

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ-ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ**

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Γ. ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2002

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ-ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ**

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Γ. ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2002

Η παρούσα διδακτορική διατριβή έγινε ομόφωνα δεκτή από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στη συνεδρίαση της 27/11/2002 με βαθμό "ΑΡΙΣΤΑ".

ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

«Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών δε σημαίνει και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα.
(Σχετικές οι διατάξεις του άρθρου 50 του νόμου 1268/82, σε συνδυασμό με τις διατάξεις του Οργανισμού του Πανεπιστημίου Αθηνών, άρθρο 202, παράγραφος 2 του νόμου 5343).

ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

*Αφιερώνεται στη μνήμη του παππού μου,
να τον συντροφεύει στο μεγάλο του
ταξίδι προς τον δικό του Παράδεισο.*

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

**Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής
Επιβλέπουσα**

ΜΑΝΤΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

**Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής
Μέλος**

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

**Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής
Μέλος**

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής

ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής

ΚΑΚΛΑΜΑΝΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής

ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ ΛΥΚΟΥΡΓΟΣ

Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής

ΜΑΝΤΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής

ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής

ΜΠΟΝΑΤΣΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ

Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
1. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	16
1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	16
1.2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΑ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	20
1.2.1. Εννοιολογικά υποδείγματα και θεωρίες για την ποιότητα	20
1.2.2. Εννοιολογικά υποδείγματα και θεωρίες για την ικανοποίηση	25
1.3. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	45
1.3.1. Οι διαστάσεις της ποιότητας	45
1.3.1.1. Στον Τομέα των Υπηρεσιών	45
1.3.1.2. Στον Τομέα των Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας	47
1.3.2. Οι διαστάσεις της ικανοποίησης	49
1.4. ΟΙ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	57
1.4.1. Οι προσδοκίες του ασθενή	57
1.4.2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών	60
1.4.3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	65
1.4.4. Ο συνεντευκτής	65
1.4.5. Ο βαθμός εξάρτησης από την φροντίδα	66
1.4.6. Βαθμός χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας	66
1.4.7. Κοινωνικό-πολιτιστικές διαφορές	66
1.4.8. Ικανοποίηση από την ποιότητα της ζωής	67
1.4.9. Ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου	67
2. ΟΙ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	68
2.1. Η ποιοτική έρευνα	68
2.2. Οι κλίμακες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών και της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας	71
2.3. Η κλίμακα εκτίμησης της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο	79
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ ΜΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ	80
3.1. ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ	80
3.1.1. Προβλέπουσα εγκυρότητα	81
3.1.2. Συντρέχουσα εγκυρότητα	81
3.1.3. Εγκυρότητα περιεχομένου	81
3.1.4. Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής	82

3.1.4.1. Συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα	82
3.1.4.2. Εγκυρότητα με βάση την παραδοχή	83
3.2. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	83
3.2.1. Τα είδη της αξιοπιστίας της κλίμακας	84
3.2.2. Συντελεστής αξιοπιστίας Kuder-Richardson 21	84
3.2.3. Τι κλίμακα Likert πρέπει να χρησιμοποιήσω για να έχω μια καλή αξιοπιστία;	84
3.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	85
3.3.1. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	86
3.3.1.1. Διερευνητική παραγοντική ανάλυση	86
3.3.1.2. Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση	86
3.3.1.3. Μορφές παραγοντικής ανάλυσης	87
3.3.1.4. Κριτήρια για τον προσδιορισμό των παραγόντων	87
3.3.1.5. Η καταλληλότητα της δειγματοληψίας	89
3.3.1.6. Η στρέψη των αξόνων	89
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	
1. Ασθενείς και μέθοδος της ποιοτικής έρευνας	93
1.1. Οι ασθενείς της ποιοτικής έρευνας	93
1.2. Η μέθοδος της ποιοτικής έρευνας	94
1.3. Αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας	98
1.4. Ανάπτυξη της κλίμακας	103
ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	
1. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ	105
1.1. Οι ασθενείς της πιλοτικής μελέτης	105
1.2. Η μέθοδος της πιλοτικής μελέτης	106
1.3. Αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης	106
2. ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ	109
2.1. Το δείγμα των ασθενών	109
2.2. Η μέθοδος	113
2.2.1. Η δομή του ερωτηματολογίου	113
2.3. Στατιστική ανάλυση	116
2.4. Αποτελέσματα	118
2.4.1. Αξιοπιστία κλιμάκων	118
2.4.2. Παραγοντική ανάλυση	129
2.4.3. Εγκυρότητα	144
2.4.4. Γενικά περιγραφικά στοιχεία	149
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	246
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	268
SUMMARY.....	270
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	269
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	296

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η καταγραφή της άποψης του ασθενή αναφορικά με την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται στο χώρο του νοσοκομείου, αποτελεί ίσως την μοναδική «επιχειρησιακή» επιλογή στο σημερινό ανταγωνιστικό περιβάλλον. Η εστίαση του ενδιαφέροντος στην άποψη των ηλικιωμένων ασθενών, συνιστά μια εξειδίκευση της παραπάνω επιλογής η οποία αποκτά ιδιαίτερη αξία αν σκεφτούμε ότι είναι οι μοναδικοί ασθενείς που έχουν μια ολοκληρωμένη και διαχρονική εικόνα για την εξέλιξη του Συστήματος Περίθαλψης στη χώρα μας.

Η επικοινωνία με τον ηλικιωμένο ασθενή που συνιστά τον τελικό συντελεστή στην προσπάθεια προσέγγισης των εννοιών ποιότητα και ικανοποίηση, αποτελεί τις περισσότερες φορές μια ευχάριστη και συνάμα δύσκολη στην διαχείριση, συγκυρία. Ίσως αυτός ήταν και ο λόγος που υπάρχουν ελάχιστες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών, μια «παρατυπία» που θα την χαρακτηρίζαμε σοβαρή δεδομένου ότι είναι οι συχνότεροι χρήστες των υπηρεσιών φροντίδας υγείας ανά τον κόσμο δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού¹. Συνεπώς, η έρευνα που επικεντρώνεται στην καταγραφή των στάσεων των ηλικιωμένων ασθενών αναφορικά με την παρεχόμενη φροντίδα, έχει τα χαρακτηριστικά του *μαικηνισμού**, αφού εκπορεύεται από την πρόθεση «προστασίας» του δικαιώματος αυτών των ασθενών στην αξιολόγηση της φροντίδας και είναι μια προσπάθεια που αναζητά συναιτίους.

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα και την ποιότητα της φροντίδας όπως την εκλαμβάνει ο ίδιος ο ασθενής. Ελάχιστοι έχουν επιχειρήσει την σύζευξη των δυο εννοιών σε μια κλίμακα και την αναζήτηση συσχετίσεων. Ακόμη λιγότεροι είναι εκείνοι οι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με την εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει μέχρι σήμερα καμιά αντίστοιχη έρευνα, καθιστώντας πρόδηλη την ανάγκη για την ερευνητική μελέτη του θέματος.

Ο σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στο χώρο του νοσοκομείου. Οι επιμέρους γενικοί στόχοι είναι: (1) η ανάπτυξη ενός εννοιολογικού υποδείγματος, περιγραφικού του όρου «ικανοποίηση» και «εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας», (2) η ανάπτυξη και στάθμιση, σε όλη την Ελλάδα, μιας κεντρικής συζευκτικής κλίμακας η οποία εκτιμά: *την εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, την ποιότητα της φροντίδας όπως την εκλαμβάνει ο ίδιος ο ηλικιωμένος ασθενής, την εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας και την ικανοποίηση του από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*, (3) η αναζήτηση πιθανής συσχέτισης ανάμεσα στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και στο επίπεδο της ικανοποίησής τους, την εκπλήρωση των προσδοκιών τους και την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας και (4) η ταυτοποίηση των προβλεπτικών δεικτών της ικανοποίησης του ηλικιωμένου ασθενή, της εκπλήρωσης των προσδοκιών και της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας.

Η διδακτορική διατριβή, αποτελείται από δυο μέρη: το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος επιχειρείται μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και για την εκληφθείσα από τον ασθενή ποιότητα της φροντίδας, με ιδιαίτερη αναφορά στα εννοιολογικά υποδείγματα και θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να ορίσουν αυτές τις έννοιες και να αποτελέσουν τον θεμέλιο λίθο για την ανάπτυξη και στάθμιση μιας αξιόπιστης και έγκυρης κλίμακας. Αναφέρονται επίσης οι προβλεπτικοί δείκτες της ικανοποίησης των ασθενών.

* Μαικηνισμός είναι το έργο του Μαικήνα του πλουσίου δηλαδή προστάτη των λογίων και των καλλιτεχνών

Το ειδικό μέρος χωρίζεται σε δυο τμήματα: (1) την ποιοτική έρευνα και (2) την ποσοτική έρευνα, με την στάθμιση της κλίμακας που αναπτύχθηκε. Αναλυτικότερα, το ειδικό μέρος περιλαμβάνει:

- το δείγμα των ασθενών της έρευνας,
- την μεθοδολογία της,
- την στατιστική ανάλυση και
- τα αποτελέσματα.

Κλείνοντας αυτή τη σύντομη εισαγωγή, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όσους με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν στην εκπόνηση αυτής της διδακτορικής διατριβής.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Θεοδοσοπούλου Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής η οποία βοήθησε στην ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.

Θερμές ευχαριστίες εκφράζω στον κύριο Μαντά Ιωάννη, Καθηγητή και Πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής και στην κυρία Αποστολοπούλου Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια, οι οποίοι με ενθάρρυναν να διέλθω το θέμα της διατριβής και με στήριζαν σε θέματα επιστημονικής οριοθέτησης και μεθοδολογικής προσέγγισής του.

Τέλος, εκφράζω τις ευχαριστίες μου στον αδελφό μου, Ραφτόπουλο Αθανάσιο, φιλόλογο και Επιστημονικό συνεργάτη στην ΣΕΛΕΤΕ/ΠΑΤΕΣ-ΑΣΕΤΕΜ, τόσο για την φιλόλογική επιμέλεια των κειμένων, όσο και για την πολύτιμη βοήθεια του στις «*συνεντεύξεις στόχους*» στην φάση της ποιοτικής έρευνας, στις Επιστημονικές Επιτροπές και Διευθύνσεις των 8 Νοσοκομείων που μου επέτρεψαν την διενέργεια της έρευνας, και βέβαια, στους 380 ηλικιωμένους ασθενείς για την υπομονή τους, την προθυμία τους και την γνησιότητα των απαντήσεών τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ικανοποίηση του ασθενή, αποτελεί ίσως τον δυναμικότερο και λειτουργικότερο δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς ακολουθούν τη θεραπευτική αγωγή, επιστρέφουν για επανεκτίμηση και διατηρούν μια σχέση επικοινωνίας με τον γιατρό τους²⁻⁴. Οι Evanson E. & Whittington D. πιστεύουν στην αναγκαιότητα των ερευνών για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών για δυο κυρίως λόγους: *ο πρώτος είναι ότι οι ασθενείς αποτελούν καταναλωτές υπηρεσιών φροντίδας υγείας και οι έρευνες που αφορούν καταναλωτές είναι βασικές για την αύξηση της αποδοτικότητας αλλά και για τη βελτίωση μιας υπηρεσίας και ο δεύτερος ότι ο τομέας της φροντίδας υγείας είναι στο μεγάλο του μέρος χρηματοδοτούμενος από το Κράτος*⁵. Από τη στιγμή λοιπόν που οι ασθενείς είναι πολίτες, έχουν το αναφαίρετο δικαίωμα να σχολιάζουν και να εμπλέκονται στην ανάπτυξη και την εφαρμογή της πολιτικής φροντίδας υγείας⁶⁻⁸.

Οι Straser et al. υποστηρίζουν ότι είναι σημαντική όχι μόνο η άποψη του ασθενή για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά και της οικογένειας και των φίλων του⁹. Παρόλο που οι ασθενείς μπορεί να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, και οι τρεις αυτές πληθυσμιακές ομάδες αντιπροσωπεύουν δυνητικούς μελλοντικούς ασθενείς (χρήστες υπηρεσιών υγείας) ή εντέλει μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τις επιλογές των ασθενών⁹. Άλλωστε είναι πιο αποδοτικό να διατηρηθεί ένας ασθενής παρά να προσελκυστεί ένας νέος. Για το λόγο αυτό, το ενδιαφέρον των ερευνητών εστιάζεται στην αναζήτηση του τρόπου που οι ασθενείς αξιολογούν την φροντίδα που τους παρέχεται.

Η ικανοποίηση του πελάτη, συνίσταται στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών που εκπληρώνουν τις ανάγκες του¹⁰. Όσοι διαχέουν τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) βασίζονται ακριβώς στην επίτευξη του πιο πάνω στόχου^{11,12}. Οι αυτοκινητοβιομηχανίες, πιθανώς ξοδεύουν περισσότερα χρήματα στις έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των πελατών τους, από οποιαδήποτε άλλη βιομηχανία. Η IBM, υποστηρίζει πως κάθε μοναδιαία αύξηση στο ποσοστό ικανοποίησης των πελατών, συνεπάγεται αύξηση των εσόδων της κατά \$50.000.000 σε μια πενταετία¹³. Οι έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των πελατών, εκπληρώνουν δυο ανάγκες: η πρώτη είναι η ανάγκη απόκτησης πληροφοριών που βοηθούν την εταιρεία να συγκρίνει την απόδοση της μιας επιχειρησιακής μονάδας με τις υπόλοιπες, σε διαφορετικό τόπο και χρόνο¹⁴. Η δεύτερη είναι οι χρήσιμες πληροφορίες ανατροφοδότησης, για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Ο Donabedian A. ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενή, αποτελεί έναν δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας¹⁵. Στον τομέα της φροντίδας υγείας, οι πρώτες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών^{16,17}, πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ την δεκαετία του 1950 και ακολούθησαν άλλες μελέτες στη Μεγάλη Βρετανία την δεκαετία του 1960, συμπεριλαμβανομένης και της μελέτης του Cartwright A., στα 1967, με τίτλο: «*Ανθρώπινες σχέσεις και Νοσοκομειακή φροντίδα*»¹⁸. Στο μεσοδιάστημα από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970, περίπου 200 έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών, πραγματοποιήθηκαν στη Μεγάλη Βρετανία¹⁹, ενώ από το 1980 έως το 1996 σημειώνεται μια αλματώδης αύξηση φθάνοντας τα 8.000 δημοσιευμένα άρθρα²⁰. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν 15.347 άρθρα στο Medline, ενώ αντίστοιχος αριθμός υπάρχει και στις υπόλοιπες βάσεις δεδομένων.

Μετά την διευρυμένη συμμετοχή της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στον τομέα της παροχής των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, επαναπροσδιορίζεται ο ρόλος του ασθενή, ως καταναλωτής –πλέον- υπηρεσιών φροντίδας υγείας (health care consumer). Αυτός ο νέος ρόλος του ασθενή, αντικατοπτρίζεται στην Βρετανική Λευκή Βίβλο με τίτλο: «*Δουλεύοντας για τους ασθενείς*», η οποία υποδεικνύει την πραγματοποίηση ερευνών για την εκτίμηση της ικανοποίησης των

ασθενών²¹. Προς την ίδια κατεύθυνση, στην Ταϊβάν, το 1991 ψηφίζεται η Νοσηλευτική Νομοθεσία, που ορίζει ρητά ότι η ικανοποίηση του ασθενή συνιστά έναν ευαίσθητο νοσηλευτικό δείκτη για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας²².

Το 1991 μόνο, εκτιμάται ότι διατέθηκαν από 1,1 μέχρι 4,8 εκατομμύρια στερλίνες στις έρευνες αυτές (δηλαδή 2,7 δισεκατομμύρια δραχμές), δίνοντας μια νέα διάσταση στην αξία που έχει η άποψη του ασθενή για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει²³. Στις ΗΠΑ, οι τηλεφωνικές έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών μέχρι τον Μάρτιο του 1996, είχαν καλύψει το 35% των Νοσοκομείων. Αυτή τη στιγμή, υπάρχουν υπολογιστικά προγράμματα που επεξεργάζονται τις απαντήσεις των ασθενών σε αυτοματοποιημένα ερωτηματολόγια και απομονώνουν εκείνους τους παράγοντες που σχετίζονται με την χαμηλή ικανοποίηση ή την δυσαρέσκεια.

Έχει υπολογιστεί ότι τα αρνητικά σχόλια των ασθενών και των συγγενών τους, συνεπάγονται οικονομική απώλεια από \$6.000 μέχρι \$400.000 στα Νοσοκομεία, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενή, εξαιτίας της μη επιλογής συγκεκριμένων Νοσοκομείων²⁴. Στις ΗΠΑ, η ικανοποίηση του ασθενή είναι υπεύθυνη για το 17% με 27% της διαφοροποίησης μεταξύ των Νοσοκομείων σε όρους κέρδους, επανόδου²⁵. Στα 1970 το Αμερικανικό Εθνικό Κέντρο για την έρευνα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών φροντίδας υγείας²⁶, όρισε την θνησιμότητα, τη νοσηρότητα και την ικανοποίηση των ασθενών ως τα κριτήρια για την αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας της φροντίδας. Ο Vuori υποστήριξε ότι η φροντίδα δεν μπορεί να θεωρηθεί ποιοτική αν δεν είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς²⁷. Οι Steiber & Krowinski τονίζουν: «η ικανοποίηση του ασθενή/πελάτη δεν είναι απλά ένας καλός στόχος, αλλά η μοναδική αποτελεσματική επιχειρηματική επιλογή στο σημερινό ανταγωνιστικό περιβάλλον»²⁸.

Οι μελέτες για την ικανοποίηση, είναι η κύρια πηγή ανατροφοδότησης για τις υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας και χρησιμοποιούνται για ανασχεδιασμό (reengineering) και αξιολόγηση²⁹. Ο Doll R. υποστηρίζει πως η αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (NHS) θα πρέπει να γίνει με γνώμονα τα εξής 3 κριτήρια: *έκβαση της φροντίδας (ικανοποίηση), οικονομική αποδοτικότητα και κοινωνική αποδοχή*³⁰. Ο Fitzpatrick R. ισχυρίζεται πως η ικανοποίηση του ασθενή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την επίτευξη της κοινωνικής αποδοχής και άρα ένα αναπόσπαστο στοιχείο, απαραίτητο για την αξιολόγηση του NHS².

Η εκτίμηση της έκβασης της φροντίδας, αποτελεί έναν ασφαλή και ακριβή τρόπο για την *επιλογή των κατάλληλων δεικτών, την συστηματική συλλογή των αναγκαίων δεδομένων, την επεξεργασία τους, την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας, την ταυτοποίηση των απαραίτητων αλλαγών και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των κλινικών πρωτοκόλλων και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων*³¹. Η διαχείριση όλης αυτής της διαδικασίας, αποτελεί το περιεχόμενο της έννοιας της Διοίκησης σύμφωνα με τα αποτελέσματα της φροντίδας (outcomes management) που στόχο έχει την βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται σε όσους την χρειάζονται.

Η τρέχουσα μαρτυρία, δηλώνει την ανάγκη ανάπτυξης ευαίσθητων νοσηλευτικών δεικτών έκβασης (nursing-sensitive outcomes) που να αντικατοπτρίζουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι δείκτες αυτοί, πρέπει να ενσωματώνουν και το πως η ίδια η φροντίδα επηρεάζει τα αποτελέσματα που αφορούν την οικογένεια του ασθενή (αλλαγές στον τρόπο ζωής, κατανόηση της νέας κατάστασης που διαμορφώνεται στην οικογένεια) και την ευρύτερη κοινότητα (παράδειγμα το ποσοστό των εμβολιασμένων ασθενών). Όλο αυτό το «*Κίνημα της Διοίκησης Αποτελεσμάτων*» χρονολογείται από την εποχή της Florence Nightingale, που χρησιμοποίησε την θνησιμότητα ως δείκτη ποιότητας της φροντίδας των στρατιωτών στην διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου. Η Marek όρισε κατηγορίες ευαίσθητων νοσηλευτικών δεικτών έκβασης³², μια εκ των οποίων είναι η ικανοποίηση των ασθενών.

