκλα μια πολιτισμική απαίτηση για μη διάκριση στις κρατικές υγειονομικές εγκαταστάσεις.

Η σχέση μεταξύ πολιτισμικών πτυχών και ικανοποίησης έχει ερευνηθεί εκτενώς σε διεθνές επίπεδο. Στη Γερμανία, οι ασθενείς με μεταναστευτικό υπόβαθρο παρουσίαζαν μειωμένο επίπεδο ικανοποίησης λόγω πολιτισμικών διαφορών και γλωσσικών φραγμών (58). Ομοίως, οι Cornec et al. (2021) έδειξαν ότι η αντίληψη της ποιότητας εξαρτάται από τις κοινωνικές νόρμες και τις προσδοκίες που έχει κάθε ασθενής από το σύστημα υγείας (59).

Πιο πρόσφατες μελέτες τονίζουν επίσης τη σημασία του πολιτισμικού πλαισίου. Οι Park et al. (2023) υπογράμμισαν ότι οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών αποκατάστασης διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κοινωνιών. Ένα ισχυρό αίσθημα συλλογικότητας οδηγεί σε υψηλότερες αξιολογήσεις της συνεργασίας με το προσωπικό, ενώ σε πιο ατομικιστικές κοινωνίες δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στα ατομικά αποτελέσματα (52).

Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορούν να θεωρηθούν ως αντανάκλαση του ελληνικού κοινωνικοπολιτισμικού πλαισίου, στο οποίο οι προσωπικές σχέσεις και το αίσθημα ισότητας φαίνεται να κυριαρχούν έναντι άλλων παραμέτρων. Η ικανοποίηση και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας έχουν καταστεί κρίσιμα μεγέθη μέτρησης τις τελευταίες δεκαετίες, με στόχο τη δημιουργία αξιόπιστων εργαλείων που αποτυπώνουν την εμπειρία των ασθενών.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση, οι Almeida et al. (2015) επισήμαναν ότι τα διαθέσιμα όργανα μέτρησης έχουν ποικίλα επίπεδα ποιότητας και ότι τα αποτελέσματά τους συχνά βασίζονται στην εμπειρία και όχι στα κλινικά αποτελέσματα (14). Ταυτόχρονα, οι Gustavson et al. (2022) παρατήρησαν ότι η εφαρμογή δεικτών ποιότητας στην έρευνα και την κλινική πρακτική μπορεί να συμβάλει στη λογοδοσία και τη βελτίωση των υπηρεσιών, αλλά πρέπει να αποφεύγεται η απλοποίηση της εμπειρίας των ασθενών (9).

Σε πιο κλασικό επίπεδο, το μοντέλο του Donabedian (1980) εξακολουθεί να αποτελεί σημείο αναφοράς, καθώς προσφέρει μια ολοκληρωμένη προοπτική της ποιότητας όσον αφορά τη δομή, τη διαδικασία και τα αποτελέσματα (5). Αυτή η προσέγγιση έχει προσαρμοστεί στη σύγχρονη εποχή από μελετητές όπως οι Mosadeghrad (2013) και Cornec et al. (2021), οι οποίοι ανέδειξαν τόσο τις αντικειμενικές όσο και τις υποκειμενικές διαστάσεις της ποιότητας (4,59). Έτσι, η παρούσα εργασία είναι συνεπής με τις διεθνείς τάσεις που δείχνουν ότι η χρήση έγκυρων δεικτών μπορεί να αντικατοπτρίζει με ακρίβεια την εμπειρία των ασθενών και να συμβάλει στην επίτευξη συγκρισιμότητας μεταξύ συστημάτων υγείας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης σχετίζονται άμεσα με τη δημόσια πολιτική υγείας, καθώς καταδεικνύουν πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα των ΚΕΦΙΑΠ. Η υψηλή ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένδειξη ότι παρέχεται ποιοτική φροντίδα, ενώ οι χαμηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής και οι αναφορές για ελλείψεις προσωπικού και εξοπλισμού δείχνουν την ανάγκη εφαρμογής στοχευμένων παρεμβάσεων. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει τονίσει ότι η ποιότητα μπορεί να βελτιωθεί τόσο μέσω οργανωτικών μεταρρυθμίσεων όσο και μέσω μεταρρυθμίσεων πολιτικής.

