

2026-02

pÿ™ 0 ± ½ ¿ À ¿ · Ñ · ‘ Ñ , μ ½ Î ½ Ñ Ä 1 Â
 pÿ ≠ Ä · Á μ Ñ - μ Â ≠ Ä ¿ 2 ¿ · , ¿ Í ¼ μ ½ · Â
 pÿ ‘ ½ ± Ä ± Á ± 3 É 3 ® Â 0 ± 1 ¿ 1 ” 1 ¿ 1 0 · Ä 1
 pÿ ± Á ¬ 3 ¿ ½ Ä μ Â À ¿ Å Ä · ½ • Ä · Á μ ¬ ¶
 pÿ ’ 1 2 » 1 ¿ 3 Á ± Æ 1 0 ® ‘ ½ ± Ñ 0 Ì Ä · Ñ · 0 ± 1
 pÿ ‘ ½ ¬ » Å Ñ · • Ä 1 » μ 3 ¼ - ½ É ½ œ μ » μ Ä

pÿ š Ì Ñ Ñ Å Æ ± , ~ μ ¿ ‘ Î Á ±

pÿ œ μ Ä ± Ä Ä Å Ç 1 ± 0 Ì Á Ì 3 Á ± ¼ ¼ ± ” · ¼ Ì Ñ 1 ± Â ” 1 ¿ - 0 · Ñ · Ä , £ Ç ¿ » ® ÿ 1 0 ¿ ½ ¿ ¼ 1 0 Î ½ • Ä 1 Ä Ä
 pÿ ” 1 ¿ - 0 · Ñ · Ä , ± ½ μ Ä 1 Ñ Ñ ® ¼ 1 ¿ • μ ¬ Ä ¿ » 1 Â ¬ Æ ¿ Å



**Σχολή Δημόσιας Διοίκησης – Διοίκηση Υπηρεσιών
Υγείας**

**«Ικανοποίηση Ασθενών στις Υπηρεσίες Υποβοηθούμενης
Αναπαραγωγής και οι Διοικητικοί Παράγοντες που την
Επηρεάζουν: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση και Ανάλυση
Επιλεγμένων Μελετών Περίπτωσης»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΚΟΣΣΥΦΑ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΩΝΤΑ

ΖΑΝΝΕΤΟΣ ΣΑΒΒΑΣ Ph.D

02/2026



**Σχολή Δημόσιας Διοίκησης – Διοίκηση Υπηρεσιών
Υγείας**

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
«Ικανοποίηση Ασθενών στις Υπηρεσίες Υποβοηθούμενης
Αναπαραγωγής και οι Διοικητικοί Παράγοντες που την
Επηρεάζουν: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση και Ανάλυση
Επιλεγμένων Μελετών Περίπτωσης»**

**Διπλωματική Εργασία η οποία υποβλήθηκε προς απόκτηση
μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη Δημόσια Διοίκηση–
Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις
Πάφος**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ
ΚΟΣΣΥΦΑ ΘΕΟΔΩΡΑ**

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΖΑΝΝΕΤΟΣ ΣΑΒΒΑΣ Ph.D

ΧΑΤΖΙΚΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ -ΑΦΡΟΔΙΤΗ

ΛΙΟΠΑ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ

02/2026

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Κόσσυφα Θεοδώρα, 2026

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της Διπλωματικής Εργασίας από το Πανεπιστημίου Νεάπολις δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή.....	12
Ερευνητική Αναγκαιότητα.....	13
Σκοπός και Ειδικοί Στόχοι της Εργασίας.....	14
Ερευνητικά ερωτήματα.....	15
Θεωρητική Θεμελίωση.....	16
Υπογονιμότητα	16
Παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναικεία και ανδρική γονιμότητα	16
Αίτια Γυναικείας και Ανδρικής Υπογονιμότητας	18
Τεχνικές Υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	20
Νομοθετικό πλαίσιο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	21
Διοίκηση	22
Διοικητικοί Παράγοντες στις Μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....	24
Οργάνωση ραντεβού και χρόνοι αναμονής	24
Προσβασιμότητα των υπηρεσιών	24
Επικοινωνία προσωπικού και επάρκεια ενημέρωσης	25
Ψηφιακά μέσα και ηλεκτρονικές υπηρεσίες.....	25
Εμπιστευτικότητα και προστασία προσωπικών δεδομένων.....	25
Ανθρωποκεντρική προσέγγιση του προσωπικού.....	25
Ο ρόλος της διοίκησης στη διαμόρφωση κουλτούρας ποιότητας.....	26
Ψυχοκοινωνική Διάσταση της Εμπειρίας στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (ΥΑ) ...	26
Η Έννοια της Ικανοποίησης Ασθενών στην Υγεία.....	28
Ερευνητικό κενό – Εννοιολογικό πλαίσιο	29
Μεθοδολογία	31
Τύπος και Σχεδιασμός Μελέτης	31
Στρατηγική Αναζήτησης Βιβλιογραφίας.....	32
Περιορισμοί της Μελέτης	36
Αποτελέσματα.....	37
Θεματική σύνθεση ευρημάτων	44
Ποιότητα επικοινωνίας και πληροφόρησης.....	44
Ψυχολογικές και συναισθηματικές ανάγκες	46
Διοικητικές πρακτικές ποιότητας.....	48
Συζήτηση	51
Συμπεράσματα	55

Περιορισμοί της μελέτης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα και πρακτικές εφαρμογές	57
Βιβλιογραφία	61

Σελίδα Εγκυρότητας

Όνοματεπώνυμο Φοιτητή: Κόσσυφα Θεοδώρα

Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας: Ικανοποίηση Ασθενών στις Υπηρεσίες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και οι Διοικητικοί Παράγοντες που την Επηρεάζουν: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση και Ανάλυση Επιλεγμένων Μελετών Περίπτωσης

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση εξ αποστάσεως μεταπτυχιακού τίτλου στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις και εγκρίθηκε στις 21/02/2026 από τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.

Εξεταστική Επιτροπή:

Πρώτος επιβλέπων (Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος): Ζαννέτος Σάββας, PhD

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Χατζίκου Μαγδαληνή-Αφροδίτη

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Λιόπα Μαργαρίτα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η Κόσσυφα Θεοδώρα, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «**Ικανοποίηση Ασθενών στις Υπηρεσίες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και οι Διοικητικοί Παράγοντες που την Επηρεάζουν: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση και Ανάλυση Επιλεγμένων Μελετών Περίπτωσης**», αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει, έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η Δηλούσα

Κόσσυφα Θεοδώρα

Πρόλογος

Η Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (ΥΑ) συνιστά έναν από τους πλέον εξειδικευμένους και σύνθετους τομείς της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, συνδυάζοντας προηγμένες βιοϊατρικές τεχνολογίες, διεπιστημονική συνεργασία και αυξημένες απαιτήσεις ποιότητας φροντίδας. Η αυξανόμενη επίπτωση της υπογονιμότητας, η μεταβολή των κοινωνικοδημογραφικών προτύπων, όπως η αναβολή της τεκνοποίησης, καθώς και η πρόοδος των τεχνικών της εξωσωματικής γονιμοποίησης, έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες ΥΑ τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Στο πλαίσιο αυτό, οι μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καλούνται να ανταποκριθούν όχι μόνο σε κλινικούς στόχους αποτελεσματικότητας και ασφάλειας, αλλά και σε διοικητικές, οργανωτικές και ψυχοκοινωνικές προκλήσεις.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασικό άξονα της σύγχρονης διοίκησης υγειονομικών οργανισμών και συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση των ασθενών, τη βιωσιμότητα των μονάδων και την κοινωνική τους αποδοχή. Ιδιαίτερα στον τομέα της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, η έννοια της ποιότητας υπερβαίνει τα στενά όρια της κλινικής επιτυχίας και περιλαμβάνει τη συνολική εμπειρία των ασθενών, η οποία διαμορφώνεται από πληθώρα παραγόντων, όπως η οργάνωση των υπηρεσιών, η ποιότητα της επικοινωνίας, η διαφάνεια των διαδικασιών, η συνέπεια στη φροντίδα και ο σεβασμός στην ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια των υποβοηθούμενων προσώπων.

Οι ασθενείς που προσφεύγουν σε μονάδες ΥΑ βρίσκονται συχνά σε μια ιδιαίτερα ευάλωτη ψυχολογική κατάσταση, καθώς η υπογονιμότητα συνοδεύεται από άγχος, συναισθηματική φόρτιση, αβεβαιότητα και υψηλές προσδοκίες. Η θεραπευτική διαδικασία είναι συνήθως μακρά, απαιτητική και επαναλαμβανόμενη, γεγονός που καθιστά τη συνεχή επαφή με το υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό αναπόφευκτη. Υπό αυτές τις συνθήκες, η εμπειρία των ασθενών δεν εξαρτάται αποκλειστικά από το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας, αλλά από τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν κάθε στάδιο της διαδικασίας, από την πρώτη επικοινωνία με τη μονάδα έως την ολοκλήρωση ή τη διακοπή της θεραπείας.

Η διοίκηση των μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση αυτής της εμπειρίας. Παράγοντες όπως η αποτελεσματική διαχείριση των ραντεβού, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, η επάρκεια και σαφήνεια της πληροφόρησης, η διαχείριση του χρόνου αναμονής, η χρήση σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων και η συμμόρφωση με το θεσμικό και δεοντολογικό πλαίσιο

επηρεάζουν άμεσα την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας. Η διοικητική λειτουργία δεν αποτελεί απλώς υποστηρικτικό μηχανισμό της ιατρικής πράξης, αλλά βασικό συντελεστή της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών ΥΑ.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά επίσης η ψυχοκοινωνική διάσταση της εμπειρίας των ασθενών, η οποία εμπλέκεται στενά με τις διοικητικές πρακτικές. Η ανάγκη για σταθερότητα, ασφάλεια, προβλεψιμότητα και ενσυναίσθηση καθιστά απαραίτητη την ανάπτυξη ασθενοκεντρικών διοικητικών δομών, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τις συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες των υποβοηθούμενων προσώπων. Η ποιότητα της επικοινωνίας με το διοικητικό και επιστημονικό προσωπικό, η διαθεσιμότητα υποστηρικτικών υπηρεσιών και η καλλιέργεια σχέσεων εμπιστοσύνης αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για τη μείωση του άγχους και την ενίσχυση της συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία.

Παρά τη σημασία των διοικητικών και ψυχοκοινωνικών παραμέτρων, η διεθνής βιβλιογραφία παρουσιάζει συχνά εστίαση κυρίως στα κλινικά αποτελέσματα της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, αφήνοντας σε δεύτερο πλάνο τη συστηματική ανάλυση της διοίκησης των μονάδων και της επίδρασής της στην ικανοποίηση των ασθενών. Το κενό αυτό καθιστά αναγκαία την περαιτέρω διερεύνηση των οργανωτικών και διοικητικών πρακτικών που εφαρμόζονται στις μονάδες ΥΑ, καθώς και την αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο αυτές συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει στη διοικητική διάσταση της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και στη σχέση της με την ικανοποίηση των ασθενών. Μέσα από συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και ανάλυση επιλεγμένων μελετών, επιχειρείται η αποτύπωση των βασικών διοικητικών παραγόντων που επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών, καθώς και η διερεύνηση της συμβολής της ασθενοκεντρικής προσέγγισης στη βελτίωση των υπηρεσιών ΥΑ. Παράλληλα, εξετάζεται το θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο λειτουργίας των μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, με έμφαση στη σημασία της συμμόρφωσης με τις αρχές της ποιότητας, της ασφάλειας και της ηθικής δεοντολογίας.

Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει τη διοίκηση των μονάδων ΥΑ ως καθοριστικό παράγοντα ποιότητας και όχι ως δευτερεύουσα λειτουργία, συμβάλλοντας στη διεύρυνση της επιστημονικής γνώσης στον τομέα της διοίκησης υπηρεσιών υγείας. Τα ευρήματα της μελέτης φιλοδοξούν να προσφέρουν χρήσιμα συμπεράσματα και πρακτικές

κατευθύνσεις για διοικητικά στελέχη, επαγγελματίες υγείας και φορείς χάραξης πολιτικής, με στόχο τη δημιουργία μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που συνδυάζουν υψηλή επιστημονική επάρκεια, αποτελεσματική διοίκηση και ουσιαστικά ασθενοκεντρική φροντίδα.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (ΥΑ) αποτελεί έναν ταχέως αναπτυσσόμενο και ιδιαίτερα εξειδικευμένο τομέα των υπηρεσιών υγείας, στον οποίο η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας δεν περιορίζεται αποκλειστικά στα κλινικά αποτελέσματα, αλλά επεκτείνεται στη συνολική εμπειρία των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών αναγνωρίζεται διεθνώς ως βασικός δείκτης ποιότητας, επηρεαζόμενος από διοικητικούς, οργανωτικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της συναισθηματικά φορτισμένης και μακράς θεραπευτικής διαδικασίας της ΥΑ.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι να διερευνήσει πώς οι διοικητικοί παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών στις υπηρεσίες ΥΑ, μέσω συνδυασμού βιβλιογραφικής ανασκόπησης και ανάλυσης μελετών περίπτωσης.

Μέθοδος:

Η εργασία ακολουθεί ποιοτική, δευτερογενή ερευνητική προσέγγιση, βασισμένη σε συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και σε ανάλυση επιλεγμένων μελετών περίπτωσης. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar και Scopus. Τα άρθρα που εντοπίστηκαν ήταν 11.

Αποτελέσματα: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε ότι παράγοντες όπως η οργάνωση των ραντεβού, οι χρόνοι αναμονής, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, η ποιότητα της επικοινωνίας, η χρήση ψηφιακών μέσων, η διασφάλιση της εμπιστευτικότητας και η ανθρωποκεντρική στάση του προσωπικού επηρεάζουν καθοριστικά την ικανοποίηση των ασθενών. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι διοικητικές πρακτικές που ενσωματώνουν ψυχοκοινωνικές διαστάσεις συμβάλλουν στη βελτίωση της συνολικής εμπειρίας των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η διοίκηση των μονάδων Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής αποτελεί κρίσιμο παράγοντα ποιότητας και ικανοποίησης των ασθενών. Η υιοθέτηση ασθενοκεντρικών διοικητικών προσεγγίσεων και η ενίσχυση της οργανωτικής αποτελεσματικότητας μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΥΑ και στη δημιουργία ενός πλαισίου φροντίδας που ανταποκρίνεται τόσο στις κλινικές όσο και στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά: patient satisfaction, assisted reproduction, administrative factors, IVF services, healthcare quality

Abstract

Introduction: Assisted Reproduction (AR) represents a rapidly developing and highly specialized field of healthcare services, in which the quality of care provided is not limited solely to clinical outcomes but extends to the overall patient experience. Patient satisfaction is internationally recognized as a key indicator of healthcare quality and is influenced by administrative, organizational, and psychosocial factors, which acquire particular importance within the emotionally demanding and long-term treatment process associated with Assisted Reproduction.

Aim: The aim of the present master's thesis is to investigate how administrative factors affect patient satisfaction in Assisted Reproduction services, through a combination of a literature review and case study analysis.

Method: The study adopts a qualitative, secondary research approach, based on a systematic review of the international literature and the analysis of selected case studies. The literature search was conducted in the PubMed, Google Scholar, and Scopus databases. A total of eleven (11) relevant articles were identified and included in the review.

Results: The literature review revealed that factors such as appointment organization, waiting times, accessibility of services, quality of communication, use of digital tools, assurance of confidentiality, and the patient-centered attitude of healthcare personnel significantly influence patient satisfaction. Furthermore, it was found that administrative practices incorporating psychosocial dimensions contribute to the enhancement of the overall patient experience.

Conclusions: The administration of Assisted Reproduction units constitutes a critical determinant of healthcare quality and patient satisfaction. The adoption of patient-centered administrative approaches and the strengthening of organizational effectiveness can substantially improve the quality of Assisted Reproduction services and foster a care framework that addresses both the clinical and psychosocial needs of patients.

Keywords: *patient satisfaction, assisted reproduction, administrative factors, IVF services, healthcare quality*

Εισαγωγή

Η Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (ΥΑ) έχει εδραιωθεί τις τελευταίες δεκαετίες ως ένας από τους πιο καινοτόμους και ταχύτερα αναπτυσσόμενους τομείς της ιατρικής. Η πρόοδος σε τεχνολογίες όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF), η μικρογονιμοποίηση (ICSI) και οι μέθοδοι κρυοσυντήρησης έχει επιτρέψει σε εκατομμύρια ζευγάρια παγκοσμίως να αποκτήσουν παιδιά, ανοίγοντας νέους ορίζοντες σε όσους αντιμετωπίζουν υπογονιμότητα. Παράλληλα, οι κοινωνικές αλλαγές, όπως η αύξηση της ηλικίας τεκνοποίησης, ο τρόπος ζωής και η βελτίωση της διάγνωσης, έχουν ενισχύσει τη ζήτηση για υπηρεσίες γονιμότητας, με αποτέλεσμα η ΥΑ να μην αποτελεί πλέον περιφερειακή ιατρική υπηρεσία αλλά έναν πυλώνα της σύγχρονης αναπαραγωγικής υγείας (ESHRE, 2023).

Ωστόσο, όσο μεγάλη κι αν είναι η τεχνολογική εξέλιξη, η πρακτική εφαρμογή των μεθόδων ΥΑ τοποθετεί τους ασθενείς σε ένα πολυεπίπεδο θεραπευτικό ταξίδι, γεμάτο προσδοκίες, αβεβαιότητα και συναισθηματικό φόρτο. Η θεραπεία της υπογονιμότητας δεν είναι μια στιγμιαία ιατρική πράξη αλλά μια διαδικασία συνεχούς αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε ασθενείς και υπηρεσίες υγείας, που διαρκεί εβδομάδες, μήνες, συχνά και χρόνια. Γι' αυτό και η ικανοποίηση των ασθενών αποκτά ιδιαίτερη σημασία (Boivin, et al, 2012). Δεσνδέεται αποκλειστικά με τα ποσοστά επιτυχίας, αλλά διαμορφώνεται από κάθε επαφή με το σύστημα, από την πρώτη τηλεφωνική επικοινωνία μέχρι την παρακολούθηση μετά τη θεραπεία.

Σε ένα τόσο ευαίσθητο και διαπροσωπικό περιβάλλον, η ποιότητα των υπηρεσιών ΥΑ δεν μπορεί να αξιολογηθεί μόνο ως τεχνικό επίτευγμα. Απαιτείται μια προσέγγιση που αναγνωρίζει ότι οι ασθενείς βιώνουν τις διαδικασίες όχι ως απλοί αποδέκτες ιατρικών υπηρεσιών, αλλά ως άνθρωποι που περνούν μια από τις πιο κρίσιμες φάσεις της ζωής τους. Εδώ αναδεικνύεται ο ρόλος των διοικητικών παραγόντων, οι οποίοι αποτελούν το αθέατο υπόστρωμα της λειτουργίας κάθε μονάδας ΥΑ. Παρότι συχνά υποεκτιμώνται σε σχέση με την κλινική πράξη, είναι αυτοί που καθορίζουν το «πλαίσιο» μέσα στο οποίο εκτυλίσσεται η θεραπευτική διαδικασία (Boivin, et al, 2012).

Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν την οργάνωση των υπηρεσιών, τη λειτουργική ροή των ραντεβού, τον χρόνο αναμονής, την προσβασιμότητα, την ταχύτητα παροχής πληροφοριών, την ευφυή αξιοποίηση τεχνολογίας, καθώς και την ποιότητα της επικοινωνίας με το προσωπικό (Boivin, et al, 2012). Είναι επίσης συνδεδεμένοι με θέματα διαφάνειας, ενημέρωσης και υποστήριξης. Ένας ασθενής που αισθάνεται ότι ακούγεται, ότι

ενημερώνεται επαρκώς και ότι έχει πρόσβαση σε καλά δομημένες υπηρεσίες, είναι συχνά περισσότερο ικανοποιημένος. Ακόμη και σε περιπτώσεις που το θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν είναι το προσδοκώμενο (Boivin, et al, 2012).

Παρά ταύτα, η διεθνής και ελληνική βιβλιογραφία δείχνει ότι η μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών στις μονάδες ΥΑ έχει παραδοσιακά επικεντρωθεί περισσότερο σε ψυχολογικούς ή κλινικούς παράγοντες, παρά σε διοικητικές διαστάσεις. Ενώ έχουν διερευνηθεί εκτενώς παράγοντες όπως το άγχος, η συναισθηματική επιβάρυνση, η ποιότητα της κλινικής φροντίδας και η επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, λιγότερη έμφαση έχει δοθεί στη διοικητική λειτουργία των μονάδων ΥΑ ως καθοριστικό παράγοντα της συνολικής εμπειρίας (ESHRE, 2023).