Αυτή τη στιγμή, βρίσκονται σε εξέλιξη πολλές προσπάθειες διαμόρφωσης κάποιων εργαλείων για την ταξινόμηση της έκβασης της νοσηλευτικής φροντίδας. Πρόσφατα, αναπτύχθηκε από το Πανεπιστήμιο της Iowa, ένας Κώδικας Ταξινόμησης των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας (Nursing Outcomes Classification, NOC), ο οποίος έγινε αποδεκτός από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών και περιγράφει 190 αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας. Η ευρεία εφαρμογή αυτών των κωδίκων, διαχρονικά, επιτρέπει τον έλεγχο και την ποσοτικοποίηση κάποιων παραμέτρων της νοσηλευτικής φροντίδας, που διασφαλίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Μεθοδολογικά προβλήματα κατά την εκτίμηση της ικανοποίησης

Οι van Campen C.R., et al. προχώρησαν σε μια εξαιρετική ιστορική αναδρομή των ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών και την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται μέσα από την οποία φάνηκε ότι η προσπάθεια αυτή ακολούθησε 3 χρονικές περιόδους³³:

1. στην πρώτη περίοδο, οι μελέτες ήταν αποσπασματικές, διερευνητικές, με έντονο το στοιχείο του ατέρμονα πειραματισμού,
2. οι μεταγενέστερες έρευνες βασίστηκαν στις πρώτες και ήταν έντονα «καταναλωτικές» και
3. σήμερα, οι έρευνες βασίζονται στην ανάπτυξη ερμηνευτικών εννοιολογικών υποδειγμάτων που συνιστούν την αφετηρία για την ανάπτυξη και στάθμιση των αντίστοιχων κλιμάκων.

Οι έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, μοιάζουν με νότες, που εάν τις συνθέσουμε όλες, το αποτέλεσμα θα είναι μια «ομόφωνη παραφωνία» που παίζει μια ορχήστρα χωρίς κοινό. Ο Cohen G. σημειώνει πόσο σπουδαίο είναι να συμμετέχουν οι ασθενείς στην διατύπωση των ερωτήσεων μιας κλίμακας που εκτιμά την ικανοποίηση, αλλά και στο σχεδιασμό της, καθώς στις περισσότερες έρευνες ο κακός σχεδιασμός είναι έως τώρα η πιθανή αιτία της υποεκτιμημένης δυσαρέσκειας των ασθενών με συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας³⁴. Όταν ρωτήσουμε κάποιον ασθενή, εάν είναι ικανοποιημένος ή όχι με την φροντίδα που του παρέχεται, θα πάνει για κάποια δευτερόλεπτα και μετά θα απαριθμήσει μια λίστα γεγονότων που διαμορφώνουν την τελική του κρίση. Αυτά τα γεγονότα μπορεί να είναι: η δυσκολία που είχε να κλείσει κάποιο ραντεβού, η επιλογή του γιατρού, η φροντίδα που του προσφέρθηκε και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Το μείζον πρόβλημα με την χρήση των κλιμάκων, είναι ότι οι κλειστές ερωτήσεις οδηγούν σε υπερεκτίμηση της ικανοποίησης. Ο Fitzpatrick R. σημειώνει ότι οι απλές απαντήσεις του τύπου «ναι» ή «όχι», εμπεριέχουν μια προκατάληψη. Τα ερωτηματολόγια, θα πρέπει να αποφεύγουν γενικές ερωτήσεις, όπως: «γενικά, είστε ικανοποιημένος με τη νοσηλευτική φροντίδα;» γιατί προκαταβάλλουν τους ασθενείς να απαντήσουν θετικά^{35,36}. Οι Dixon P. και Carr-Hill R. ισχυρίζονται ότι μόνο οι πολύ δυσαρεστημένοι θα απαντήσουν αρνητικά σε αυτή την ερώτηση³⁷. Ο Bowling, A. αντιτίθεται στην πρακτική χρήση των κλειστών ερωτήσεων διότι στερούν την ποικιλία των απαντήσεων, συμπληρώνοντας ότι οι ερωτήσεις πρέπει να αναφέρονται σε συγκεκριμένα θέματα ή επεισόδια της φροντίδας¹⁹.

Από την άλλη μεριά, η δυσαρέσκεια από κάποια πτυχή της φροντίδας, μπορεί να υπερκεραστεί από την συνολική ικανοποίηση με την φροντίδα και άρα να μην είναι σε θέση το ερωτηματολόγιο να παρέχει επαρκή πληροφόρηση στην Διοίκηση για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών. Οι διάφορες ομάδες του πληθυσμού, απαιτούν διαφορετική προσέγγιση και χρήση προσαρμοσμένων ερωτηματολογίων, που να απευθύνονται, για παράδειγμα, σε άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες. Συμπερασματικά, οι ασθενείς φαίνονται ανεκτικοί στις ελλείψεις στον τομέα της υγείας και γι' αυτό ο Donabedian A. υποστηρίζει ότι: «η ποιότητα της φροντίδας είναι στην πραγματικότητα χειρότερη από αυτό που δείχνουν οι έρευνες για την ικανοποίηση»³⁸.

Οι Strasser S., & Davis R.M. τονίζουν πως αυτό το σφάλμα αποτελεί έναν πραγματικό κίνδυνο για τον σχεδιασμό της έρευνας, καθώς ο σχεδιαστής της ενδέχεται να χάσει την «φαινομενολογία» των γεγονότων που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της φροντίδας και ερμηνεύονται από τον ίδιο τον ασθενή²⁴. Συνεπώς μια έρευνα είναι *πραγματικά* έγκυρη μόνο εάν συλλαμβάνει και αποτυπώνει τις πτυχές, τα «φαινόμενα» της φροντίδας που προσπαθούμε να αξιολογήσουμε. Αυτά τα φαινόμενα θα πρέπει να διατυπώνονται όπως ακριβώς τα βιώνει ο ασθενής και όχι όπως πιστεύει ο ερευνητής, διότι σε αυτή την περίπτωση, η έρευνα δεν είναι έγκυρη από την μεριά του ασθενή, οπότε αυτοκαταλύεται η χρηστική σκοπιμότητα της έρευνας. Για παράδειγμα, μια απάντηση στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένος είστε από την ενεργό συμμετοχή σας στην φροντίδα που σας παρέχεται, ενδέχεται να μην αντανακλά την πραγματικότητα, αφού κανείς δεν έχει ρωτήσει τους ασθενείς εάν πράγματι θέλουν να συμμετάσχουν στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την εξέλιξη της φροντίδας τους και αν τελικά αυτή η βούληση συναρτάται με μια ποιοτική φροντίδα. Για τον ερευνητή, στην φράση: «είστε ικανοποιημένος με την ανταπόκριση του προσωπικού στο κάλεσμά σας;» ο όρος ανταπόκριση για τον ασθενή μπορεί να σημαίνει: «βρίσκεται κοντά μου αμέσως» ή «έρχεται όταν ζητώ την βοήθειά του» ή «απαντά σε όλες τις ερωτήσεις μου χωρίς δισταγμό».

Στην ερώτηση: «το φαγητό ήταν ικανοποιητικό;» κάποιοι ασθενείς θα αναφερθούν στην οσμή του φαγητού, άλλοι στην γεύση και άλλοι στο σερβίρισμα. Η απάντηση λοιπόν, δεν είναι έγκυρη ως προς το περιεχόμενο. Το ίδιο πρόβλημα εμφανίζεται και όταν ζητούμε από τον ασθενή να αξιολογήσει την παρουσία των επαγγελματιών υγείας που τον φροντίζουν. Έτσι, ρωτάμε τον ασθενή: «πόσο ικανοποιημένος είστε από τον τρόπο που σας φρόντισε ο γιατρός σας;» ή «πόσο ικανοποιημένος είστε από τον τρόπο που σας φρόντισαν οι γιατροί του Τμήματος;». Ο δεύτερος τύπος της ερώτησης, φαίνεται πιο έγκυρος, αν και καλούμε τον ασθενή να αξιολογήσει τους γιατρούς κατά μέσο όρο. Το ερώτημα είναι κατά πόσο ο ασθενής περιλαμβάνει όλο το ιατρικό προσωπικό στην αξιολόγησή του ή περιορίζεται σε κάποιο πρόσωπο ή γεγονός αντίστοιχα. Όπως και να 'χει όμως το πράγμα, η απάντηση του ασθενή και στις δυο περιπτώσεις είναι αυτή που θα δώσει ενδεχομένως και μετά την αποχώρησή του από το νοσοκομείο, στους ανθρώπους που συναναστρέφεται και θα είναι η «παγιωμένη» του εντύπωση για το συγκεκριμένο νοσοκομείο. Μια εναλλακτική λύση σε αυτή την περίπτωση θα μπορούσε να είναι να ζητήσουμε από τον ασθενή να μας ονομάσει τον γιατρό του και στην συνέχεια να τον αξιολογήσει. Και αυτή η λύση, όμως, είναι προβληματική καθώς ο ασθενής μπορεί να μην γνωρίζει τον θεράποντα ιατρό του, ή το όνομά του, ή να φοβάται να προβεί σε ονομαστική αξιολόγηση, ή να μην υπάρχει ένας θεράπων ιατρός, ή τελικά αυτή η απουσία κάποιου «θεράποντος» ιατρού να είναι μια πηγή δυσαρέσκειας του ασθενή και εμείς να το συγκαλύπτουμε. Το πρόβλημα φαίνεται να είναι πολύ μεγαλύτερο όταν ζητήσουμε από τους ασθενείς να αξιολογήσουν τους νοσηλευτές οι οποίοι αποτελούν *πολυπληθή* ομάδα γι' αυτούς. Ο μόνος ασφαλής λοιπόν τρόπος σύμπλευσης με αυτό που ασθενής ορίζει ως ποιότητα και ικανοποίηση είναι οι ανοικτές ερωτήσεις και τα σχόλιά του³⁹.

Τα προβλήματα λοιπόν με τις υπάρχουσες κλίμακες, εκπορεύονται από την απουσία ενός ορισμού και μιας περιγραφής του όρου ικανοποίηση. Επομένως είναι δύσκολο κάποιος να αξιολογήσει την εγκυρότητα του περιεχομένου της κλίμακας, από τη στιγμή που δεν έχει ορίσει το αντίστοιχο περιεχόμενο του όρου ποιότητα και ικανοποίηση. Με την ίδια λογική, είναι δύσκολο να αξιολογήσει κάποιος την εγκυρότητα του κριτηρίου των ερευνών αυτών, όταν δεν γνωρίζει εάν το κριτήριο που χρησιμοποιείται, πράγματι περιγράφει με έγκυρο τρόπο τον όρο ικανοποίηση. Στην μετά-ανάλυσή τους, οι Hall J. και Dornan M., προσπάθησαν να ομαδοποιήσουν τα αποτελέσματα των ερευνών και βρήκαν ένα μέσο ποσοστό ικανοποίησης⁴⁰, στην κλίμακα 0-1.00, ίσο με 0.76. Η μέση ποσοστιαία αναλογία αυτών που δηλώνουν ικανοποιημένοι είναι 81%. Αυτά λοιπόν τα νούμερα, καθιστούν προβληματική την ανάλυση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων των ερευνών, ειδικότερα

όταν το δείγμα είναι μικρό. Έτσι, όσοι παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας, θα πρέπει να γνωρίζουν την διστακτικότητα των ασθενών να εκφράσουν αρνητικές σκέψεις και ότι ο ένας στους πέντε ασθενείς αναμένεται να εκφράσει δυσαρέσκεια με κάποια από τις πτυχές της φροντίδας τους.

Ο Sitzia J. πραγματοποίησε μια μετά-ανάλυση 195 σχετικών ερευνών, οι οποίες δημοσιεύθηκαν το 1994 σε 136 περιοδικά⁴¹. Το ενδιαφέρον του επικεντρώθηκε στην εγκυρότητα και την αξιοπιστία αυτών των ερευνών. Από την ανάλυση, κατέληξε στο ότι 106 έρευνες δεν είχαν καμιά αναφορά στην εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας που χρησιμοποίησαν σε αντίθεση με τις 89 που έκαναν κάποια αναφορά. Οι περισσότερες έρευνες έλαβαν χώρα στις ΗΠΑ (43%), ακολούθησε η Μεγάλη Βρετανία (27%) και η υπόλοιπη Ευρώπη (13%). Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν, εκτίμησαν την ικανοποίηση του ασθενή από κάποια παρεχόμενη υπηρεσία (νοσοκομειακή φροντίδα, πρωτοβάθμια φροντίδα) και από κάποιο Τμήμα του Νοσοκομείου (Παθολογικό, Χειρουργικό). Οι 125 έρευνες (64%) έγιναν με την βοήθεια ερωτηματολογίου που συμπληρώνει ο ασθενής, οι 55 (28%) με δομημένη συνέντευξη, και οι 9 (5%) με ημιδομημένη ή μη δομημένη συνέντευξη.

Λαμβάνοντας υπόψη μας τους ορισμούς για την ικανοποίηση και την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, είναι δυνατό να εξακριβώσουμε εάν οι κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι έγκυρες ή όχι. Σήμερα υπάρχει μια εκτενής βιβλιογραφία που υποστηρίζει στην καλύτερη περίπτωση, ότι οι περισσότερες κλίμακες δεν είναι έγκυρες⁴²⁻⁴⁹ και στην χειρότερη περίπτωση, πολλές εκφράσεις της ικανοποίησης μπορεί να μην αποτελούν πραγματικές αξιολογήσεις^{46,50}. Συνεπώς, υπάρχει ανάγκη για συχνότερη χρήση των μεθόδων της ποιοτικής έρευνας προκειμένου τα αποτελέσματα να χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό των ερωτηματολογίων. Έτσι θα είναι αντιπροσωπευτικά του τρόπου που ο ασθενής αξιολογεί την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ιδιαίτερα αν η πληθυσμιακή ομάδα είναι οι ηλικιωμένοι και οι μειονότητες. Ειδικότερα, η ποιοτική έρευνα, έχει καταλήξει στην διαπίστωση πως οι έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή δεν μπορούν να καλύψουν όλη την ποικιλία των συναισθημάτων, των αξιών και των εμπειριών του ασθενή^{47,48}. Λάθη προκύπτουν όταν επιλέγονται ακατάλληλες ποιοτικές μέθοδοι. Το μεγαλύτερο σφάλμα είναι η γενίκευση των αποτελεσμάτων των ερευνών που χρησιμοποιούν μικρά δείγματα πληθυσμού. Ο ασφαλέστερος τρόπος είναι ο συνδυασμός ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων²³.

Μέσα από τις έρευνες εμφανίζεται μια γενική τάση για υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, ενώ δεν υπάρχει μια πρότυπη κλίμακα με δυνατότητα ευρείας χρήσης^{51,52} από τους ερευνητές και ως εκ τούτου για διαχρονικές αλλά και διακρατικές συγκρίσεις. Από την άλλη μεριά, κάποιοι διερωτώνται για τη συνολική αποτελεσματικότητα των ερευνών αυτών⁵³, ενώ άλλοι παραδέχονται ότι κάποιοι χρήστες των υπηρεσιών βαριούνται να συμμετέχουν σε ανάλογες έρευνες⁵⁴. Συνοπτικά τα σημεία που χρίζουν διερεύνησης είναι:

* *οι περιορισμοί του δείγματος*: που προκύπτουν από τον δειγματοληπτικό έλεγχο, δεδομένης της αδυναμίας καταγραφής της άποψης όλου του πληθυσμού. Αυτές οι έρευνες, συνήθως αναφέρουν υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου, αφού οι ερωτήσεις απευθύνονται στο συγκεκριμένο δείγμα του πληθυσμού. Η αξιολόγηση του δείγματος, δεν γίνεται εκ του αποτελέσματος, αλλά επί της διαδικασίας εκλογής του. Έτσι, ο Fowler F.J. αναφέρει 3 ιδανικά χαρακτηριστικά επιλογής του δείγματος: *ευρύτητα (comprehensiveness)*, *πιθανότητα επιλογής (probability of selection)* και *αποδοτικότητα (efficiency)*⁵⁵. Πολλοί χρησιμοποιούν μικρά δείγματα, από την στατιστική ανάλυση των οποίων, εξάγουν συμπεράσματα για όλο τον πληθυσμό⁵⁶. Ο πληθυσμός στόχος για έρευνα, είναι όλοι οι δυνητικοί χρήστες και ο πληθυσμός μελέτης ένα τυχαίο δείγμα αυτού. Ο αριθμός μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το κριτήριο (το εισόδημα, η ηλικία κ.α.). Οι έρευνες της IBM στον Καναδά, έδειξαν πως διαφορετικοί πελάτες μπορεί να δηλώνουν διαφορετικά ποσοστά ικανοποίησης και ότι οι ίδιοι πελάτες μπορεί να διαφοροποιούνται ως προς το επίπεδο

ικανοποίησης σε διάφορες χρονικές στιγμές⁵⁷. Για να αντιμετωπιστεί αυτό το φαινόμενο, μπορεί η ομαδοποίηση των πελατών να γίνεται ως προς την συχνότητα χρήσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας και τον χρόνο απόκτησης του προϊόντος ή χρήσης της υπηρεσίας.

- * *Βελτίωση της ποιότητας της έρευνας και του εργαλείου*: Οι έρευνες για την ικανοποίηση πρέπει να είναι αξιόπιστες. Ακόμη και ο αριθμός των εναλλακτικών απαντήσεων μπορεί να επηρεάσει την αξιοπιστία της κλίμακας⁵⁸. Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος δείκτης αξιοπιστίας⁵⁹ είναι ο συντελεστής Cronbach's alpha και το κριτήριο είναι το 0,7 που βασίζεται στην ψυχομετρική θεωρία του Nunnally. Αυξάνοντας τον αριθμό των ερωτήσεων για κάποια συγκεκριμένη ομάδα, αυξάνει και η αξιοπιστία⁶⁰. Ωστόσο η ερμηνεία των αποτελεσμάτων χρειάζεται προσοχή. Αυτό σημαίνει πως ο συντελεστής Cronbach's alpha, πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε ομοιογενείς έρευνες, αφού ουσιαστικά ελέγχει την ομοιογένεια. Από τη στιγμή που θα προσδιοριστεί η αξιοπιστία της κλίμακας, μπορεί να εκτιμηθεί η εγκυρότητά της. Μια μη έγκυρη κλίμακα, μοιάζει να μετρά κανείς ίντσες με έναν χάρακα μέτρου. Τότε, συλλέγει ποσοτικά δεδομένα, αλλά είναι χωρίς σημασία⁶¹.

Κάπου σε ένα βιβλίο γράφτηκε: «*όταν χρησιμοποιώ μια λέξη σημαίνει αυτό που επιλέγω εγώ (να σημαίνει η λέξη)*». Η φράση αυτή, φαίνεται να ταιριάζει απόλυτα στην περίπτωση της μελέτης της ικανοποίησης. Η εκτίμηση της *ικανοποίησης* του ασθενή από την *ποιότητα* της παρεχόμενης φροντίδας εμπεριέχει δυο λέξεις κλειδιά, τα οποία αυθαίρετα θεωρούμε ότι συνδέονται με μια γραμμική σχέση, αφού περιορισμένη ερευνητική εργασία έχει γίνει προς αυτή την κατεύθυνση. Έτσι, το πρώτο βήμα ενός ερευνητή που προσπαθεί να λύσει το *μυστήριο* της ικανοποίησης του ασθενή, θα πρέπει να είναι η *εκτενής συνέντευξη με ανοικτού τύπου* ερωτήσεις που θα περιστρέφονται γύρω από τι ορίζει ο ασθενής ως ποιότητα και πως η κάθε πτυχή της ποιότητας σχετίζεται με την ικανοποίησή του από την περίθαλψη/φροντίδα. Δηλαδή θα οδηγηθούμε σε ένα *ερωτηματολόγιο που εκτιμά την άποψη του ασθενή για την ποιότητα* (*patient's perceptions of quality, quality of care from a patient perception*). Με τον τρόπο αυτό θα προκύψουν οι παράγοντες που σχετίζονται με μια ποιοτική φροντίδα.