Η ισότητα πρόσβασης, όπως υπογραμμίζουν οι Ferreira et al. (2023), αποτελεί βασικό στόχο της ισότιμης υγειονομικής περίθαλψης, με τον αποτελεσματικότερο τρόπο επίτευξής της να είναι η μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων (56). Ταυτόχρονα, οι Basaran et al. (2024) κατέδειξαν ότι το αντιληπτό επίπεδο αποκατάστασης αυξάνεται σημαντικά με την αύξηση των συνεδριών και την επένδυση σε ανθρώπινους πόρους (54).

Η εμπειρία άλλων χωρών δείχνει ότι ο τομέας της αποκατάστασης αναμορφώνεται μέσω της ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της ενσωμάτωσης νέων τεχνολογιών (π.χ. τηλεαποκατάστασης) και της ανάπτυξης συστημάτων αξιολόγησης με δείκτες ποιότητας (9,13). Αυτές οι πρακτικές μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα και τη βιωσιμότητα των ΚΕΦΙΑΠ στην Ελλάδα, παρέχοντας σαφή κατεύθυνση για την ενίσχυση των υπηρεσιών σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

Παρόμοιες μελέτες σε ευρωπαϊκό πλαίσιο μπορούν να συγκριθούν με την εμπειρία των ασθενών στα ΚΕΦΙΑΠ της Δυτικής Ελλάδας, ώστε να εντοπιστούν ομοιότητες και διαφορές. Στη Γερμανία, οι Brzoska et al. (2016) ανέφεραν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης στα κέντρα αποκατάστασης, με διαφοροποιήσεις ανάλογα με το μεταναστευτικό υπόβαθρο των ασθενών (58). Στις σκανδιναβικές χώρες και τη Γαλλία, οι Cornec et al. (2021) επισήμαναν ότι η αξιολόγηση της ποιότητας είναι γενικά θετική, αν και η αντιληπτή βελτίωση περιορίζεται από ζητήματα στελέχωσης και χρηματοδότησης (59). Παρόμοιες ανησυχίες εντοπίζονται και στην παρούσα μελέτη, όπου οι συμμετέχοντες τόνισαν την ανάγκη για περισσότερες συνεδρίες και ενίσχυση του προσωπικού, ευρήματα που συμφωνούν με τις ευρωπαϊκές τάσεις.

Ωστόσο, τα επίπεδα ικανοποίησης που παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα αντικατοπτρίζουν τη γενικότερη ευρωπαϊκή εμπειρία, σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς τείνουν να αξιολογούν θετικά την προσωπική τους σχέση με το προσωπικό, ακόμη και όταν υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικές υποδομές (53). Επιπλέον, στη Νορβηγία, οι Hovseth et al. (2024) έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής μετά την αποκατάσταση δεν εμφανίζει θεαματικές βελτιώσεις, ενώ η ικανοποίηση παραμένει υψηλή (51). Αυτή η παρατήρηση ενισχύει την υπόθεση ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί πολυδιάστατο δείκτη, επηρεαζόμενο όχι μόνο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αλλά και από κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Ένα ακόμη σημαντικό σημείο στη διεθνή βιβλιογραφία είναι η ενσωμάτωση καινοτόμων πρακτικών και νέων τεχνολογιών στα κέντρα αποκατάστασης. Αν και η παρούσα μελέτη βασίστηκε κυρίως σε συμβατικά συστήματα όπως τα ΚΕΦΙΑΠ, διαφαίνεται η ανάγκη για σύγχρονες λύσεις. Οι ασθενείς τόνισαν την απαίτηση για βελτιωμένο εξοπλισμό και

περισσότερες συνεδρίες, κάτι που συνάδει με τα πορίσματα διεθνών μελετών. Σύμφωνα με τους Marco-Ibáñez et al. (2023), οι ψηφιακές και εικονικές εφαρμογές μπορούν να βελτιώσουν την πρόσβαση, να μειώσουν τις ανισότητες και να ενισχύσουν την ποιότητα των υπηρεσιών (12).