Η ανάγκη συστηματικής μελέτης αυτής της διάστασης γίνεται ακόμη πιο επιτακτική όταν εξετάσουμε το ελληνικό περιβάλλον. Η Ελλάδα διαθέτει μία από τις πιο ανεπτυγμένες αγορές ΥΑ στην Ευρώπη, με πληθώρα δημόσιων και κυρίως ιδιωτικών μονάδων, σημαντικό αριθμό διεθνών ασθενών (fertility tourism), και ένα θεσμικό πλαίσιο που έχει εξελιχθεί με τα χρόνια. Ωστόσο, οι διοικητικές πρακτικές διαφέρουν σημαντικά από μονάδα σε μονάδα, δημιουργώντας ένα πεδίο πλούσιο σε εμπειρίες αλλά και σε προκλήσεις. Η καταγραφή και αξιολόγηση αυτών των διαφορών μπορεί να προσφέρει ουσιαστικές γνώσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, όχι μόνο σε θεωρητικό επίπεδο αλλά και με άμεση πρακτική αξία.

Σε αυτό το πλαίσιο, η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή στοχεύει στη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στους διοικητικούς παράγοντες και την ικανοποίηση των ασθενών στις μονάδες ΥΑ, μέσω συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης από την Ελλάδα και το εξωτερικό. Η προσέγγιση αυτή δεν αποσκοπεί μόνο στη χαρτογράφηση των διαθέσιμων δεδομένων, αλλά και στην αποτύπωση της πραγματικότητας με τρόπο που να αντικατοπτρίζει την εμπειρία των ασθενών και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα από το διοικητικό τους πρίσμα.

Ερευνητική Αναγκαιότητα

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών στον χώρο της ΥΑ είναι κρίσιμη για διάφορους λόγους:

- **Πολυπλοκότητα της θεραπείας:** Οι θεραπείες ΥΑ απαιτούν πολλαπλές επισκέψεις, επαναλαμβανόμενες διαδικασίες και μακροχρόνια παρακολούθηση. Αυτό καθιστά

τους ασθενείς εκτεθειμένους σε διοικητικές πρακτικές που μπορούν να ενισχύσουν ή να αποδυναμώσουν την εμπειρία τους.

- **Υψηλό συναισθηματικό φορτίο:** Η υπογονιμότητα αποτελεί μια βαθιά προσωπική και συχνά επώδυνη εμπειρία. Η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών καθιστά ακόμη πιο σημαντική τη σωστή διοικητική υποστήριξη.
- **Αναγκαιότητα εμπιστοσύνης:** Η συνεχής σχέση ασθενούς–μονάδας απαιτεί διαφάνεια, συνέπεια και αποτελεσματική επικοινωνία, στοιχεία άρρηκτα συνδεδεμένα με διοικητικούς παράγοντες.
- **Διεθνής κινητικότητα:** Ο αυξανόμενος αριθμός ασθενών που ταξιδεύουν για θεραπείες γονιμότητας δημιουργεί πρόσθετη ανάγκη για ποιοτικές διοικητικές πρακτικές.
- **Περιορισμένη έρευνα:** Η διοικητική διάσταση της ΥΑ είναι λιγότερο μελετημένη, παρά το γεγονός ότι φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την τελική αξιολόγηση των υπηρεσιών.

Σκοπός και Ειδικοί Στόχοι της Εργασίας

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι να διερευνήσει πώς οι διοικητικοί παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών στις υπηρεσίες ΥΑ, μέσω συνδυασμού βιβλιογραφικής ανασκόπησης και ανάλυσης μελετών περίπτωσης.

Οι ειδικότεροι στόχοι περιλαμβάνουν:

1. **Τον εντοπισμό των βασικών διοικητικών παραγόντων** που διαμορφώνουν την εμπειρία των ασθενών, όπως η οργάνωση, ο χρόνος αναμονής, η τεχνολογική υποστήριξη, η επικοινωνία και η προσβασιμότητα.
2. **Την κατανόηση της εμπειρίας των ασθενών** μέσα από δημοσιευμένες ποιοτικές και ποσοτικές μελέτες, με έμφαση στη διοικητική διάσταση.
3. **Την ανάδειξη καλών πρακτικών** από μονάδες ΥΑ στην Ελλάδα και το εξωτερικό.
4. **Την αξιολόγηση πραγματικών περιπτώσεων (case studies)** για να διαπιστωθεί πώς οι διοικητικές πρακτικές εφαρμόζονται στην πράξη.
5. **Τη διατύπωση τεκμηριωμένων προτάσεων** για τη βελτίωση της ασθενοκεντρικής διοίκησης στον τομέα της ΥΑ.

Ερευνητικά ερωτήματα

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί κρίσιμο δείκτη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (ΥΑ), όπου η αλληλεπίδραση με το σύστημα είναι συχνή, μακροχρόνια και συναισθηματικά φορτισμένη. Σε αυτό το πλαίσιο, η διοικητική λειτουργία των μονάδων ΥΑ παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συνολικής εμπειρίας των ασθενών.

Η παρούσα εργασία επιδιώκει να διερευνήσει τα παρακάτω βασικά ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Ποιοι διοικητικοί και οργανωτικοί παράγοντες (όπως ο χρόνος αναμονής, η προσβασιμότητα, η οργάνωση των ραντεβού και η διοικητική υποστήριξη) επηρεάζουν την εμπειρία και την τελική ικανοποίηση των ασθενών;
- 2) Σε ποιο βαθμό η ποιότητα της επικοινωνίας, η συμπεριφορά του προσωπικού και η επάρκεια της παρεχόμενης ενημέρωσης συμβάλλουν στη διαμόρφωση της υποκειμενικής αντίληψης των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής;
- 3) Ποιες διοικητικές πρακτικές και παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένων δράσεων υποστήριξης των ψυχολογικών και συναισθηματικών αναγκών των ασθενών, έχουν τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως αποτελεσματικές στη βελτίωση της εμπειρίας και της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής;

Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η ικανοποίηση των ασθενών στις υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αποτελεί πολυδιάστατο φαινόμενο, επηρεαζόμενο από οργανωτικούς, επικοινωνιακούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Παρότι έχουν δημοσιευθεί μελέτες που εξετάζουν επιμέρους πτυχές της εμπειρίας των ασθενών, παρατηρείται έλλειψη συστηματικής και συνθετικής προσέγγισης που να εστιάζει ρητά στους διοικητικούς και οργανωτικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων διαμορφώνεται η συνολική αντίληψη ποιότητας στις μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Επιπλέον, τα διαθέσιμα δεδομένα παρουσιάζονται συχνά αποσπασματικά, χωρίς ενιαίο θεωρητικό ή διοικητικό πλαίσιο ανάλυσης και χωρίς σαφή σύνδεση με τεκμηριωμένες διοικητικές παρεμβάσεις. Η παρούσα διατριβή επιχειρεί να καλύψει το συγκεκριμένο ερευνητικό κενό μέσω συστηματικής ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας, ακολουθώντας τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA, με στόχο τη σύνθεση και ερμηνεία των διαθέσιμων ευρημάτων αναφορικά με τους διοικητικούς και οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν

την ικανοποίηση των ασθενών, την ποιότητα της επικοινωνίας και την κάλυψη των ψυχολογικών τους αναγκών, καθώς και την ανάδειξη διοικητικών πρακτικών που έχουν τεκμηριωθεί ως αποτελεσματικές στη βελτίωση της εμπειρίας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Θεωρητική Θεμελίωση

Υπογονιμότητα

Η γονιμότητα ενός ζεύγους εκφράζεται ως η μηνιαία πιθανότητα κύησης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υπογονιμότητα πρόκειται για μία πάθηση του ανδρικού ή γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος που ορίζεται ως η αποτυχία επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από 12 μήνες με τακτικές επαφές χωρίς προφύλαξη. Η αξιολόγηση θα πρέπει να ξεκινά στους 12 μήνες όταν η γυναίκα είναι κάτω των 35 ετών και στους 6 μήνες όταν η σύντροφος είναι 35 ετών ή μεγαλύτερη. Το χρονικό όριο επελέγη, διότι σε υγιή ζευγάρια, νεαρής ηλικίας με επιθυμία απόκτηση παιδιού και κανονικές σεξουαλικές επαφές, η σύλληψη συμβαίνει σε ποσοστά 20-25% τον πρώτο μήνα, 68-74% στους 6 μήνες, 75-86% στους πρώτους 9 μήνες και 80-93% σε ένα χρόνο. Η υπογονιμότητα μπορεί να οφείλεται σε ανδρικό, γυναικείο ή ανεξήγητο παράγοντα. Κάποιες αιτίες της υπογονιμότητας μπορούν να προληφθούν. Η θεραπεία της υπογονιμότητας συχνά περιλαμβάνει εξωμήτρια γονιμοποίηση (in vitro fertilization IVF) και άλλους τύπους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ESHRE, 2023).

Η υπογονιμότητα διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Ως πρωτογενής υπογονιμότητα ορίζεται η αδυναμία ενός ζευγαριού να συλλάβει, ενώ δεν έχει συλλάβει ποτέ. Η δευτερογενής υπογονιμότητα αναφέρεται στην αδυναμία σύλληψης από ένα ζευγάρι που έχει συλλάβει στο παρελθόν ανεξάρτητα από την έκβαση της σύλληψης. Και στις δύο περιπτώσεις, η αξιολόγηση και η θεραπεία των ζευγαριών όπως και οι αιτίες του προβλήματος είναι ίδιες. Σύμφωνα με την ESHRE 48 εκατομμύρια ζευγάρια από όλο τον κόσμο ταλανίζονται από την υπογονιμότητα. Η συχνότητα της υπογονιμότητας μπορεί να ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή και από πληθυσμό σε πληθυσμό (ESHRE, 2023).

Παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναικεία και ανδρική γονιμότητα

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν το ανθρώπινο αναπαραγωγικό σύστημα, ορισμένοι από τους οποίους μπορούν να τροποποιηθούν για να αυξήσουν τις πιθανότητες σύλληψης, ενώ άλλοι όχι. Οι παράγοντες που μπορούν να μειώσουν τη γονιμότητα στον γενικό πληθυσμό περιλαμβάνουν την ηλικία της γυναίκας, τη συχνότητα της σεξουαλικής

δραστηριότητας, την ηλικία του άνδρα, την παχυσαρκία, τις βλαβερές περιβαλλοντικές επιδράσεις και τον τρόπο ζωής (ESHRE, 2023). Μια από τις αδιαμφισβήτητες αιτίες μείωσης της γονιμότητας είναι η ηλικία της γυναίκας. Η φυσική γονιμότητα πολλών πληθυσμών μειώνεται σημαντικά και σταθερά μετά την ηλικία των 28-30 ετών μέχρι την εμμηνόπαυση (Hart, 2016). Οι λόγοι για τους οποίους η εγκυμοσύνη γίνεται λιγότερο πιθανή με την πάροδο της ηλικίας, ακόμα και χωρίς παθολογικά αίτια (π.χ. ενδομητρίωση), περιλαμβάνουν τη μείωση του αριθμού των ωαρίων, τον αυξημένο κίνδυνο χρωμοσωμικών ανωμαλιών στα ωάρια και την αυξημένη πιθανότητα αποβολής λόγω της περιορισμένης ενεργειακής παραγωγής και ανάπτυξης των ωαρίων (Ζευγαδάκη, Κοτέτσης, & Ρούσα, 2007).

Άλλοι παράγοντες που περιορίζουν τη γονιμότητα περιλαμβάνουν τη μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα των ζευγαριών και την ηλικία των ανδρών. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η διαίτα μπορεί να επηρεάσει άμεσα τη γονιμότητα, ωστόσο, μια ακατάλληλη διαίτα που οδηγεί σε υπερβολικό βάρος μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία των ωοθηκών (ESHRE, 2023). Γυναίκες με BMI<19 ή σωματικό λίπος <22% κινδυνεύουν από υποθαλαμική δυσλειτουργία, ενώ οι γυναίκες με αυξημένο σωματικό βάρος κινδυνεύουν από σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, το οποίο προκαλεί ωοθηκική δυσλειτουργία (Hart, 2016). Έρευνες δείχνουν ότι το αυξημένο σωματικό βάρος μπορεί να μειώσει τη γονιμότητα ανεξάρτητα από τη λειτουργία των ωοθηκών, με στατιστικά σημαντική μείωση στις πιθανότητες εμφύτευσης και στα ποσοστά κύησης (Γουρουντή, 2018).

Συνήθειες όπως η χρήση νικοτίνης, η κατανάλωση αλκοόλ και η υπερβολική κατανάλωση καφεΐνης μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη γονιμότητα (ESHRE, 2023). Η νικοτίνη και τα υπόλοιπα συστατικά του καπνού επηρεάζουν αρνητικά τη γυναικεία γονιμότητα, μειώνοντας την παραγωγή ορμονών στις ωοθήκες, προκαλώντας οξειδωτικό στρες στο μικροπεριβάλλον του αναπτυσσόμενου ωοθυλακίου και αυξάνοντας τη δυσκολία της γονιμοποίησης του ωαρίου (Απούλα Όγλου & Μπουναρτζή, 2022).

Τέλος, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις για τις βλαβερές επιδράσεις των περιβαλλοντικών ουσιών, ιδίως των οργανοχλωριούχων ενώσεων, στη γονιμότητα. Οι οργανοχλωριούχες ενώσεις μπορούν να επηρεάσουν τα επίπεδα των ορμονών και των ενζύμων, προκαλώντας μείωση της γονιμότητας (ESHRE, 2023). Επιπλέον, η έκθεση σε ορισμένους επαγγελματικούς χημικούς παράγοντες, όπως το υποξείδιο του αζώτου (N₂O), σχετίζεται με μειωμένη γονιμότητα και αυξημένες αποβολές (Hart, 2016). Άλλα χημικά που σχετίζονται με το χώρο εργασίας, όπως το κάδμιο, ο υδράργυρος και διάφορα καθαριστικά χημικά, έχουν επίσης ενοχοποιηθεί για μείωση της γονιμότητας στις γυναίκες (Απούλα Όγλου & Μπουναρτζή, 2022).

Από την άλλη, η ανδρική γονιμότητα επηρεάζεται από πληθώρα βιολογικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων, οι οποίοι δρουν αλληλεπιδραστικά στη σπερματογένεση και στη συνολική αναπαραγωγική ικανότητα (ESHRE, 2023). Σε βιολογικό επίπεδο, διαταραχές του υποθαλαμο-υποφυσιο-γοναδικού άξονα, χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης, γενετικές ανωμαλίες (όπως μικροελλείψεις του χρωμοσώματος Y και το σύνδρομο Klinefelter) και παθολογικές καταστάσεις όπως η κισσοκήλη και οι λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος έχουν συσχετιστεί με μειωμένη ποιότητα σπέρματος και ανδρική υπογονιμότητα (Krausz & Riera-Escamilla, 2018, Agarwal et al., 2021). Παράλληλα, περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η έκθεση σε φυτοφάρμακα, βαρέα μέταλλα, καθώς και η αυξημένη θερμοκρασία των όρχεων, φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά τη συγκέντρωση, την κινητικότητα και την ακεραιότητα του DNA των σπερματοζωαρίων (Skakkebaek et al., 2016).

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται επίσης σε τροποποιήσιμους παράγοντες τρόπου ζωής. Το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία και η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών έχουν συσχετιστεί με οξειδωτικό στρες και επιδείνωση των σπερματολογικών παραμέτρων (Sharma et al., 2013). Επιπλέον, ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το χρόνιο άγχος και η ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση, μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλική λειτουργία και την ορμονική ισορροπία, επιδρώντας έμμεσα στη γονιμότητα (Nargund, 2015).

Αίτια Γυναικείας και Ανδρικής Υπογονιμότητας

Οι λόγοι για τους οποίους ένα ζευγάρι δεν μπορεί να τεκνοποιήσει είναι ποικίλοι. Μπορεί να είναι ανατομικοί, οργανικοί ή παθολογικοί (Adebisi, Singh & Tobler, 2025). Τα προβλήματα αυτά μπορούν να είναι απλά ή πιο περίπλοκα και να χρειάζονται εξωσωματική γονιμοποίηση (ESHRE, 2023).

Ως προς το γυναικείο παράγοντα τα πιο κοινά προβλήματα υπογονιμότητας είναι τα εξής: Διαταραχές ωορρηξίας, Ενδομητρίωση, Πυελικές συμφύσεις, Σαλπινγική απόφραξη, Άλλες ανωμαλίες σαλπίγγων και μήτρας (WHO, 2025).

Διαταραχές ωορρηξίας: Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι διαταραχές της ωορρηξίας χωρίζονται σε 4 κατηγορίες (Zegers-Hochschild, et al, 2017):

1) Υπογοναδοτροπική υπογοναδική ανοσοθυλακιορρηξία, ή αλλιώς υποθαλαμική αμηνόρροια: Η υποθαλαμική αμηνόρροια έχει σχέση με τις διατροφικές διαταραχές και με την υπερβολική άσκηση. Η μειωμένη θερμιδική πρόσληψη, η μεγάλη απώλεια βάρους και η υπερβολική άσκηση οδηγεί σε αύξηση της κορτιζόλης (Γουρουντή, 2018).

2) Νορμογοναδοτροπική νορμοοιστρογονική ανωοθυλακιορρηξία, δηλαδή σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών: Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών επηρεάζει το 10% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας (Γουρουντή, 2018).

3) Υπεργοναδοτροπική υποοιστρογονική ανωορρηξία, όπως η πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια: Σχετίζεται με την ηλικία των γυναικών. Με την πάροδο του χρόνου, η ποσότητα και η ποιότητα των ωαρίων μειώνεται. Η κακή ποιότητα των ωαρίων οδηγεί σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες (Γουρουντή, 2018).

4) Υπερπρολακτιναιμική ανωορρηξία, δηλαδή κάποιο αδένωμα της υπόφυσης (Γουρουντή, 2018).

Απόφραξη σαλπίγγων: Ο κυριότερος λόγος απόφραξης των σαλπίγγων είναι οι λοιμώξεις από τα ΣΜΝ. Ένας άλλος λόγος μπορεί να είναι η τοποθέτηση σπιράλ ως μέθοδο αντισύλληψης. Σε περίπτωση που οι σάλπιγγες είναι κατεστραμμένες τότε η εξωσωματική γονιμοποίηση επιβάλλεται (Hart, 2016).

Προβλήματα μήτρας: Ένα από τα πιο γνωστά προβλήματα είναι η ύπαρξη ινομυωμάτων, τα οποία ανάλογα με τη θέση τους, δημιουργούν προβλήματα στη σύλληψη (Liang, et al, 2021). Επίσης, η ενδομητρίωση μπορεί να προκαλέσει το ίδιο πρόβλημα. Υπογονιμότητα μπορεί να προέλθει και από την κακή ποιότητα του ενδομητρίου μετά από πολλές εκτρώσεις (Απτούλα Όγλου & Μπουναρτζή, 2022).

Διαταραχές ωχρινικής φάσης: Οι διαταραχές αυτές αφορούν την ωχρινική φάση του κύκλου (ESHRE, 2023). Συγκεκριμένα, τα κυριότερα προβλήματα είναι α) η ανεπάρκεια ωχρού σωματίου, β) το επίμονο ωχρό σωματίο που προκαλεί παράταση της ωχρινικής φάσης, γ) το σύνδρομο ωχρινοποιημένου άρρηκτου ωοθυλακίου κατά το οποίο το ωοθυλάκιο ωχρινοποιείται χωρίς να ρήγνυται και χωρίς να απελευθερώνει το ωάριο. Η ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή (Γουρουντή, 2018) (Ζευγαδάκη, Κοτέτσης, & Ρούσα, 2007).

Τραχηλικός Παράγοντας: Η δυσλειτουργία του τραχήλου μπορεί να οφείλεται σε ανατομικούς, ανοσολογικούς ή φλεγμονώδεις παράγοντες.

Άλλοι παράγοντες: Το κάπνισμα, το αλκοόλ, η μη ισορροπημένη διατροφή, η παχυσαρκία, το στρες και ψυχολογικές διαταραχές μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα αναπαραγωγής (Liang, et al, 2021).

Η ανδρική υπογονιμότητα οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε διαταραχές που αφορούν τα σπερματοζώαρια (Pathak, Gabrielsen & Lipshultz, 2020). Περισσότερο από το 90% των περιπτώσεων σχετίζεται με ανωμαλίες στη σπερματογένεση, οι οποίες εκδηλώνονται ως μειωμένη ποιότητα σπέρματος, χαμηλή συγκέντρωση σπερματοζωαρίων, παθολογική μορφολογία ή συνδυασμό αυτών των διαταραχών (Leslie, Soon-Sutton & Khan, 2024).

Πέραν των σπερματολογικών αλλοιώσεων, σημαντικά αίτια της ανδρικής υπογονιμότητας αποτελούν τα ανατομικά ελαττώματα του ανδρικού γεννητικού συστήματος, οι γενετικές ανωμαλίες καθώς και οι διαταραχές της ορμονικής ρύθμισης (WHO, 2025).