Το δεύτερο «*ταυτόχρονο*» βήμα θα είναι να ρωτήσουμε τον ασθενή πόσο σημαντική είναι για τον ίδιο η κάθε πτυχή της ποιοτικής φροντίδας. Με τον τρόπο αυτό θα προσδώσουμε ένα «*βάρος*» στην κάθε διάσταση της ποιότητας που εάν αποδειχθεί ότι σχετίζεται γραμμικά με την ικανοποίηση, θα αποτελέσει και «*βάρος*» για την ικανοποίηση του ασθενή.

Το τρίτο βήμα θα είναι να ρωτήσουμε τον ασθενή εάν τελικά δέχθηκε την συγκεκριμένη διάσταση της φροντίδας (*perceived care*). Το πόσο σπουδαίο είναι αυτό το λεπτό σημείο, φαίνεται από το γεγονός ότι η συσχέτισή του με την ικανοποίηση του ασθενή, αυξάνει την αξιοπιστία της γνώμης του, αφού δεν μπορούμε να κρίνουμε κάτι εάν πρώτα δεν το δεχθούμε ή δεν το βιώσουμε. Αυτή η μεθοδολογία αυξάνει το γνωστικό ίζημα και την πληροφορία που μας δίνει η μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών, αφού ακολουθεί μια αλληλουχία νοητικών διεργασιών και όχι μια απλή γενική και αφηρημένη κρίση κάποιων γεγονότων.

Συνοπτικά, η προσπάθεια μελέτης της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, θεωρείται έγκυρη στο βαθμό που έχει προηγηθεί η εκτίμηση του τι θεωρούν ως ποιοτική φροντίδα (εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας). Για τον λόγο αυτό, αναπτύξαμε και σταθμίσαμε μια κλίμακα που εκτιμά την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας η οποία βασίστηκε στην μεθοδολογία της κλίμακας SERVQUAL⁶² (Service Quality) και απετέλεσε την βάση για την ανάπτυξη και στάθμιση της κλίμακας εκτίμησης της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας που γίνεται για πρώτη φορά στην διεθνή βιβλιογραφία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ποιότητα στον τομέα της φροντίδας Υγείας, αποτελεί τον πιο αμφιλεγόμενο όρο, αφού είναι δυναμική, πολυδιάστατη και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για να την περιγράψει^{31,38,63-70}. Ενσωματώνει μια πλειάδα εμπειριών του παρελθόντος και του παρόντος⁷¹. Ο Crosby έλεγε χαρακτηριστικά: «η ποιότητα είναι μπαλέτο και όχι χόκεϊ»⁶³.

Η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία λέξη «ποιότης» (ποιός= τι λογής) και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία από τα ομοειδή τους. Σύμφωνα με το λεξικό του Kahn J.E.: «ποιότητα είναι ο βαθμός της τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, ενώ διασφάλιση της ποιότητας είναι η επίσημη εγγύηση, η θετική δήλωση της ύπαρξης της ποιότητας»⁷². Έτσι η διασφάλιση της ποιότητας είναι η «επίσημη εγγύηση του βαθμού τελειότητας της υπηρεσίας ή του προϊόντος, με βάση κάποια προσυμφωνημένα πρότυπα ποιότητας». Στο λεξικό *The Dictionary of Psychology* η ποιότητα ορίζεται ως «το σχετικό επίπεδο αρετής ή τελειότητας»⁷³.

Οι γενικοί ορισμοί, στερούνται ευαισθησίας και ειδικότητας για κάθε υπηρεσία χωριστά και αναφέρονται στον βαθμό της τελειότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας⁷⁴, στην εκπλήρωση των προσδοκιών⁷⁵ και των στόχων της υπηρεσίας^{76,77} στα «μηδέν ελαττώματα»⁶³ (zero defects) και στην χρηστικότητα της⁶⁷. Το Ινστιτούτο Ιατρικής, ορίζει την ποιότητα ως: «τον βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων, και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση»⁷⁸. Για κάποιους, η ποιότητα της φροντίδας είναι λειτουργικά συνυφασμένη με την προσβασιμότητα, την πληροφόρηση, την διαθεσιμότητα, την συνέχεια, την σχετικότητα, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα και την κοινωνική αποδοχή της φροντίδας⁷⁹⁻⁸⁸.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (International Organization of Standardization, ISO): «ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση τους»⁸⁹. Από την διατύπωση αυτού του ορισμού της ποιότητας, διαπιστώνουμε τον κεντρικό ρόλο του χρήστη των προϊόντων ή των υπηρεσιών στην διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητάς τους. Στον Τομέα της φροντίδας Υγείας, που είναι χώρος εντάσεως εργασίας και όχι εντάσεως κεφαλαίου όπως ο χώρος της Βιομηχανίας, διαπιστώνει κανείς μια διαφοροποίηση στον τρόπο που ορίζεται η ποιότητα από τον ασθενή και το υγειονομικό προσωπικό⁹⁰⁻⁹³. Αυτό το γεγονός οδήγησε μοιραία την έρευνα σε ένα σφάλμα ερμηνείας του όρου ποιότητα, καθώς ορίστηκε, μελετήθηκε από το υγειονομικό προσωπικό και αποδόθηκε στους ασθενείς, χωρίς να ρωτήσει κανείς τους ασθενείς τι θεωρούν ως ποιότητα στην φροντίδα που τους παρέχεται³¹.

Για τους Monroe & Krishnan, η ποιότητα είναι η «ικανότητα –όπως την εκλαμβάνει ο χρήστης- μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος να ικανοποιεί τον χρήστη, λαμβάνοντας υπόψη τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές»⁹⁴. Ο συνήθης ορισμός της ποιότητας είναι: «το αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες των χρηστών από μια υπηρεσία και της αντίληψης του τρόπου με τον οποίο παρέχεται αυτή η υπηρεσία»⁹⁵.

Για κάποιους, η ποιότητα είναι απόλυτα συνυφασμένη με την ανταγωνιστικότητα του επαγγελματία υγείας, καθώς αποτελεί μια ικανή και αναγκαία συνθήκη για την προσαρμογή του στα μεταβαλλόμενα πρότυπα της ποιοτικής φροντίδας⁹⁶. Για άλλους, η ερμηνεία του όρου ανταγωνιστικότητα, είναι πολύπλοκη, αφού σημαίνει κάτι περισσότερο από γνώση και

δεξιότητες, όπως: κριτική σκέψη, κλινική κρίση βασισμένη στη διεθνή μαρτυρία (evidence-based) και συνήθειες^{97,98}. Σε 2 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα, στις οποίες σταθμίστηκαν 2 κλίμακες που εκτιμούν τι θεωρούν οι έλληνες ασθενείς ως «ποιότητα» της φροντίδας, διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

- *στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* ποιότητα για τον ασθενή σημαίνει πάνω απ' όλα να τον σέβεται όταν τον εξετάζει ο γιατρός, να προστατεύει η νοσηλεύτρια την αξιοπρέπειά του όταν τον εξετάζει ο γιατρός, να αφιερώνει χρόνο ο γιατρός για να του εξηγήσει την αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει και να αισθάνεται ο ασθενής ότι ο γιατρός ξέρει καλά τη δουλειά του⁹⁸.
- *Στο Νοσοκομείο:* για τον ηλικιωμένο ασθενή, ποιότητα σημαίνει να του αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές σέβονται την προσωπικότητά του, να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές ξέρουν καλά την δουλειά τους, να τον φροντίζει ο γιατρός χωρίς να του ζητά χρήματα και να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρει⁹⁹.

Σύμφωνα με την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) οι διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας είναι: η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα της φροντίδας, και η έγκαιρη παροχή της¹⁰⁰. Τέλος, για κάποιους η ποιότητα είναι τελολογικά συνυφασμένη με την ισότητα στην πρόσβαση και την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας¹⁰¹ προσδίδοντας μια κανονιστική και μια ερμηνευτική διάσταση στην ποιότητα, σύμφωνα με την θεωρία της ανθρώπινης ευεξίας και ωφελιμότητας³⁹.

Οι Abby Ghobadian, και συν. ταξινόμησαν τους διάφορους ορισμούς για την ποιότητα σε 5 κατηγορίες¹⁰²:

1. *Ανωτερότητα:* σύμφωνα με αυτή την κατηγορία, στην ποιότητα αποδίδεται μια *έμφυτη τελειότητα*, που αντλεί τα χαρακτηριστικά της από την φιλοσοφική ανάλυση του Πλάτωνα περί του ωραίου. Πρόκειται για έναν άκαμπτο ορισμό υπό τη μορφή αξιώματος που συνήθως αποδίδεται σε αγαθά ή υπηρεσίες. Για τον Zeithaml η ποιότητα μιας υπηρεσίας/προϊόντος από την οπτική πλευρά του χρήστη, ορίζεται ως η άποψη του για την ανωτερότητα ή την τελειότητα της υπηρεσίας/προϊόντος¹⁰³.
2. *Προεξάρχοντα χαρακτηριστικά:* στην περίπτωση αυτή η ποιότητα ορίζεται ποσοτικά και συγκριτικά με κάποιο άλλο προϊόν ή υπηρεσία, σε μονάδες εκπληρούμενων προσδοκιών οι οποίες συναρτώνται με τα δεδομένα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας.
3. *Χαρακτηριστικά διαδικασίας ή παροχής:* η ποιότητα ορίζεται ως η «*συμμόρφωση με τις απαιτήσεις*»^{104,105}. Ο ορισμός αυτός έχει περισσότερη εφαρμογή στους Οργανισμούς οι οποίοι επιδιώκουν τον ανασχεδιασμό τους προκειμένου να προσεγγίσουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών.
4. *Ικανοποίηση του πελάτη^α/χρήστη:* σε αντίθεση με τον πιο πάνω ορισμό, εδώ η ποιότητα επηρεάζεται από το εξωτερικό περιβάλλον. Στην κατηγορία¹⁰⁶⁻¹⁰⁹ αυτή ανήκουν οι ορισμοί των Deming, Juran et al., Feigenbaum και Ishikawa. Ο ορισμός αυτός ταιριάζει σε χώρους εντάσεως εργασίας, όπως ο χώρος της παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
5. *Προστιθέμενη αξία:* σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η ποιότητα προϋποθέτει την συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του πελάτη, σε όρους κόστους, διαθεσιμότητας και προστιθέμενης αξίας¹¹⁰. Επειδή η παροχή «*υπηρεσιών*» είναι άυλη, ο χρήστης της την

^α Η λέξη «πελάτης» προέρχεται από το ρήμα «πελάζω» που σημαίνει έχω σχέσεις με κάποιον.

αξιολογεί σε όρους προστιθέμενης αξίας εφόσον την χρησιμοποιήσει. Οι προσδιοριστές της προστιθέμενης αξίας φαίνεται να είναι οι προσδοκίες από την χρήση¹¹¹. Για τους Holbrook & Cofman και Holbrook, η ποιότητα αποτελεί ένα απροσδιόριστο φαινόμενο το οποίο μπορεί να ψηλαφηθεί μόνο στα πλαίσια της έννοιας «αξία» (value)^{112,113}. Ο Zeithaml συμφωνεί με αυτή την άποψη, συμπληρώνοντας ότι η αξία είναι περισσότερο εξατομικευμένη σε σχέση με την ποιότητα που είναι μια διαδικασία δούνα και λαβείν¹⁰³. Έτσι, ο χρήστης μιας υπηρεσίας, την αξιολογεί με βάση την αξία που του προσθέτει, η οποία συναρτάται με την χρησιμότητα της υπηρεσίας, έχοντας ως κριτήριο τι έδωσε και τι λαμβάνει. Από την άλλη μεριά, η εκτίμηση της ποιότητας είναι πιο ευέλικτη σε αντίθεση με την εκτίμηση της ικανοποίησης που απαιτεί εμπειρία της υπηρεσίας από τον χρήστη^{62,114-117}. Κάποιοι θα μπορούσαν να ορίσουν την ποιότητα σε όρους μιας δεδομένης κουλτούρας η οποία περιχαρακώνεται από το αξιολογικό σύστημα αναφοράς του ανθρώπου. Από τη στιγμή που οι αξίες επηρεάζουν τις προτιμήσεις όσων χρησιμοποιούν μια υπηρεσία, επηρεάζουν και την άποψή τους για την ποιότητα.

Σε αντίθεση με την ποιότητα ενός αντικειμένου που μπορεί να εκτιμηθεί αντικειμενικά σε διαστάσεις διάρκειας και αριθμού ελαττωμάτων^{63,118}, η ποιότητα μιας υπηρεσίας είναι δύσκολο να εκτιμηθεί εξαιτίας της ύπαρξης 3 παραγόντων: *απροσδιοριστία, ετερογένεια και εγγενής αδυναμία διαχωρισμού της παραγωγής από την κατανάλωση*⁹⁵.

Ο Holbrook, χαρακτηρίζει την έρευνα για την εκτίμηση της ποιότητας μιας υπηρεσίας σαν μια μάχη με τα αφρισμένα κύματα μιας θάλασσας από σύγχυση¹¹³. Στην διεθνή βιβλιογραφία, η ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας και η ικανοποίηση από την υπηρεσία αυτή, θεωρούνται δυο διαφορετικά φαινόμενα. Αντίθετα, οι Bitner M.J. και Cronin J.M. & Taylor S.A., ισχυρίζονται ότι η ποιότητα της υπηρεσίας, αποτελεί προϋπόθεση της ικανοποίησης από την υπηρεσία και έτσι θα πρέπει να μελετάται^{119,116}. Οι Rust R.T. και Oliver R.L. πιστεύουν ότι¹²⁰:

- η ποιότητα είναι μόνο μια έκφραση της ικανοποίησης των ασθενών,
- η αξιολόγηση της ποιότητας μιας υπηρεσίας από τον χρήστη της, γίνεται με βάση συγκεκριμένες διαστάσεις της, ενώ η ικανοποίηση μπορεί να αφορά οποιαδήποτε διάσταση της υπηρεσίας ανεξάρτητα αν σχετίζεται με την ποιότητα ή όχι,
- οι προσδοκίες από μια ποιοτική υπηρεσία βασίζονται σε κάποιο ιδεώδες επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας, ή σε απόψεις περί της «τελειότητάς» της. Απεναντίας, η ικανοποίηση από την υπηρεσία μπορεί να σχετίζεται με προσδοκίες που δεν αποτυπώνουν την ποιότητα αλλά άλλες πτυχές όπως ανάγκες αντιλήψεις περί δικαιοσύνης και ισότητας στην προσβασιμότητα ή την διαθεσιμότητα,
- οι αντιλήψεις για την ποιότητα της υπηρεσίας δεν απαιτούν εμπειρία από την χρήση της, ενώ η ικανοποίηση προϋποθέτει την χρήση της υπηρεσίας
- η ποιότητα φαίνεται να έχει λιγότερα προαπαιτούμενα σε σχέση με την ικανοποίηση.

Πάντως, η μαρτυρία υποστηρίζει κάποια σύνδεση μεταξύ της ποιότητας της υπηρεσίας και της ικανοποίησης^{121-124,116}. Για τον Oliver, η ικανοποίηση του πελάτη είναι μια αντίδρασή του (λογική και συναισθηματική) σε μια διαδοχή γεγονότων που λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια παροχής της υπηρεσίας¹¹⁷.

Οι Taylor και Hausman, υποστηρίζουν ότι η νοσηλευτική επιστήμη δυσκολεύθηκε, μέχρι την δεκαετία του 1960, να συλλάβει το βαθύτερο νόημα της ποιότητας¹²⁵. Έτσι, την χαρακτήρισαν σαν «νεφελώδη όρο» επειδή δεν υπήρχε ένας ενιαίος και ολοκληρωμένος ορισμός στην διεθνή βιβλιογραφία^{126,127}. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι όροι όπως η διασφάλιση της ποιότητας, τα πρότυπα της φροντίδας και ο έλεγχος της ποιότητας, χρησιμοποιούνται εναλλακτικά του όρου «ποιότητα».

Η Lang, όρισε την ποιότητα στη νοσηλευτική, σαν μια «διαδικασία» επίτευξης του υψηλότερου βαθμού τελειότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Την ίδια άποψη εκφράζουν και άλλοι ερευνητές, συμπληρώνοντας πως είναι άγωνα η όλη συζήτηση αποσαφήνισης της εννοιολογικής διάστασης της ποιότητας, αφού έχει κοινωνικό προσδιορισμό και επηρεάζεται από τις αξίες, τα πιστεύω και τις στάσεις των ανθρώπων¹²⁸. Εξάλλου, παρόλο που η ποιότητα έχει διαφορετικό περιεχόμενο για τους ανθρώπους, σίγουρα υπάρχουν κάποια κοινά στοιχεία, στους διάφορους ορισμούς, που επιτρέπουν την αξιολόγηση και την μέτρησή της. Έτσι, η ποιότητα είναι η συνισταμένη δυο εξαρτημένων μεταβλητών: της σχέσης πελάτη-ασθενή και προμηθευτή-επαγγελματία υγείας. Ως εκ τούτου, νοσηλευτής και ασθενής βλέπουν την ποιότητα από μια διαφορετική οπτική γωνία.

Ο Pascoe ορίζει την ικανοποίηση ως μια αντίδραση σε ενδόμυχες εμπειρίες των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα¹²⁹. Η ικανοποίηση, ορίζεται ως η αξιολόγηση της φροντίδας, που βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών⁵⁰. Εάν λάβουμε υπόψη μας αυτόν τον ευρύ ορισμό, είναι δυνατό να εξακριβώσουμε εάν οι κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, είναι έγκυρες ή όχι.

Ο όρος ικανοποίηση εμπεριέχει μια δυναμική η οποία ίσως προέρχεται και από την ετυμολογία της λέξης: το «ικανός» που προέρχεται από το ρήμα «ικάνω» (φτάνω) και σημαίνει «αρκετός» και το «ποιώ» που μεταφράζεται ως αποδίδω ανάλογα με τις προσδοκίες ή τις απαιτήσεις¹³⁰.

Η Williams και οι συνεργάτες της ισχυρίζονται ότι το κλειδί για την αποκωδικοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, συνίσταται στην ερμηνεία των λέξεων: καθήκον (*duty*) και ενοχή (*culpability*)¹³¹. Η λέξη καθήκον, αναφέρεται στις υποχρεώσεις της συγκεκριμένης υπηρεσίας φροντίδας υγείας έναντι του ασθενή και η ενοχή, σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο ο επαγγελματίας υγείας ή ο Οργανισμός, ευθύνεται για το δυσμενές γεγονός. Διατυπώθηκαν δυο θεωρίες που εξηγούν την επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους παρά τις δυσκολίες που συνάντησαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους:

- η πρώτη θεωρία, υποστηρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει αντιμετωπίσει δυσκολίες, εάν η προσδοκία τους βρίσκεται εκτός καθήκοντος του προμηθευτή-επαγγελματία υγείας.
- η δεύτερη θεωρία, υποστηρίζει πως ακόμα και όταν ο ασθενής αισθάνεται πως ο προμηθευτής-επαγγελματίας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του, εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την φροντίδα που του παρέχεται, εάν αποδεχθεί ότι υπήρξαν άλλες ελαφροντικές περιστάσεις.