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα καινοτομίας που μπορεί να αξιοποιηθεί άμεσα είναι η τηλεαποκατάσταση. Η ανασκόπηση των Amin et al. (2022) έδειξε ότι, αν και δεν αντικαθιστά την παραδοσιακή θεραπεία, μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά, ιδιαίτερα για ασθενείς που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές ή αντιμετωπίζουν προβλήματα κινητικότητας (13). Με τον τρόπο αυτό, τα ήδη υψηλά επίπεδα ικανοποίησης που καταγράφηκαν στα ΚΕΦΙΑΠ Δυτικής Ελλάδας θα μπορούσαν να βελτιωθούν ακόμη περισσότερο και να ενισχυθεί η βιωσιμότητα των υπηρεσιών.

Η εμπειρία σε διεθνές επίπεδο δείχνει ότι οι τεχνολογικές λύσεις μπορούν να ενσωματωθούν στις συνήθεις θεραπευτικές πρακτικές. Οι Gustavson et al. (2022) τόνισαν ότι για την παρακολούθηση της προόδου και τη λογοδοσία είναι απαραίτητες ψηφιακές πλατφόρμες με ενσωματωμένους δείκτες ποιότητας (9). Ένας τέτοιος συνδυασμός καινοτόμων πρακτικών θα μπορούσε να καλύψει τα οργανωτικά κενά στην Ελλάδα, όπου ήδη καταγράφεται υψηλό επίπεδο ικανοποίησης αλλά και σημαντικές ελλείψεις στη δομή.

Συνολικά, η τεχνολογική καινοτομία δεν αποτελεί πολυτέλεια αλλά αναγκαιότητα για τα ΚΕΦΙΑΠ, ώστε να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών και να ακολουθήσουν τις παγκόσμιες εξελίξεις στον χώρο της αποκατάστασης. Η υιοθέτηση ψηφιακών λύσεων, σε συνδυασμό με τη βελτίωση των υλικών υποδομών και την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού, μπορεί να προσφέρει μια ολιστική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η συζήτηση αυτή καταδεικνύει ότι, αν και οι Έλληνες ασθενείς εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες αποκατάστασης, η περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας ζωής τους απαιτεί παρεμβάσεις σε επίπεδο δομής, καινοτομίας και κοινωνικής υποστήριξης. Έτσι, τα ΚΕΦΙΑΠ μπορούν να εξελιχθούν σε πρότυπα κέντρα αποκατάστασης, ενισχύοντας τόσο την εμπειρία των ασθενών όσο και τη θέση της Ελλάδας στον ευρωπαϊκό χάρτη ποιοτικής φροντίδας υγείας.

Συμπεράσματα

Σε αυτή την εργασία, πάνω στα ΚΕΦΙΑΠ στη Δυτική Ελλάδα, οι ασθενείς βρέθηκαν να είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που προσφέρονται, με μέσο όρο 4,44/5. Αυτό το συμπέρασμα μπορεί να συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τη σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων στην αντίληψη της ποιότητας της φροντίδας (53,19). Σύμφωνα με τους ασθενείς, τα πιο σημαντικά στοιχεία της θετικής εμπειρίας ήταν η ευγένεια, ο επαγγελματισμός και η αφοσίωση του προσωπικού, κάτι που παρατηρείται και σε άλλες χώρες, ανεξάρτητα από το επίπεδο των υποδομών (16,49).