Ιδιαίτερη κλινική σημασία παρουσιάζει η αζωοσπερμία, δηλαδή η πλήρης απουσία σπερματοζωαρίων στο εκσπερματικό υγρό, η οποία απαντάται σε περίπου 10–15% των υπογόνιμων ανδρών (Pathak, Gabrielsen & Lipshultz, 2020). Τα κύρια παθοφυσιολογικά αίτια της ανδρικής υπογονιμότητας εντοπίζονται κυρίως στη δυσλειτουργία των όρχεων, η οποία επηρεάζει άμεσα τη διαδικασία της σπερματογένεσης, και δευτερευόντως στις διαταραχές του ενδοκρινικού άξονα που ρυθμίζει την ανδρική αναπαραγωγική λειτουργία (WHO, 2025).

Τεχνικές Υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Οι θεραπείες για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ποικίλλουν ανάλογα το αίτιο. Για τη θεραπεία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής γίνεται αρχικά χορήγηση ορμονών στις γυναίκες. Μετά τη λήψη των ωαρίων γίνεται η συνάντησή τους με τα σπερματοζωάρια στο δοκιμαστικό σωλήνα και αρχίζει ο πολλαπλασιασμός τους. Όταν το έμβρυο φτάσει στο στάδιο των 8 και 16 κυττάρων εμφυτεύεται στη μήτρα (ESHRE, 2023). Οι πιο γνωστές θεραπείες υπογονιμότητας είναι οι εξής:

Σπερματέγχυση: Κατά την σπερματέγχυση εισάγεται μια ποσότητα σπέρματος μέσα στη μήτρα της γυναίκας. Συγκεκριμένα, τοποθετείται κοντά στην κορυφή της εσωτερικής κοιλότητας της μήτρας (Απτούλα Όγλου & Μπουναρτζή, 2022).

Ενδοκυτταρική έγχυση σπέρματος (ICSI): Κατά τη μέθοδο αυτή γίνεται τοποθέτηση του σπερματοζωαρίου στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου αφού πρώτα γίνει τομή στη διάφανη ζώνη του ωαρίου (ESHRE, 2023) (Απτούλα Όγλου & Μπουναρτζή, 2022).

Υποβοηθούμενη εκκόλαψη (Assisted Hatching): Σε περιπτώσεις ηλικίας άνω των 37 ετών, ή γυναίκες με FSH υψηλή ή όταν το πάχος της διάφανης ζώνης των ωαρίων θεωρείται μεγάλο κρίνεται απαραίτητη η υποβοηθούμενη εκκόλαψη του εμβρύου (ESHRE, 2023). Το assisted hatching αφορά είτε τη λέπτυνση του πάχους της διάφανης ζώνης (zona drilling) με τη χρήση laser ή ενζύμων, είτε τη δημιουργία οπής στη διάφανη ζώνη (partial zona dissection) με τη χρήση της βελόνας (Γουρουντή, 2018).

Ενδοσαλπινγική μεταφορά γαμετών (GIFT): Στη συγκεκριμένη μέθοδο γίνεται έγχυση του σπέρματος και των ωαρίων στη σάλπιγγα της μητέρας και τα ωάρια γονιμοποιούνται φυσικά (ESHRE, 2023). Οι ενδείξεις εφαρμογής της μεθόδου είναι η ενδομητρίωση, ολιγοασθενοσπερμία, ανεξήγητη υπογονιμότητα, υπογονιμότητα λόγω

ανοσολογικού παράγοντα και εσωτερική ωχρινοποίηση (Ζευγαδάκη, Κοτέτσης, & Ρούσα, 2007).

Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF): Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μία μέθοδος κατά την οποία γίνεται γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο στο εργαστήριο και όχι στις σάλπιγγες (ESHRE, 2023). Για τη διενέργεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης γίνονται τα εξής στάδια: Διέγερση των ωοθηκών, Ωοληψία, Γονιμοποίηση, Εμβρυομεταφορά (Ζευγαδάκη, Κοτέτσης, & Ρούσα, 2007).

Νομοθετικό πλαίσιο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του νόμου 4958 7/2022, το ηλικιακό όριο των γυναικών που δύνανται να προσφύγουν σε θεραπείες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αυξήθηκε από τα 50 έτη στα 54. Σε γυναίκες ηλικίας από 50 έτη και μίας μέρας μέχρι 54 έτη και 0 ημέρες μπορεί να εφαρμοστεί θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μετά από άδεια της Αρχής. Η εφαρμογή σε ανήλικα άτομα επιτρέπεται μόνο σε περίπτωση σοβαρού νοσήματος που οδηγεί σε στειρότητα (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. 2026).

Σύμφωνα με το άρθρο 1455 του νόμου 3089, η ιατρική υποβοήθηση στην αναπαραγωγή, επιτρέπεται μόνο για να αντιμετωπίζεται η αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο ή για να αποφεύγεται η μετάδοση στο τέκνο σοβαρής ασθένειας ή για να διατηρείται η γονιμότητα, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ιατρικής αναγκαιότητας. Η ανθρώπινη αναπαραγωγή με τη μέθοδο της κλωνοποίησης απαγορεύεται. Η επιλογή του φύλου του τέκνου δεν είναι επιτρεπτή, εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλο (Γουρουντή, 2018).

Σύμφωνα με το άρθρο 1456 του νόμου 3089, κάθε ιατρική πράξη που αποβλέπει στην υποβοήθηση της αναπαραγωγής, διενεργείται με την έγγραφη συναίνεση των προσώπων που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν (Γουρουντή, 2018).

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 3305, οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εφαρμόζονται με τέτοιο τρόπο όπου εξασφαλίζεται ο σεβασμός της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματος της προσωπικότητας και την ικανοποίηση της επιθυμίας για απόκτηση απογόνων. Κατά τα ανωτέρω πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί (Γουρουντή, 2018).

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του νόμου 3305, οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι: α) η τεχνητή σπερματέγχυση, β) η εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων. Τεχνικές συναφείς προς τις μεθόδους αυτές είναι ιδίως: α) η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών, β) η ενδοσαλπγγική μεταφορά ζυγωτών ή γονιμοποιημένων ωαρίων, γ) η ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου, δ) η

κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού ή γονιμοποιημένου ωαρίου, ε) η υποβοηθούμενη εκκόλαψη, στ) η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (Γουρουντή, 2018).

Διοίκηση

Η διοίκηση των Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.) στην Ελλάδα διέπεται από ένα αυστηρό και εξειδικευμένο θεσμικό πλαίσιο, με κεντρικό σημείο αναφοράς το Προεδρικό Διάταγμα 10/2016. Το διάταγμα αυτό θεσπίζει ένα ολοκληρωμένο σύστημα κανόνων για την οργάνωση, λειτουργία, εποπτεία και ποιοτική διασφάλιση των μονάδων, αναδεικνύοντας την ιδιαίτερη ευθύνη του διοικητικού φορέα για την παροχή ασφαλών, δεοντολογικά ορθών και επιστημονικά τεκμηριωμένων υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η φύση των υπηρεσιών αυτών, που αφορούν ζητήματα γονιμότητας, ανθρώπινης αναπαραγωγής και διαχείρισης γενετικού υλικού— επιβάλλει ένα διοικητικό σχήμα που συνδυάζει ιατρική τεχνογνωσία, νομική συμμόρφωση και υψηλά πρότυπα λειτουργικής ποιότητας (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. 2026).

Σύμφωνα με το Π.Δ. 10/2016, η λειτουργία κάθε Μ.Ι.Υ.Α. προϋποθέτει την άμεση εποπτεία και έγκριση από την Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Ε.Α.Ι.Υ.Α.), η οποία αποτελεί τον κεντρικό ρυθμιστικό και ελεγκτικό μηχανισμό του συστήματος. Η συγκεκριμένη αρχή είναι υπεύθυνη για την αξιολόγηση των υποδομών, του εξοπλισμού, της στελέχωσης και των διαδικασιών κάθε μονάδας, προτού αυτή λάβει άδεια λειτουργίας. Η άδεια αυτή χορηγείται μόνο εφόσον η μονάδα αποδεικνύει ότι διαθέτει πλήρη συμμόρφωση με τις προβλεπόμενες τεχνικές προδιαγραφές και ότι εφαρμόζει διαδικασίες ποιοτικού ελέγχου, ιχνηλασιμότητας και ασφάλειας του γενετικού υλικού (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. 2026).

Στο επίπεδο των υποδομών, η μονάδα οφείλει να διαθέτει εξειδικευμένους χώρους με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά: εργαστήριο εμβρυολογίας, εργαστήριο ανάλυσης σπέρματος, εξοπλισμένες αίθουσες υπερηχογραφίας, κατάλληλους χώρους για επεμβατικές διαδικασίες, καθώς και περιοχές υποδοχής και ενημέρωσης των ασθενών. Η διαρρύθμιση, ο εξοπλισμός και η λειτουργικότητα των χώρων αυτών καθορίζονται όχι μόνο από ιατρικές απαιτήσεις, αλλά και από διοικητικά πρότυπα που διασφαλίζουν ιδιωτικότητα, ασφάλεια, αποστείρωση και ποιότητα περιβάλλοντος (όπως έλεγχος ατμοσφαιρικών συνθηκών στα εργαστήρια) (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. 2026).

Η στελέχωση της μονάδας συνιστά επίσης κεντρικό άξονα της διοίκησης. Το Π.Δ. 10/2016 επιβάλλει την παρουσία εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού, όπως ιατροί μαιευτήρες-γυναικολόγοι με εμπειρία στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, εμβρυολόγοι, βιολόγοι, τεχνολόγοι εργαστηρίων και κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Παράλληλα, προβλέπεται η ύπαρξη συγκεκριμένων ρόλων και αρμοδιοτήτων, με σαφώς ορισμένες γραμμές λογοδοσίας, ώστε να διασφαλίζεται η ομαλή ροή των διαδικασιών και η συνεχής επίβλεψη της ποιότητας. Η διοίκηση της μονάδας έχει την ευθύνη να οργανώνει συστήματα συνεχούς εκπαίδευσης και να επιβλέπει την τεχνική επάρκεια του προσωπικού (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. 2026).

Κρίσιμο στοιχείο της διοικητικής λειτουργίας αποτελεί η διαχείριση της ποιότητας και η τήρηση πρωτοκόλλων ιχνηλασιμότητας. Το διάταγμα καθιστά υποχρεωτική τη λεπτομερή καταγραφή κάθε σταδίου της διαδικασίας, από την λήψη, διαχείριση και αποθήκευση του γεννητικού υλικού έως τις κλινικές και εργαστηριακές πράξεις. Η ιχνηλασιμότητα λειτουργεί ως μηχανισμός ασφάλειας, διαφάνειας και αποφυγής σφαλμάτων, ενώ διευκολύνει τον έλεγχο και την πιστοποίηση από την Ε.Α.Ι.Υ.Α. Επιπλέον, η μονάδα υποχρεούται να εφαρμόζει συστήματα ποιοτικού ελέγχου, να τηρεί πρωτόκολλα τεκμηρίωσης και να συμμορφώνεται με τις αρχές της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. 2026).

Η διοίκηση των Μ.Ι.Υ.Α. δεν περιορίζεται μόνο στη συμμόρφωση με κανονισμούς, αλλά περιλαμβάνει και τη διασφάλιση της σχέσης εμπιστοσύνης με τους ασθενείς. Το θεσμικό πλαίσιο επιβάλλει την προστασία της ιδιωτικότητας, την ασφαλή διαχείριση των προσωπικών δεδομένων, την παροχή επαρκούς ενημέρωσης και τη λήψη έγκυρης συγκατάθεσης για όλες τις διαδικασίες. Η εύρυθμη διοίκηση επομένως περιλαμβάνει τόσο τεχνικές όσο και ανθρωποκεντρικές διαστάσεις, που επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα εμπειρίας των ασθενών και τη συνολική αξιοπιστία της μονάδας (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. 2026).

Συνολικά, το Π.Δ. 10/2016 διαμορφώνει ένα απαιτητικό πλαίσιο διοίκησης για τις Μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, το οποίο συνδέει την επιστημονική αρτιότητα με την οργανωτική αποτελεσματικότητα και τη δεοντολογική υπευθυνότητα. Η τήρηση των προβλεπόμενων προδιαγραφών αποτελεί θεμέλιο της ασφάλειας, της ποιότητας και της διαφάνειας των υπηρεσιών, αναδεικνύοντας τη διοίκηση ως κρίσιμο παράγοντα στην εύρυθμη λειτουργία και την επιτυχή έκβαση των διαδικασιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. 2026).

Διοικητικοί Παράγοντες στις Μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Οι μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΥΑ) αποτελούν ένα ιδιαίτερα απαιτητικό πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς συνδυάζουν πολύπλοκες ιατρικές διαδικασίες με έντονο ψυχολογικό φορτίο για τα ζευγάρια που επιδιώκουν την επίτευξη κύησης. Σε αυτό το πλαίσιο, η διοικητική οργάνωση και ο τρόπος λειτουργίας των μονάδων αναδεικνύονται σε κρίσιμους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα της εμπειρίας των ασθενών και, κατ' επέκταση, το επίπεδο της συνολικής τους ικανοποίησης (Boivin, et al, 2012). Η διοικητική διάσταση δεν αφορά μόνο την τυπική λειτουργική δομή, αλλά περιλαμβάνει την οργάνωση των ραντεβού, την επικοινωνία, την προσβασιμότητα, τη χρήση τεχνολογίας και τη διασφάλιση της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, συνθέτοντας ένα ολοκληρωμένο περιβάλλον παροχής φροντίδας.

Οργάνωση ραντεβού και χρόνοι αναμονής

Η αποτελεσματική διαχείριση των ραντεβού αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα της διοικητικής λειτουργίας των μονάδων ΥΑ. Η φύση των υπηρεσιών –που περιλαμβάνει συχνές επισκέψεις για εξετάσεις, παρακολούθηση ωορρηξίας, εργαστηριακούς ελέγχους και θεραπευτικές πράξεις– απαιτεί πολύ καλή χρονική οργάνωση. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής, οι συνεχείς αλλαγές στο πρόγραμμα και η δυσκολία στον προγραμματισμό αποτελούν συχνές αιτίες δυσαρέσκειας. Αντίθετα, η ύπαρξη σαφών διαδικασιών, η ακριβής τήρηση των χρόνων και η δυνατότητα ευέλικτου προγραμματισμού ενισχύουν το αίσθημα εμπιστοσύνης και μειώνουν το άγχος των ασθενών, ιδιαίτερα σε κύκλους όπου κάθε ημέρα και ώρα έχει κλινική σημασία (Boivin, et al, 2012).

Προσβασιμότητα των υπηρεσιών

Η προσβασιμότητα στηρίζεται σε πολλαπλές διαστάσεις: γεωγραφική, τηλεφωνική και ψηφιακή. Η γεωγραφική θέση της μονάδας επηρεάζει σημαντικά την ευκολία πρόσβασης, ειδικά για ζευγάρια που επισκέπτονται συχνά τη μονάδα. Η τηλεφωνική προσβασιμότητα, που συχνά εμφανίζεται περιορισμένη σε πολυάσχολες μονάδες, μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση, καθώς οι ασθενείς επιζητούν άμεσα απαντήσεις σε κρίσιμα ερωτήματα (Boivin, et al, 2012). Παράλληλα, η δυνατότητα online προγραμματισμού ραντεβού, η ηλεκτρονική επικοινωνία με το προσωπικό και η πρόσβαση σε ψηφιακούς φακέλους υγείας αποτελούν πλέον σημαντικές παραμέτρους που συνδέονται με την αντιληπτή ποιότητα των υπηρεσιών και μειώνουν τις γραφειοκρατικές επιβαρύνσεις.

Επικοινωνία προσωπικού και επάρκεια ενημέρωσης

Η ποιότητα της επικοινωνίας με το προσωπικό αναδεικνύεται ως ένας από τους πλέον καθοριστικούς παράγοντες ικανοποίησης. Στις μονάδες ΥΑ, όπου οι θεραπευτικές επιλογές είναι πολύπλοκες και οι ασθενείς συχνά αντιμετωπίζουν αβεβαιότητα, η σαφής, ειλικρινής και συνεχής ενημέρωση αποτελεί προϋπόθεση για τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης (Leone, et al, 2018). Η επαρκής επεξήγηση των θεραπευτικών σταδίων, η παροχή χρόνου για ερωτήσεις, η ενσυναίσθηση και η διαθεσιμότητα του προσωπικού μειώνουν το άγχος και ενισχύουν την εμπλοκή των ασθενών στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους (Chanouha, et al, 2025). Όταν η επικοινωνία είναι ελλιπής ή αποσπασματική, η εμπειρία των ασθενών υποβαθμίζεται, ακόμη και όταν το ιατρικό αποτέλεσμα είναι θετικό.

Ψηφιακά μέσα και ηλεκτρονικές υπηρεσίες

Η ενσωμάτωση ψηφιακών εργαλείων στη λειτουργία των μονάδων ΥΑ αποτελεί σημαντικό δείκτη διοικητικής καινοτομίας. Η χρήση ηλεκτρονικών φακέλων, συστημάτων υπενθύμισης ραντεβού, πλατφορμών για την παρακολούθηση αποτελεσμάτων εξετάσεων και αυτοματοποιημένων υπηρεσιών μειώνει τον χρόνο αναμονής, περιορίζει τα λάθη και διευκολύνει την επικοινωνία. Επιπλέον, τα ψηφιακά μέσα συμβάλλουν στην ενδυνάμωση των ασθενών, καθώς τους επιτρέπουν να έχουν άμεση πρόσβαση στις πληροφορίες τους και να συμμετέχουν πιο ενεργά στη λήψη αποφάσεων. Η απουσία τέτοιων υποδομών συχνά συνδέεται με μειωμένη αποτελεσματικότητα και διοικητική δυσλειτουργία (Dancet et al, 2011).

Εμπιστευτικότητα και προστασία προσωπικών δεδομένων

Οι μονάδες ΥΑ διαχειρίζονται ιδιαίτερα ευαίσθητα προσωπικά και ιατρικά δεδομένα. Η αυστηρή τήρηση της εμπιστευτικότητας, η συμμόρφωση με το νομικό πλαίσιο και η ασφαλής διαχείριση των πληροφοριών αποτελούν προϋποθέσεις ποιότητας και θεμελιώδη δικαιώματα των ασθενών. Η διασφάλιση των δεδομένων δεν επηρεάζει μόνο τη νομική συμμόρφωση της μονάδας, αλλά και την αντιληπτή αξιοπιστία της. Οποιαδήποτε αβεβαιότητα σχετικά με τη διαχείριση των δεδομένων μπορεί να μειώσει την εμπιστοσύνη και να επιβαρύνει ψυχολογικά τους ασθενείς (Leone, et al, 2018).

Ανθρωποκεντρική προσέγγιση του προσωπικού

Η ανθρωποκεντρική φροντίδα αποτελεί βασική παράμετρο των σύγχρονων υπηρεσιών υγείας και αποκτά ιδιαίτερη σημασία στις μονάδες ΥΑ, όπου οι ασθενείς βιώνουν συναισθηματικά φορτισμένες διαδικασίες. Η συμπεριφορά του προσωπικού, η

ενσυναίσθηση, η κατανόηση των ανησυχιών των ασθενών και η ψυχολογική υποστήριξη αποτελούν στοιχεία που καθορίζουν τη συνολική εμπειρία (Leone, et al, 2018). Η ανθρώπινη προσέγγιση συμβάλλει στην ενίσχυση της συμμόρφωσης στις θεραπευτικές οδηγίες και στην ψυχική ανθεκτικότητα των ασθενών, ενώ ταυτόχρονα ενδυναμώνει την αντίληψη ότι η μονάδα λειτουργεί όχι μόνο θεραπευτικά αλλά και υποστηρικτικά (Dancet et al, 2011).

Ο ρόλος της διοίκησης στη διαμόρφωση κουλτούρας ποιότητας

Η διοίκηση αποτελεί τον κεντρικό μηχανισμό που διαμορφώνει και καθοδηγεί την κουλτούρα ποιότητας σε μία μονάδα ΥΑ. Η υιοθέτηση στρατηγικών διοίκησης που προάγουν τη διαφάνεια, την ασφάλεια, την τεκμηριωμένη πρακτική, τη συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού και τη συστηματική αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών οδηγεί στη δημιουργία ενός σταθερού περιβάλλοντος παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών (Dancet et al, 2011). Η διοικητική ηγεσία καθορίζει το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσονται όλα τα υπόλοιπα στοιχεία: η οργάνωση, η τεχνολογία, οι διαδικασίες και η συμπεριφορά του προσωπικού (Boivin, et al, 2012). Όταν η διοίκηση υιοθετεί μια κουλτούρα συνεχούς βελτίωσης, τότε η μονάδα μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ανάγκες των ασθενών και στις απαιτήσεις του σύγχρονου συστήματος υγείας.