1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΑ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Μια κριτική θεώρηση της βιβλιογραφίας για την ποιότητα, μας επιτρέπει να τονίσουμε την απουσία ενός θεωρητικού υπόβαθρου που να ερμηνεύει και να δομεί την ουσία της έννοιας «*ποιότητα*» στον Τομέα της φροντίδας Υγείας. Με αυτή τη λογική, η ποιότητα πρέπει να ορίζεται με την βοήθεια επιθετικών προσδιορισμών, όπως:

1.2.1. Εννοιολογικά υποδείγματα και θεωρίες για την ποιότητα

A. Εκληφθείσα ποιότητα μιας παρεχόμενης υπηρεσίας (*perceived quality of service*)

Οι Parasuraman, Zeithanl & Berry ορίζουν την εκληφθείσα ποιότητα ως: «*την συνολική άποψη, την στάση του χρήστη, που σχετίζεται με την ανωτερότητα μιας υπηρεσίας. Είναι ο βαθμός της ταύτισης ανάμεσα στις απόψεις των χρηστών και στις προσδοκίες τους*»⁹⁵. Και άλλοι ερευνητές είχαν δώσει έμφαση στην διαφοροποίηση *εκληφθείσας* και *αντικειμενικής* ποιότητας^{112,118}. Ειδικότερα, οι Holbrook & Corfman τονίζουν ότι οι χρήστες των υπηρεσιών δεν χρησιμοποιούν τον όρο ποιότητα με τον ίδιο τρόπο που οι ερευνητές την ορίζουν¹¹². Προερχόμενοι από τον χώρο του μάρκετινγκ, ήταν οι πρώτοι οι οποίοι πρότειναν ένα μαθηματικό μοντέλο που να ερμηνεύει την ποιότητα (σχήμα 1).

$$\Sigma \Pi_i = A_i - \Pi_i$$

Σχήμα 1

Αν δεχθούμε ότι κάθε συμβάν στα πλαίσια της παροχής μιας υπηρεσίας, συνιστά ένα ερέθισμα (stimulus), τότε ΣΕΠ είναι η Συνολική Εκληφθείσα Ποιότητα της φροντίδας που προκύπτει από την ερμηνεία των i ερεθισμάτων (συμβάντων), A_i είναι οι αντιλήψεις (perceptions) που σχηματίζουν οι χρήστες σχετικά με την απόδοση των συντελεστών της παρεχόμενης υπηρεσίας (ανθρώπινοι, υλικοί πόροι) και Π_i είναι οι προσδοκίες των χρηστών όπως αυτές διαμορφώνονται με βάση ένα πρότυπο αξιολογικό σύστημα που αντιστοιχεί σε κάθε χρήστη της υπηρεσίας. Οι αντιλήψεις ορίζονται ως τα «*πιστεύω*» των χρηστών αναφορικά με την παρεχόμενη υπηρεσία, ή όπως αυτά προκύπτουν από την χρήση της υπηρεσίας. Αντίστοιχα, οι *προσδοκίες* ορίζονται ως: «*οι επιθυμίες ή οι πόθοι των χρηστών από την παρεχόμενη υπηρεσία*». Οι Parasuraman και συν. μας τονίζουν ότι ο όρος προσδοκίες –στην βιβλιογραφία για την ποιότητα- δεν αντιπροσωπεύει κάποιες προβλέψεις για το τι «*πρόκειται*» να προσφέρει η υπηρεσία, αλλά για το τι «*πρέπει*» να προσφέρει, με κριτήριο κάποια «*ιδανικά*» πρότυπα απόδοσης¹³². Ο Carman συμπληρώνει ότι οι προσδοκίες βασίζονται σε κάποιες «*νόρμες*» που σχετίζονται με τις εμπειρίες από την παρελθούσα χρήση της συγκεκριμένης υπηρεσίας⁷⁰.

Οι Parasuraman, Zeithanl & Berry, σπεύδουν να τονίσουν ότι: (α) το μοντέλο Α-Π αντιπροσωπεύει μια σύγκριση με κάποια νόρμα, καθώς δεν αποτελεί μια διαφορά ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της προβλεπόμενης και της παρεχόμενης υπηρεσίας, (β) η εξίσωση Α-Π δεν συνιστά ένα προβλεπτικό μοντέλο, αλλά ένα «*μετρικό σύστημα*» στο οποίο όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ του Α-Π τόσο μεγαλύτερο και το επίπεδο της ποιότητα όπως την

εκλαμβάνει ο ίδιος ο χρήστης⁶². Ο Carman διαφοροποιεί⁷⁰ το υπόδειγμα των Parasuraman, Zeithanl & Berry, όπως φαίνεται στο σχήμα 2.

$$\Sigma A\Pi_i = \Sigma I_i (A_i - \Pi_i)$$

Σχήμα 2

Όπου I είναι ο βαθμός σημαντικότητας κάθε διάστασης της υπηρεσίας για τον χρήστη και ΣI είναι το άθροισμα αυτών των διαστάσεων. Για καινούργιες υπηρεσίες, οι προσδοκίες (Π_i) μπορεί να είναι μηδενικές, ενώ για συχνά χρησιμοποιούμενες υπηρεσίες μπορεί να είναι σταθερές και ομοιογενείς. Οι Parasuraman, Zeithanl & Berry, προσδιόρισαν την ύπαρξη κάποιων αποστάσεων, ανάμεσα στους κυριότερους προσδιοριστές της θεωρίας τους, που ονομάστηκαν «κενά» (gaps). Η βιβλιογραφική μαρτυρία, υπογραμμίζει την αδυναμία πολλών Διοικήσεων να προσδιορίσουν τι προσδοκά ένας πελάτης από μια υπηρεσία κάτι που επηρεάζει δυσμενώς την αξιολόγηση της ποιότητας από τους ίδιους τους πελάτες^{133,134}.

B. Το υπόδειγμα των Monroe & Krishnan

Σύμφωνα με τους Monroe & Krishnan η εκληφθείσα ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας αντίστοιχα, παριστάνεται με την μαθηματική εξίσωση⁹⁴ του σχήματος 3.

$$\Pi_i = -1 \left[\Sigma \Sigma_i I_i (A_i - \Pi_i) \right]$$

Σχήμα 3

Σύμφωνα με την εξίσωση αυτή, Π_i είναι η εκληφθείσα ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Πολλαπλασιάζοντας το δεξί σκέλος της εξίσωσης με το -1, εξασφαλίζουμε μεγαλύτερες τιμές του Π_i. Σ_i είναι η σημαντικότητα της κάθε διάστασης της φροντίδας, Π_i η πιθανότητα ώστε το προϊόν ή η υπηρεσία να έχει κ ποσοστό από την διάσταση αυτή, I το ιδανικό ποσοστό της διάστασης, ο αριθμός των διαστάσεων, ο αριθμός των ποσοστιαίων κατηγοριών των διαστάσεων. Στο αρχικό μοντέλο υπάρχει ένας συντελεστής που ονομάζεται Minkowski και θεωρούμε ότι είναι ίσος με το μηδέν, οπότε η εξίσωση παίρνει την μορφή του σχήματος 3.

Γ. Η κλιμακούμενη ποιότητα

Οι Abby Ghobadian et al. ισχυρίζονται ότι η εκληφθείσα ποιότητα αποτελεί μια γραμμή που κλιμακώνεται μεταξύ δυο ακραίων σημείων: στο ένα είναι η «μη αποδεκτή ποιότητα» και στο άλλο η «ιδανική ποιότητα»¹⁰², όπως φαίνεται στο σχήμα 4.

Μη αποδεκτή ποιότητα

Ιδανική ποιότητα

Σχήμα 4

Η μεσότητα της κλίμακας είναι η «ικανοποιητική ποιότητα». Το υπόδειγμα το οποίο προτείνουν παριστάνεται στο σχήμα 5.

$$ΕΠ = ΠΠΠ + ΤΠΥ + ΠΤΑ$$

Σχήμα 5

Όπου ΕΠ είναι η «εκληφθείσα ποιότητα», ΠΠΠ είναι οι «προσδοκίες των πελατών από την πρότερα χρήση των υπηρεσιών», ΤΠΥ είναι η «η τρέχουσα ποιότητα της υπηρεσίας» και ΠΤΑ η «ποιότητα του τρέχοντος αποτελέσματος» από την χρήση των υπηρεσιών. Στην ουσία, το υπόδειγμα αυτό υποστηρίζει ότι η ποιότητα της υπηρεσίας, όπως την εκλαμβάνει ο χρήστης, αποτελεί το αποτέλεσμα της σύγκρισης των προσδοκιών του από την παρελθούσα χρήση με τις προσδοκίες από την τρέχουσα χρήση και το αποτέλεσμα της χρήσης. Οι προσδοκίες του παρελθόντος, σχηματοποιούν μια *a priori* εικόνα της υπηρεσίας η οποία επηρεάζεται από: τις προσωπικές ανάγκες του χρήστη, την εμπειρία του παρελθόντος, την περιρρέουσα ατμόσφαιρα όπως διαμορφώνεται από τους υπόλοιπους χρήστες, το μάρκετινγκ και την τιμή. Η τρέχουσα ποιότητα της υπηρεσίας, συνιστά το πραγματικό επίπεδο ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας, όπως αυτή προσδιορίζεται και ελέγχεται από τον προμηθευτή της. Η εκληφθείσα -από τον χρήστη- ποιότητα της υπηρεσίας, αποτελεί το μετρικό σύστημα της ικανοποίησής του. Προς αυτή την κατεύθυνση, η ποιότητα του αποτελέσματος από την τρέχουσα χρήση της υπηρεσίας:

1. είναι ίση με την ικανοποιητική ποιότητα, όταν εκπληρώνονται οι προσδοκίες του χρήστη, δηλαδή όταν $ΠΠΠ = ΕΠ$,
2. είναι ίση με την ιδανική ποιότητα, όταν η εκληφθείσα ποιότητα είναι μεγαλύτερη από τις προσδοκίες του χρήστη, δηλαδή όταν: $ΕΠ > ΠΠΠ$. Έτσι, η εκληφθείσα ποιότητα είναι περισσότερο από ικανοποιητική και τείνει προς την ιδεώδη ποιότητα.
3. είναι ίση με την μη αποδεκτή ποιότητα, όταν η εκληφθείσα ποιότητα είναι μικρότερη των προσδοκιών του χρήστη, δηλαδή όταν: $ΕΠ < ΠΠΠ$. Αυτό σημαίνει ότι η εκληφθείσα ποιότητα είναι λιγότερο από ικανοποιητική και τείνει σε μια μη αποδεκτή συνολική ποιότητα.

4. Το υπόδειγμα περί στάσεων των Bolton & Drew (1991b) και Mazis et al. (1975)

Πρώτοι οι Parasuraman, Zeithaml & Berry εξέφρασαν την άποψη ότι υψηλά επίπεδα εκληφθείσας ποιότητας άγουν σε υψηλό επίπεδο ικανοποίησης^{62,95}, ενώ η πρόσφατη μαρτυρία υποδεικνύει την ικανοποίηση ως προϋπόθεση για τα υψηλά επίπεδα εκληφθείσας ποιότητας μιας υπηρεσίας^{114,119,135}. Αντίστοιχα, οι Bolton & Drew, θεωρούν ότι η εκληφθείσα ποιότητα είναι μια **στάση** και συνιστά μια λειτουργία της αντίληψης των χρηστών για την ποιότητα μιας υπηρεσίας, όπως προκύπτει από πρότερα χρήση (Στάση_{t-1}) και του επιπέδου ικανοποίησης (ΙΧ= ικανοποίηση χρήστη) ή δυσαρέσκειας (ΔΧ= δυσαρέσκεια χρήστη) από το τρέχον επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας^{114,135}.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι η εκληφθείσα ποιότητα επηρεάζεται σημαντικά από την τρέχουσα απόδοση της υπηρεσίας σε αντίθεση με την εκπλήρωση των προσδοκιών που επηρεάζει ασθενώς την εκληφθείσα ποιότητα. Τελικά, σε μια δεύτερη έρευνά τους, αναζήτησαν περισσότερο σε βάθος την σχέση ικανοποίησης και ποιότητας, προτείνοντας την ακόλουθη εξίσωση:

Ποιότητα υπηρεσίας = q_0 (IX/ΔX, Εκπλήρωση προσδοκιών, Απόδοση)

Οι Mazis et al. προτείνουν ένα υπόδειγμα σύμφωνα με το οποίο, η στάση ενός ανθρώπου, καθορίζεται από την αξιολόγηση της απόδοσης μιας υπηρεσίας με βάση τον βαθμό σημαντικότητας των διαστάσεων της¹³⁶. Ωστόσο, η πειραματική μαρτυρία δείχνει ότι από μόνη της η αξιολόγηση της απόδοσης μιας υπηρεσίας προβλέπει την εκδήλωση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, τόσο καλά όσο και το πλήρες υπόδειγμα (εκκληφθείσα ποιότητα, προσδοκίες, ικανοποίηση)¹³⁶. Έτσι, προτείνουν την αξιολόγηση της απόδοσης της υπηρεσίας, ως μοναδικό δείκτη της ποιότητας της υπηρεσίας. Για να γίνουμε πιο σαφείς, οι Mazis et al. προτείνουν να ρωτάμε τους χρήστες μιας υπηρεσίας: «αισθάνομαι ότι π.χ. το προσωπικό ήταν πρόθυμο να με εξυπηρετήσει» και να ζητάμε να μας απαντήσουν χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert. Το ίδιο πρότειναν και άλλοι ερευνητές^{137,138}.

E. Η ποιότητα της φροντίδας από την οπτική του ασθενή

Στον τομέα της φροντίδας υγείας, τα εννοιολογικά υποδείγματα για την ποιότητα είναι ελάχιστα, υποδεικνύοντας μάλλον μια αποσπασματική και επιπόλαια θεώρηση ενός τόσο σημαντικού φαινομένου. Οι Wilde et al. προχώρησαν σε μια ποιοτική μελέτη που περιλάμβανε συνέντευξη 35 ασθενών (μέσης ηλικίας 60 ετών) με στόχο την ανάπτυξη ενός θεωρητικού υποδείγματος που ερμηνεύει τον τρόπο που οι ασθενείς ορίζουν την ποιότητα της φροντίδας¹³⁹ (Quality of care from a Patient Perspective, QPP). Οι συνεντεύξεις κωδικοποιήθηκαν και προέκυψαν 900 κώδικες που ομαδοποιήθηκαν σε 27 κατηγορίες¹⁴⁰. Η τελική μορφή του υποδείγματος φαίνεται στο σχήμα 6. Η ποιότητα από την οπτική του ασθενή είναι πολυδιάστατη και με διαφορετικούς προσανατολισμούς: στην μια πλευρά ανήκουν όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά τα οποία περιγράφονται υπό τον γενικό όρο *προτιμήσεις των ασθενών* και στην άλλη πλευρά η *δομή των πόρων του Οργανισμού* (ανθρώπινοι, υλικοί, διοικητικοί). Πιο συγκεκριμένα, τα ατομικά χαρακτηριστικά, αναφέρονται στο υγειονομικό προσωπικό και τα φυσικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος και της Διοίκησης, αναφέρονται στη δομή του περιβάλλοντος της φροντίδας, στον τεχνολογικό εξοπλισμό κ.α. Οι προτιμήσεις των ασθενών, ταξινομούνται σε δυο κατηγορίες: η *ορθολογική* υπό την έννοια ότι κάθε ασθενής αναζητά κάποιο είδος πρόβλεψης και υπολογισμού της πορείας της υγείας του. Η άλλη κατηγορία είναι η *ανθρώπινη*, σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς περιμένουν να αντιμετωπιστεί η κατάστασή τους με μοναδικό τρόπο.

Η δομή των πόρων του Οργανισμού

	Ατομικά Χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά του φυσικού και περιβάλλοντος της Διοίκησης
Προτιμήσεις ασθενών	Ιατρική-τεχνική δεξιότητα	Φυσικές-τεχνικές συνθήκες
	Εξατομικευμένη προσέγγιση	Κοινωνικό-πολιτιστική ατμόσφαιρα

Σχήμα 6

Οι διαστάσεις που υπέδειξαν οι Wilde et al. έχουν επαναδιατυπωθεί στη βιβλιογραφία, όπως οι τεχνικές δεξιότητες των επαγγελματιών φροντίδας υγείας¹⁴¹⁻¹⁴⁵, ο τεχνολογικός εξοπλισμός^{141,146}, η κοινωνικό-πολιτιστική ατμόσφαιρα^{38,144,147}. Βάσει των αποτελεσμάτων της ποιοτικής τους έρευνας ανέπτυξαν και στάθμισαν την κλίμακά τους.

ΣΤ. Προβλέπουσα ποιότητα της φροντίδας (predictive quality of care):

Ο Ραφτόπουλος Β. ορίζει την προβλέπουσα ποιότητα, σε σχέση με όλους εκείνους τους παράγοντες που αποτελούν προβλεπτικούς δείκτες της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας⁹⁸, όπως την διατυπώνουν οι Parasuraman και συν. Έτσι, σε μια έρευνα που πραγματοποιήσαμε στην ΠΦΥ, διαπιστώσαμε ότι οι ασθενείς πράγματι διαμορφώνουν προσδοκίες από την χρήση των υπηρεσιών υγείας, Ωστόσο, αυτό δεν επηρεάζει την ικανοποίησή τους. Αντίθετα, αυτά που οι ασθενείς χαρακτηρίζουν ως συστατικά μιας ποιοτικής φροντίδας αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την ικανοποίηση των ασθενών. Έτσι, το μαθηματικό υπόδειγμα που ερμηνεύει αυτή τη συνάφεια είναι το ακόλουθο:

$$I_k = \sum (\Sigma \text{ΕΠ}_k - \text{Π}_k)$$

Σχήμα 7

Όπου I_k είναι η ικανοποίηση του ασθενή από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, $\Sigma \text{ΕΠ}_k$ η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας και Π_k είναι οι προσδοκίες των ασθενών.

Ζ. Συντελεστική ποιότητα της φροντίδας:

Πιστεύουμε ότι η ποιότητα της φροντίδας, έχει μια κανονιστική και μια θετικιστική διάσταση. Η *μια ομάδα* την αντιλαμβάνεται σε συνάρτηση με όλα εκείνα τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν μια «καλή» φροντίδα, παραδεχόμενοι ότι φυσιολογικά, όλοι μας αναζητούμε μια καλή φροντίδα, που καθορίζεται από τις επιθυμίες και τις προσδοκίες μας. Είναι θα λέγαμε η *θεωρία της διασφάλισης της ανθρώπινης ευεξίας μέσω μιας ποιοτικής φροντίδας*. Ο οπαδός της θεωρίας αυτής, πριμοδοτεί την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα, σαν μείζων δείκτη έκβασης, καθώς προσθέτει αξία σε κάθε παρέμβαση που αυξάνει την ικανοποίησή του, σύμφωνα με την συμβολή της στην απώλεια της ευεξίας του. Η *άλλη ομάδα*, πιστεύει πως τα πράγματα είναι καλά από μόνο τους και επομένως, ό,τι είναι καλό από μόνο του αξίζει να το επιλέγουμε ή να το επιδιώκουμε. Είναι η *θεωρία της εγγενούς αξίας*. Κατ' αυτήν, ένας υπερασπιστής του δικαιώματος του ασθενή στην φροντίδα, ενδεχομένως πιστεύει πως το δικαίωμα στην φροντίδα (όποια και να είναι αυτή) έχει μια λεξικογραφική υπεροχή έναντι του δικαιώματος σε μια ποιοτικότερη φροντίδα, δηλαδή σε μια αποδοτικότερη, αποτελεσματικότερη και ασφαλέστερη φροντίδα που μεγιστοποιεί την ικανοποίησή του. Η *τελευταία ομάδα*, ίσως πιστεύει ότι ο μη πληροφορημένος ασθενής, καλύπτεται από έναν «μανδύα άγνοιας», που του στερεί την δυνατότητα να «κρίνει» την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, δηλώνοντας μόνο την δυσαρέσκεια ή την ικανοποίησή του. Είναι θα λέγαμε η *θεωρία της φαινομενικά ανεπιτήδευτης ικανοποίησης*, που εκπορεύεται από την απεικόνιση της καθημερινότητας μέσα από κάποια συμβάντα.