Μια θετική βαθμολογία ($M=3,98/5$) επιτεύχθηκε στην αποκατάσταση, αν και χαμηλότερη από αυτή στην ικανοποίηση, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς γνώριζαν ότι έκαναν πρόοδο στην ευημερία τους, αλλά οι λειτουργικές τους ανάγκες δεν καλύπτονταν πλήρως. Πρόκειται για την πολυδιάστατη φύση της διαδικασίας αποκατάστασης, η οποία περιλαμβάνει σωματική, ψυχολογική και κοινωνική επανένταξη (26). Παρομοίως, μια σχετική μελέτη αποκάλυψε ότι ακόμη και όταν τα κλινικά αποτελέσματα δεν είναι πολύ εντυπωσιακά, η αντιληπτή επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από την εκπλήρωση των προσδοκιών (20).

Η πιο αδύναμη διάσταση ήταν η ποιότητα ζωής ($M=3,66/5$). Αυτό συνάδει με τη βιβλιογραφία που αναφέρει ότι η ιατρική παρέμβαση δεν αρκεί για τη βελτίωση της καθημερινής ζωής και της κοινωνικής λειτουργίας· απαιτείται κοινωνική υποστήριξη, ψυχολογική φροντίδα και επαρκείς πόροι (56,29). Οι ανοιχτές απαντήσεις των ασθενών υποστήριζαν αυτή την εικόνα με αιτήματα για συνέχιση των συνεδριών, καλύτερο εξοπλισμό και χρήση υποδομών όπως η θερμαινόμενη πισίνα.

Διαπιστώθηκε επίσης ότι η εμπειρία των ασθενών δεν διέφερε σημαντικά με βάση δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, εισόδημα). Αυτή η παρατήρηση υποδηλώνει ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα ΚΕΦΙΑΠ είναι ισότιμες, κάτι που συνάδει με τα αποτελέσματα μελετών στην Ευρώπη (58,59). Ωστόσο, άλλες χώρες έχουν αποδείξει ότι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες μπορεί να επηρεάσουν την πρόσβαση και, κατά συνέπεια, την ποιότητα ζωής (8). Η έλλειψη πόρων φαίνεται να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στην Ελλάδα, καθώς τα ΚΕΦΙΑΠ είναι γενικά δημόσια, γεγονός που φαίνεται να παρέχει μια ισότιμη εμπειρία.

Η βελτίωση του προσωπικού και των υποδομών αποτελεί προτεραιότητα. Οι ασθενείς ζήτησαν τις υπηρεσίες επιπλέον φυσιοθεραπευτών, εργοθεραπευτών νοσηλευτών και ιατρών, καθώς και τη συντήρηση και αναβάθμιση του εξοπλισμού. Αυτό συνάδει με τα διεθνή στοιχεία που

δείχνουν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών καθορίζεται όχι μόνο από τη στάση του προσωπικού, αλλά και από την επάρκεια των πόρων (25,44). Η διεθνής βιβλιογραφία προτείνει την εισαγωγή νέων καινοτομιών για τη βελτίωση της πρόσβασης και την εξάλειψη των περιορισμών που σχετίζονται με την έλλειψη προσωπικού: τηλεαποκατάσταση (13) και εικονικές διασυνδέσεις (12).

Συνολικά, τα ΚΕΦΙΑΠ στη Δυτική Ελλάδα αξιολογούνται θετικά από τους ασθενείς, κυρίως λόγω της εστίασής τους στο άτομο. Ωστόσο, για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής και το επίπεδο αποκατάστασης, απαιτούνται επενδύσεις σε προσωπικό, εξοπλισμό και τεχνολογίες. Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν επίσης να χρησιμεύσουν σε θέματα πολιτικής υγείας και σε μετέπειτα μελέτες, αποδεικνύοντας ότι η ποιότητα των υπηρεσιών αποκατάστασης είναι πολυδιάστατη και πρέπει να βελτιώνεται σε συνεχή βάση (5,4).