Ψυχοκοινωνική Διάσταση της Εμπειρίας στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (ΥΑ)

Η εμπειρία των ασθενών στις υπηρεσίες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΥΑ) δεν μπορεί να αποκοπεί από τη βαθιά ψυχοκοινωνική της διάσταση. Η διαδικασία της θεραπείας γονιμότητας χαρακτηρίζεται από έντονα συναισθηματικά φορτισμένες συνθήκες, υψηλά επίπεδα άγχους και σημαντικές προσωπικές προσδοκίες, οι οποίες επηρεάζουν ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αξιολογούν τις διοικητικές λειτουργίες των μονάδων ΥΑ. Επομένως, η διοίκηση των μονάδων δεν μπορεί να εξετάζεται αποκομμένα από το ψυχολογικό και κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσονται οι ασθενείς, αλλά οφείλει να ενσωματώνει πρακτικές που ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες τους (Boivin, et al, 2012).

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπείες γονιμότητας συχνά βιώνουν αυξημένο άγχος, αβεβαιότητα και συναισθηματική φθορά, λόγω της μακράς διάρκειας των θεραπειών, των επαναλαμβανόμενων προσπαθειών και της μη εγγυημένης επιτυχίας (Rothwell, et al, 2020). Η συναισθηματική αυτή επιβάρυνση επηρεάζει την αντιληπτή ποιότητα της φροντίδας, καθώς ακόμη και μικρές δυσλειτουργίες στις διοικητικές διαδικασίες (όπως καθυστερήσεις ραντεβού, ελλιπής ενημέρωση ή αίσθηση απρόσωπης εξυπηρέτησης) μπορεί

να ενισχύσουν την ψυχολογική πίεση και να μειώσουν την ικανοποίηση του ασθενούς. Έτσι, η εμπειρία των διοικητικών διαδικασιών δεν αξιολογείται μόνο σε λειτουργικό επίπεδο, αλλά και σε συναισθηματικό (Dancet et al, 2011).

Η υποστήριξη από το προσωπικό, και ιδιαίτερα η ενσυναίσθηση και η ψυχολογική σταθερότητα που επιδεικνύεται από τους επαγγελματίες υγείας και τους διοικητικούς υπαλλήλους, αποτελεί κρίσιμο παράγοντα διαμόρφωσης θετικής εμπειρίας (Malina, Błazzkiewicz, & Owczarz, 2016). Ασθενείς που αισθάνονται ότι «ακούγονται», ότι λαμβάνουν επαρκή χρόνο και ότι αντιμετωπίζονται με κατανόηση και σεβασμό, τείνουν να αξιολογούν πιο θετικά τόσο τις διοικητικές διαδικασίες όσο και τη συνολική ποιότητα της μονάδας. Η ύπαρξη σταθερού προσωπικού, η συνέχεια στη φροντίδα, η συνέπεια στην επικοινωνία και η διαθεσιμότητα για διευκρινίσεις ενισχύουν το αίσθημα ασφάλειας, που αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ψυχολογικής επιβάρυνσης (Medina-Artom & Adashi, 2020).

Παράλληλα, η ανάγκη για διαφάνεια, συνεχή ενημέρωση και ξεκάθαρες διαδικασίες αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της ΥΑ, όπου η αβεβαιότητα σχετικά με τα αποτελέσματα συχνά εντείνει την αγωνία (Malina, Błazzkiewicz, & Owczarz, 2016). Η ποιότητα της διοικητικής λειτουργίας, όπως η εύκολη πρόσβαση σε πληροφορίες, η έγκαιρη επικοινωνία, η ομαλή ροή των ραντεβού και η αξιοπιστία των ψηφιακών συστημάτων, επηρεάζει άμεσα τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν την θεραπευτική διαδικασία. Ασθενείς που αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της πληροφόρησης και της πορείας της θεραπείας τους εμφανίζουν μειωμένα επίπεδα άγχους και αναπτύσσουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο σύστημα (Medina-Artom & Adashi, 2020).

Η ψυχοκοινωνική διάσταση διασυνδέεται με το διοικητικό σκέλος και μέσα από την ανάγκη για ανθρώπινη, εξατομικευμένη προσέγγιση. Οι μονάδες ΥΑ που αναγνωρίζουν τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και ενσωματώνουν πρακτικές ενίσχυσης της ψυχολογικής υποστήριξης, όπως παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών ή εκπαίδευση του προσωπικού σε δεξιότητες επικοινωνίας, επιτυγχάνουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (Dancet et al, 2011). Επιπλέον, η ύπαρξη μιας κουλτούρας ενσυναίσθησης και σεβασμού, καθοδηγούμενης από τη διοίκηση, συμβάλλει στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης προς τη μονάδα και στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που μειώνει το στρες και ενδυναμώνει τον ασθενή.

Συνολικά, η ψυχοκοινωνική διάσταση αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της εμπειρίας του ασθενούς στις υπηρεσίες ΥΑ και επηρεάζει άμεσα τον τρόπο με τον οποίο αξιολογούνται

οι διοικητικές υπηρεσίες. Η αναγνώριση και ενσωμάτωση της ψυχολογικής πραγματικότητας των ασθενών στη διοικητική λειτουργία αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας, ασθενοκεντρικής φροντίδας.

Η Έννοια της Ικανοποίησης Ασθενών στην Υγεία

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους δείκτες αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες, στις προσδοκίες και στις αξίες των ασθενών. Παρά το ότι δεν υπάρχει ένας απόλυτα κοινά αποδεκτός ορισμός, η ικανοποίηση συχνά περιγράφεται ως το αποτέλεσμα της υποκειμενικής αποτίμησης του ασθενούς σχετικά με τη συνολική εμπειρία του εντός του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας της επικοινωνίας, της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας και της διαπροσωπικής φροντίδας. Πρόκειται, συνεπώς, για μια πολυδιάστατη έννοια που συνδυάζει γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά στοιχεία και συνδέεται στενά με την έννοια της ποιότητας της φροντίδας (Ng & Luk, 2019). Η ικανοποίηση επιτυγχάνεται όταν η υπηρεσία ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του ασθενή, με αποτέλεσμα να νιώθει ευτυχία ή απογοήτευση. Είναι η αξιολόγηση του ατόμου σύμφωνα με τις υπηρεσίες σε σύγκριση με τις δικές του προσδοκίες. Η ικανοποίηση μπορεί να βιωθεί μέσω των υπηρεσιών που παρέχονται από άτομα ή ομάδες ή μπορεί να είναι μια γενική κατάσταση ικανοποίησης με τις περιστάσεις κάποιου (Kotler et al., 2018).

Η «εμπειρία του ασθενούς» (patient experience) αποτελεί δομικό στοιχείο της ικανοποίησης και περιλαμβάνει όλες τις αλληλεπιδράσεις που ο ασθενής έχει με το υγειονομικό σύστημα: την πρόσβαση στις υπηρεσίες, την οργάνωση της μονάδας, τη διάρκεια αναμονής, τη σαφήνεια της πληροφόρησης, την επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας, την ενσυναίσθηση, την εμπιστευτικότητα, καθώς και το βαθμό ενεργούς συμμετοχής του στη λήψη αποφάσεων (Ng & Luk, 2019). Οι εμπειρίες αυτές δεν επηρεάζουν μόνο τη συναισθηματική απάντηση του ασθενούς, αλλά και βασικές συμπεριφορές, όπως η συμμόρφωση στη θεραπεία και η διατήρηση της σχέσης με τον πάροχο υγείας (Lotfi et al., 2019).

Η θεωρητική θεμελίωση της ποιότητας στην υγεία βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο κλασικό μοντέλο του Donabedian, το οποίο αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους άξονες αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο διαρθρώνεται σε τρεις διαστάσεις: δομή, διαδικασία και έκβαση (Donabedian, 1988).

- Η δομή περιλαμβάνει τους υλικούς, ανθρώπινους και οργανωτικούς πόρους μιας υπηρεσίας: τις υποδομές, τον εξοπλισμό, τη στελέχωση, την οργάνωση και τα πρωτόκολλα λειτουργίας.
- Η διαδικασία αφορά τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα: επικοινωνία, πληροφόρηση, ασφάλεια, τήρηση προτύπων, συνεργασία των επαγγελματιών υγείας και συμμετοχή του ασθενούς.
- Η έκβαση αναφέρεται στα τελικά αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας, τα οποία περιλαμβάνουν τόσο τα κλινικά όσο και τα ψυχολογικά αποτελέσματα, την ποιότητα ζωής και —ιδιαίτερα σημαντικό για τη συγκεκριμένη εργασία— την ικανοποίηση των ασθενών.

Η ικανοποίηση θεωρείται κεντρικό στοιχείο της διάστασης «έκβαση» του μοντέλου Donabedian, καθώς συνοψίζει την προσωπική εκτίμηση του ασθενούς για το αν οι υπηρεσίες που έλαβε ήταν αποτελεσματικές, ασφαλείς και προσαρμοσμένες στις ανάγκες του. Επομένως, η ικανοποίηση δεν αποτελεί απλώς ένα υποκειμενικό κριτήριο, αλλά έναν βασικό δείκτη ποιότητας που αποτυπώνει τη συνολική λειτουργικότητα του συστήματος υγείας.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία στον τομέα της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΥΑ), ο οποίος χαρακτηρίζεται από ιδιαιτερότητες που διαφοροποιούν σημαντικά την εμπειρία των ασθενών από άλλους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης. Η θεραπεία είναι συχνά μακροχρόνια, απαιτεί πολλαπλές επισκέψεις και επαναλαμβανόμενες διαδικασίες, ενώ συνοδεύεται από υψηλά επίπεδα άγχους, προσδοκιών και συναισθηματικής ευαλωτότητας. Η συχνότητα επαφών μεταξύ ασθενούς και μονάδας αναπαραγωγής δημιουργεί έντονη ανάγκη για συνεπή επικοινωνία, σαφή πληροφόρηση, ενσυναίσθηση και ψυχολογική υποστήριξη. Επιπλέον, η φύση των διαδικασιών, όπως η διαχείριση γενετικού υλικού, οι ορμονικές θεραπείες και η εργαστηριακή παρέμβαση, ενισχύει την ανάγκη για οργανωτική διαφάνεια, αίσθημα ασφάλειας και αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ ασθενούς και παρόχου.

Ερευνητικό κενό – Εννοιολογικό πλαίσιο

Η ανάλυση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναδεικνύει σαφείς συσχετίσεις μεταξύ διοικητικών, οργανωτικών και επικοινωνιακών παραμέτρων και της συνολικής εμπειρίας των ασθενών σε μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ΥΑ). Στην κατηγορία της πρόσβασης και των χρόνων αναμονής, μελέτες δείχνουν ότι η ταχεία εξυπηρέτηση, η

διαθεσιμότητα ραντεβού και η γεωγραφική προσβασιμότητα αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην ικανοποίηση των ασθενών, επηρεάζοντας άμεσα την αντίληψη για την ποιότητα των υπηρεσιών (Dancet et al., 2010, Boivin et al., 2018). Παράλληλα, η επικοινωνία και η πληροφόρηση, τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και μέσω ψηφιακών εργαλείων, φαίνεται να διαμορφώνουν τη συναισθηματική εμπειρία των ασθενών, καθώς η σαφήνεια στην ενημέρωση και η επαγγελματική συμπεριφορά του προσωπικού συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης και ικανοποίησης (Holter et al., 2018, Gameiro et al., 2019).

Η αξιολόγηση των ψυχολογικών και συναισθηματικών αναγκών των ασθενών αναδεικνύει τη σημασία της υποστήριξης σε επίπεδο άγχους, ανασφάλειας και ψυχολογικού φορτίου της θεραπείας. Οι μελέτες υπογραμμίζουν ότι η επάρκεια της παρεχόμενης ψυχολογικής υποστήριξης συμβάλλει σημαντικά στη θετική αντίληψη των ασθενών για τις υπηρεσίες ΥΑ και μπορεί να ενισχύσει τη δέσμευση των ζευγαριών στη θεραπεία (Boivin et al., 2012, Holter et al., 2018). Επιπλέον, η χρήση ψηφιακών υπηρεσιών, όπως ηλεκτρονικά ραντεβού, τηλεϊατρική και ψηφιακή πρόσβαση σε πληροφορίες, παρουσιάζει σημαντικές δυνατότητες βελτίωσης της εμπειρίας των ασθενών, ιδίως όταν συνοδεύεται από διασφάλιση της ιδιωτικότητας και εμπιστευτικότητας των δεδομένων (Gameiro et al., 2019, ESHRE, 2023).

Οι διοικητικές πρακτικές ποιότητας, όπως η ύπαρξη standard operating procedures, η αξιολόγηση των υπηρεσιών και η εφαρμογή πολιτικών συνεχούς βελτίωσης, έχουν επίσης τεκμηριωθεί ως κρίσιμοι παράγοντες για τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Οι μελέτες επισημαίνουν ότι η οργανωμένη και διαφανής λειτουργία των κλινικών μονάδων ΥΑ βελτιώνει την εμπειρία των ασθενών και ενισχύει τη θετική αντίληψη για την ποιότητα των υπηρεσιών (Dancet et al., 2010, Boivin et al., 2018).

Παρά την πλούσια βιβλιογραφία, παρατηρείται σημαντικό ερευνητικό κενό. Πολλές μελέτες εξετάζουν μεμονωμένα διοικητικούς ή επικοινωνιακούς παράγοντες, χωρίς να παρέχουν μια ολοκληρωμένη χαρτογράφηση που να συνδέει συστηματικά πρόσβαση, επικοινωνία, ψηφιακές υπηρεσίες, ψυχολογική υποστήριξη και διοικητικές πρακτικές με την εμπειρία και την ικανοποίηση των ασθενών. Επιπλέον, οι μεθοδολογίες μέτρησης της εμπειρίας και ικανοποίησης παρουσιάζουν ασυνέπειες, καθιστώντας δύσκολη τη σύγκριση και σύνθεση των ευρημάτων.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα διατριβή στοχεύει να καλύψει τα κενά αυτά μέσα από μια συστηματική ανάλυση και σύνθεση των στοιχείων, εστιάζοντας σε τέσσερις βασικούς άξονες που αντιστοιχούν στα ερευνητικά ερωτήματα (RQs):

1. **Διοικητικοί και οργανωτικοί παράγοντες (RQ1):** Ανάλυση του ρόλου του χρόνου αναμονής, της προσβασιμότητας και της οργάνωσης των ραντεβού στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών.
2. **Ποιότητα επικοινωνίας και πληροφόρησης (RQ2):** Εκτίμηση της επίδρασης της συμπεριφοράς του προσωπικού, της σαφήνειας των πληροφοριών και της χρήσης ψηφιακών εργαλείων στην υποκειμενική αντίληψη ποιότητας των υπηρεσιών.
3. **Ψυχολογικές και συναισθηματικές ανάγκες (RQ3):** Διερεύνηση του πώς η κάλυψη συναισθηματικών αναγκών των ασθενών επηρεάζει την εμπειρία και την ικανοποίηση.
4. **Διοικητικές πρακτικές ποιότητας (RQ4):** Εξέταση των πρακτικών και παρεμβάσεων που τεκμηριωμένα βελτιώνουν την εμπειρία και τη συνολική ποιότητα των υπηρεσιών ΥΑ.

Με αυτό τον τρόπο, η διατριβή διαμορφώνει ένα συστηματικό πλαίσιο ανάλυσης, το οποίο χαρτογραφεί τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών και οδηγεί στη σύνθεση στοιχείων για κάθε RQ, καλύπτοντας τα κενά που εντοπίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Μεθοδολογία

Τύπος και Σχεδιασμός Μελέτης

Η παρούσα διατριβή ακολουθεί μια ποιοτική, δευτερογενή ερευνητική προσέγγιση, βασισμένη σε συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, χωρίς συλλογή πρωτογενών δεδομένων. Η μεθοδολογία έχει σχεδιαστεί με στόχο την εις βάθος κατανόηση των διοικητικών παραμέτρων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών στις υπηρεσίες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΥΑ).

Η συστηματική ανασκόπηση σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), με σκοπό τη διασφάλιση της διαφάνειας, της μεθοδολογικής αυστηρότητας και της αναπαραγωγιμότητας της διαδικασίας.

Πρωτόκολλο Ανασκόπησης και Συμμόρφωση PRISMA

Η ανασκόπηση ακολούθησε προκαθορισμένο πρωτόκολλο, το οποίο περιλάμβανε σαφή ορισμό του ερευνητικού ερωτήματος, των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού, της στρατηγικής αναζήτησης, της διαδικασίας επιλογής μελετών και της σύνθεσης των δεδομένων. Η διαδικασία επιλογής των μελετών αποτυπώνεται σε διάγραμμα ροής PRISMA, στο οποίο παρουσιάζονται αναλυτικά τα στάδια αναγνώρισης, διαλογής, αξιολόγησης καταλληλότητας και τελικής ένταξης των άρθρων, με αντίστοιχους αριθμούς ανά στάδιο.

Στρατηγική Αναζήτησης Βιβλιογραφίας

Η παρούσα εργασία αποτελεί συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ακολουθώντας τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar και Scopus. Το χρονικό εύρος της αναζήτησης ορίστηκε από τον Ιανουάριο 2015 έως τον Μάρτιο 2025, ώστε να συμπεριληφθούν πρόσφατες και επιστημονικά επικαιροποιημένες μελέτες. Η τελική ημερομηνία αναζήτησης ήταν η 10η Δεκεμβρίου 2025.

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση επιστημονικών άρθρων στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Cochrane Library και Google Scholar, με έμφαση σε δημοσιεύσεις της τελευταίας δεκαετίας. Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά όπως: *patient satisfaction, assisted reproduction, administrative factors, IVF services, healthcare quality*. Τα κριτήρια επιλογής περιλαμβάνουν peer-reviewed άρθρα, μεθοδολογική επάρκεια και συνάφεια με το ερευνητικό αντικείμενο.

Κριτήρια Συμπερίληψης

Στην παρούσα ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν:

- Πρωτογενείς μελέτες (κλινικές μελέτες παρατήρησης, ποιοτικές μελέτες, case studies) που παρέχουν δεδομένα σχετιζόμενα με την ικανοποίηση ασθενών και τη διαχείριση μονάδων ΥΑ.
- Άρθρα στην αγγλική γλώσσα, δημοσιευμένα μεταξύ 2015–2025.
- Μελέτες με σαφή ερευνητικά ερωτήματα, επαρκή μεθοδολογική τεκμηρίωση και δυνατότητα εξαγωγής δεδομένων για αφηγηματική ή θεματική σύνθεση.

Κριτήρια Αποκλεισμού

- Πειραματικές ή παρεμβατικές μελέτες (π.χ. randomized controlled trials), διότι η παρούσα ανασκόπηση επικεντρώνεται στην ποιοτική ανάλυση παρατηρούμενων διοικητικών πρακτικών και εμπειριών ασθενών, και όχι στην αιτιώδη συσχέτιση ή αποτελεσματικότητα θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- Ανασκοπικές μελέτες ή μελέτες χαμηλής μεθοδολογικής ποιότητας.
- Μελέτες με ανεπαρκή δεδομένα για εξαγωγή πληροφοριών σχετικά με διοικητικούς παράγοντες και ικανοποίηση ασθενών.

Διαδικασία Επιλογής Μελετών

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση συνδυαστικών όρων (Boolean operators) και Medical Subject Headings (MeSH) ως εξής: patient satisfaction, assisted reproduction, administrative factors, IVF services, healthcare quality.

Ενδεικτικά, οι βασικές αλυσίδες αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

- **PubMed:**
("patient satisfaction" AND "assisted reproduction") AND ("administrative factors" OR "IVF services" OR "healthcare quality")
- **Scopus:**
TITLE-ABS-KEY ("patient satisfaction" AND "assisted reproduction" AND ("administrative factors" OR "IVF services"))
- **Google Scholar:**
"patient satisfaction" "assisted reproduction" "administrative factors" "IVF services"

Βήματα της διαδικασίας PRISMA στην παρούσα μελέτη

Η διαδικασία της συστηματικής ανασκόπησης ακολούθησε τα διακριτά στάδια που προβλέπονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA. Αρχικά (στάδιο *Identification*), μέσω οργανωμένης αναζήτησης στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar, εντοπίστηκαν συνολικά 711 άρθρα. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε αφαίρεση των διπλότυπων εγγραφών που προέκυψαν από την πολλαπλή αναζήτηση, με αποτέλεσμα να παραμείνουν 586 μοναδικά άρθρα.