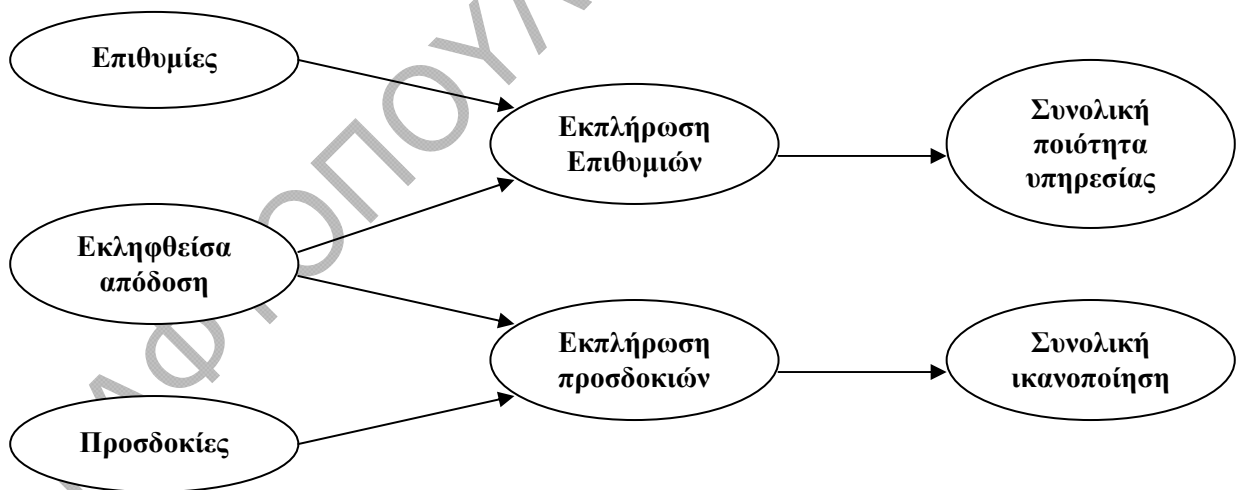
1.2.2. Εννοιολογικά υποδείγματα και θεωρίες για την ικανοποίηση

Οι Locker & Dunt, ήταν οι πρώτοι που τόνισαν την αποτυχία κάθε θεωρητικής θεμελίωσης της έννοιας της ικανοποίησης του ασθενή και των μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή των δεδομένων⁴⁴. Δεκαπέντε χρόνια αργότερα, η ίδια κριτική και σκεπτικισμός, διατυπώθηκαν και από τον Fitzpatrick². Ενώ δόθηκε περισσότερη προσοχή στην σχέση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης υπάρχει διάχυτη η άποψη της αποτυχίας των μηχανισμών έκφρασης του όρου «ικανοποίηση»¹⁴⁸⁻¹⁵⁰.

A. Το τροποποιημένο υπόδειγμα Ικανοποίησης-Ποιότητας του Oliver

Ο Oliver πρότεινε ένα υπόδειγμα το οποίο στόχευε στην σύζευξη ικανοποίησης και ποιότητα της υπηρεσίας¹²³, όπως φαίνεται στο σχήμα 8. Έτσι, ισχυρίζεται ότι ενώ η εκληφθείσα ποιότητα μιας υπηρεσίας προκύπτει από την σύγκριση ανάμεσα στο ιδεώδες και στο τρέχον επίπεδο απόδοσής της, η ικανοποίηση είναι η λειτουργία της εκπλήρωσης των προσδοκιών πρόβλεψης (predictive expectations) για τις διαστάσεις μιας ποιοτικής και μη ποιοτικής υπηρεσίας. Η εκληφθείσα ποιότητα μιας υπηρεσίας προτείνεται ως προϋπόθεση για την ικανοποίηση από αυτήν, όπως φαίνεται στο σχήμα 8.

Το υπόδειγμα αυτό δέχθηκε κριτική από πολλούς. Έτσι, ενώ προτείνει ότι η ικανοποίηση δεν σχετίζεται με την εκπλήρωση των προσδοκιών περί της ιδεώδους υπηρεσίας, η μαρτυρία από την σχετική διεθνή βιβλιογραφία, υποδεικνύει τις προσδοκίες περί της ιδεώδους και της επιθυμητής υπηρεσίας, ως προϋποθέσεις για την ικανοποίηση του χρήστη¹⁵¹⁻¹⁵⁵. Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με το υπόδειγμα του Oliver, οι προσδοκίες δεν επηρεάζουν τις αντιλήψεις του χρήστη για την απόδοση της υπηρεσίας, κάτι το οποίο δεν επιβεβαιώνεται από την ανασκόπηση του Yi¹⁵⁶.



Σχήμα 8

Οι επιθυμίες είναι συντελεστικοί παράγοντες της ικανοποίησης όπως έχει φανεί μέσα από τη βιβλιογραφία^{151,154,157-160}. Αντικατοπτρίζουν τις πιο βασικές ανάγκες, ή την επίτευξη ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος. Οι επιθυμίες αποτελούν μια αλυσίδα που για δυο της άκρα έχει τις επιθυμίες *υψηλού* και *χαμηλού* επιπέδου, οι οποίες συναρτώνται με το σύστημα αξιών του χρήστη. Σύμφωνα με τον Oliver, οι στάσεις αποτελούν αρχικά μια λειτουργία της εκπλήρωσης των προσδοκιών και ακολούθως μια λειτουργία της προηγούμενης στάσης απέναντι στο τρέχον επίπεδο της ικανοποίησης από το προϊόν ή την υπηρεσία. Η πρόθεση του

χρήστη να ξαναχρησιμοποιήσει την υπηρεσία είναι μια λειτουργία τελικά της στάσης του απέναντι σε αυτήν.

Ο Oliver έλεγξε τη θεωρία του¹¹⁷ -βασισμένος στο υπόδειγμα των Howard J.A. και Sheth J.N. που παρουσιάζεται πιο κάτω¹⁶¹ - σε ένα δείγμα 162 φοιτητών και 291 κατοίκων ενός αστικού κέντρου επιβεβαιώνοντας την κατεύθυνση του υποδείγματός του που έχει ως εξής: *προσδοκίες* \Rightarrow *εκπλήρωση προσδοκιών* \Rightarrow *ικανοποίηση* \Rightarrow *διαμόρφωση στάσης* \Rightarrow *πρόθεση*. Μάλιστα, η συσχέτιση ικανοποίησης και πρόθεσης είναι ασθενέστερη από την συσχέτιση ικανοποίησης-στάσης και στάσης-πρόθεσης¹⁶². Διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση είναι μια λειτουργία της εκπλήρωσης των προσδοκιών. Οι στάσεις φαίνεται να παίζουν τον πρωτεύοντα ρόλο στο στάδιο προετοιμασίας την ίδια στιγμή που στο δείγμα των φοιτητών κυριαρχεί η εκπλήρωση των προσδοκιών από την χρήση της υπηρεσίας. Πάντως και στις δυο περιπτώσεις, η εκπλήρωση των προσδοκιών έχει το μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ικανοποίηση. Η στάση μετά την χρήση της υπηρεσίας και η ικανοποίηση, επηρεάζουν την πιθανότητα μελλοντικής χρήσης της ίδιας υπηρεσίας. Η στάση μετά την χρήση είναι μια λειτουργία της ικανοποίησης και στα δυο δείγματα του πληθυσμού.

Το υπόδειγμα του Oliver, έχει μια λογική διαπλοκή, ωστόσο προβληματική φαίνεται η ερευνητική τεκμηρίωσή του¹⁶³, αφού αρέστηκε στις συστάσεις των Olson και Dover. Οι Taylor & Baker προσπάθησαν να απαντήσουν στο ερώτημα: «*η αλληλεπίδραση της ποιότητας μιας υπηρεσίας με την ικανοποίηση εξηγεί περισσότερο ποσοστό της διακύμανσης στις δηλωθείσες προθέσεις των πελατών για επαναχρησιμοποίηση της υπηρεσίας, σε σχέση με την ποιότητα ή της ικανοποίηση ξεχωριστά;*»¹⁶⁴. Προκειμένου να εκφράσουν μαθηματικά αυτή τη σχέση, χρησιμοποίησαν την εξίσωση:

$$\text{Πρόθεση επαναχρησιμοποίησης} = \alpha + \beta \text{ ικανοποίηση} + \gamma \text{ ποιότητα} + \delta \text{ αλληλεπίδραση}$$

Έλεγξαν την υπόθεσή τους σε 4 τομείς παροχής υπηρεσιών: (α) υπηρεσίες τηλεπικοινωνιών, (β) υπηρεσίες μεταφορών, (γ) ψυχαγωγικές υπηρεσίες και (δ) υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Χρησιμοποιώντας την ανάλυση παλινδρόμησης, διαπίστωσαν ότι στις υπόλοιπες υπηρεσίες, πλην των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, υπήρξε μια συσχέτιση της ποιότητας και της ικανοποίησης η οποία ερμηνεύει καλύτερα την πρόθεση του πελάτη να ξαναχρησιμοποιήσει την υπηρεσία. Με άλλα λόγια σε αυτές τις υπηρεσίες, τα υψηλά επίπεδα εκληθείσας ποιότητας και ικανοποίησης, προβλέπουν την πρόθεση του πελάτη να τις ξαναχρησιμοποιήσει. Αυτό δεν φαίνεται όμως να συμβαίνει και στον τομέα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, μια παρατήρηση που ευθυγραμμίζεται με την άποψη των Cronin & Taylor ότι η συμπεριφορά των ασθενών μπορεί να ανθίσταται –σαν φαινόμενο- στα υποδείγματα, τις θεωρίες αλλά και στις κλίμακες που χρησιμοποιούνται κατά κόρον και οι οποίες έχουν σταθμιστεί σε άλλους τομείς παροχής υπηρεσιών¹²².

B. Το υπόδειγμα των Howard και Sheth

Οι Howard J.A. και Sheth J.N. προτείνουν το ακόλουθο υπόδειγμα¹⁶¹:

$$A_{t+2} = f(S_{t+1} - A_t) + A_t$$

Σχήμα 9

Όπου A_t είναι η στάση πριν τη χρήση της υπηρεσίας, S_{t+1} είναι η ικανοποίηση αμέσως μετά τη χρήση της υπηρεσίας και A_{t+2} η αναθεωρημένη στάση μετά την χρήση της υπηρεσίας. Η διαφορά ($S_{t+1} - A_t$) είναι το αποτέλεσμα της σύγκρισης της προσδοκώμενης ικανοποίησης και της ικανοποίησης από την χρήση της υπηρεσίας. Το υπόδειγμα των Howard J.A. και Sheth J.N. επανεξετάστηκε από τον Fishbein¹⁶⁵ και από τους Olson και Dover¹⁶³. Οι τελευταίοι θεώρησαν τις προσδοκίες ως το σύνολο των πιθανοτήτων της εμφάνισης κάποιων χαρακτηριστικών που αποδίδει ο χρήστης στην υπηρεσία. Αυτά τα «αποδοτέα» χαρακτηριστικά, διαμορφώνουν δυο βασικές λειτουργίες: (α) συμβάλλουν στην διαμόρφωση συγκεκριμένων στάσεων και (β) διαμορφώνουν το στάδιο προετοιμασίας της υφιστάμενης ικανοποίησης. Κατ' αντιστοιχία, η αναθεωρημένη στάση μετά την χρήση της υπηρεσίας, μπορεί να ειπωθεί ως μια λειτουργία της αρχικής στάσης t_1 έτσι ώστε:

$$\begin{aligned} \text{Στάση } (t_1) &= f(\text{προσδοκιών}) \\ \text{Ικανοποίηση} &= f(\text{προσδοκιών, εκπλήρωση προσδοκιών}) \\ \text{Στάση } (t_2) &= f(\text{στάση } t_1, \text{ικανοποίηση}) \end{aligned}$$

Σχήμα 10

Μια μεταγενέστερη έκδοση του υποδείγματος, αναγνωρίζει ότι η ικανοποίηση επηρεάζει την πρόθεση του χρήστη για μελλοντική χρήση της υπηρεσίας, δηλαδή διαμορφώνει μια στάση. Έτσι:

$$\begin{aligned} \text{Πρόθεση } (t_1) &= f(\text{στάση } t_1) \\ \text{Πρόθεση } (t_2) &= f(\text{πρόθεση } t_1, \text{ικανοποίηση, στάση } t_2) \end{aligned}$$

Σχήμα 11

Γ. Προσαρμοσμένη ικανοποίηση του ασθενή από την φροντίδα (weighted satisfaction):

Εμείς πιστεύουμε ότι η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή με τις κλασικές κλίμακες του τύπου: «πόσο ικανοποιημένος είστε από το φαγητό» εμπεριέχουν ένα σφάλμα ερμηνείας, καθώς έχουν την τάση «ομογενοποιημένης ισοπέδωσης» του φαινομένου ικανοποίηση. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι αποτελούν ένα «δημοσιογραφικό» εργαλείο που είναι άχρηστο για τους δέκτες της πληροφορίας και για τα προγράμματα της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έτσι, προτείνουμε τον όρο «σταθμισμένη ικανοποίηση» του ασθενή η οποία παριστάνεται με βάση το υπόδειγμα του σχήματος 12:

$$\Sigma I = \Sigma (I_k \times \Sigma_k)$$

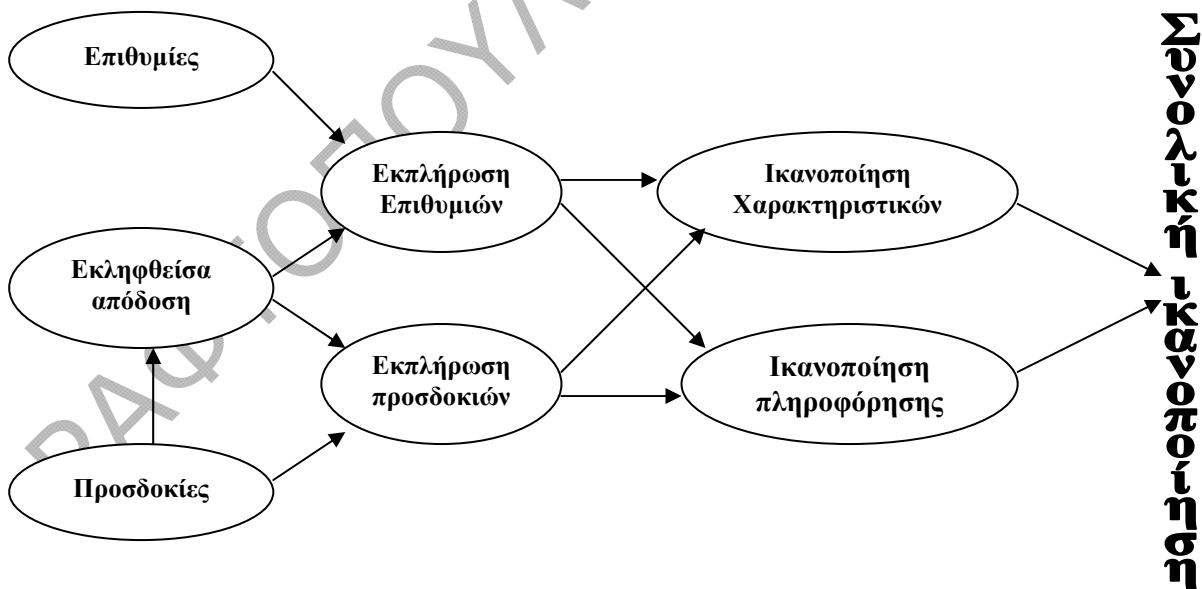
Σχήμα 12

Όπου ΣΙ είναι η σταθμισμένη ικανοποίηση του ασθενή, I_k είναι η ικανοποίηση από μια συγκεκριμένη διάσταση της φροντίδας και Σ_k είναι ο βαθμός σημαντικότητας της κάθε διάστασης της φροντίδας για τον ασθενή. Έτσι, η «διορθωμένη» ικανοποίηση του ασθενή, αποτελεί το άθροισμα της ικανοποίησης από τις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας, σταθμισμένη για τον βαθμό σπουδαιότητάς τους για τον ίδιο τον ασθενή.

Το πιο δύσκολο ερώτημα που καλείται να απαντήσει ο ερευνητής δεν είναι τόσο η ύπαρξη ή όχι των προσδοκιών, αλλά η ερμηνεία των κενών (gaps) ανάμεσα στην ικανοποίηση, την ποιότητα και τις προσδοκίες. Για τους περισσότερους ηλικιωμένους ασθενείς ο όρος «ποιότητα» έχει ένα «φορτίο ερμηνευτικού σφάλματος» με την έννοια ότι η απευθείας ερώτηση: «θεωρείται ποιότητα το να σερβίρεται ένα νόστιμο φαγητό;» δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή. Αντιθέτως, η ερώτηση «πόσο σημαντικό θεωρείτε το σερβίρισμα ενός νόστιμου φαγητού;» αντικατοπτρίζει –εμμέσως- άριστα την ποιότητα της φροντίδας από την οπτική πλευρά του ασθενή (quality of care form patient’s perspective).

4. Το υπόδειγμα των Spreng R.A., MacKenzie S.B., & Olshavsky R.W. (1996)

Οι Spreng R.A., et al. βασίστηκαν στο υπόδειγμα του Oliver το οποίο και επαύξησαν¹⁶⁶, όπως φαίνεται στο σχήμα 13. Αναλυτικότερα, θεώρησαν ότι η *συνολική ικανοποίηση* αποτελεί μια συναισθηματική αντίδραση σε ένα προϊόν ή μια υπηρεσία^{117,152}, η οποία επηρεάζεται από την ικανοποίηση του χρήστη από το ίδιο το προϊόν ή την υπηρεσία (ικανοποίηση από τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας) και από την ικανοποίηση από την διαθέσιμη πληροφορία που χρησιμοποίησε για την επιλογή του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Αυτοί οι δυο τύποι ικανοποίησης, είναι το αποτέλεσμα της εκτίμησης –από την πλευρά του χρήστη- του βαθμού στον οποίο η εκληφθείσα απόδοση του προϊόντος ή της υπηρεσίας, εκπληρώνει τις επιθυμίες του και τις προσδοκίες του.



Σχήμα 13

Ο Oliver, ορίζει την ικανοποίηση από τα χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας ως: «την υποκειμενική κριτική του χρήστη που προκύπτει από την παρατήρηση των χαρακτηριστικών της απόδοσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας»¹²³. Προκειμένου να αποτυπώσει μαθηματικά το υπόδειγμά του, προτείνει την ακόλουθη εξίσωση:

$$EΠ = \sum \alpha_i (YEΠ_i)$$

Σχήμα 14

Όπου EΠ είναι η εκπλήρωση των προσδοκιών, α_i είναι ένα βάρος (weight) που προκύπτει από την αξιολόγηση της διαφοράς (θετική ή αρνητική) ανάμεσα στην επιθυμητή και την τρέχουσα απόδοση της υπηρεσίας και $YEΠ_i$ είναι η υποκειμενική αντίληψη της εκπλήρωσης ανάμεσα στις δικές του επιθυμίες για τα i χαρακτηριστικά της υπηρεσίας και στην απόδοση της υπηρεσίας σε αυτά τα i χαρακτηριστικά. Συνεπώς η σχέση είναι αναλογική.