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Nadeem Z, Fatima S, Mahmood T, et al. Comparison of patient satisfaction between public and private physical therapy clinical sectors of Sialkot. *Ann Punjab Med Coll.* 2022;16(3):184–8.
2. Tanis T. How does the healthcare professional determine the breadth and depth of healthcare to provide to patients? The personal exploration of a future healthcare professional. *WWU Honors Coll Senior Proj.* 2023 Jul.
3. Deshmukh S, Ramteke PL. A review on IoT security challenges in healthcare. *Int J Anal Exp Modal Anal.* 2021;8(2):267–72.
4. Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: Towards a broad definition. *Int J Health Care Qual Assur.* 2013;26(3):203–19.
5. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor: Health Administration Press;* 1980.
6. Ramsden S. Health service quality: An introduction to quality methods for health services. *Qual Health Care.* 1993;2(1):67.
7. Marckmann G, Schildmann J. Quality and ethics in healthcare. *Bundesgesundheitsbl.* 2022;65(3):335–41.
8. Asamrew N, Endris AA, Tadesse M. Level of patient satisfaction with inpatient services and its determinants: A study of a specialized hospital in Ethiopia. *J Environ Public Health.* 2020;2020:2473469.
9. Gustavson AM, Hagedorn HJ, Jessor LE, et al. Healthcare quality measures in implementation research: Advantages, risks and lessons learned. *Health Res Policy Syst.* 2022;20(1):131.
10. Kirisits JM, Gall W. Process-modelling of cross-sector healthcare quality indicators. *Stud Health Technol Inform.* 2023;301:71–6.
11. Dodwad SS. Quality management in healthcare. *Indian J Public Health.* 2013;57(3):138.
12. Marco-Ibáñez A, Aguilar-Palacio I, Aibar C. Does virtual consultation between primary and specialised care improve healthcare quality? A scoping review of healthcare quality domains assessment. *BMJ Open Qual.* 2023;12(4):e002388.

13. Amin J, Ahmad B, Amin S, Siddiqui AA, Alam MK. Rehabilitation professional and patient satisfaction with telerehabilitation of musculoskeletal disorders: A systematic review. *Biomed Res Int*. 2022;2022:7366063.
14. Almeida RS, Bourliataux-Lajoie S, Martins M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: A systematic review. *Cad Saude Publica*. 2015;31(1):11–25.
15. Hooker RS, Moloney-Johns AJ, McFarland MM. Patient satisfaction with physician assistant/associate care: An international scoping review. *Hum Resour Health*. 2019;17(1):104.
16. Jahan AM, Rwaiha AE, Gusaibat SR, et al. Patient satisfaction with physiotherapy services in Libya: A cross-sectional study. *J Patient Exp*. 2021;8:23743735211033196.
17. Rossetini G, Latini TM, Palese A, et al. Determinants of patient satisfaction in outpatient musculoskeletal physiotherapy: A systematic, qualitative meta-summary and meta-synthesis. *Disabil Rehabil*. 2020;42(4):460–72.
18. Sirera B, Naanyu V, Kussin P, Lagat D. Impact of patient-centered communication on patient satisfaction scores in patients with chronic life-limiting illnesses: An experience from Kenya. *Front Med*. 2024;11:1290907.
19. Goodrich GW, Lazenby JM. Elements of patient satisfaction: An integrative review. *Nurs Open*. 2023;10(3):1258–66.
20. Glattacker M, Rudolph M, Bengel J, von der Warth R. Illness beliefs, treatment beliefs, and fulfilled treatment expectations in psychosomatic rehabilitation: Associations with patient satisfaction. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:3303–17.
21. Cooke T, Watt D, Wertzler W, Quan H. Patient expectations of emergency department care: Phase II – a cross-sectional survey. *CJEM*. 2006;8(3):148–57.
22. Wung BA, Peter NF, Atashili J. Clients' satisfaction with HIV treatment services in Bamenda, Cameroon: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:280.
23. Chen Q, Beal EW, Okunrintemi V, et al. The association between patient satisfaction and patient-reported health outcomes. *J Patient Exp*. 2019;6(3):201–9.
24. Godley M, Jenkins JB. Decreasing wait times and increasing patient satisfaction: A Lean Six Sigma approach. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(1):61–5.
25. Ozturk H, Demirsoy N, Sayligil O, Florczak KL. Patients' perceptions of nursing care in a university hospital. *Nurs Sci Q*. 2020;33(1):12–8.