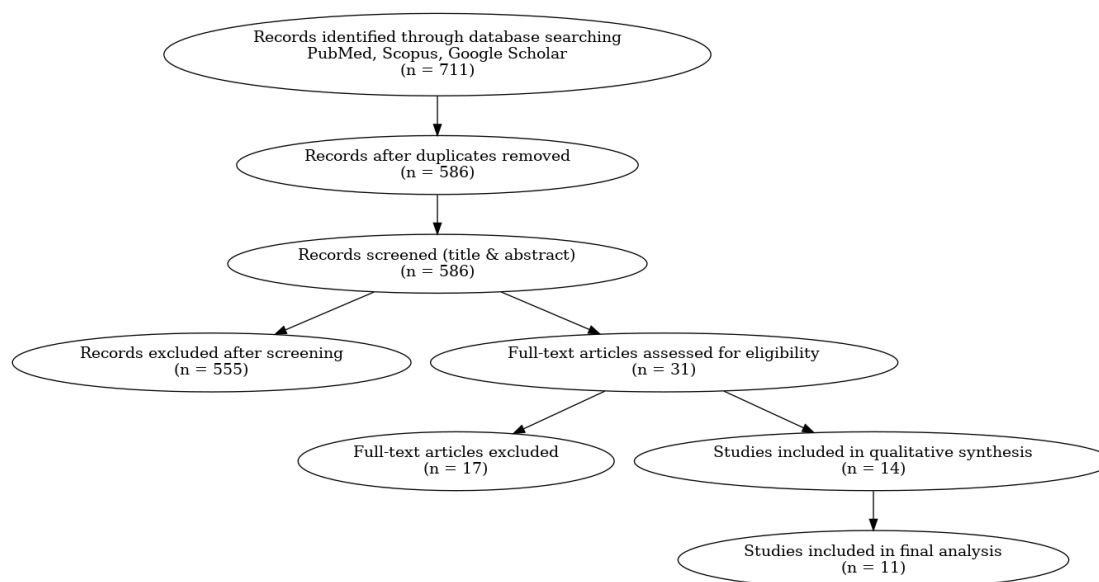
Στο στάδιο της διαλογής (*Screening*), τα άρθρα αξιολογήθηκαν βάσει τίτλου και περίληψης σύμφωνα με τα προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Μετά την

ολοκλήρωση της προσυμπερίληψης, 31 άρθρα κρίθηκαν δυνητικά συναφή με το ερευνητικό αντικείμενο και προωθήθηκαν στο επόμενο στάδιο.

Στο στάδιο της αξιολόγησης καταλληλότητας (*Eligibility*), τα 31 άρθρα υποβλήθηκαν σε πλήρη ανάγνωση του κειμένου, προκειμένου να αξιολογηθεί η μεθοδολογική τους επάρκεια και η συνάφεια με το ερευνητικό ερώτημα. Μετά την εφαρμογή των κριτηρίων αποκλεισμού σε αυτό το στάδιο, 14 μελέτες κρίθηκαν επιλέξιμες.

Τέλος, στο στάδιο της τελικής ένταξης (*Included*), επιλέχθηκαν 11 μελέτες, οι οποίες παρουσίαζαν σαφή ερευνητικά ερωτήματα, επαρκή μεθοδολογική τεκμηρίωση και υψηλή συνάφεια με το αντικείμενο της παρούσας ανασκόπησης. Οι μελέτες αυτές αποτέλεσαν το τελικό σώμα δεδομένων για την ποιοτική σύνθεση και ανάλυση των ευρημάτων.

Πίνακας Prisma



Για κάθε άρθρο καταγράφηκαν τα εξής πεδία: τίτλος, συγγραφείς, έτος δημοσίευσης, τύπος μελέτης, μέγεθος δείγματος, χαρακτηριστικά συμμετεχόντων, μέθοδοι συλλογής δεδομένων, κύρια ευρήματα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών και τους διοικητικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις υπηρεσίες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, καθώς και περιορισμοί ή παρατηρήσεις που ανέφερε η μελέτη. Η διαδικασία αυτή διασφάλισε ότι η εξαγωγή ήταν συστηματική, αναπαραγωγίμη και πλήρης για όλα τα συμπεριλαμβανόμενα άρθρα.

Η σύνθεση των δεδομένων ακολούθησε ποιοτική προσέγγιση (narrative και thematic synthesis), κατάλληλη για την εστίαση σε διοικητικούς παράγοντες και εμπειρίες ασθενών. Αρχικά, τα δεδομένα οργανώθηκαν σε ευρύτερους θεματικούς άξονες (π.χ. διοικητική

υποστήριξη, επικοινωνία, χρόνοι αναμονής, ικανοποίηση ασθενών), και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε θεματική κωδικοποίηση των ευρημάτων από κάθε άρθρο. Στη συνέχεια τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν και συνδέθηκαν, ώστε να αναδειχθούν κοινά patterns, διαφοροποιήσεις και τάσεις που σχετίζονται με τη διαχείριση των μονάδων ΥΑ. Η μέθοδος αυτή επέτρεψε συγκέντρωση, οργάνωση και ερμηνεία των δεδομένων με επιστημονική διαφάνεια, χωρίς να περιορίζεται μόνο σε ποσοτικά αποτελέσματα.

Όλες οι συμπεριληφθείσες μελέτες αξιολογήθηκαν ως προς τη μεθοδολογική τους ποιότητα χρησιμοποιώντας προκαθορισμένα εργαλεία-checklist. Οι μελέτες που παρουσίασαν σημαντικά μεθοδολογικά κενά δε χρησιμοποιήθηκαν, ώστε να αποφευχθεί η υπερεκτίμηση αδύναμων ευρημάτων. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης ενσωματώθηκαν στην αφηγηματική και θεματική σύνθεση των δεδομένων, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση σε μελέτες με υψηλή ποιότητα και συνάφεια με το ερευνητικό ερώτημα.

Η ανασκόπηση έχει οργανωθεί με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα, ενώ τα αποτελέσματα παρουσιάζονται εν συνεχεία, συγκριτικά, αναδεικνύοντας ομοιότητες, αποκλίσεις και τάσεις στην παγκόσμια βιβλιογραφία.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με θεματική ανάλυση, η οποία θεωρείται κατάλληλη για ποιοτικές, δευτερογενείς έρευνες που βασίζονται σε βιβλιογραφική ανασκόπηση και μελέτες περίπτωσης. Αρχικά, τα επιλεγμένα άρθρα και οι πηγές που αφορούσαν τις μελέτες περίπτωσης αναγνώστηκαν διεξοδικά και κωδικοποιήθηκαν με βάση προκαθορισμένες θεματικές κατηγορίες, οι οποίες προέκυψαν τόσο από τα ερευνητικά ερωτήματα όσο και από το θεωρητικό πλαίσιο της ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

Οι βασικές θεματικές κατηγορίες περιλάμβαναν, ενδεικτικά, την οργάνωση των διοικητικών διαδικασιών, την προσβασιμότητα των υπηρεσιών, την επικοινωνία και την πληροφόρηση των ασθενών, τη χρήση ψηφιακών εργαλείων, την προστασία προσωπικών δεδομένων και την ανθρωποκεντρική προσέγγιση του προσωπικού. Παράλληλα, εξετάστηκαν ψυχοκοινωνικές παράμετροι που επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών, όπως το άγχος, η συναισθηματική υποστήριξη και η αίσθηση ασφάλειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην αξιολόγηση της ποιότητας και της αξιοπιστίας των πηγών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Τα άρθρα αξιολογήθηκαν ως προς τη σαφήνεια των ερευνητικών τους στόχων, την καταλληλότητα της μεθοδολογίας, το μέγεθος

και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς και τη σαφήνεια στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Όπου κρίθηκε απαραίτητο, εξετάστηκαν περιορισμοί που αναφέρονται από τους ίδιους τους συγγραφείς, προκειμένου να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων.

Για τις μελέτες περίπτωσης, η αξιολόγηση επικεντρώθηκε στη διαφάνεια των παρεχόμενων πληροφοριών, στη συνέπεια των δημοσιευμένων δεδομένων και στην ύπαρξη τεκμηριωμένων πρακτικών βελτίωσης της ποιότητας και της εμπειρίας των ασθενών. Η χρήση πολλαπλών πηγών πληροφόρησης για κάθε μονάδα ΥΑ συνέβαλε στην ενίσχυση της αξιοπιστίας των συμπερασμάτων μέσω της μεθόδου της τριγωνοποίησης (data triangulation).

Η παρούσα μελέτη δεν περιλαμβάνει συλλογή πρωτογενών δεδομένων ούτε εμπλοκή ανθρώπινων υποκειμένων, καθώς βασίζεται αποκλειστικά σε δευτερογενή δεδομένα και δημόσια διαθέσιμες πηγές. Ως εκ τούτου, δεν απαιτήθηκε έγκριση από επιτροπή βιοηθικής. Ωστόσο, τηρήθηκαν όλες οι αρχές της ακαδημαϊκής δεοντολογίας, με σεβασμό στα πνευματικά δικαιώματα, ακριβή αναφορά των πηγών και αποφυγή παραπλανητικής ή επιλεκτικής παρουσίασης των αποτελεσμάτων.

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στη μη ταυτοποίηση φυσικών προσώπων και στην αποφυγή αξιολογικών κρίσεων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη φήμη συγκεκριμένων μονάδων ΥΑ, δεδομένου ότι η ανάλυση των μελετών περίπτωσης αποσκοπεί στην ανάδειξη καλών πρακτικών και όχι στη συγκριτική κατάταξη ή αξιολόγηση απόδοσης.

Περιορισμοί της Μελέτης

Παρά τη συστηματική προσέγγιση που ακολουθήθηκε, η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς. Η απουσία πρωτογενών δεδομένων περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων, ενώ η ετερογένεια των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση ενδέχεται να επηρεάζει τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, η ανάλυση των μελετών περίπτωσης βασίστηκε σε δημόσια διαθέσιμα δεδομένα, τα οποία ενδέχεται να μην αποτυπώνουν πλήρως την εσωτερική διοικητική λειτουργία των μονάδων ΥΑ.

Ωστόσο, οι περιορισμοί αυτοί δεν αναιρούν τη συμβολή της μελέτης, καθώς η σύνθεση της διεθνούς βιβλιογραφίας και η συγκριτική ανάλυση επιλεγμένων περιπτώσεων προσφέρουν ουσιαστικές ενδείξεις και χρήσιμα συμπεράσματα για τον ρόλο των διοικητικών παραγόντων στην ικανοποίηση των ασθενών στις υπηρεσίες ΥΑ.

Με βάση τη συστηματική διαδικασία αναζήτησης, επιλογής και αξιολόγησης που περιγράφηκε, προέκυψε ένα τελικό σύνολο 11 μελετών, οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια μεθοδολογικής επάρκειας και θεματικής συνάφειας με το ερευνητικό αντικείμενο. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα χαρακτηριστικά των συμπεριληφθέντων μελετών και τα κύρια ευρήματα που προέκυψαν από τη σύνθεση των δεδομένων, με έμφαση στους διοικητικούς και οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών στις υπηρεσίες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Αποτελέσματα

Σύμφωνα με την έρευνα, εντοπίστηκαν 11 άρθρα, τα οποία ήταν σχετικά με τη θεματική.

Πίνακας Αποτελεσμάτων

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ	ΧΩΡΑ	ΤΥΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Li, et al	2025	ΗΠΑ	ποιοτική προσέγγιση με ημιδομημένες συνεντεύξεις	15 ασθενείς	να διερευνήσει βαθύτερα τις δομικές και ανθρώπινες παραμέτρους που επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών κατά τη διάρκεια θεραπείας με τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	Οι ασθενείς περιέγραψαν ότι η χρηματοδότηση και ο προγραμματισμός των δαπανών ήταν σύνθετες και αγχωτικές, γεγονός που ενίσχυε την αίσθηση ανασφάλειας και πίεσης καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Μια δεύτερη κατηγορία δυσκολιών σχετιζόταν με την επικοινωνία μεταξύ παρόχων υγείας και ασθενών.

Harzif, et al,	2020	ΙΝΔΟΝΗΣΙΑ	Χρήση ερωτηματολογίων	108 ασθενείς	να κατανοήσει πώς οι ίδιοι οι ασθενείς βιώνουν και αξιολογούν διάφορες πτυχές της φροντίδας που λαμβάνουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας για υπογονιμότητα και ποιες από αυτές θεωρούν πιο σημαντικές για την ποιότητα της εμπειρίας τους	τα εργαλεία όπως το PCQ-I μπορούν να χρησιμοποιηθούν συστηματικά για την αξιολόγηση της εμπειρίας των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, επιτρέποντας στους παρόχους υγείας να εντοπίσουν ακριβώς ποιες πτυχές της φροντίδας λειτουργούν καλά και ποιες χρειάζονται βελτίωση, αναδεικνύει ότι πτυχές όπως η επικοινωνία και ο σεβασμός στις αξίες των ασθενών δεν είναι απλώς «ωραίες» συμπληρωματικές ιδιότητες της φροντίδας αλλά βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την συνολική εμπειρία και την ικανοποίηση.
Shandley et al	2020	ΗΠΑ	Διατομεακή μελέτη	7.456 ασθενείς	διερευνά παράγοντες που σχετίζονται με το πώς οι γυναίκες αξιολογούν την εμπειρία τους από τις κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής των Ηνωμένων Πολιτειών, με	η εμπειρία των ασθενών σε κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τα βιολογικά αποτελέσματα ή τις στατιστικές επιτυχίας, αλλά καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα της επικοινωνίας, τη διαχείριση της φροντίδας και την οργάνωση των υπηρεσιών

					κεντρικό θέμα την εμπειρία του ασθενή και την ικανοποίηση από τη φροντίδα που λαμβάνουν	
Borghi, et al	2019	ΙΤΑΛΙΑ	Προοπτική παρατηρητική μελέτη	160 ασθενείς	να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ επικοινωνίας προσανατολισμένης στον ασθενή, της ικανοποίησης των ασθενών και της διατήρησης στη φροντίδα στις επισκέψεις σε κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	η παραδοσιακή μέτρηση της επικοινωνίας προσανατολισμένης στον ασθενή μπορεί να μην αντικατοπτρίζει πλήρως τις ανάγκες και τις αντιλήψεις των ασθενών στις συνεδρίες ART, ειδικά όταν η πληροφορία για την πορεία της θεραπείας και η εμπιστοσύνη στον ιατρό παίζουν τόσο κεντρικό ρόλο
Gonen	2016	ΙΣΡΑΗΛ	Διατομεακή μελέτη	204 ασθενείς	να διερευνήσει τις εμπειρίες και την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που λαμβάνουν	η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί βασική διάσταση της ποιότητας φροντίδας, ειδικά στον τομέα της αναπαραγωγικής ιατρικής, όπου οι διαδικασίες είναι σύνθετες και οι ασθενείς βιώνουν μεγάλες σωματικές και ψυχολογικές πιέσεις

					κατά τη θεραπεία με εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF), και ταυτόχρονα να εξετάσει τον βαθμό με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αντιληφθούν σωστά τις αντιλήψεις των ασθενών	
Streisfiel d, et al	2015	ΗΠΑ	Μελέτη Παρατήρησης	26 άτομα	εστιάζει στην αντίληψη των παρόχων υγείας που εργάζονται σε κλινικές αντιμετώπισης υπογονιμότητα ς για το τι θεωρούν ότι εκτιμούν περισσότερο οι ασθενείς στη φροντίδα που λαμβάνουν, και πώς αξιολογούν οι ίδιοι την	η φροντίδα προσανατολισμένη στον ασθενή στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν αφορά μόνο την τεχνική αποτελεσματικότητα των διαδικασιών αλλά και την ποιότητα της σχέσης και της επικοινωνίας μεταξύ παρόχων και ασθενών.

					ικανότητά τους να παρέχουν φροντίδα προσανατολισμένη στον ασθενή.	
van der Houwen, et al	2014	ΟΛΛΑ ΝΔΙΑ	προοπτική παρατηρητική μελέτη κοόρτης	75 ασθενείς	την ικανοποίηση των γυναικών με ενδιάμεση έως σοβαρή ενδομητρίωση (στάδιο III–IV) μετά από κύκλο θεραπειών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως ενδομήτρια σπερματέγχυση, IVF και IVF με μακρά καταστολή της υπόφυσης πριν από τη γονιμοποίηση.	η ικανοποίηση των γυναικών με σοβαρή ενδομητρίωση που υποβάλλονται σε ART είναι γενικά υψηλή και συγκρίσιμη ανάμεσα στις διαφορετικές θεραπείες, και ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την ικανοποίηση είναι η πρώτη προσπάθεια και η επιτυχία του θεραπευτικού κύκλου.
Huppelshoten, et al	2013	ΔΑΝΙΑ	Διατομεακή μελέτη	1620 ασθενείς	τις εμπειρίες τόσο των γυναικών με υπογονιμότητα όσο και των συντρόφων	οι εμπειρίες φροντίδας υπογονιμότητας διαφέρουν ανάμεσα σε γυναίκες και τους συντρόφους τους, υπογραμμίζοντας ότι η ασθενοκεντρική φροντίδα δεν

					τους σε σχέση με την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν, όταν η φροντίδα αυτή προβάλλεται ως ασθενοκεντρική	μπορεί να περιοριστεί στην προσέγγιση μόνο της γυναίκας αλλά πρέπει να περιλαμβάνει ολιστικά ολόκληρο το ζευγάρι, με σεβασμό στις διαφορετικές αντιλήψεις και ανάγκες τους.
Mourad, et al	2010	ΟΛΛΑ ΝΔΙΑ	Διατομεακή μελέτη	1499 ασθενείς	να διερευνήσει τους παράγοντες που διαμορφώνουν την εμπειρία και την ικανοποίηση των ασθενών που λαμβάνουν φροντίδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	Γενικά, η ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα ήταν υψηλή. Οι χρόνοι αναμονής, η παροχή πληροφοριών και η συναισθηματική υποστήριξη ήταν οι λιγότερο θετικές πτυχές της φροντίδας.
Redshaw , Hockley, & Davidson	2007	ΗΝ. ΒΑΣΙΛ ΕΙΟ	Μελέτη κοόρτης	260 ασθενείς	επικεντρώνεται στις πραγματικές εμπειρίες γυναικών που έλαβαν θεραπεία για υπογονιμότητα και τελικά	η εμπειρία θεραπείας για υπογονιμότητα δεν είναι απλώς μια θεραπευτική διαδικασία, αλλά μια πολύπλοκη ζωή-εμπειρία γεμάτη προσδοκίες, φόβους, δαπάνες και βαθιά προσωπικά νοήματα

					κατάφεραν να μείνουν έγκυες	
Schmidt, et al	2003	ΔΑΝΙΑ	Διατομεακή μελέτη	1934 ασθενείς	διερευνά την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, τόσο ως προς τις ιατρικές υπηρεσίες όσο και ως προς τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της φροντίδας	οι άνδρες και οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε κέντρα στη Δανία αντιλαμβάνονται υψηλά επίπεδα ικανοποίησης τόσο με τις ιατρικές όσο και με τις ψυχοκοινωνικές πτυχές της φροντίδας που λαμβάνουν, ότι αυτό συνδέεται στενά με την επιτυχία της θεραπείας και ότι παράγοντες όπως η κοινωνικό-οικονομική θέση και η εμπειρία των επαγγελματιών εξετάσεων μπορούν να επηρεάσουν την εκτίμηση αυτή

Η διαδικασία εντοπισμού, επιλογής και τελικής ένταξης των μελετών στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση ακολούθησε τις κατευθυντήριες οδηγίες του PRISMA. Η ροή επιλογής των μελετών αποτυπώνεται αναλυτικά στο Διάγραμμα PRISMA, το οποίο παρουσιάζει διαδοχικά τα στάδια της αρχικής αναζήτησης, της αφαίρεσης των διπλότυπων εγγραφών, του ελέγχου τίτλου και περίληψης, της αξιολόγησης πλήρους κειμένου και της τελικής ένταξης.

Συνολικά, από την αρχική αναζήτηση στις επιλεγμένες βάσεις δεδομένων εντοπίστηκε σημαντικός αριθμός εγγραφών. Μετά την αφαίρεση των διπλότυπων και τον αρχικό έλεγχο τίτλων και περιλήψεων, αποκλείστηκαν μελέτες που δεν πληρούσαν τα προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης. Στη συνέχεια, τα πλήρη κείμενα των δυνητικά επιλέξιμων άρθρων αξιολογήθηκαν διεξοδικά, με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό επιπλέον μελετών για συγκεκριμένους λόγους, όπως η μη συνάφεια με τα ερευνητικά ερωτήματα, η ακατάλληλη μεθοδολογία ή η απουσία δεδομένων σχετικών με την εμπειρία και την ικανοποίηση των ασθενών. Τελικά, στο τελικό δείγμα συμπεριλήφθηκαν 11 μελέτες, οι οποίες αποτέλεσαν το σώμα της ανάλυσης.

Τα βασικά χαρακτηριστικά των συμπεριληφθεισών μελετών παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα Αποτελεσμάτων. Οι μελέτες προέρχονται από διαφορετικά γεωγραφικά και υγειονομικά πλαίσια και περιλαμβάνουν ποικιλία μεθοδολογικών προσεγγίσεων, όπως ποιοτικές, ποσοτικές και μικτές μεθόδους έρευνας. Το μέγεθος των δειγμάτων, ο τύπος των μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και οι πληθυσμιακές ομάδες που μελετήθηκαν διαφοροποιούνται μεταξύ των άρθρων, γεγονός που αντικατοπτρίζει την πολυπλοκότητα και τη διεθνή διάσταση της εμπειρίας των ασθενών στις υπηρεσίες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Σε επίπεδο θεματικής εστίασης, οι μελέτες διερευνούν πτυχές που αφορούν τη διοικητική οργάνωση των μονάδων, την επικοινωνία και την ενημέρωση των ασθενών, την ψυχοκοινωνική εμπειρία της θεραπείας, καθώς και τη συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η ετερογένεια των μελετών ως προς τον σχεδιασμό και το περιεχόμενο καθιστά αναγκαία τη συνθετική προσέγγιση των ευρημάτων, η οποία παρουσιάζεται στην επόμενη ενότητα μέσω θεματικής σύνθεσης.