Οι Spreng R.A., et al. προκειμένου να περιγράψουν καλύτερα την εκπλήρωση των προσδοκιών και των επιθυμιών του χρήστη¹⁶⁶, χρησιμοποίησαν το υπόδειγμα των Westbrook and Reilly, το οποίο αποτυπώνεται στο σχήμα 15¹⁵⁵.

$$\Sigma\Sigma = \sum_i \Sigma_j |A_{ix} - I_j|$$

Σχήμα 15

Όπου $\Sigma\Sigma$ είναι η συνολική στάση απέναντι σε μια επιλογή x , Σ_i είναι ο βαθμός σημαντικότητας του χαρακτηριστικού i της υπηρεσίας, A_{ix} είναι οι απόψεις του χρήστη για την απόδοση της επιλογής x στα χαρακτηριστικά i και I_j είναι τα ιδεώδη χαρακτηριστικά i για τον χρήστη. Σύμφωνα με το υπόδειγμα, κάθε απόκλιση από το επιθυμητό, αξιολογείται αρνητικά. Προχώρησαν στην ερευνητική τεκμηρίωση του υποδείγματός τους, χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 219 ανθρώπων, από τους οποίους ζητήθηκε να αξιολογήσουν ένα προϊόν. Οι κλίμακες που περιγράφουν κάθε διάσταση του υποδείγματος (σχήμα 13) είχαν καλή αξιοπιστία που κυμάνθηκε από 0.84 έως 0.97. Όλες οι συσχετίσεις του υποδείγματος (τα βέλη) επιβεβαιώθηκαν και ήταν θετικές, εκτός από δυο που ήταν: (1) η συσχέτιση προσδοκιών και εκπλήρωσης προσδοκιών, (2) οι επιθυμίες και η εκπλήρωση των επιθυμιών. Ένας από τους περιορισμούς της έρευνας ήταν ότι δεν χρησιμοποιήθηκε το προϊόν από τους χρήστες.

E. Το υπόδειγμα των Kane R.L. et al. (1997)

Σε μια έρευνα των Kane R.L. et al. βρέθηκε ότι η έκβαση της φροντίδας δεν επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή από την ίδια την έκβαση αλλά και από την φροντίδα¹⁶⁷. Η κακή υγεία, επηρεάζει την στάση των ασθενών απέναντι στην ιατρική φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είχαν καθυστερημένη ανάρρωση, όπως αυτή εκφράστηκε από τους ίδιους αλλά και από τον αριθμό των ημερών νοσηλείας, υπήρξαν πιο δυσαρεστημένοι από την αποτελεσματικότητα, την τεχνική διάσταση της φροντίδας και την «τέχνη της φροντίδας». Ασθενείς με μεγαλύτερους φυσικούς περιορισμούς, δήλωσαν πιο δυσαρεστημένοι από την τεχνική διάσταση της φροντίδας και την αποτελεσματικότητά της. Συνεπώς, η κατάσταση της υγείας των ασθενών, απετέλεσε ισχυρό προσδιοριστή της ικανοποίησής τους από την ιατρική φροντίδα.

Όταν η ικανοποίηση φτάσει πέρα από ένα καθορισμένο κατώφλι επιπέδου υγείας, η παρατηρούμενη σχέση περιγράφεται καλύτερα από μια περισσότερο πολύπλοκη και μη γραμμική σχέση. Η ακριβής σχέση ίσως εξαρτάται από τις προσδοκίες των ασθενών. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι εάν η ικανοποίηση του ασθενή βασίζεται στις προσδοκίες του από τα

χαρακτηριστικά της διαπροσωπικής διάστασης της φροντίδας, τότε τα σχετικά αποτελέσματα που άπτονται αυτής της διάστασης θα αποτελούν πιο ισχυρούς παράγοντες πρόβλεψης της ικανοποίησης σε σχέση με τα απόλυτα αποτελέσματα. (Absolute outcomes). Στην περίπτωση που υπάρχει διάδραση των προσδοκιών, τότε τα απόλυτα αποτελέσματα αποτελούν τους ισχυρότερους προβλεπτικούς δείκτες. Οι Kane R.L. et al. πιστεύουν ότι άλλοι «κλινικοί» δείκτες της ικανοποίησης (π.χ. ποιότητα) θα σχετίζονται πιο ισχυρά με τα αποτελέσματα σε σύγκριση με τους δείκτες που βασίζονται στην «υπηρεσία» της φροντίδας υγείας (π.χ. νοσοκομειακή φροντίδα). Ο λόγος έγκειται στην μεγαλύτερη συνάφεια των κλινικών δεικτών με το επίπεδο της υγείας.

Προκειμένου να τεκμηριώσουν τις απόψεις τους, οι Kane R.L. et al. προχώρησαν σε μια μελέτη 2.116 ασθενών από 53 νοσοκομεία της Μινεσότα, στους οποίους απεστάλη μια κλίμακα 11 ερωτήσεων για την εκτίμηση της ικανοποίησής τους, 6 μήνες μετά από χολεκυστεκτομή (ανοικτή ή λαπαροσκοπική). Για την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας των χειρουργηθέντων χρησιμοποιήθηκαν 6 δείκτες: η διάρκεια παρουσίας συμπτωμάτων (πόνος, ίκτερος, κ.α.), το ιστορικό, τα κλινικά ευρήματα, το σκορ συνοσηρότητας του Charlson, τα προεγχειρητικά εργαστηριακά ευρήματα και τα συμπτώματα χολοκυστίτιδας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, οι ασθενείς με καλύτερη έκβαση εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από όλες τις διαστάσεις της φροντίδας και μάλιστα η ηλικία φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά. Η ικανοποίηση από την ποιότητα της φροντίδας, σχετίζεται περισσότερο στατιστικά σημαντικά με την έκβαση σε σχέση με την ικανοποίηση από τις ευκολίες που παρέχει το νοσοκομείο. Όλα αυτά, επιβεβαιώνουν ότι η ικανοποίηση του ασθενή πράγματι σχετίζεται με την έκβαση της φροντίδας, αλλά αυτή η συσχέτιση είναι ισχυρότερη για τα απόλυτα αποτελέσματα της φροντίδας. Μάλλον οι ασθενείς κρίνουν βάσει του πως αισθάνονται την δεδομένη στιγμή παρά με βάση την αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους, υποδεικνύοντας ότι ξεχνούν την πρότερα κατάστασή τους. Από την άλλη μεριά, η εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών, συμβάλλει πολύ λίγο στο ποσοστό της ικανοποίησής τους.

ΣΤ. Το υπόδειγμα της Linder-Pelz (1982a,b)

Η Linder-Pelz υπήρξε από τους πρώτους ερευνητές που εξήραν την ανάγκη ανάπτυξης μια θεωρίας που να καλύπτει εννοιολογικά την ικανοποίηση των ασθενών^{148,149}. Η δική της προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση, βασίστηκε στην εργασία των Fishbein & Ajzen για τις «στάσεις» που διαμορφώνουν οι άνθρωποι, σύμφωνα με την οποία οι στάσεις διαχωρίζονται από τις αντιλήψεις¹⁶⁸. Όρισε λοιπόν τις προσδοκίες των ασθενών ως μια αντιληπτική διάσταση των χαρακτηριστικών μιας υπηρεσίας. Μια θεωρία που πίστευε ότι εξηγεί καλύτερα την ικανοποίηση των ασθενών ήταν η θεωρία «προσδοκιών-αξιών» (expectancy-value theory) σύμφωνα με την οποία οι προσδοκίες αποτελούν τους προσδιοριστές της στάσης που διαμορφώνουν τελικά δηλαδή της ικανοποίησής τους. Ο Pascoe διαφώνησε με την άποψη της Linder-Pelz, ισχυριζόμενος ότι η ικανοποίηση αποτελεί μια νοητική παρά μια συναισθηματική κατασκευή¹²⁹.

Η Linder-Pelz αναφέρει 3 θεωρίες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν την σχέση ικανοποίησης και προσδοκιών: την θεωρία της σύγκρισης, της ισότητας και της εκπλήρωσης. Έτσι, διατύπωσε 5 υποθέσεις: (1) η ικανοποίηση σχετίζεται άμεσα με το σύνολο των προσδοκιών και των αξιών που εκπληρώνουν οι συγκεκριμένες διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας, (2) η ικανοποίηση αποτελεί την διαφορά ανάμεσα στα επιθυμητά οφέλη από την φροντίδα και σε αυτά που τελικά του προσφέρει και (3) η ικανοποίηση είναι η εκληφθείσα –και όχι πάντα η πραγματική– εκπλήρωση ανάμεσα στις επιθυμίες του ασθενή και σε αυτό που τελικά λαμβάνει ως φροντίδα (4) η ικανοποίηση σχετίζεται θετικά με την εκληφθείσα εκπλήρωση των

προσδοκιών του ασθενή μόνο για διαστάσεις της φροντίδας που έχουν κάποια αξία γι' αυτόν και (5) ο συνδυασμός θετικών προσδοκιών και θετικών συμβάντων οδηγεί σε μεγαλύτερη ικανοποίηση. Έλεγχε τις υποθέσεις της σε ένα δείγμα ασθενών που έλαβαν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε κλινικές του Μανχάταν και τελικά υποστήριξε μόνο την 3^η και την 5^η υπόθεση, ίσως λόγω των περιορισμών της έρευνάς της, αφού μελέτησε μόνο 3 διαστάσεις της φροντίδας. Πάντως διαπίστωσε ότι και οι 3 μεταβλητές (προσδοκίες, αξίες και εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας) ερμηνεύουν το 10% της παρατηρούμενης διακύμανσης της ικανοποίηση των ασθενών.

H. Τα εννοιολογικά υποδείγματα της δυσαρέσκειας των ασθενών από την φροντίδα

Παραδοσιακά, οι έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή, θεωρούνται ο καλύτερος τρόπος για την αναζήτηση και καταγραφή της άποψης τους ασθενή⁴². Κάποιοι υποστηρίζουν πως το ενδιαφέρον πρέπει να στραφεί μάλλον προς την δυσαρέσκεια του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα ή θεραπεία και να επικεντρωθεί στους παράγοντες που την προσδιορίζουν^{49,169,170}. Ο λόγος είναι ότι η δυσαρέσκεια σχετίζεται με την μέσο και μακροπρόθεσμη συμπεριφορά του ασθενή και με την ποιότητα της επικοινωνίας του με τον επαγγελματία υγείας που τον φροντίζει¹⁷¹. Εξάλλου, η αρνητική εντύπωση του ασθενή, είναι συνήθως μια συμπεριφορά που τον συνοδεύει σε κάθε προσπάθεια αναζήτησης φροντίδας και δεν υποχωρεί με το πέρασμα του χρόνου. Οι Annandale και Hunt, σε μια μελέτη κοόρτης ασθενών ηλικίας 35 ετών, από τις Δυτικές περιοχές της Σκωτίας, που είναι δυσαρεστημένοι με τους γιατρούς, βρήκαν πως οι ασθενείς «πλήττονται από την έλλειψη σύγκλισης, καθώς επαναλαμβάνονται τα επεισόδια διαφωνίας»¹⁷⁰.

Η Coyle J. υποστηρίζει πως οι παρούσες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή, αποτυγχάνουν να προσδιορίσουν την δυσαρέσκεια του ασθενή και τις πτυχές της για δυο λόγους¹⁷²:

- ο πρώτος λόγος είναι ότι οι έρευνες για την ικανοποίηση χαρακτηρίζονται από πολύ υψηλά ποσοστά συνολικής ικανοποίησης και εμφανίζουν μικρότερη ειδικότητα, σε σχέση με τις ποιοτικές έρευνες, αναφορικά με την εκμείωση αρνητικών απόψεων για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας^{18,44,173-183}.
- ο δεύτερος λόγος είναι ότι οι έρευνες για την ικανοποίηση θεωρούν δεδομένη την δυσαρέσκεια και προβαίνουν σε αστήριχτες παραδοχές. Οι Mulcahy και Tritter, υποσημειώνουν πως με την χρησιμοποίηση των κλιμάκων εκτίμησης της ικανοποίησης (satisfaction scales) οι ερευνητές αποδέχονται ουσιαστικά, μια συνέχεια του όρου ικανοποίηση, καταλήγοντας στην διαπίστωση ότι η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια αποτελούν την κατάληξη (το αποτέλεσμα) της ίδιας κατασκευής⁴⁹. Μέχρι τούδε, οι ποιοτικές έρευνες δεν έχουν καταδείξει κάποια τέτοια συνέχεια της ικανοποίησης^{42,45-47}. Από την άλλη μεριά, οι Mulcahy και Tritter, ισχυρίζονται ότι οι όροι ικανοποίηση και δυσαρέσκεια, είναι εκ διαμέτρου αντίθετοι και απαιτείται διασαφήνισή τους πριν προβεί κανείς σε γενικευμένες παραδοχές της μεταξύ τους σχέσης⁴⁹.

Οι αιτίες των παραπόνων των ασθενών, περιστρέφονται στα ακόλουθα σημεία: *κακή συνεργασία γιατρού-ασθενή που συνεπάγεται αποτυχία επίτευξης μιας αποτελεσματικής θεραπείας, κακή διάγνωση, κακή εκλογή θεραπείας, αδυναμία εισαγωγής στο Νοσοκομείο και κακή προσωπικότητα του γιατρού*¹⁸⁴⁻¹⁸⁸. Οι περισσότερες έρευνες, σχετίζουν τα παράπονα με αμιγώς μη κλινικά θέματα, ενώ σημειώνουν ότι διαφοροποιούνται ανάλογα με τον χρήση^{189,190}.

Η έκφραση των παραπόνων των ασθενών, είναι ένα νόμισμα με δυο όψεις: η μια είναι η πρόδηλη προθυμία τους να κρίνουν τα κακώς κείμενα και η άλλη όψη είναι οι πολιτιστικοί και

ψυχοκοινωνικοί περιορισμοί (στιγματισμός) που ευθυγραμμίζονται με την διαδικασία αξιολόγησης¹⁶⁹. Έτσι, κάποιιοι ασθενείς διστάζουν να εκδηλώσουν την δυσαρέσκειά τους, ακόμη και όταν ανακλύπουν προβλήματα στην νοσηλεία τους, επειδή φοβούνται την ανταπόδοση (εκδίκηση) των επαγγελματιών φροντίδας υγείας, ενώ άλλοι θεωρούν «μπελά» την όλη διαδικασία^{47,169, 191}. Ο Altschul, βρήκε ότι οι ασθενείς είναι ευγνώμονες με την φροντίδα που τους παρέχουν οι νοσηλευτές και λαμβάνουν υπόψη τους την έλλειψη των πόρων και τις αδυναμίες του συστήματος γενικά, στην κριτική τους¹⁹². Σε μια έρευνα που συμμετείχαν καρδιολογικοί ασθενείς οι οποίοι αισθάνθηκαν ότι η διαδικασία διάγνωσης της ασθένειάς τους δεν τους ικανοποίησε, διαπιστώθηκε πως απέφυγαν να δηλώσουν ευθέως ότι είναι δυσαρεστημένοι και αρκέστηκαν να χρησιμοποιήσουν εκφράσεις όπως: «με ενόχλησε», «με κράτησαν στο σκοτάδι» και «μισοτελειωμένη υπόθεση»⁴⁷.

Είναι αναντίρρητη η ανάγκη αποσαφήνισης του όρου «*δυσαρέσκεια*». Οι Felstiner et al., αναφέρουν ότι η δυσαρέσκεια μπορεί να θεωρηθεί ως ένας «*μετασχηματισμός*» (που είναι ευμετάβλητος, υποκειμενικός, αντιδραστικός και ρευστός) όπου τα συναισθήματα του ασθενή μεταβάλλονται με τον χρόνο, καθώς ορίζει και επαναπροσδιορίζει τις αντιλήψεις του, όπως διαμορφώνονται από την εμπειρία του, σε απάντηση της συμπεριφοράς και των προσδοκιών των άλλων, συμπεριλαμβανομένων των στενών του προσώπων, των υπαλλήλων, των αντιπάλων του¹⁹³. Μέσω αυτής της διαδικασίας, τα αρνητικά συναισθήματα από τα οποία διακατέχεται ο ασθενής αμέσως μετά την επαφή του με το Σύστημα Υγείας, μπορούν να μετασχηματιστούν σε πιο σταθερά, επίμονα παράπονα, όπου ο ασθενής αποδίδει ευθύνες ή κατηγορίες σε άλλο άτομο ή κοινωνική δομή. Ενδέχεται τα αρνητικά συναισθήματα να διαλύονται καθώς ο ασθενής αποδέχεται ότι υπήρξαν ελαφρυντικοί παράγοντες που δικαιολογούν τις πράξεις ή την αδράνεια.

Οι Mulcahy και Gritter, διατείνονται πως η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια εκφράζεται αναφορικά με την φροντίδα στο Νοσοκομείο⁴⁹. Αντίθετα, οι Annandale και Hunt, ισχυρίζονται ότι τα περισσότερα παράπονα για τους γιατρούς, επικεντρώνονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας¹⁷⁰. Ο μεγάλος αριθμός αυτών των ισχυρισμών για τη νοσοκομειακή φροντίδα, ίσως αντανακλά κάποιο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο, αφού η πλειονότητα των συνεντεύξεων έλαβε χώρα στο Λονδίνο, στα 1993, την εποχή που συνέβαινε η αναδιαμόρφωση της δομής των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Αυτές οι αλλαγές απετέλεσαν το έναυσμα για μια σειρά από άρθρα και συζητήσεις για τις ώρες αναμονής και το ενδεχόμενο του κλεισίματος κάποιων Νοσοκομείων ή Τμημάτων Νοσοκομείων⁴⁸. Η έρευνα αυτή ανέφερε ένα μεγάλο ποσοστό δυσαρέσκειας με την οργάνωση του Συστήματος Φροντίδας Υγείας, την πολιτική υγείας, την έλλειψη προσωπικού και την χαμηλή χρηματοδότηση του Τομέα Φροντίδας Υγείας.

Οι Annandale και Hunt αναζήτησαν την συσχέτιση δυσαρέσκειας και συμπεριφοράς (δράσης), σημειώνοντας πως η τάση για την μη ανάληψη δράσης, εμφανίζεται συχνότερα όταν η δυσαρέσκεια αφορά το στυλ των διαπροσωπικών σχέσεων του γιατρού με τον ασθενή¹⁷⁰. Έτσι, οι ασθενείς αναζητούσαν και δεύτερη γνώμη όταν αυτή η δυσαρέσκεια αφορούσε την διάγνωση ή την θεραπεία. Όταν όμως υπήρχε δυσαρέσκεια για την φαρμακευτική αγωγή, οι ασθενείς προτιμούσαν να την σταματήσουν από μόνοι τους.

Η Coyle J. στην έρευνά της, πραγματοποίησε μια ευρεία ποιοτική μελέτη με μη δομημένες συνεντεύξεις στα σπίτια των ασθενών, προκειμένου να αποτυπώσει τον τρόπο που μορφοποιείται η δυσαρέσκειά τους με το σύστημα φροντίδας υγείας¹⁷². Από την αρχική συνέντευξη των 41 ασθενών, διαπίστωσε την σπουδαιότητα των χαρακτηριστικών της «*απειλής της προσωπικής ταυτότητας*» (personal identity threat) στην κατανόηση και αναζήτηση της δυσαρέσκειας. Σε αυτόν τον γενικό όρο, εμπεριέχονται εκφράσεις όπως: *απο-ανθρωποποίηση (dehumanized)*, *αντικειμενοποίηση (objectified)*, *στερεοτυπία (stereotyped)*, *αποδυνάμωση (disempowered)* και *απαξίωση (devalued)*.

Οι μελέτες στα νοσοκομεία, δείχνουν ότι οι άνθρωποι που υπήρξαν δυσαρεστημένοι από την φροντίδα τους, αισθάνονται ότι τους φρόντισαν σαν να μην ήταν ανθρώπινα όντα (non-persons) και ότι κάθε άλλο παρά αναγνώρισαν την ανθρώπινη διάστασή τους¹⁹⁴. Εξάλλου, η πλειοψηφία των ασθενών, είχαν την εντύπωση ότι αντιμετωπίστηκαν σαν αντικείμενα, με μηχανικό τρόπο, προέκταση της καθημερινής ρουτίνας και ότι δεν λήφθηκε υπόψη η ατομικότητά τους, τα συναισθήματά τους, η προσωπική τους γνώση (βιογραφικά χαρακτηριστικά) και οι εμπειρίες τους. Σε αυτόν τον όρο, η Coyle J. όρισε 3 υποκατηγορίες: *διάσπαση του κανόνα της διάδρασης (interactional rule breaking)*, *απόσταση απόψεων (perspective distance)* και *στερεότυπα (stereotyping)*¹⁷². Οι Strauss A. et al. στην μελέτη τους, για την διάδραση ασθενών και γιατρών, διαπίστωσαν ότι τα αισθήματα της αποπροσωποποίησης ανακύπτουν όταν παραβιάζονται κανόνες κοινωνικής αλληλεπίδρασης και σχέσεις εργασίας που η ύπαρξή τους θεωρείται δεδομένη¹⁹⁴. Η Coyle J. αναφέρει ότι αυτούς τους κανόνες επικοινωνίας τους παραβιάζει ο γιατρός, που συνήθως δεν έχει υπομονή και παρουσιάζει κάποιες ειδήσεις στον ασθενή χωρίς ενσυναίσθηση. Οι Strauss A. et al. αποδίδουν αυτό το φαινόμενο στον τρόπο που είναι οργανωμένη η δουλειά του γιατρού.