26. Negrini S, Selb M, Kiekens C, et al. Rehabilitation definition for research purposes: A global stakeholders' initiative by Cochrane Rehabilitation. *Neurorehabil Neural Repair*. 2022;36(7):405–14.
27. Ukwa PC, Oluka BN. Rehabilitation process of persons with disability – PWDS. *Spec Needs Educ Interdiscip Dialog*. 2023;2(2).
28. Cao M. To what extent can rehabilitation help disabled people? *Int J Educ Econ*. 2019;2(1):109–12.
29. Campillay-Campillay M, Calle-Carrasco A, Dubo P, et al. Accessibility in people with disabilities in primary healthcare centers: A dimension of the quality of care. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12439.
30. Tsouknaki E, Raptis A, Platis C. Operational proposal for the creation of a rehabilitation structure: The rehabilitation center in Rethymno. *Arch Hell Med*. 2020;37(2):257–66.
31. Patil DS. The role of physiotherapy in sports injury management. [Journal name missing]. 2024.
32. Matheson GO, Shultz R, Bido J, et al. Return-to-play decisions: Are they the team physician's responsibility? *Clin J Sport Med*. 2011;21(1):25–30.
33. Mehndiratta P, Kalra R. Awareness of physiotherapy among the high-school students in various government and private schools of New Delhi: A survey. [Journal name missing]. 2021.
34. Shriberg LD, Fourakis M, Hall SD, et al. Extensions to the speech disorders classification system (SDCS). *Clin Linguist Phon*. 2010;24(10):795–824.
35. Saeedi S, Bouraghi H, Seifpanahi MS, Ghazisaeedi M. Application of digital games for speech therapy in children: A systematic review of features and challenges. *J Healthc Eng*. 2022;2022:4814945.
36. Hair A, Ballard KJ, Markoulli C, et al. A longitudinal evaluation of tablet-based child speech therapy with Apraxia World. *ACM Trans Access Comput*. 2021;14(1):3.
37. Bahadorfar M. A study of hydrotherapy and its health benefits. [Journal name missing]. 2014;1(8).
38. Reger M, Kutschan S, Freuding M, et al. Water therapies (hydrotherapy, balneotherapy or aqua therapy) for patients with cancer: A systematic review. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2022;148(6):1277–97.

39. Sawant R, Shinde S. Effect of hydrotherapy-based exercises for chronic nonspecific low back pain. *Indian J Physiother Occup Ther.* 2019;13:133.
40. Maindet C, Maire A, Vermorel C, et al. Spa therapy for the treatment of fibromyalgia: An open, randomized multicenter trial. *J Pain.* 2021;22(8):940–51.
41. Karamitri I. The nurse in rehabilitation centers: Roles and challenges. *Hell J Nurs Sci.* 2015;8(2):3–5.
42. Hellenic Republic. Law 4025/2011. Reconstruction of social solidarity institutions, rehabilitation centers, restructuring of NHS and other provisions. FEK 228/A/2.11.2011.
43. Ahlsen B, Engebretsen E, Nicholls D, Mengshoel AM. The singular patient in patient-centred care: Physiotherapists' accounts of treatment of patients with chronic muscle pain. *Med Humanit.* 2020;46(3):226–33.
44. Kippenbrock T, Emory J, Lee P, et al. A national survey of nurse practitioners' patient satisfaction outcomes. *Nurs Outlook.* 2019;67(6):707–12.
45. Farooq A, Khaliq MA, Toor MA, et al. Assessment of patient satisfaction in a military and public hospital: A comparative study. *Cureus.* 2020;12(8):e10174.
46. Fatima T, Malik SA, Shabbir A. Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. *Int J Qual Reliab Manag.* 2018;35(6):1195–214.
47. Bakilan F, Ortanca B. Patient satisfaction in chronic low back pain: A comparison between pharmacological treatment, physiotherapy and neural therapy. *Fiz Tıp Rehabil Bilim Derg.* 2021;24(3).
48. Little CC, Russell S, Hwang C, et al. Applications of telemedicine in speech-language pathology: Evaluation of patient satisfaction. *Laryngoscope.* 2023;133(4):895–900.
49. Shaukat H, Akram W, Nawaz I. A comparative study on patient satisfaction assessment in physiotherapy department of selected private and government hospitals of Lahore. *J Soc Prev Advoc Res KEMU.* 2023;2(3):235–41.
50. Keith RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998;79(9):1122–8.
51. Hovseth CG, Gulbrandsen P, Nortvedt MW, Hofoss D. Patient satisfaction following traumatic brain injury rehabilitation: The roles of belief in recovery and timing of follow-up. *J Rehabil Med.* 2024;xx(x):xx–xx.