Θεματική σύνθεση ευρημάτων

Η θεματική σύνθεση των ευρημάτων από τις επιλεγμένες μελέτες ανέδειξε τέσσερις βασικούς θεματικούς άξονες (domains), οι οποίοι αποτυπώνουν τους κύριους παράγοντες που διαμορφώνουν την εμπειρία και την ικανοποίηση των ασθενών στο πλαίσιο της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Οι θεματικοί άξονες προέκυψαν μέσω συγκριτικής ανάλυσης των ευρημάτων των επιλεγμένων μελετών, ανεξαρτήτως μεθοδολογικού σχεδιασμού, ακολουθώντας τις αρχές της θεματικής σύνθεσης.

Ποιότητα επικοινωνίας και πληροφόρησης

Ποιότητα επικοινωνίας και ασθενοκεντρική προσέγγιση

Η ποιότητα της επικοινωνίας και η ασθενοκεντρική προσέγγιση αποτελούν κρίσιμους παράγοντες στην εμπειρία φροντίδας σε κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επηρεάζοντας την ικανοποίηση των ασθενών και τη συνέχιση της θεραπείας. Σύμφωνα με την έρευνα των Borghi και συνεργατών, η ανάλυση της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών δείχνει ότι η επικοινωνία στις επισκέψεις είναι συχνά περισσότερο προσανατολισμένη στη νόσο και στη θεραπευτική διαδικασία παρά πλήρως ασθενοκεντρική, αν και η σαφής, λεπτομερής και κατανοητή παροχή πληροφοριών λειτουργεί ως βασικό στοιχείο ασθενοκεντρικότητας, ακόμη και όταν η συναισθηματική διάσταση δεν κυριαρχεί (Borghi et al., 2019). Οι ασθενείς αξιολογούν θετικά την

ενημέρωση, την καθοδήγηση και τη στήριξη που λαμβάνουν καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, γεγονός που συνδέεται με την αντίληψή τους ότι η επικοινωνία ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες τους, παρά το ότι ο όρος «ασθενοκεντρική επικοινωνία» δεν χρησιμοποιείται ρητά σε όλες τις μελέτες (Van der Houwen et al., 2014). Η αξιολόγηση της φροντίδας περιλαμβάνει την παροχή κατάλληλων πληροφοριών, τη στάση του προσωπικού, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και την προσοχή στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών, με τους συμμετέχοντες να αναφέρουν γενικά θετικές εμπειρίες σχετικά με τη φιλικότητα, την ικανότητα και την επεξηγηματικότητα του προσωπικού, ενώ ένα μικρό ποσοστό ένιωσε ότι δεν συμμετείχε επαρκώς στη λήψη αποφάσεων ή δεν είχε αρκετή ευκαιρία να θέσει ερωτήσεις (Mourad et al., 2010).

Σύμφωνα με τα δεδομένα, οι επικοινωνιακές διαστάσεις της φροντίδας, η ανταπόκριση στις ανάγκες και τις ανησυχίες των ασθενών, καθώς και η διαθεσιμότητα για παροχή διευκρινίσεων καταγράφονται σε παρόμοια επίπεδα ικανοποίησης μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρατηρείται ωστόσο ελαφρώς υψηλότερη βαθμολόγηση από τις γυναίκες σε επιμέρους πτυχές, όπως η διαδικασία διενέργειας των ιατρικών εξετάσεων (Schmidt et al., 2003, Huppelschoten et al., 2013). Οι γυναίκες αναφέρουν επίσης ότι επιθυμούν να αντιμετωπίζονται με σεβασμό, αξιοπρέπεια και επαρκή ενημέρωση, εκφράζοντας την ανάγκη για καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με τη διαδικασία, τις επιλογές και τις πιθανές επιπτώσεις, καθώς και για μεγαλύτερη διάθεση των επαγγελματιών να ακούσουν και να λάβουν υπόψη τις ανησυχίες και τις προσδοκίες τους. Οι γυναίκες απέδωσαν αυξημένη βαρύτητα στη συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και στην ποιότητα της επικοινωνίας (Redshaw, Hockley & Davidson, 2007).

Η ανθρώπινη διάσταση της φροντίδας αξιολογείται θετικά από τους συμμετέχοντες, περιλαμβάνοντας τον σεβασμό, την ευαισθησία και τη συνέπεια του προσωπικού καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, καθώς και την ικανότητα ενσωμάτωσης ιατρικών, κοινωνικών και ψυχολογικών αναγκών στη φροντίδα. Σύμφωνα με την έρευνα του Gonen, αυτή η διάσταση επηρεάζει άμεσα την αντίληψη της ποιότητας της υπηρεσίας και αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην εμπειρία των ασθενών, ανεξαρτήτως φύλου (Gonen, 2016). Η ποιότητα της επικοινωνίας συνδέεται επίσης με την αντίληψη της συνολικής εμπειρίας, καθώς η ανεπαρκής ενημέρωση, η ασαφής καθοδήγηση και η έλλειψη σαφών επεξηγήσεων για τις επιλογές θεραπείας επιβαρύνουν την εμπειρία των ασθενών, ενώ η θετική σχέση με το προσωπικό, ο διάλογος και η συνεργασία στη λήψη αποφάσεων βελτίωσαν σημαντικά την αντίληψη για την ποιότητα φροντίδας (Li et al., 2025).

Οι παράγοντες που συνδέονται με θετική εμπειρία φροντίδας αφορούν κυρίως τη σχέση ιατρού–ασθενή. Οι ασθενείς που αισθάνθηκαν ότι αντιμετωπίστηκαν ως άνθρωποι και όχι ως αριθμοί, και εκείνοι που αξιολόγησαν τον ιατρό ως καλό επικοινωνιακά και ικανό να θέτει ρεαλιστικές προσδοκίες, ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά θετικής εμπειρίας. Τα στοιχεία της επικοινωνίας, ιδιαίτερα η ικανότητα του προσωπικού να ακούει, να εξηγεί και να διαχειρίζεται τις προσδοκίες, αποτελούν κεντρικά στοιχεία για την αντίληψη ποιότητας φροντίδας, δήλωσαν οι ασθενείς των Shandley και συνεργατών (Shandley et al., 2020). Σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των επαγγελματιών υγείας, η σαφήνεια της πληροφόρησης, η διαθεσιμότητα για συζήτηση και η ενεργητική ακρόαση αναφέρονται ως βασικές παράμετροι που συνδέονται με την αντίληψη της ποιότητας από την πλευρά των ασθενών (Streisfield et al., 2015).

Η επικοινωνία συνδέεται άμεσα με την συνολική ικανοποίηση των ασθενών, όπως φαίνεται στη μία κλινική, όπου η επικοινωνία είχε τη μεγαλύτερη συσχέτιση με τη συνολική ικανοποίηση από τη θεραπεία (Correlation with Global Score = 0.747), δηλώνοντας ότι η ικανότητα του προσωπικού να επικοινωνεί καθαρά, να εξηγεί επιλογές και διαδικασίες και να απαντά σε ερωτήσεις, αποτελεί κεντρικό στοιχείο θετικής εμπειρίας φροντίδας (Harzif et al., 2020). Η ποιότητα της επικοινωνίας και ο βαθμός ασθενοκεντρικής προσέγγισης καταγράφονται από τους ασθενείς ως διαστάσεις της εμπειρίας φροντίδας στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, οι οποίες σχετίζονται με δείκτες όπως η ικανοποίηση, η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία (Harzif et al., 2020).

Ψυχολογικές και συναισθηματικές ανάγκες

Συναισθηματική υποστήριξη και ψυχολογική εμπειρία των ασθενών

Η συναισθηματική υποστήριξη και η ψυχολογική εμπειρία των ασθενών αναγνωρίζονται ως κρίσιμα, αν και λιγότερο άμεσα μετρήσιμα, στοιχεία της φροντίδας σε κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Σύμφωνα με τις έρευνες, οι διαδικασίες υπογονιμότητας συνδέονται με έντονο άγχος, αβεβαιότητα και συναισθηματική επιβάρυνση για τα ζευγάρια, ενώ η ποιοτική ανάλυση των ανοικτών απαντήσεων των ασθενών αποτυπώνει τη σημασία της συναισθηματικής διάστασης στην εμπειρία φροντίδας, ακόμη και όταν οι ποσοτικοί δείκτες επικοινωνίας δεν αποτυπώνουν ισχυρή συσχέτιση με τη δηλωθείσα ικανοποίηση. Οι συμμετέχοντες της έρευνας του Borghi (2019), ανέφεραν θετικές εμπειρίες όταν ένιωθαν ότι ο γιατρός ήταν προσιτός, πρόθυμος να ακούσει και ικανός να δημιουργήσει κλίμα

εμπιστοσύνης και ηρεμίας, ενώ η δυνατότητα έκφρασης φόβων, ανησυχιών και συναισθημάτων συμβάλλει ουσιαστικά στην εμπειρία της επίσκεψης (Borghini et al., 2019).

Η ικανοποίηση από τις θεραπείες είναι υψηλή όταν οι ασθενείς βρίσκονται σε φάση επιτυχούς κύκλου θεραπείας ή μετά από θετικό τεστ εγκυμοσύνης, οδηγώντας στη μείωση του άγχους και του συναισθηματικού φορτίου που συνοδεύει τις διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Σύμφωνα με τις υψηλές βαθμολογίες ικανοποίησης, οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι λαμβάνουν φροντίδα που ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους τόσο σε βιοϊατρικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, καθώς η επιτυχής κατάληξη της θεραπείας έχει σημαντικό ψυχολογικό αντίκτυπο (Van der Houwen et al., 2014). Οι πιο αρνητικές εμπειρίες σχετίζονται με την έλλειψη επαρκούς συναισθηματικής υποστήριξης, τους χρόνους αναμονής και την ανεπαρκή παροχή πληροφοριών, με μόνο το 23% των ασθενών να αναφέρει ότι του προσφέρθηκε υποστήριξη από κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο και το 13% να επιθυμεί πραγματικά τέτοια επαφή, ενώ υψηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων συσχετίζονται με λιγότερο θετικές εμπειρίες και χαμηλότερη ικανοποίηση (Mourad et al., 2010).

Η ψυχολογική διάσταση της φροντίδας περιλαμβάνει την αντίληψη ότι οι επαγγελματίες υγείας ακούν και λαμβάνουν υπόψη τις ανησυχίες των ζευγαριών, γεγονός που επηρεάζει θετικά τη συνολική εμπειρία της φροντίδας, ακόμη και όταν δεν αποτυπώνεται ξεχωριστά στους ποσοτικούς δείκτες επικοινωνίας (Huppelschoten et al., 2013). Οι γυναίκες ανέφεραν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση κατά τη διάρκεια των θεραπειών, περιγράφοντας συνδυασμό στρες, πόνου, αισθημάτων απώλειας και αβεβαιότητας, ενώ εξέφρασαν την ανάγκη για μεγαλύτερη αναγνώριση των συναισθηματικών τους αναγκών από τους επαγγελματίες και για εντατικότερη συναισθηματική υποστήριξη, που συχνά παραμελείται σε σχέση με τις τεχνικές ή ιατρικές πλευρές της φροντίδας. Επιπλέον, οι ασθενείς ανέφεραν σημαντικό ψυχολογικό κόστος σχετικά με τον χρονισμό των διαδικασιών, το άγχος για την έκβαση της θεραπείας και το οικονομικό βάρος. Για το λόγο αυτό, είχαν την ανάγκη για ολοκληρωμένη συναισθηματική υποστήριξη μέσα στα προγράμματα θεραπείας υπογονιμότητας (Redshaw, Hockley & Davidson, 2007).

Η μελέτη ενσωματώνει μεταβλητές που καταγράφουν ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η αβεβαιότητα, η ενεργητική συμμετοχή και η πεσιμιστική διάθεση, και εντοπίζει σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αυτών και των δεικτών ικανοποίησης. Η ικανοποίηση από την πληροφόρηση και την ενημέρωση οδήγησε σε υψηλότερα επίπεδα ενεργητικής συμμετοχής, ενώ η ικανοποίηση από τις φυσικές συνθήκες και την πρόσβαση στη φροντίδα

συσχετίστηκε αρνητικά με την πεσιμιστική διάθεση. Οι ασθενείς διαπίστωσαν ότι η ψυχολογική κατάστασή τους επηρεάζει σημαντικά την εμπειρία τους από τη φροντίδα και ότι υποστήριξη που λαμβάνουν αποτελεί σημαντικό στοιχείο της συνολικής τους εμπειρίας (Gonen, 2016). Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η έλλειψη στοχευμένης συναισθηματικής υποστήριξης, όπως επαγγελματική συμβουλευτική ή εντατικότερη ψυχολογική καθοδήγηση, επιδρά αρνητικά στην εμπειρία τους και ότι η ένταξη τέτοιων υπηρεσιών θα μπορούσε να βελτιώσει σημαντικά την αντίληψη ποιότητας φροντίδας (Li et al., 2025).

Οι ασθενείς δήλωσαν ότι η συναισθηματική υποστήριξη και η ψυχολογική εμπειρία των ασθενών επηρεάζουν την αντίληψη ποιότητας φροντίδας στη διαδικασία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, με τις θετικές εμπειρίες να συνδέονται με την αίσθηση ότι οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν όχι μόνο τις ιατρικές αλλά και τις ψυχολογικές ανάγκες των συμμετεχόντων, μειώνουν το άγχος, ενισχύουν την εμπιστοσύνη και συντελούν στη συνολική ικανοποίηση από τη φροντίδα (Schmidt et al., 2003). Σύμφωνα με τις έρευνες, η ενσωμάτωση ψυχολογικής στήριξης και η αναγνώριση των συναισθημάτων των ασθενών θεωρούνται θεμελιώδη στοιχεία για τη βελτίωση της εμπειρίας φροντίδας, υπογραμμίζοντας ότι η φροντίδα υπογονιμότητας απαιτεί συνδυασμό βιοϊατρικής και ψυχοκοινωνικής προσέγγισης.

Διοικητικές πρακτικές ποιότητας

Εμπλοκή του ζευγαριού και διαφοροποιήσεις εμπειρίας

Η εμπλοκή του ζευγαριού στη διαδικασία φροντίδας και οι διαφοροποιήσεις στην εμπειρία μεταξύ των μελών αποτελούν κρίσιμα στοιχεία της εμπειρίας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Σύμφωνα με τις έρευνες, οι επισκέψεις αντιμετωπίζονται ως αλληλεπιδράσεις που αφορούν το ζευγάρι συνολικά, ωστόσο η ανάλυση της επικοινωνίας δείχνει ότι οι γυναίκες συμμετέχουν περισσότερο στη συζήτηση και καταλαμβάνουν μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού χρόνου ομιλίας. Οι άνδρες βιώνουν τη διαδικασία διαφορετικά, καθώς η χαμηλότερη ικανοποίησή τους συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα διακοπής ή αλλαγής κλινικής φροντίδας (Borghini et al., 2019).

Οι ασθενείς δήλωσαν ότι παράγοντες όπως η επίτευξη εγκυμοσύνης ή ο τύπος της θεραπείας επηρεάζουν σημαντικά την αντίληψη φροντίδας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, η επίτευξη εγκυμοσύνης συνδέθηκε με πιο θετικές εμπειρίες όσον αφορά τη συναισθηματική υποστήριξη, τη στάση του γιατρού και την οργάνωση των διαδικασιών, υπογραμμίζοντας ότι τα αποτελέσματα της θεραπείας και οι προσωπικές προσδοκίες του ζευγαριού διαμορφώνουν την αντίληψη της φροντίδας (Mourad et al., 2010). Παρά τις

κοινές θετικές εμπειρίες, παρατηρήθηκαν λεπτές διαφοροποιήσεις ανά φύλο, με τις γυναίκες να αξιολογούν ελαφρώς υψηλότερα την εκτέλεση ιατρικών εξετάσεων (Schmidt et al., 2003).

Η μελέτη των Huppelschoten και συνεργατών (2013), διερεύνησε επίσης αν οι άνδρες και οι γυναίκες έχουν ίσες αντιλήψεις για την ποιότητα της φροντίδας, καταλήγοντας στο γεγονός ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές και ότι η εμπειρία της φροντίδας της υπογονιμότητας, σχετικά με την επικοινωνία, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και την αναγνώριση προσωπικών αναγκών, βιώνεται γενικά με παρόμοιο τρόπο από τα δύο μέλη του ζευγαριού. Αυτό αποτελεί σημαντικό εύρημα για την κατανόηση της φροντίδας ως συλλογικής εμπειρίας και ενισχύει την ανάγκη οι υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής να περιλαμβάνουν ενεργά και τα δύο μέλη του ζευγαριού (Huppelschoten et al., 2013).

Παρά την έλλειψη ποσοτικών συγκρίσεων μεταξύ των δύο μελών, τα δεδομένα έδειξαν ότι η εμπειρία είναι εν μέρει προσωπική και εν μέρει κοινωνική, επηρεασμένη από τη σχέση της γυναίκας με τον σύντροφό της και τις κοινές προσδοκίες του ζευγαριού. Η υποστήριξη από τον σύντροφο διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση του συναισθηματικού βάρους, ενώ οι προσωπικές εμπειρίες και προσδοκίες διαφοροποιούν τον τρόπο με τον οποίο κάθε μέλος βιώνει και προσεγγίζει τη θεραπεία (Redshaw, Hockley & Davidson, 2007).

Συνολικά, η εμπλοκή του ζευγαριού και οι διαφοροποιήσεις στην εμπειρία υπογραμμίζουν τη σημασία της προσέγγισης που λαμβάνει υπόψη τόσο τις κοινές όσο και τις ατομικές ανάγκες, προσδοκίες και εμπειρίες των μελών του ζευγαριού, προκειμένου να ενισχυθεί η ασθενοκεντρική φροντίδα και να βελτιωθεί η συνολική αντίληψη ποιότητας των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Διοικητικοί και οργανωτικοί παράγοντες

Τα οργανωτικά και κλινικά χαρακτηριστικά της φροντίδας στη διαδικασία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προσεγγίζονται σε περιορισμένο βαθμό, καθώς ο σχεδιασμός της μελέτης επικεντρώνεται κυρίως στην επικοινωνία εντός της ιατρικής επίσκεψης. Παρέχονται βασικές πληροφορίες για το κλινικό πλαίσιο και τη δομή των επισκέψεων, χωρίς εκτενή ανάλυση οργανωτικών παραμέτρων, όπως η λειτουργία της κλινικής, οι χρόνοι αναμονής, η διαθεσιμότητα ψυχολογικής υποστήριξης ή οι ευρύτερες δομές παροχής φροντίδας. Παρ' όλα αυτά, οι συγγραφείς αναγνωρίζουν ότι οι οργανωτικοί και κλινικοί παράγοντες ενδέχεται να επηρεάζουν έμμεσα την ποιότητα της επικοινωνίας, την εμπειρία και την

ικανοποίηση των ασθενών, επισημαίνοντας ότι η απουσία συστηματικής ανάλυσής τους αποτελεί περιορισμό και πεδίο για μελλοντική έρευνα (Borghini et al., 2019).

Σύμφωνα με τους ασθενείς, η επίδραση διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων (IUI, IVF, IVF-ultralong) οδηγεί στην υψηλή ικανοποίηση ανεξαρτήτως τύπου θεραπείας, ενώ συνδέεται στενά με τα αποτελέσματα και όχι αποκλειστικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά καθυστερημένα. Η οργανωτική διάσταση αποτυπώνεται μέσα από τη συσχέτιση που καταγράφεται μεταξύ της πορείας της θεραπείας και της αντίληψης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα δεδομένα δείχνουν ότι στοιχεία που σχετίζονται με τη διαχείριση των διαδικασιών και οι προσδοκίες των ασθενών ως προς την έκβαση της θεραπείας συνδέονται με διαφορετικές εκφάνσεις της εμπειρίας φροντίδας (Van der Houwen et al., 2014). Παράγοντες σε επίπεδο κλινικής, όπως η ύπαρξη ειδικών ωρών συμβουλευτικής γονιμότητας και η παρουσία εκπαιδευμένων νοσηλευτριών/μαιών γονιμότητας, φάνηκε να σχετίζονται με πιο θετικές εμπειρίες και υψηλότερη ικανοποίηση, υπογραμμίζοντας τη σημασία οργανωτικών στοιχείων που ενισχύουν την προσβασιμότητα, την ενημέρωση και τη συνοχή στη φροντίδα (Mourad et al., 2010).