Προέκταση αυτής της από-ανθρωποποίησης είναι και η πρόκληση αισθημάτων ντροπής στους ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίοι συνδέουν την ντροπή τόσο με την αποκάλυψη του σώματός τους μπροστά σε άλλα άτομα, όσο και με το γεγονός ότι το σώμα τους δεν ανταποκρίνεται πλέον στο ιδανικό σώμα όπως αυτό τουλάχιστον παρουσιάζεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα γυναικεία περιοδικά και τις προσωπικές πολιτιστικές τους θέσεις. Ντρέπονται για την εμφάνισή τους, για την φιγούρα τους γιατί το σώμα τους δεν ανταποκρίνεται στις προϋποθέσεις που θέτει η κοινωνία για ένα καλίγραμμο σώμα. Φαίνεται ότι οι αξίες και οι κανόνες που έχουν οι ηλικιωμένες αναφορικά με το θέμα αυτό, εξακολουθούν να παραμένουν το ίδιο ισχυρές και σύγχρονες ακόμα και στην φάση εκείνη της ζωής που ονομάζουμε γήρας¹⁹⁵.

Ο Paralikas T. στην έρευνά του με θέμα: «*Αισθήματα ντροπής ηλικιωμένων γυναικών απέναντι στο ανδρικό προσωπικό φροντίδας υγείας*» επικεντρώνει τις ερωτήσεις του πάνω σε βιώματα ενοίκων οίκων ευγηρίας, τα οποία συνδέονται με δυσάρεστες καταστάσεις τις οποίες οι ένοικοι βιώνουν κατά την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας¹⁹⁵. Κυριότερη πηγή δυσαρέσκειας είναι η παραβίαση της ιδιωτικής σφαίρας των ηλικιωμένων ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο Paralikas T. επισημαίνει τρία σημεία περιγραφικά της δυσαρέσκειας από την παραβίαση της ιδιωτικής σφαίρας: (1) οι ανεπιθύμητοι έλεγχοι στα δωμάτια-διαμερίσματα των ενοίκων, (2) η είσοδος στο διαμέρισμα των ενοίκων κατά την απουσία τους και (3) η στάση-συμπεριφορά του προσωπικού στους διαδρόμους μπροστά από τα δωμάτια-διαμερίσματα. Στην ερμηνευτική ανάλυση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής του έρευνας, ο Paralikas T. τονίζει ότι το διαμέρισμα τα έπιπλα μέσα σε αυτό αντιπροσωπεύουν τον πρωτοβάθμιο πρωταρχικό ζωτικό χώρο (territorium) των ενοίκων. Με έπιπλα και διάφορα άλλα μικροαντικείμενα από το παλιό τους διαμέρισμα «*προσωποποιείται*» ο νέος χώρος. Ως «*κάτοχοι*» του χώρου αυτού, έχουν οι ένοικοι την συνολική αποκλειστική εποπτεία και οι ίδιοι αποφασίζουν ποιοι έχουν δικαιώματα μέσα στον χώρο αυτό. Η σιγουριά αυτή ότι δηλαδή έχουν τον δικό τους ιδιωτικό χώρο του δίνει και το δικαίωμα να πιστεύουν ότι αισθάνονται «*σαν στο σπίτι τους*». Ανεπιθύμητοι έλεγχοι και ενέργειες του νοσηλευτικού προσωπικού χωρίς να τις εγκρίνουν, όπως το στρώσιμο του κρεβατιού, ανοίγμα συρταριών ψυγείου κτλ, χαρακτηρίζονται από τους ενοίκους ως παραβίαση ή μάλλον καλύτερα τραυματισμός της ιδιωτικής σφαίρας.

Τον έλεγχο και την εποπτεία του διαμερίσματος εξακολουθούν να την έχουν οι ηλικιωμένοι ένοικοι ακόμα και όταν απουσιάζουν από το διαμέρισμα, καθώς υποστηρίζουν ότι μόνο με την συγκατάθεσή τους έχει δικαίωμα το προσωπικό να εισέρχεται σε αυτό. Σε

διαφορετική περίπτωση θεωρείται και αυτό παραβίαση της ιδιωτικής τους σφαίρας. Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά των ηλικιωμένων για τους διαδρόμους τους οποίους θεωρούν προέκταση του πρωταρχικού ιδιωτικού τους χώρου¹⁹⁵. Εργασίες ρουτίνας από το προσωπικό όπως λερωμένα σεντόνια πεταμένα στο πάτωμα μπροστά από την πόρτα η τροχήλατα γεμάτα με λερωμένα εσώρουχα για την ακράτεια κτλ θεωρούνται ότι παραβιάζουν την ιδιωτική σφαίρα των ενοίκων και δημιουργούν ανεπιθύμητα συναισθήματα. Ως παραβίαση της ιδιωτικής τους σφαίρας θεωρούν επίσης και το άγγιγμα ορισμένων περιοχών του σώματος όπως η γεννητική περιοχή από νοσηλευτές διαφορετικού φύλου. Χαρακτηριστική είναι η προϋπόθεση που τίθεται για το άγγιγμα της περιοχής αυτής και η οποία αναφέρεται στην ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ενοίκου και νοσηλεύτη¹⁹⁵.

Ο περιορισμός της προσωπικής αυτονομίας αναφέρεται επίσης ως παραβίαση της ιδιωτικής σφαίρας των ενοίκων και δημιουργεί δυσάρεστα συναισθήματα όπως δυσαρέσκεια. Εδώ ο Paralikas T. αναφέρεται στις περιπτώσεις εκείνες των ενοίκων που λόγω κάποιας αναπηρίας δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν και οι επιθυμίες τους δεν γίνονται σεβαστές από το προσωπικό. Συχνά το προσωπικό αποφασίζει για τους ενοίκους και πράττει χωρίς την συγκατάθεσή τους. Χαρακτηριστικά, αναφέρει το παράδειγμα μίας ενοίκου η οποία λόγω παράλυσης των κάτω άκρων παρέμενε στο κρεβάτι το απόγευμα παρά την επιθυμία της να καθίσει στο αναπηρικό καροτσάκι.

Ο Paralikas T. σημειώνει ότι η είσοδος του ηλικιωμένου στον οίκο ευγηρίας, οδηγεί και σε μία ακόμη απώλεια. Απώλεια να αποφασίζει και να ενεργεί για τον εαυτό του ο ίδιος. Το καθημερινό πρόγραμμα είναι έτσι οργανωμένο σύμφωνα με τις ανάγκες του οίκου και τις κατευθυντήριες γραμμές της διεύθυνσης σε αντίθεση με το πρόγραμμα του ηλικιωμένου που είχε πριν το οποίο ήταν οργανωμένο σύμφωνα με τις προσωπικές του θέσεις. Η επενέργεια της εξάρτησης για βοήθεια λειτουργεί ανασταλτικά. Λαμβάνει χώρα μία συνειδητή επιλογή των ενοίκων για παράδοση της ιδιωτικής τους σφαίρας προκειμένου να βοηθηθούν. Αυτή η παράδοση γίνεται φυσιολογικά παρά ταύτα δημιουργεί ανεπιθύμητα συναισθήματα. Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά για την λήψη όλων εκείνων των απαραίτητων μέσων από τους νοσηλευτές κατά την διάρκεια της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι ίδιοι οι ένοικοι τονίζουν την ανάγκη να καλύπτεται κάθε μέρος του σώματος μετά την περιποίηση καθώς και η ανάγκη για περιορισμό της εκθεσης του σώματος από τα μάτια τρίτων με παραβάν. Κατά την γνώμη τους η τήρηση των μέτρων αυτών δηλώνει σεβασμό στην προσωπικότητα του ενοίκου, φανερώνει επαγγελματισμό και επιτρέπει ακόμα και σε νοσηλευτές διαφορετικού φύλου να φροντίζουν τους ενοίκους.

Θ. Ανάπτυξη ενός νέου εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών³⁹

Αυτή η στροφή των ερευνητών που ασχολούνται με την ικανοποίηση και την ποιότητα στον τομέα της φροντίδας υγείας, προς την διαμόρφωση ερμηνευτικών εννοιολογικών υποδειγμάτων, υποδεικνύει –αν και αργοπορημένα– την εξέλιξη της έρευνας. Ανασκοπώντας την σχετική βιβλιογραφία διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχει μια ενιαία μονοδιάστατη θεωρία για την ικανοποίηση του ασθενή. Απεναντίας, μπορούμε να μιλάμε για *μίκρο-* και *μάκρο-*θεωρίες, οι οποίες είναι χρονοδιάστατες, δυναμικές και αλληλοεξαρτώμενες. Έτσι, ίσως πρέπει να αναφερόμαστε στην εκτίμηση της *άμεσης ικανοποίησης*, συνεπεία των διαδικασιών της φροντίδας που παρέχεται στον χώρο του Νοσοκομείου στην οξεία φάση της νόσου και της *μεταγενέστερης ικανοποίησης*, η οποία αναφέρεται στα αργοπορημένα αποτελέσματα της φροντίδας, όπως οι αλλαγές στο λειτουργικό επίπεδο του ασθενή και η σταδιακή κοινωνική του επανένταξη. Συμβολικά, οι κλίμακες που εκτιμούν την ικανοποίηση, μοιάζουν σαν *παράθυρα στον χρόνο*, που δίνουν χρονοεξαρτώμενες πληροφορίες. Πρακτικά λοιπόν, αν ζητήσουμε από έναν ασθενή να αξιολογήσει την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται τις πρώτες μέρες της νοσηλείας του στο Νοσοκομείο, θα επικεντρωθεί στην «*τεχνική*»

διάσταση της φροντίδας (Technical Care), καθώς τις πρώτες μέρες δέχεται ποσοτικά περισσότερη φροντίδα, ενώ αν τον ρωτήσουμε πριν την έξοδό του, θα επικεντρωθεί στην τέχνη της φροντίδας (Art of Care) δηλαδή στην διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας, όπου κυριαρχεί το συναίσθημα και λιγότερο η κριτική αξιολόγηση με βάση τη λογική των γεγονότων της φροντίδας. Πιστεύουμε ότι η συνισταμένη ικανοποίηση των ασθενών, είναι το αποτέλεσμα κάποιων *γεγονότων* που λαμβάνουν χώρα καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο Νοσοκομείο. Αυτά τα γεγονότα, κινούν μια *διαδικασία αντίδρασης του ασθενή*, η οποία μεταφράζεται σε κάποια ή κάποιες αξιολογικές κρίσεις. Η διαδικασία αυτή έχει αρχή, μέση και τέλος. Την αρχή την συνιστά το ίδιο το γεγονός, την μέση η διαδοχή των γεγονότων και το τέλος η αποχώρηση από το νοσοκομείο.

1. *Ικανοποίηση: μια κεντρομόλος δύναμη*³⁹;

Η κεντρική αφετηριακή σκέψη για την διατύπωση αυτού του ερωτήματος, είναι ότι η σημερινή θέση του Έλληνα ασθενή προσομοιάζει πολύ με την κατάσταση που επικρατούσε στην περίφημη αφήγηση του Πλάτωνα περί των ανθρώπων του Σπηλαίου:

«οι οποίοι από την παιδική τους ηλικία ζουν σε ένα σπήλαιο προσδεμένοι από του αυχένος και των σκελών εις τρόπον ώστε να μη δύναται να κινούνται και να είναι υποχρεωμένοι να βλέπουν πάντα προς τα εμπρός, έχοντας τα νώτα τους στραμμένα προς την είσοδο. Μεταξύ των αιχμαλώτων και μιας πυράς που βρίσκεται στην είσοδο του σπηλαίου, υπάρχει δρόμος κατά μήκος του οποίου βρίσκεται μικρός τοίχος όμοιος προς τη σκηνή θεάτρου ανδρεικέλων, υπεράνω της οποίας οι θεατρώναι παρουσιάζουν τα είδωλα. Οι αιχμάλωτοι μη δυνάμενοι να στρέψουν την κεφαλή προς την έξοδο και ουδέν άλλο βλέποντες κατά τη διάρκεια της ζωής τους πλην των σκιών, εκλαμβάνουν αυτές φυσικώς τω λόγω ως πραγματικότητα, οσάκις δε συμβεί να ακούσουν συγχρόνως τον αντίλαλο της φωνής διαβατών, νομίζουν ότι είναι η φωνή των σκιών»^a.

Τηρουμένων των αναλογιών, πιστεύουμε ότι και ο σύγχρονος Έλληνας ασθενής, αισθάνεται μόνος και εγκλωβισμένος σε ένα Σύστημα Περίθαλψης-Σπήλαιο, όπου αναγκάζεται εκ των πραγμάτων να συμβιβάζεται. Η ικανοποίηση αποτελεί μια κεντρομόλο ή μια φυγόκεντρο δύναμη (διαδικασία); Όπως και να έχει το πράγμα, το σίγουρο είναι ότι πρόκειται για μια «κίνηση» δηλαδή για μια πραγμάτωση αυτού που υπάρχει εν δυνάμει. Αυτή η κίνηση έχει τόνο, μέτρο και ρυθμό που αποτελεί και την σχέση του τόνου με το μέτρο. Η εμπειρία από την χρήση του Συστήματος Υγείας, μετατρέπει αυτή την κίνηση σε «μετακίνηση». Επομένως, το απόλυτο εργαλείο εκτίμησης της ικανοποίησης, είναι αυτό που καταγράφει τη μετακίνηση και την συσχετίζει με όλες τις κινητήριες δυνάμεις αυτής της διαδικασίας.

Ο Αριστοτέλης έλεγε πάντα ότι ο συμβολισμός είναι το μόνο «παράδειγμα» που προσεγγίζει την αλήθεια. Για τον λόγο αυτό, παραθέτουμε το ακόλουθο παράδειγμα: Όταν η μέλισσα «συλλέγει» τη γύρη από τα λουλούδια (διαστάσεις της φροντίδας) φαίνεται λογικό να πούμε ότι η μέλισσα κινείται και η γύρη μένει ακίνητη ως προς τη μέλισσα. Ακόμη και όταν εναποτεθεί στην κυψέλη, εξακολουθεί να παραμένει ακίνητη με τη διαφορά ότι τώρα πλέον βρίσκεται εκτός φυσικού χώρου. Όλη αυτή η κίνηση έχει ένα σκοπό: να ολοκληρώσει την «φυσική αποστολή» της μέλισσας. Ωστόσο, η γύρη λέμε ότι μετατοπίστηκε και μοιραία έθεσε σε λειτουργία μια άλλη κίνηση -η παραγωγή του μελιού- που αυτή τη φορά αποτελεί μια από τις «φυσικές αποστολές» της γύρης. Μέσα από το παράδειγμα αυτό, προκύπτει η ανάγκη να βρούμε τις φάσεις από τις οποίες περνά ο ασθενής, προκειμένου να καταλήξει στην

^a Jaeger (1974) *Παιδεία*. Τόμοι 1-3, μετάφραση Βέρροϊου Γ.Π., εκδόσεις Παιδεία. Αθήνα.

αξιολογική κρίση του για την φροντίδα που λαμβάνει, πριν από την είσοδό του (η γύρη), κατά τη νοσηλεία του (η κυψέλη) και μετά την έξοδό του (η παραγωγή του μελιού) από το Νοσοκομείο.

2. Η κοινωνιολογική διάσταση της ικανοποίησης

Μήπως τελικά το Νοσοκομείο αποτελεί μια παράλληλη μεταπρατική διάσταση της ίδιας της κοινωνίας μας; Οι έρευνες έχουν δείξει ότι η κυριότερη πηγή δυσαρέσκειας των ασθενών είναι η **κακή επικοινωνία** με το προσωπικό υγείας, επιβεβαιώνοντας πως στον σημερινό αλλοπρόσαλλο κόσμο, το Νοσοκομείο αποτελεί τον χώρο των παράλληλων μονολόγων. Πιστεύουμε ότι ο νέος, στην ηλικία, ασθενής που έρχεται στο Νοσοκομείο, ή νοσηλεύεται σε αυτό, δεν είναι ακόμα «κοινωνικοποιημένος» (ή συμμορφωμένος) στους κανόνες και τις νόρμες συμπεριφοράς που απαιτεί η κοινωνία του Νοσοκομείου –σαν μέρος του Συστήματος Υγείας- για να τον δεχθεί σα νέο μέλος. Από την άλλη μεριά, ο ηλικιωμένος είναι απόλυτα «κοινωνικοποιημένος» και αυτή του η ιδιότητα συναρτάται με την προηγούμενη εμπειρία του από την χρήση των υπηρεσιών και από τον διαφορετικό βαθμό εξάρτησης από το Σύστημα αυτό. Θα λέγαμε λοιπόν ότι ο ηλικιωμένος ασθενής είναι περισσότερο «ευρύχωρος», ή θα συμφωνούσαμε με αυτό που ισχυρίζονταν ο Πλάτωνας, ότι: «τα μάτια του πνεύματος βλέπουν καθαρότερα, όταν η όραση του σώματος αδυνατίζει».

Η φροντίδα αποτελεί για τον ηλικιωμένο ασθενή ένα «γεγονός». Στην προσπάθειά του να επωφεληθεί 100% από αυτό το γεγονός, λειτουργεί ανταγωνιστικά, δια του συγκριτικού αποκλεισμού. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι χρησιμοποιεί τον χρηματισμό του γιατρού, το χιούμορ με το προσωπικό φροντίδας υγείας και το ευχολόγιο, σαν μηχανισμούς διασφάλισης της αποκλειστικότητας της φροντίδας, ή της καλύτερης φροντίδας έναντι των υπολοίπων ασθενών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, ίσως και οι υπόλοιποι, στο βαθμό που λειτουργούν με κάποια νόρμα –έναντι της οποίας αξιολογούν την τρέχουσα πρακτική- προσδίδουν σε κάθε επαγγελματία φροντίδας υγείας έναν «ρόλο». Συνεπώς, οι προσδοκίες τους από τον συγκεκριμένο επαγγελματία είναι το άθροισμα των προσδοκιών ρόλου και των προσδοκιών από την παρελθούσα επαφή με τον επαγγελματία. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι οι ασθενείς που εισέρχονται για πρώτη φορά στο νοσοκομείο, απαντούσαν με μια ερώτηση: «έτσι, δεν πρέπει να είναι;».

3. Η ικανοποίηση και η γάτα³⁹

Δανειζόμενοι στοιχεία από τη θεωρία του Πλάτωνα περί των «ιδεών» ή των «ειδών» – που είναι κατ' ουσία μια «υπόθεση» που εξηγεί πολλά προβλήματα- θα μπορούσαμε να προσδώσουμε στον όρο «ικανοποίηση» μια λογική και μια μεταφυσική σημασία, ή ερμηνεία. Η πρώτη διάσταση της θεωρίας είναι η «λογική» ετυμολογία της λέξης. Έτσι, λέμε ότι αυτό το ζώο είναι μια γάτα. Η λέξη γάτα ασφαλώς είναι κάτι διαφορετικό από την κάθε γάτα ξεχωριστά. Ένα ζώο είναι γάτα, εφόσον ανήκει στην κοινή συνομοταξία των γατών. Έτσι, αναφερόμαστε σε ένα είδος παγκόσμιας «γατοσύνης» που είναι αιώνιο, καθώς δεν έχει κάποια θέση στον χώρο και τον χρόνο. Αυτό είναι το λογικό μέρος της θεωρίας, με επιχειρήματα ισχυρά και ανεξάρτητα από το μεταφυσικό μέρος της θεωρίας. Σύμφωνα με το μεταφυσικό μέρος της θεωρίας, η λέξη γάτα σημαίνει μια ορισμένη ιδεώδη και μοναδική γάτα, την γάτα που έπλασε ο Θεός. Αυτή η γάτα, είναι πραγματική, ενώ οι μεμονωμένες γάτες είναι μονάχα φαινομενικές.