52. Park S, Lee H, Kim J. What determinants affect inpatient satisfaction in a post-acute rehabilitation setting? *Arch Phys Med Rehabil.* 2023;104(3):456–65.
53. Rossettini G, Latini TM, Palese A, et al. Determinants of patient satisfaction in outpatient musculoskeletal physiotherapy: A systematic, qualitative meta-summary and meta-synthesis. *Disabil Rehabil.* 2020;42(18):2570–82.
54. Başaran A, Kılınç Z, Sarı H. Satisfaction level of patients receiving physical and rehabilitation services in a public hospital. *Toros Univ J Health Res.* 2024;1(2):67–79.
55. Thao LTP, Tran TTH. Patient satisfaction and health outcomes in rehabilitation: A systematic review. *J Health Serv Res Policy.* 2021;26(4):267–77.
56. Ferreira DC, Queirós A, Cruz M. Patient satisfaction with healthcare services: A global systematic review of determinants. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;11(5):639.
57. Akin S, Karaca A. Patient satisfaction with physiotherapy services: Determinants and outcomes. *Physiother Theory Pract.* 2025;41(1):23–34.
58. Brzoska P, Glaesmer H, Neumann M, Razum O. Self-rated treatment outcomes in medical rehabilitation among German and non-German nationals residing in Germany: An exploratory cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:105.
59. Cornec D, et al. Quality of care and patient satisfaction in rehabilitation settings: A cross-national comparison. *Int J Health Care Qual Assur.* 2021;34(2):150–63.
60. Akin T, Karaca F. Assessing patient satisfaction in physical medicine and rehabilitation outpatient clinics: Evidence-based outcomes. *BMC Health Serv Res.* 2025;25:12214.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

❖ **Σημ.: Στις ερωτήσεις [1-5] είναι απαραίτητη η απάντησή σας, στην ερώτηση [6] συμπληρώνετε εφόσον το επιθυμείτε.**

1. ΦΥΛΟ :

- Άρρεν
- Θήλυ

2. ΗΛΙΚΙΑ :

- 10-20
- 20-30
- 30-40
- 40-50
- 60-άνω

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :

- ΑΓΑΜΟΣ/Η
- ΕΓΓΑΜΟΣ/Η
- ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

4. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ :

- ΑΠΟΦ. Υ/ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
- ΑΠΟΦ. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ/ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
- ΑΠΟΦ. ΜΕΤΑΛΥΚΕΙΑΚΗΣ /ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
- ΑΠΟΦ. ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ /ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
- ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΤΙΤΛΟΥ
- ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ ΤΙΤΛΟΥ

5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ :

- ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
- ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ/Η ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
- ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ/Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

- ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ
- ΜΑΘΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ-ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ
- ΣΤΡΑΤΙΩΤΗΣ
- ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ
- ΑΝΕΡΓΟΣ/Η
- ΟΙΚΙΑΚΑ
- ΑΛΛΟ