Στη μελέτη των Schmidt και συνεργατών, οι ασθενείς δήλωσαν ότι η ικανοποίηση συνδέεται με θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα, όπως η εγκυμοσύνη ή η γέννηση. Παράλληλα, η ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών και η συνολική υποστήριξη του ζευγαριού, συνέβαλλαν θετικά στη συνολική ικανοποίηση (Schmidt et al., 2003). Παράγοντες όπως η συνέπεια στην παροχή υπηρεσιών, η δομή των διαδικασιών των ραντεβού και η λειτουργική οργάνωση της κλινικής φροντίδας δεν παράγουν διακριτά αποτελέσματα ανά φύλο, καθώς η εμπειρία των υπηρεσιών αξιολογείται συνολικά θετικά και ισοδύναμα (Huppelschoten et al., 2013).

Η ανάλυση των δεδομένων καταδεικνύει γενικά υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τις φυσικές συνθήκες και την πρόσβαση στη φροντίδα, όπως η γεωγραφική προσβασιμότητα και οι υποδομές των χώρων εξέτασης και αναμονής, με μέσους δείκτες που δείχνουν γενική ικανοποίηση των συμμετεχόντων. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας αξιολογούν κάποιες πτυχές λιγότερο θετικά σε σχέση με τους ασθενείς, ιδίως την ανθρώπινη διάσταση της φροντίδας, υποδηλώνοντας πιθανή απόκλιση ανάμεσα στην αντίληψη των παρόχων και των ληπτών φροντίδας. Επιπλέον, παράγοντες όπως ο αριθμός κύκλων θεραπείας, το επίπεδο εκπαίδευσης και το εισόδημα των ασθενών επηρέασαν διαφορετικά τους δείκτες ικανοποίησης των ασθενών. Επίσης, τόσο οι κλινικές διαδικασίες όσο και οι οργανωτικές παράμετροι, όπως συνέπεια, συνοχή υπηρεσιών και διαθεσιμότητα συμβουλευτικής υποστήριξης, επηρέασαν την εμπειρία των ασθενών (Gonen, 2016).

Παράγοντες όπως ο οικονομικός φόρτος, η πολυπλοκότητα της χρηματοδότησης, η αυτοχορήγηση ενέσιμων φαρμάκων και η γενική πολυπλοκότητα της διαδικασίας ART επηρεάζουν αρνητικά την εμπειρία των ασθενών στην έρευνα των Li και συνεργατών, ενώ η ύπαρξη στερεής σχέσης με τον πάροχο και η συνεργατική λήψη αποφάσεων μείωσαν το διοικητικό και οργανωτικό άγχος. Η διαχείριση χρόνου, η σαφήνεια καθοδήγησης και η υποστήριξη στα στάδια της θεραπείας διαμόρφωσαν την εμπειρία των ασθενών από τις υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Li et al., 2025).

Η μελέτη Shandley et al., 2020, εντοπίζει πολλούς επεξεργάσιμους παράγοντες σε επίπεδο κλινικής που συνδέονται με θετική εμπειρία πέρα από τα επικοινωνιακά στοιχεία. Σύμφωνα με την έρευνα των Shandley και συνεργατών, η ικανοποίηση με τη διαδικασία τιμολόγησης, οι συντομότεροι χρόνοι αναμονής και η ευκολία προγραμματισμού ραντεβού αύξησαν την πιθανότητα θετικής εμπειρίας φροντίδας. Οι ασθενείς δήλωσαν ότι οι λειτουργικοί παράγοντες των υπηρεσιών παίζουν ρόλο για τη συνολική αντίληψη ποιότητας, παράλληλα με την κλινική αποτελεσματικότητα και την επικοινωνία (Shandley et al., 2020).

Οι επαγγελματίες αξιολογούν ότι η προσβασιμότητα και η οργάνωση των υπηρεσιών έχουν μεγαλύτερο περιθώριο βελτίωσης σε σχέση με άλλες πτυχές της ασθενοκεντρικής φροντίδας, ενώ η αυτοαξιολόγηση με το PCQ I δείχνει ότι οι διαστάσεις που συνδέονται με την οργάνωση φροντίδας και τη συνέπεια στη ροή υπηρεσιών έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες, υποδεικνύοντας ότι οι ίδιοι οι πάροχοι θεωρούν ότι αυτοί οι παράγοντες δεν υποστηρίζονται επαρκώς σε σχέση με τα επικοινωνιακά στοιχεία. Παράλληλα, παρότι η πρόσβαση στην υπηρεσία ήταν η διάσταση με τη χαμηλότερη ικανοποίηση, άλλες οργανωτικές παράμετροι, όπως η συνέπεια στη θεραπεία, η παροχή πληροφοριών και η συνολική οργάνωση της διαδικασίας θεραπείας, επηρέασαν σημαντικά την εμπειρία φροντίδας (Harzif et al., 2020).

Συζήτηση

Η παρούσα συζήτηση επιχειρεί να ερμηνεύσει τα ευρήματα των μελετών που εξετάζουν την εμπειρία και την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, εστιάζοντας σε τέσσερις αλληλένδετες διαστάσεις: την ποιότητα της επικοινωνίας και την ασθενοκεντρική προσέγγιση, τη συναισθηματική υποστήριξη και την ψυχολογική εμπειρία των ασθενών, την εμπλοκή του ζευγαριού και τις διαφοροποιήσεις εμπειρίας μεταξύ των μελών του, καθώς και τα οργανωτικά και κλινικά χαρακτηριστικά της φροντίδας. Η ενοποιητική ανάλυση των αποτελεσμάτων αναδεικνύει ότι η εμπειρία της υπογονιμότητας και η πορεία μέσα στη θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν

καθορίζονται αποκλειστικά από την κλινική αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, αλλά συγκροτούνται εντός ενός σύνθετου και πολυδιάστατου πλαισίου. Στο πλαίσιο αυτό, δομικοί παράγοντες, χαρακτηριστικά των διαδικασιών φροντίδας και θεραπευτικά αποτελέσματα συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν δυναμικά, διαμορφώνοντας συνολικά την εμπειρία των ασθενών, όπως αυτή ερμηνεύεται μέσα από το θεωρητικό υπόδειγμα του Donabedian.

Στο επίπεδο της διαδικασίας φροντίδας, η ποιότητα της επικοινωνίας αναδεικνύεται σταθερά ως θεμελιώδης παράγοντας της εμπειρίας των ασθενών. Οι μελέτες δείχνουν ότι η σαφής, κατανοητή και προσαρμοσμένη παροχή πληροφοριών, η δυνατότητα των ασθενών να εκφράζουν απορίες και ανησυχίες και η ενεργός συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας. Η επικοινωνία λειτουργεί όχι μόνο ως μέσο μετάδοσης ιατρικών πληροφοριών, αλλά και ως βασικός μηχανισμός μέσω του οποίου οι ασθενείς αξιολογούν αν η φροντίδα που λαμβάνουν είναι πράγματι ασθενοκεντρική. Η αίσθηση ότι ο επαγγελματίας υγείας ακούει, κατανοεί και λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές ανάγκες και προτιμήσεις του ασθενούς ενισχύει την αντίληψη σεβασμού και ενδυναμώνει τη θεραπευτική σχέση, στοιχεία που αποτελούν κεντρικούς άξονες της ασθενοκεντρικής φροντίδας.

Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με προηγούμενη βιβλιογραφία στον χώρο της αναπαραγωγικής ιατρικής, η οποία υπογραμμίζει ότι η επικοινωνία υψηλής ποιότητας μπορεί να μετριάσει την αβεβαιότητα και το άγχος που συνοδεύουν τη θεραπεία υπογονιμότητας. Παράλληλα, η επικοινωνία φαίνεται να διαμεσολαβεί την επίδραση άλλων παραγόντων, όπως τα οργανωτικά χαρακτηριστικά ή ακόμη και τα θεραπευτικά αποτελέσματα, στην τελική αξιολόγηση της φροντίδας. Με άλλα λόγια, ακόμη και σε περιπτώσεις αρνητικής έκβασης, μια επικοινωνιακά επαρκής και υποστηρικτική προσέγγιση μπορεί να διατηρήσει σχετικά υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, γεγονός που αναδεικνύει τη στρατηγική σημασία της επικοινωνίας ως στοιχείου της διαδικασίας φροντίδας.

Στενά συνδεδεμένη με την επικοινωνία είναι η διάσταση της συναισθηματικής υποστήριξης και της ψυχολογικής εμπειρίας των ασθενών. Η υπογονιμότητα αποτελεί μια κατάσταση με έντονο συναισθηματικό φορτίο, που συχνά συνοδεύεται από άγχος, θλίψη, απογοήτευση και αίσθηση απώλειας ελέγχου. Οι μελέτες που εξετάζονται καταδεικνύουν ότι η αναγνώριση και η επικύρωση αυτών των συναισθημάτων από τους επαγγελματίες υγείας συνδέεται με θετικότερες αξιολογήσεις της φροντίδας και με μειωμένη ψυχολογική επιβάρυνση. Η συναισθηματική υποστήριξη δεν περιορίζεται σε τυπικές εκφράσεις κατανόησης, αλλά περιλαμβάνει την ουσιαστική ενσυναίσθηση, τη διαθεσιμότητα για

συζήτηση δύσκολων θεμάτων και τη δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου μέσα στο οποίο οι ασθενείς μπορούν να εκφράσουν φόβους και προσδοκίες.

Ωστόσο, τα ευρήματα δείχνουν ότι η συναισθηματική διάσταση της φροντίδας δεν είναι πάντα συστηματικά ενσωματωμένη στις υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Συχνά παραμένει εξαρτημένη από τις ατομικές δεξιότητες και στάσεις των επαγγελματιών υγείας, παρά από θεσμοθετημένες δομές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Αυτό το στοιχείο συνιστά κρίσιμο σημείο συζήτησης, καθώς υποδηλώνει ένα κενό στο επίπεδο της δομής της φροντίδας, σύμφωνα με το μοντέλο Donabedian. Η απουσία οργανωμένων μηχανισμών ψυχολογικής υποστήριξης μπορεί να περιορίζει την ικανότητα των υπηρεσιών να ανταποκριθούν επαρκώς στις σύνθετες ανάγκες των ασθενών, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις επαναλαμβανόμενων αποτυχιών ή μακροχρόνιας θεραπείας.

Η εμπλοκή του ζευγαριού αποτελεί μια ακόμη κρίσιμη διάσταση της εμπειρίας φροντίδας, η οποία αναδεικνύει την κοινωνική και σχεσιακή φύση της υπογονιμότητας. Αν και η θεραπεία συχνά επικεντρώνεται βιοϊατρικά στο σώμα της γυναίκας, τα ευρήματα δείχνουν ότι η εμπειρία της φροντίδας αφορά το ζευγάρι ως σύνολο. Παρά ταύτα, η εμπλοκή και η εμπειρία των δύο μελών δεν είναι πάντα ισότιμες. Οι γυναίκες εμφανίζονται συχνότερα πιο ενεργές στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και πιο εμπλεκόμενες στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, γεγονός που αντανακλά τόσο τη βιολογική διάσταση της θεραπείας όσο και κοινωνικούς ρόλους και προσδοκίες. Οι άνδρες, από την άλλη πλευρά, ενδέχεται να βιώνουν τη διαδικασία πιο περιφερειακά, γεγονός που σε ορισμένες μελέτες συνδέεται με χαμηλότερη ικανοποίηση και αυξημένη πιθανότητα διακοπής ή αλλαγής κλινικής.

Η διαφοροποίηση αυτή υπογραμμίζει την ανάγκη να αντιμετωπίζεται το ζευγάρι όχι ως ομοιογενής μονάδα, αλλά ως δύο άτομα με ενδεχομένως διαφορετικές ανάγκες, προσδοκίες και στρατηγικές αντιμετώπισης. Αν και ορισμένες μελέτες δεν εντοπίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις ανδρών και γυναικών για την ποιότητα της φροντίδας, η ποιοτική ανάλυση υποδηλώνει ότι υπάρχουν λεπτές αλλά ουσιαστικές διαφοροποιήσεις στον τρόπο με τον οποίο βιώνεται η θεραπεία. Η αναγνώριση αυτών των διαφοροποιήσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ανάπτυξη ασθενοκεντρικών παρεμβάσεων που θα περιλαμβάνουν ενεργά και τα δύο μέλη του ζευγαριού, ενισχύοντας την αίσθηση συμμετοχής και υποστήριξης.

Στο επίπεδο της δομής και της οργάνωσης της φροντίδας, τα ευρήματα δείχνουν ότι τα οργανωτικά και κλινικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν σημαντικά την εμπειρία των

ασθενών, έστω και έμμεσα. Παράγοντες όπως η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, η ευκολία προγραμματισμού ραντεβού, οι χρόνοι αναμονής, η σαφήνεια στη διαδικασία τιμολόγησης και η διαθεσιμότητα εξειδικευμένου προσωπικού συνδέονται με υψηλότερη ικανοποίηση. Αν και πολλές μελέτες δεν εστιάζουν αποκλειστικά σε αυτές τις παραμέτρους, τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η οργανωτική ποιότητα λειτουργεί ως υπόβαθρο πάνω στο οποίο αναπτύσσεται η επικοινωνιακή και συναισθηματική εμπειρία.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η διαπίστωση ότι η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται στενά με τα θεραπευτικά αποτελέσματα, όπως η επίτευξη εγκυμοσύνης. Αυτό το εύρημα εγείρει κρίσιμα ερωτήματα σχετικά με τον τρόπο αξιολόγησης της ποιότητας φροντίδας, καθώς υποδηλώνει ότι οι ασθενείς τείνουν να ερμηνεύουν αναδρομικά την εμπειρία τους υπό το πρίσμα της έκβασης. Στο πλαίσιο του μοντέλου Donabedian, η έκβαση επηρεάζει σαφώς την αντίληψη της διαδικασίας και της δομής, γεγονός που καθιστά αναγκαία την προσεκτική ερμηνεία των δεικτών ικανοποίησης. Η υψηλή ικανοποίηση σε περιπτώσεις θετικής έκβασης δεν αναιρεί την ανάγκη βελτίωσης των οργανωτικών και διαδικαστικών στοιχείων, ιδιαίτερα για τους ασθενείς που δεν επιτυγχάνουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Επιπλέον, τα ευρήματα αναδεικνύουν μια ενδιαφέρουσα απόκλιση μεταξύ της αντίληψης των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, ιδιαίτερα όσον αφορά τα οργανωτικά χαρακτηριστικά της φροντίδας. Οι επαγγελματίες τείνουν να αξιολογούν πιο κριτικά την προσβασιμότητα και τη συνοχή των υπηρεσιών, υποδεικνύοντας τομείς που χρήζουν βελτίωσης. Αυτή η απόκλιση μπορεί να ερμηνευθεί ως ένδειξη επαγγελματικής επίγνωσης των δομικών περιορισμών του συστήματος, αλλά και ως ευκαιρία για στοχευμένες παρεμβάσεις που θα ενισχύσουν την ποιότητα φροντίδας τόσο από την πλευρά των παρόχων όσο και των ληπτών.

Συνοψίζοντας, τα ευρήματα δείχνουν ότι η εμπειρία των ασθενών στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αποτελεί προϊόν μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ δομής, διαδικασίας και έκβασης της φροντίδας. Η ποιότητα της επικοινωνίας και η ασθενοκεντρική προσέγγιση, η επαρκής συναισθηματική υποστήριξη, η ουσιαστική εμπλοκή του ζευγαριού και η αποτελεσματική οργανωτική και κλινική δομή συνιστούν αλληλοσυμπληρούμενες διαστάσεις που καθορίζουν την εμπειρία και την ικανοποίηση των ασθενών. Η ενίσχυση αυτών των στοιχείων, μέσα από μια ολιστική και συστηματική προσέγγιση, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και στην ευθυγράμμισή τους με τις αρχές της σύγχρονης ασθενοκεντρικής φροντίδας.

Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της εμπειρίας και της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αναλύοντας τον ρόλο της ποιότητας της επικοινωνίας, της συναισθηματικής υποστήριξης, της εμπλοκής του ζευγαριού και των οργανωτικών και κλινικών χαρακτηριστικών της φροντίδας. Μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και τη σύνθεση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, η εργασία ανέδειξε ότι η εμπειρία της φροντίδας στην υπογονιμότητα αποτελεί ένα πολυδιάστατο και σύνθετο φαινόμενο, το οποίο δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά με βάση την κλινική αποτελεσματικότητα ή την τεχνική ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Βασικό συμπέρασμα της παρούσας εργασίας αποτελεί το γεγονός ότι η ικανοποίηση των ασθενών στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν προκύπτει ως μεμονωμένο αποτέλεσμα, αλλά συγκροτείται μέσω της αλληλοσυσχέτισης και της αμοιβαίας επίδρασης δομικών χαρακτηριστικών, στοιχείων της διαδικασίας φροντίδας και θεραπευτικών εκβάσεων, ευθυγραμμιζόμενη πλήρως με τις αρχές και τη λογική του θεωρητικού πλαισίου του Donabedian. Η δομή της φροντίδας, που περιλαμβάνει την οργάνωση των υπηρεσιών, την προσβασιμότητα, τη διαθεσιμότητα εξειδικευμένου προσωπικού και τις υλικοτεχνικές υποδομές, δημιουργεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο εκτυλίσσεται η θεραπευτική διαδικασία. Η διαδικασία της φροντίδας, με έμφαση στην επικοινωνία, την ασθενοκεντρική προσέγγιση και τη συναισθηματική υποστήριξη, καθορίζει την καθημερινή εμπειρία των ασθενών. Τέλος, η έκβαση της θεραπείας, και ιδιαίτερα η επίτευξη ή μη εγκυμοσύνης, επηρεάζει σημαντικά την αναδρομική αξιολόγηση της συνολικής εμπειρίας και της ποιότητας της φροντίδας.

Ένα από τα πιο σαφή συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση είναι ο καθοριστικός ρόλος της ποιότητας της επικοινωνίας στη διαμόρφωση της εμπειρίας των ασθενών. Η σαφήνεια της πληροφόρησης, η δυνατότητα διαλόγου, η ενεργός συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η αίσθηση ότι οι επαγγελματίες υγείας ακούν και σέβονται τις ανάγκες των ασθενών συνδέονται συστηματικά με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Η επικοινωνία δεν λειτουργεί απλώς ως μέσο μετάδοσης ιατρικών δεδομένων, αλλά ως βασικός δείκτης ασθενοκεντρικής φροντίδας και ως μηχανισμός οικοδόμησης εμπιστοσύνης στη θεραπευτική σχέση. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνει τη διεθνή βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της ποιοτικής

υγειονομικής φροντίδας, ιδιαίτερα σε πεδία με υψηλό συναισθηματικό φορτίο, όπως η υπογονιμότητα.

Παράλληλα, η εργασία καταδεικνύει ότι η συναισθηματική υποστήριξη και η ψυχολογική εμπειρία των ασθενών αποτελούν κρίσιμες αλλά συχνά λιγότερο ορατές διαστάσεις της φροντίδας. Η υπογονιμότητα και οι διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συνοδεύονται από έντονο άγχος, αβεβαιότητα και συναισθηματική επιβάρυνση, τα οποία επηρεάζουν βαθιά την αντίληψη των ασθενών για τη φροντίδα που λαμβάνουν. Η αναγνώριση αυτής της συναισθηματικής διάστασης, είτε μέσα από ενσυναισθητική επικοινωνία είτε μέσω οργανωμένων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, συνδέεται με θετικότερες εμπειρίες και με μεγαλύτερη ανθεκτικότητα των ασθενών στη διάρκεια της θεραπείας. Ωστόσο, ένα σημαντικό συμπέρασμα της εργασίας είναι ότι η συναισθηματική υποστήριξη συχνά παραμένει αποσπασματική και εξαρτημένη από τις ατομικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, παρά από θεσμοθετημένες δομές εντός των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και το συμπέρασμα που αφορά την εμπλοκή του ζευγαριού στη φροντίδα. Η εργασία ανέδειξε ότι, αν και η υπογονιμότητα βιώνεται ως κοινή εμπειρία, η συμμετοχή και η εμπειρία των δύο μελών του ζευγαριού δεν είναι πάντοτε ισότιμες. Οι γυναίκες εμφανίζονται συχνότερα πιο ενεργές στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και πιο κεντρικές στη θεραπευτική διαδικασία, γεγονός που αντανακλά τόσο τη βιολογική διάσταση της θεραπείας όσο και κοινωνικούς ρόλους και προσδοκίες. Οι άνδρες, από την άλλη πλευρά, ενδέχεται να βιώνουν τη διαδικασία πιο περιφερειακά, με αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης ή διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Το συμπέρασμα αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για μια πραγματικά ζευγαροκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα υπογονιμότητας, η οποία θα αναγνωρίζει και θα ενσωματώνει ενεργά τις ανάγκες και των δύο μελών.