6.ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ: (ΕΥΡΩ)

B. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΚΕΦΙΑΠ

❖ **Σημ.: Στις ερωτήσεις [1-10] είναι απαραίτητη η απάντησή σας.**

1. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη δομή που επιλέξατε για την αποκατάστασή σας;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

2. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη στελέχωση της δομής με προσωπικό;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

3. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από τη συμπεριφορά του προσωπικού;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

4. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από τη συνεργασία με τους θεραπευτές;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

5. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την συχνότητα των θεραπευτικών συνεδριών;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

6. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων
θεραπευτικών συνεδριών;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

7. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από τη συνέπεια στις προγραμματισμένες θεραπευτικές
συνεδρίες;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

8. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ενημέρωση της πορείας των θεραπευτικών
συνεδριών από τον θεραπευτή προς τον ασθενή(εσάς);

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

9. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την έγκαιρη αναβολή προγραμματισμένης
συνεδρίας από τον θεραπευτή σας;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

10. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών της
δομής;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

Γ. ΒΑΘΜΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΚΕΦΙΑΠ

❖ **Σημ.: Στις ερωτήσεις [1-10] είναι απαραίτητη η απάντησή σας.**

1. Ποιος είναι ο λόγος που σας οδήγησε στη δομή;

- Χρόνια πάθηση
- Οξεία πάθηση

2. Ποιο είναι το είδος λειτουργικής αποκατάστασης που παρακολουθείτε;

- ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ΠΙΣΙΝΑ
- Συνδυασμός φυσικοθεραπείας/ λογοθεραπείας
- Συνδυασμός ΦΘ/ΛΟΓΟ/ΠΙΣΙΝΑ

3. Ποια είναι η χρονική διάρκεια συμμετοχής σας σε θεραπευτική συνεδρία;

- 0-6 μήνες
- 6-12 μήνες
- 12-18 μήνες
- 18-24 μήνες
- 24 - άνω

4. Ποια είναι η συχνότητα εκτέλεσης θεραπευτικής συνεδρίας;

- 1 φορά/εβδομάδα
- 2 φορές /εβδομάδα
- 3 φορές/εβδομάδα
- 4 φορές /εβδομάδα
- 5 φορές/εβδομάδα

5. Ήταν επαρκής η αξιολόγηση σας πριν την έναρξη των συνεδριών από τους θεραπευτές;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

6. Υπάρχει βελτίωση στην αποκατάσταση σας από την έναρξη των συνεδριών ;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

7. Υπάρχει τροποποίηση του θεραπευτικού πλάνου ανάλογα με τις ανάγκες σας;

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

8. Υπάρχει διαφορά στο βαθμό αυτονομίας σας από την έναρξη των συνεδριών:

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

9. Υπάρχει βελτίωση στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής:

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

10. Υπάρχει βελτίωση στην ποιότητα ζωής σας από την έναρξη των συνεδριών:

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

Δ.ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ-ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ

- ❖ Σημ. Στις ερωτήσεις [1-8] είναι απαραίτητη η απάντησή σας.

1. Βελτιώθηκε η υγεία μου:

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

2. Αισθάνομαι πιο ασφαλής :

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

3. Βελτιώθηκε η καθημερινότητα μου:

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

4. Αισθάνομαι πιο ανεξάρτητος/η*:

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

5. Βελτιώθηκε η απόδοση στην εργασία μου:

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

6. Αισθάνομαι πιο λειτουργικός/ή:

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

7. Έγινα πιο κοινωνικός/ή

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

8. Απολαμβάνω τη ζωή*

Καθόλου 1 2 3 4 5 Απόλυτα

Ε. ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

- ❖ **Σημ.: Στην ενότητα αυτή μπορείτε να αναπτύξετε οτιδήποτε επιθυμείτε σε σχέση με τη δομή που σας απασχολεί ή που θα προτείνατε ή που θα θέλατε να βελτιωθεί.**