Σημαντικά συμπεράσματα προκύπτουν επίσης σε σχέση με τα οργανωτικά και κλινικά χαρακτηριστικά της φροντίδας. Αν και πολλές μελέτες εστιάζουν κυρίως στην επικοινωνία και στη διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας, τα δεδομένα δείχνουν ότι παράγοντες όπως η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, οι χρόνοι αναμονής, η σαφήνεια στη διαδικασία τιμολόγησης, η ευκολία προγραμματισμού ραντεβού και η συνοχή των υπηρεσιών επηρεάζουν ουσιαστικά την εμπειρία των ασθενών. Η οργανωτική ποιότητα λειτουργεί ως υπόβαθρο που μπορεί είτε να ενισχύσει είτε να υπονομεύσει την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας και της συναισθηματικής υποστήριξης. Έτσι, ακόμη και οι επαγγελματίες υγείας με υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης και επικοινωνιακά

επαρκείς, δυσκολεύονται να προσφέρουν υψηλής ποιότητας εμπειρία φροντίδας μέσα σε ένα οργανωτικά δυσλειτουργικό πλαίσιο.

Ένα ακόμη κρίσιμο συμπέρασμα αφορά τη σχέση μεταξύ θεραπευτικών αποτελεσμάτων και ικανοποίησης. Η εργασία ανέδειξε ότι η επίτευξη εγκυμοσύνης συνδέεται συχνά με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ασθενείς τείνουν να αξιολογούν συνολικά τη φροντίδα μέσα από το πρίσμα της έκβασης. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για προσεκτική ερμηνεία των δεικτών ικανοποίησης και για ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης που θα λαμβάνουν υπόψη την εμπειρία της φροντίδας ανεξάρτητα από το τελικό αποτέλεσμα. Η διάκριση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική σε ένα πεδίο όπου η αποτυχία της θεραπείας αποτελεί συχνή και αναμενόμενη πιθανότητα.

Συνολικά, τα συμπεράσματα της εργασίας καταδεικνύουν ότι η ποιότητα της φροντίδας στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν μπορεί να προσεγγιστεί μονοδιάστατα. Αντιθέτως, απαιτεί μια ολιστική θεώρηση που θα συνδυάζει την κλινική αποτελεσματικότητα με την ασθενοκεντρική επικοινωνία, τη συναισθηματική υποστήριξη, την ουσιαστική εμπλοκή του ζευγαριού και την αποτελεσματική οργανωτική δομή των υπηρεσιών. Η ενσωμάτωση των αρχών της συναισθηματικής νοημοσύνης και της ενσυναίσθησης στην καθημερινή κλινική πρακτική αναδεικνύεται ως καθοριστικός παράγοντας για τη βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών και για την ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Καταληκτικά, η εργασία συμβάλλει στη βαθύτερη κατανόηση της εμπειρίας των ασθενών στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και υπογραμμίζει ότι η βελτίωση της ποιότητας φροντίδας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τεχνολογικές ή ιατρικές εξελίξεις, αλλά και από την ενίσχυση των ανθρώπινων, επικοινωνιακών και οργανωτικών διαστάσεων της υγειονομικής περίθαλψης. Τα συμπεράσματα αυτά μπορούν να αποτελέσουν βάση για την ανάπτυξη πιο ολοκληρωμένων, ασθενοκεντρικών και συναισθηματικά ευαίσθητων μοντέλων φροντίδας, τα οποία ανταποκρίνονται ουσιαστικά στις σύνθετες ανάγκες των ατόμων και των ζευγαριών που βιώνουν την εμπειρία της υπογονιμότητας.

Περιορισμοί της μελέτης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα και πρακτικές εφαρμογές

Παρά τη συστηματική προσέγγιση και την εκτενή ανάλυση της διεθνούς βιβλιογραφίας, η παρούσα εργασία υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων και τη γενίκευση των συμπερασμάτων. Η αναγνώριση

των περιορισμών αυτών δεν μειώνει την αξία της μελέτης, αλλά αντίθετα ενισχύει τη μεθοδολογική της διαφάνεια και προσφέρει ένα σαφές πλαίσιο για τη χάραξη κατευθύνσεων μελλοντικής έρευνας και βελτίωσης της κλινικής πρακτικής.

Ένας βασικός περιορισμός της εργασίας σχετίζεται με τη φύση της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε. Η μελέτη βασίστηκε σε δευτερογενή ανάλυση δεδομένων μέσω συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, χωρίς συλλογή πρωτογενών ποσοτικών ή ποιοτικών δεδομένων. Αν και η προσέγγιση αυτή επιτρέπει τη σύνθεση ευρημάτων από διαφορετικά ερευνητικά πλαίσια και πληθυσμούς, περιορίζει τη δυνατότητα ελέγχου των αρχικών μεθοδολογικών επιλογών των επιμέρους μελετών, όπως ο σχεδιασμός της έρευνας, τα εργαλεία μέτρησης και τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Κατά συνέπεια, τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό τις υποθέσεις, τους περιορισμούς και τις ενδεχόμενες μεροληψίες των πρωτογενών ερευνών.

Επιπλέον, σημαντικός περιορισμός αφορά την ετερογένεια των μελετών που συμπεριλήφθηκαν. Οι έρευνες διαφέρουν ως προς το πολιτισμικό και υγειονομικό πλαίσιο στο οποίο διεξήχθησαν, τον τύπο των μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, τις θεραπευτικές μεθόδους, καθώς και τα εργαλεία αξιολόγησης της εμπειρίας και της ικανοποίησης των ασθενών. Η διαφοροποίηση αυτή καθιστά δύσκολη τη σύγκριση των αποτελεσμάτων και περιορίζει τη δυνατότητα εξαγωγής γενικεύσιμων συμπερασμάτων. Ιδιαίτερα οι πολιτισμικές διαφορές φαίνεται να επηρεάζουν την αντίληψη της φροντίδας, την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και τον ρόλο του συντρόφου στη θεραπευτική διαδικασία, στοιχεία που δεν είναι πάντα επαρκώς ελεγχόμενα στις πρωτογενείς μελέτες.

Ένας ακόμη περιορισμός σχετίζεται με τον τρόπο αποτύπωσης της εμπλοκής του ζευγαριού και των διαφοροποιήσεων εμπειρίας μεταξύ των μελών του. Στην πλειονότητα των μελετών, η αξιολόγηση της εμπειρίας βασίζεται σε αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια, τα οποία, αν και ευρέως χρησιμοποιούμενα, ενδέχεται να επηρεάζονται από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις, συναισθηματική φόρτιση ή από το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας, όπως η επίτευξη ή μη εγκυμοσύνης. Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις, τα δεδομένα αναλύονται σε επίπεδο ζεύγους ή συνολικής εμπειρίας, χωρίς επαρκή διαχωρισμό των οπτικών ανδρών και γυναικών, γεγονός που περιορίζει την εις βάθος κατανόηση των διαφοροποιήσεων εμπειρίας εντός του ζευγαριού.

Σημαντικός περιορισμός αφορά επίσης την περιορισμένη εστίαση στον ρόλο του άνδρα στη θεραπεία υπογονιμότητας. Παρότι η βιβλιογραφία αναγνωρίζει ολοένα και περισσότερο τη σημασία της εμπειρίας του άνδρα, πολλές μελέτες εξακολουθούν να

επικεντρώνονται κυρίως στη γυναίκα ως κύριο αποδέκτη της φροντίδας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή εκπροσώπηση των ανδρικών εμπειριών, αναγκών και προσδοκιών, καθώς και την περιορισμένη κατανόηση των λόγων για τους οποίους οι άνδρες ενδέχεται να εμφανίζουν χαμηλότερη ικανοποίηση ή διαφορετικά μοτίβα εμπλοκής στη θεραπευτική διαδικασία.

Παράλληλα, η έμφαση που δίνεται στα θεραπευτικά αποτελέσματα, και ιδίως στην επίτευξη εγκυμοσύνης, ενδέχεται να λειτουργεί ως συγχυτικός παράγοντας στην αξιολόγηση της εμπειρίας φροντίδας. Πολλές μελέτες καταδεικνύουν ότι η επιτυχία της θεραπείας σχετίζεται με πιο θετικές αξιολογήσεις της επικοινωνίας, της συναισθηματικής υποστήριξης και της συνολικής ποιότητας φροντίδας. Ωστόσο, η σχέση αυτή δυσχεραίνει τη διάκριση μεταξύ της αντικειμενικής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της υποκειμενικής αντίληψης των ασθενών, η οποία επηρεάζεται από το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας.

Λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω περιορισμούς, προκύπτουν σαφείς κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα. Αρχικά, κρίνεται αναγκαία η διεξαγωγή πρωτογενών ερευνών με συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων, οι οποίες θα επιτρέψουν την εις βάθος διερεύνηση της εμπειρίας τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών. Οι ποιοτικές προσεγγίσεις, όπως οι εις βάθος συνεντεύξεις και οι ομάδες εστίασης, μπορούν να αναδείξουν πτυχές της εμπειρίας που δεν αποτυπώνονται επαρκώς μέσω τυποποιημένων ερωτηματολογίων, όπως τα συναισθήματα, οι προσδοκίες και οι δυναμικές της σχέσης του ζευγαριού.

Επιπλέον, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εστιάσουν συστηματικά στη συγκριτική ανάλυση των εμπειριών των δύο μελών του ζευγαριού, εξετάζοντας τόσο τις ομοιότητες όσο και τις διαφορές στις αντιλήψεις τους για την ποιότητα της φροντίδας, την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Ιδιαίτερη σημασία έχει η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη χαμηλότερη ικανοποίηση των ανδρών και τη σχέση της με τη συμμόρφωση στη θεραπεία, τη διακοπή της φροντίδας ή την αλλαγή κλινικής μονάδας.

Ένα ακόμη σημαντικό πεδίο μελλοντικής έρευνας αφορά τον ρόλο της συναισθηματικής νοημοσύνης, της ενσυναίσθησης και της ενσυνειδητότητας των επαγγελματιών υγείας στην εμπειρία του ζευγαριού. Παρότι η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση και την ασθενοκεντρική φροντίδα, απαιτούνται περισσότερες εμπειρικές μελέτες που να εξετάζουν άμεσα τη

συσχέτισή τους με συγκεκριμένα αποτελέσματα, όπως η εμπιστοσύνη στη θεραπευτική ομάδα, η μείωση του άγχους και η ενίσχυση της ενεργού συμμετοχής του ζευγαριού.

Σε πρακτικό επίπεδο, τα ευρήματα της παρούσας εργασίας αναδεικνύουν την ανάγκη ενσωμάτωσης μιας πραγματικά ζευγοκεντρικής προσέγγισης στις υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αναγνωρίζουν ότι το ζευγάρι δεν αποτελεί μια ομοιογενή μονάδα, αλλά δύο άτομα με ενδεχομένως διαφορετικές ανάγκες, συναισθηματικές αντιδράσεις και προσδοκίες. Η συστηματική ενθάρρυνση της συμμετοχής και των δύο μελών στη συζήτηση, η ισότιμη παροχή πληροφοριών και η προσαρμογή της επικοινωνίας στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ατόμου μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της συνολικής εμπειρίας φροντίδας.

Παράλληλα, κρίνεται σκόπιμη η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, με έμφαση στις δεξιότητες επικοινωνίας, την ενσυναίσθηση και τη διαχείριση των συναισθηματικών αναγκών του ζευγαριού. Η ενίσχυση αυτών των δεξιοτήτων μπορεί να λειτουργήσει ως καταλύτης για την παροχή ποιοτικότερης, ασθενοκεντρικής φροντίδας, ανεξάρτητα από το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Συνολικά, παρά τους περιορισμούς της, η εργασία συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση της εμπειρίας των ζευγαριών στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και θέτει τις βάσεις για περαιτέρω ερευνητική και κλινική εμβάθυνση. Η συστηματική αναγνώριση των περιορισμών και η διατύπωση σαφών προτάσεων ενισχύουν την επιστημονική εγκυρότητα της μελέτης και αναδεικνύουν τη σημασία μιας ολιστικής, ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στη φροντίδα υπογονιμότητας.

Βιβλιογραφία

Adebisi OY, Singh M, Tobler KJ. Female Infertility. [Updated 2025 Nov 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556033/>

Agarwal, A., Baskaran, S., Parekh, N., Cho, C. L., Henkel, R., Vij, S., Arafa, M., Panner Selvam, M. K., & Shah, R. (2021). Male infertility. *Lancet (London, England)*, 397(10271), 319–333. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32667-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32667-2)

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human reproduction (Oxford, England)*, 22(6), 1506–1512. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>

Boivin, J., Domar, A. D., Shapiro, D. B., Wischmann, T. H., Fauser, B. C., & Verhaak, C. (2012). Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Human reproduction (Oxford, England)*, 27(4), 941–950. <https://doi.org/10.1093/humrep/der467>

Borghi, L., Leone, D., Poli, S., Becattini, C., Chelo, E., Costa, M., De Lauretis, L., Ferraretti, A. P., Filippini, C., Giuffrida, G., Livi, C., Luehwink, A., Palermo, R., Revelli, A., Tomasi, G., Tomei, F., & Vegni, E. (2019). Patient-centered communication, patient satisfaction, and retention in care in assisted reproductive technology visits. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 36(6), 1135–1142. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01466-1>

Chanouha, N., Thoeny, R., Summers, K., Zorn, A., Duran, H., & Schaa, K. (2025). Opportunities to optimize patient experience in the in vitro fertilization (IVF) clinic and the role of genetic counselors. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 42(1), 153–164. <https://doi.org/10.1007/s10815-024-03313-4>

Dancet, E. A., Van Empel, I. W., Rober, P., Nelen, W. L., Kremer, J. A., & D'Hooghe, T. M. (2011). Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human reproduction (Oxford, England)*, 26(4), 827–833. <https://doi.org/10.1093/humrep/der022>

Donabedian A. (1988). The quality of care. How can it be assessed?. *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

European Society of Human Reproduction and Embryology. (2023). ESHRE evidence-based guideline on unexplained infertility. <https://www.eshre.eu/guideline/UI>

- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human reproduction update*, 18(6), 652–669. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms031>
- Gonen, L.D. Satisfaction with in vitro fertilization treatment: patients' experiences and professionals' perceptions. *Fertil Res and Pract* 2, 6 (2016). <https://doi.org/10.1186/s40738-016-0019-4>
- Hart R. J. (2016). Physiological Aspects of Female Fertility: Role of the Environment, Modern Lifestyle, and Genetics. *Physiological reviews*, 96(3), 873–909. <https://doi.org/10.1152/physrev.00023.2015>
- Harzif, A. K., Shafira, N., Mariana, A., Lovita, B. T., Mutia, H. D., Maidarti, M., Pratama, G., & Wiweko, B. (2020). Communication and Respect for Patient Value as Significant Factors in Patient-Centered Infertility Care: A Survey of Patients' Experiences in Two Infertility Centers. *Journal of human reproductive sciences*, 13(1), 22–25. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_62_19
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment--short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human reproduction (Oxford, England)*, 21(12), 3295–3302. <https://doi.org/10.1093/humrep/del288>
- Huppelschoten, A. G., van Duijnhoven, N. T., van Bommel, P. F., Kremer, J. A., & Nelen, W. L. (2013). Do infertile women and their partners have equal experiences with fertility care?. *Fertility and sterility*, 99(3), 832–838. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.10.049>
- Kotler, P., Keller, K. L., Ang, S. H., Tan, C. T., & Leong, S. M. (2018). *Marketing management: an Asian perspective*. London: Pearson
- Krausz, C., & Riera-Escamilla, A. (2018). Genetics of male infertility. *Nature reviews. Urology*, 15(6), 369–384. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0003-3>
- Leone, D., Borghi, L., Del Negro, S., Becattini, C., Chelo, E., Costa, M., De Lauretis, L., Ferraretti, A. P., Giuffrida, G., Livi, C., Luehwink, A., Palermo, R., Revelli, A., Tomasi, G., Tomei, F., Filippini, C., & Vegni, E. (2018). Doctor-couple communication during assisted reproductive technology visits. *Human reproduction (Oxford, England)*, 33(5), 877–886. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey069>

Leslie SW, Soon-Sutton TL, Khan MAB. Male Infertility. [Updated 2024 Feb 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562258/>

Li, A., Scalise, A. L., Mayette, E., McGeorge, N., James, K., & Mahalingaiah, S. (2025). Considerations on optimizing the patient experience during assisted reproductive technology treatment: a qualitative analysis. *F&S reports*, 6(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.xfre.2025.01.002>

Liang, S., Chen, Y., Wang, Q., Chen, H., Cui, C., Xu, X., Zhang, Q., & Zhang, C. (2021). Prevalence and associated factors of infertility among 20-49 year old women in Henan Province, China. *Reproductive health*, 18(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01298-2>

Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing open*, 6(3), 1189–1196. <https://doi.org/10.1002/nop2.316>

Malina, A., Błaszkiwicz, A., & Owczarz, U. (2016). Psychosocial aspects of infertility and its treatment. *Ginekologia polska*, 87(7), 527–531. <https://doi.org/10.5603/GP.2016.0038>

Medina-Artom, T. R., & Adashi, E. Y. (2020). Patient-centered care in Israeli IVF units: divergent perceptions of patients and providers. *Israel journal of health policy research*, 9(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13584-020-00395-0>

Mourad, S. M., Nelen, W. L. D. M., Akkermans, R. P., Vollebergh, J. H. A., Grol, R. P. T. M., Hermens, R. P. M. G., & Kremer, J. A. M. (2010). Determinants of patients' experiences and satisfaction with fertility care. *Fertility and sterility*, 94(4), 1254–1260. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.07.990>

Nargund V. H. (2015). Effects of psychological stress on male fertility. *Nature reviews. Urology*, 12(7), 373–382. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2015.112>

Ng, J. H. Y., & Luk, B. H. K. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient education and counseling*, 102(4), 790–796. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>

Pathak, U. I., Gabrielsen, J. S., & Lipshultz, L. I. (2020). Cutting-Edge Evaluation of Male Infertility. *The Urologic clinics of North America*, 47(2), 129–138. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.12.001>

Redshaw, M., Hockley, C., & Davidson, L. L. (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human reproduction (Oxford, England)*, 22(1), 295–304. <https://doi.org/10.1093/humrep/del344>

Rothwell, E., Lamb, B., Johnson, E., Gurtcheff, S., Riches, N., Fagan, M., Sabatello, M., & Johnstone, E. (2020). Patient perspectives and experiences with in vitro fertilization and genetic testing options. *Therapeutic advances in reproductive health*, 14, 2633494119899942. <https://doi.org/10.1177/2633494119899942>

Schmidt, L., Holstein, B. E., Boivin, J., Tjørnhøj-Thomsen, T., Blaabjerg, J., Hald, F., Rasmussen, P. E., & Nyboe Andersen, A. (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human reproduction (Oxford, England)*, 18(12), 2638–2646. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg505>

Shandley, L. M., Hipp, H. S., Anderson-Bialis, J., Anderson-Bialis, D., Boulet, S. L., McKenzie, L. J., & Kawwass, J. F. (2020). Patient-centered care: factors associated with reporting a positive experience at United States fertility clinics. *Fertility and sterility*, 113(4), 797–810. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.12.040>

Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M., & Agarwal, A. (2013). Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reproductive biology and endocrinology : RB&E*, 11, 66. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-11-66>

Skakkebaek, N. E., Rajpert-De Meyts, E., Buck Louis, G. M., Toppari, J., Andersson, A. M., Eisenberg, M. L., Jensen, T. K., Jørgensen, N., Swan, S. H., Sapra, K. J., Ziebe, S., Priskorn, L., & Juul, A. (2016). Male Reproductive Disorders and Fertility Trends: Influences of Environment and Genetic Susceptibility. *Physiological reviews*, 96(1), 55–97. <https://doi.org/10.1152/physrev.00017.2015>

Streisfield A, Chowdhury N, Cherniak R, Shapiro H. Patient centered infertility care: The health care provider's perspective. *Patient Experience Journal*. 2015; 2(1):93-97. doi: 10.35680/2372-0247.1062.

van der Houwen, L. E., Schreurs, A. M., Schats, R., Lambalk, C. B., Hompes, P. G., & Mijatovic, V. (2014). Patient satisfaction concerning assisted reproductive technology treatments in moderate to severe endometriosis. *Gynecological endocrinology : the official*

Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology, 30(11), 798–803.
<https://doi.org/10.3109/09513590.2014.932341>

World Health Organization. (2025, November 28). Infertility [Fact sheet].
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Human reproduction* (Oxford, England), 32(9), 1786–1801. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>

Απούλα Όγλου, Μ., & Μπουναρτζή, Α. (2022). Υπογονιμότητα και μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αιγάλεω: Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Εργαστήριο Χημείας, Βιοχημείας, Κοσμητολογίας.

Γουρουντή, Κ. (2018). Συμβουλευτική στην υπογονιμότητα. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Κωνσταντάρας.

Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. (2026). Νομοθεσία. Ανακτήθηκε από <https://eaiya.gov.gr/νομοθεσία/>

Ζευγαδάκη, Ε., Κοτέτσης, Μ., & Ρούσα, Α. (2007). Υπογονιμότητα: Σχετίζεται η υπογονιμότητα και οι προσπάθειες αναζήτησης υποβοηθούμενης τεκνοποίησης με τη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών. Ηράκλειο: Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας. Ανάκτηση 2024