Κάνοντας μια αντιπαράβολή αυτής της θεωρίας, θα λέγαμε ότι παρόλο που υπάρχουν πολλές διαστάσεις της ικανοποίησης, όλες εκπορεύονται από τη μια και μοναδική «ιδέα» για την ικανοποίηση. Όπως ακριβώς συμβαίνει με τον κατοπτρισμό ενός αντικειμένου στον καθρέπτη, που είναι μόνο φαινομενικός και όχι πραγματικός, έτσι και οι διάφορες

προσεγγίσεις της ικανοποίησης είναι μη πραγματικά αντίτυπα της «ιδέας» που είναι η μόνη πραγματική ικανοποίηση που την διαμορφώνει ο ίδιος ο ασθενής. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι για όλες τις ερευνητικές προσεγγίσεις της ικανοποίησης, μπορούμε να έχουμε *γνώμη* γιατί είναι υπαρκτές απεικονίσεις, αλλά όχι *γνώση* γιατί δεν γνωρίζουμε ακόμη την απόλυτη *ερμηνεία* του όρου.

Ο όρος «ικανοποίηση» αποτελεί την *ουσία* (essentia=ουσία) της ποιότητας, δηλαδή ένα βολικό τρόπο να συλλέγουμε συμβάντα σε ομάδες. Λέγοντας ουσία, εννοούμε όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά (ιδιότητες) της ποιότητας –όπως την εκλαμβάνει ο ασθενής- που αν λείψουν δεν θα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τον όρο. Έτσι, οι απόψεις των ασθενών –ή ικανοποίηση- συνιστούν από «περιστατικά» της φροντίδας, έως μια *γλωσσική συμβατικότητα*. Για να μεταδίδει η λέξη μας ή η πρότασή μας μια πληροφορία, δηλαδή για να είναι αληθινή, πρέπει ό,τι λέγεται να συνιστά υπαρκτό γεγονός. Στην βιβλιογραφία για την ικανοποίηση των ασθενών επικρατεί μια ονομοκρατία που φαίνεται να είναι πιο ισχυρή από τον ρεαλισμό.

4. Η ικανοποίηση ως γλωσσικό παιχνίδι και ως πολύπλοκη εννοιολογική παράσταση

Ο Jean-Francois Lyotard αναφέρει πως ο σύγχρονος κόσμος, ως μηχανισμός ατέρμονης χειραγώγησης της φύσης, ως διαδικασία ελέγχου των αντικειμένων με βάση τα σχήματα της καθολικότητας, της γενικότητας και της αντικειμενικότητας, αποδείχθηκε ότι δεν είναι το «*βασιλείο της ελευθερίας*» αλλά ο κόσμος της «*πραγματοποιημένης ορθολογικότητας*»¹⁹⁶. Είναι ο κόσμος ο οποίος κατασκεύασε με τα ίδια του τα μέσα την «*ομαλοποίησή του*», εννοώντας την ομογενοποίησή του. Αυτό αντικατοπτρίζεται εν μέρει και στον τρόπο σκέψης και δράσης των ερευνητών στην σύγχρονη εποχή. Μια εποχή γέννησης και μετάβασης σε μια νέα περίοδο, την *μεταμοντέρνα*, η οποία άλλοτε ορίζεται ως «*παραλογία*», άλλοτε ως «*αγωνιστική*» και άλλοτε ως «*αναγνώριση της ετερομορφίας των γλωσσικών παιχνιδιών*».

Η αφετηρία της μεταμοντέρνας αυτής εποχής, είναι ο Λόγος, που παίζει έναν κεντρικό ρόλο σε μια νέα πραγματικότητα στην οποία ο κόσμος γίνεται εικόνες. Αυτή η πραγματικότητα σύμφωνα με τον Jean-Francois Lyotard (1993) χωρίζεται σε 2 επίπεδα: στο επίπεδο της *res cogitans* (το σκεπτόμενο πράγμα) και στο επίπεδο της *res extensa* (το έκτατο, το σύνθετο πράγμα). Αποτέλεσμα αυτού του διαχωρισμού, είναι να απορρίπτεται οτιδήποτε δεν είναι *απεικόνιση* και *ομοιογενές*.

Οι όροι *ποιότητα* και *ικανοποίηση*, σχηματίζουν ένα «*νέφος ερμηνείας*», στην προσπάθεια αναζήτησης του προφίλ τους μέσα από την πιθανή λειτουργικότητά τους που δεν φαίνεται να προσδιορίζεται από την ομοφωνία των ειδικών, αλλά μάλλον από την *παραφωνία* των επινοητών. Μια δηλωτική –ή περιγραφική- απόφαση του τύπου: «*η ικανοποίηση από την ποιότητα της φροντίδας*», είναι μια τελεστική (*performatif*) απόφαση με την έννοια του ότι δεν υπόκειται σε επαλήθευση από τον δέκτη, ο οποίος βρίσκεται να είναι ήδη τοποθετημένος μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο αναφοράς, όπως το δημιούργησε αυτή η απόφαση. Ουσιαστικά λοιπόν, πρόκειται για ένα *γλωσσικό παιχνίδι*, που εμπεριέχει κάποιους κανόνες. Αυτοί οι κανόνες μπορεί να μη νομιμοποιούνται από μόνοι τους, αλλά τουλάχιστον αποτελούν αντικείμενο μιας ρητής ή άρρητης –αντίστοιχα- συμφωνίας, ανάμεσα σε παίκτες (ερευνητές) χωρίς να σημαίνει ότι τους έχουν επινοήσει οι ίδιοι.

Ο όρος ικανοποίηση αποτελεί το γλωσσικό ίζημα μιας προσπάθειας απόδοσης της φύσης της καταγεγραμμένης άποψης του ασθενή για την παρεχόμενη φροντίδα –αποφεύγουμε να αναφέρουμε την έκφραση ικανοποίηση από ..- μιας άποψης που είναι δυαδική, καθώς μπορεί να δηλώνει ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια. Η απόφαση *ικανοποίηση του ασθενή από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*, περιέχει κάποιες «*εντάσεις περιεχομένου*» οι οποίες *ασκούνται* επί των πομπών της απόφασης (ερευνητές), επί των δεκτών και επί του πληθυσμού αναφοράς (ασθενείς). Όλες οι εντάσεις, ρυθμίζουν την δύναμη αποδοχής αυτής της πρότασης

ως «αληθινής» και ως «επιστημονικής». Έτσι, ο πομπός της απόφασης αυτής θα πρέπει να είναι σε θέση να προσκομίσει αποδείξεις για τον ισχυρισμό του, αλλά και να ανασκευάσει κάθε αντίθετη ή αντιφατική απόφαση. Ο δέκτης θα πρέπει να δώσει μια *έγκυρη* συγκατάθεση ή άρνηση, κάτι που πρακτικά υποδηλώνει τον διπλό του ρόλο: ως πομπού και ως δέκτη ταυτόχρονα. Ασφαλώς, κάθε συναίνεση δεν αποτελεί και ένδειξη αλήθειας. Από την άλλη μεριά, μια επιστημονική απόφαση δεν αντλεί καμία αυτοδίκαιη εγκυρότητα, στηριζόμενη μόνο στο γεγονός ότι έχει αναφερθεί και περιγραφεί.

Το επόμενο βήμα μετά την ανακάλυψη της *γνώσης*, είναι η νομιμοποίησή της. Έτσι, όταν υποστηρίζουμε ότι μια απόφαση με δηλωτικό χαρακτήρα είναι «αληθής», προϋποθέτουμε ότι το αξιολογικό σύστημα στο οποίο βασίζεται, είναι γνωστό και αντιπροσωπευτικό των χαρακτηριστικών της ομάδας ελέγχου και αποδεκτό από του υπόλοιπους ερευνητές. Η διαχρονικότητα της γνώσης που απορρέει από την δεδομένη θεωρία, διασφαλίζεται χάρη στην αρχή της *εφεσιμότητας* από τους υπόλοιπους ερευνητές, που διατυπώνουν την δική τους επιχειρηματολογία. Πέρα από την έρευνα της αλήθειας των αποφάνσεων που αφορούν την ικανοποίηση, επιβάλλεται και η έρευνα των *ασταθειών* τους. Όπως είπαμε σε προηγούμενη παράγραφο, η επιχειρηματολογία για την ικανοποίηση των ασθενών, βασίζεται στην *επινόηση* νέων *κινήσεων*, δηλαδή νέων κανόνων του γλωσσικού παιχνιδιού. Αυτές οι νέες κινήσεις είναι τόσο ασταθείς, όσο βιαστικός, αμεθόδευτος και ασυντόνιστος είναι ο τρόπος που εκτελούνται. Έτσι, η απόδειξη των επιχειρημάτων της θεωρίας, έχει αιτιοκρατικό χαρακτήρα, εφόσον στοχεύει στην αυτό- και έτερο- νομιμοποίησή της. Αυτή η απόδειξη ενδέχεται να είναι ανοδικά κλιμακωτή, ή απόλυτα κάθετη. Πάντως και στις δυο περιπτώσεις αναζητά το *αντιπαράδειγμα* –την αντικανονοποίηση και όχι απλά τη δυσαρέσκεια- δηλαδή αυτό που δεν εκπορεύεται από τους υπάρχοντες συλλογισμούς.

Χρονολογικά, η μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών, θα λέγαμε ότι διανύει την εποχή του μετά-μοντερνισμού (μετά-ικανοποίηση), που είναι διττή στην ίδια της τη δομή: το «μετά» και το «μοντέρνο», αναφερόμενη στην παλιά και τη νέα κατάσταση. Μια έρευνα δεν μπορεί να γίνει μοντέρνα αν πρώτα δεν υπάρξει μεταμοντέρνα. Συνεπώς δεν είναι ο μοντερνισμός που βρίσκεται στο τέλος του, αλλά στη στιγμή της γέννησής του και η στιγμή αυτή είναι αέναη. Στην ιστορία της Τέχνης, όσον αφορά τις καλλιτεχνικές επαναστάσεις των αρχών του 20^{ου} αιώνα, η λέξη «*μεταμοντέρνο*» προτείνεται σαν αντικατάσταση του όρου «*πρωτοπορίες*». Επομένως η νέα ερευνητική δραστηριότητα για τη μελέτη της ικανοποίησης, έχει τα χαρακτηριστικά της πρωτοπορίας, από τη στιγμή που επικεντρώνεται όχι μόνο στο αποτέλεσμα (ικανοποίηση) αλλά και στην δομή και την άγουσα διαδικασία.

5. Η ικανοποίηση ως στάση

Πιστεύουμε ότι θα πρέπει να υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση του ασθενή και σε πτυχές της προσωπικότητάς του που αφορούν τον τρόπο που εκλαμβάνει ορισμένα ή όλα τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Μέχρι σήμερα, όλη η ερευνητική προσπάθεια έχει επικεντρωθεί στην *αξιολόγηση της προσωπικότητας* του επαγγελματία που παρέχει φροντίδα στον ασθενή, από την πλευρά του δεύτερου. Εάν λοιπόν συμφωνήσουμε με την πρότερα παραδοχή, αυτό που μένει να αναζητήσουμε και να αποσαφηνίσουμε είναι ποιες πλευρές της προσωπικότητας του ασθενή επηρεάζουν τον τρόπο που κρίνει την φροντίδα που του παρέχεται και αν αυτή η αλληλεπίδραση είναι *θετική* ή *αρνητική*.

Η διερεύνηση της ικανοποίησης του ασθενή συνιστά μια δυναμική διαδικασία η οποία καταλήγει στην αναζήτηση του τρόπου που σκέφτεται, παρατηρεί, δρα και αποφαινεται. Πρόκειται δηλαδή για μια εν τω βάθει μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς και του τρόπου που αλληλεπιδρά με το περιβάλλον που τελικά την ορίζει τοποχρονικά. Η μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, αποτελεί, ουσιαστικά, μια μελέτη

στάσεων των ασθενών, που βασίζεται στην ανάλυση του τρόπου που αντιλαμβάνονται τα φαινόμενα της φροντίδας (care events) καθώς αυτή εξελίσσεται.

Ο Αμερικανός ψυχολόγος Allport Gordon ορίζει την στάση ως: «.. νοερή και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, η οποία είναι οργανωμένη με βάση εμπειρίες, ώστε να κατευθύνει και να επηρεάζει δυναμικά τις αντιδράσεις του ατόμου προς αντικείμενα και συνθήκες με τις οποίες σχετίζεται»¹⁹⁷. Η σύγχρονη κοινωνική ψυχολογία, υποστηρίζει ότι η στάση προς κάποιο αντικείμενο, κάποια ιδέα ή κάποιο πρόσωπο, είναι ένα διαρκές σύστημα με γνωστικό στοιχείο, συναισθηματικό στοιχείο και τέλος, με κάποια τάση προς την έκφραση συμπεριφοράς. Οι στάσεις χαρακτηρίζονται από μια χρονοδιάστατη «σταθερότητα», ως προς την κεντρική ιδέα τους, αλλά όχι πάντα και ως προς το σημασιολογικό περιεχόμενο. «μαθαίνονται» από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον, αποτελούν μια «ετοιμότητα για δράση» και εκφράζονται σαν συμπεριφορά: λεκτική ή μη λεκτική.

5.1. Η γνωστική διάσταση των στάσεων

Ο ασθενής, κάθε μέρα –όπως όλοι οι άνθρωποι- δέχεται έναν καταγισμό από «ερεθίσματα» που τα οργανώνει σε σύνολα. Έτσι, ταξινομεί τα ερεθίσματα σε κατηγορίες, όπως: *ιατρική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα, περιβάλλον νοσηλείας κ.α.* Αυτή η διαδικασία της ταξινόμησης όμως, πολλές φορές εμπεριέχει ένα σφάλμα, το οποίο εμείς αποκαλούμε «σφάλμα ερμηνευτικής ταξινόμησης» και αναφέρεται στις περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής αντιλαμβάνεται τα διαφορετικά ερεθίσματα ως όμοια, με αποτέλεσμα να καταλήγει σε λανθασμένη ταξινόμηση και σε απώλεια κάποιων πληροφοριών. Από την άλλη μεριά όμως, στους ασθενείς που κάνουν συχνή χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, μειώνεται το σφάλμα ερμηνευτικής ταξινόμησης, εφόσον η εμπειρία του παρελθόντος αυξάνει το «γνωστικό τους ίζημα» από την χρήση της συγκεκριμένης υπηρεσίας.

Ο Rokeach M. προσδίδει μια διάσταση στο γνωστικό στοιχείο των στάσεων (cognitive component of attitudes), που την ονομάζει «*κεντρικότητα*»¹⁹⁸, ενώ ο Sherif C.W. την αποκαλεί «*εγωκεντρικότητα*»¹⁹⁹. Κατ' αναλογία, στον τομέα της φροντίδας υγείας, η φράση/στάση «*είμαι ασθενής*» έχει μια κεντρικότητα, αφού το γεγονός ότι το συγκεκριμένο άτομο νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, επιβεβαιώνει την εγκυρότητα της στάσης. Από εκεί και πέρα, η φράση/στάση «*είμαι ικανοποιημένος*» ή «*είμαι δυσαρεστημένος*» είναι μια «*περιφερική*» στάση η οποία μετατρέπεται σε κεντρική μόνο μέσα από τις έγκυρες και αξιόπιστες έρευνες που εκτιμούν την ικανοποίηση των ασθενών.

5.2. Η συναισθηματική διάσταση των στάσεων

Η δεύτερη διάσταση των στάσεων είναι το *συναισθηματικό στοιχείο* (affective component of attitudes). Έτσι, κάθε στάση ενδέχεται να εγείρει θετικά, ουδέτερα ή αρνητικά συναισθήματα στον ασθενή. Για παράδειγμα, οποιαδήποτε στάση, ή άποψη του ασθενή στο θέμα της ποιότητας της επικοινωνίας με το προσωπικό φροντίδας υγείας, ενδέχεται να εγείρει αρνητικά συναισθήματα. Ωστόσο, τα φαινόμενα δεν είναι τόσο απλά όπως φαίνονται. Έτσι, πιστεύουμε ότι στην διαμόρφωση του *τελικού αξιολογικού* συναισθήματος, υπεισέρχονται κάποιοι «*συγχυτικοί ερμηνευτικοί παράγοντες*», όπως είναι η *συναισθηματική κατάσταση* του ασθενή και η *συναισθηματική ωριμότητά* του. Αυτό τεκμηριώνεται και από την βιβλιογραφία, καθώς φαίνεται να σχετίζεται η ικανοποίηση του ασθενή, με την ψυχολογική του κατάσταση (π.χ. άγχος). Η τρέχουσα μαρτυρία, επιμένει ότι αυτή η συσχέτιση είναι άκρως πολύπλοκη. Οι Hopton et al., χρησιμοποιώντας το Nottingham Health Profile, μελέτησαν 1599 ασθενείς και μίλησαν για μια θετική σχέση ανάμεσα στο *επίπεδο της κατάθλιψης και την ηλικία του ασθενή, τον χρόνο αναμονής και τις ψυχολογικές αντιδράσεις, συνεπεία της ενημέρωσης από*

τον γιατρό²⁰⁰. Το συμπέρασμα είναι ότι η κατάθλιψη, επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή από κάποιες πτυχές της φροντίδας και άρα οι γενικεύσεις θεωρούνται απλοϊκές.

Πιστεύουμε ότι το συναισθηματικό στοιχείο της στάσης έχει μεγαλύτερη ισχύ, ακόμη και από τις προσδοκίες των ασθενών, στον βαθμό που αυτές υπάρχουν. Έτσι, συμφωνούμε με τους ερευνητές που υποστηρίζουν ότι υπάρχουν προσδοκίες, η εκπλήρωση των οποίων όμως δεν σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών²⁰⁰. Ακόμα και όταν υπάρχουν, οι μελέτες αμφισβητούν αν τελικά η εκπλήρωση των προσδοκιών οδηγεί στην ικανοποίηση του ασθενή^{45,201}. Το υπόδειγμα *προσδοκίες-ικανοποίηση*, δεν φαίνεται να έχει μια ντετερμινιστικά λογική τεκμηρίωση, διότι άγει στο συμπέρασμα ότι κάθε εμπειρία του ασθενή από την χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που διασφαλίζει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, οδηγεί στην ικανοποίηση. Κάποιες έρευνες, έδειξαν πως οτιδήποτε επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή, δεν είναι η σύζευξη προσδοκιών και πραγματικής εμπειρίας, αλλά το εάν ή όχι η εμπειρία ήταν καλύτερη ή χειρότερη από την προσδοκώμενη.

Η έρευνα Owens J. D. και Batchelor C., έδειξε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, οι εκφράσεις ικανοποίησης των ασθενών, δεν εξηγούνται από τις προσδοκίες τους⁵⁰. Έτσι μπορεί να είναι χαμηλές ή να λείπουν και το ποσοστό ικανοποίησης να είναι υψηλό. Αυτά τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης μπορούν να εξηγηθούν εν μέρει από την σχέση εξάρτησης και φιλίας μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή, απόρροια των οποίων είναι μια απροθυμία να κριτικάρουν την συγκεκριμένη υπηρεσία φροντίδας υγείας. Έτσι, οι εκφράσεις ικανοποίησης δεν μπορούν να θεωρηθούν απροβλημάτιστα σαν *απόδειξη* και *εγγύηση* μιας φροντίδας υψηλής ποιότητας. Από την άλλη μεριά, οι ασθενείς της οξείας νοσηλείας, δεν αισθάνονται σε θέση (αρμόδιοι) να εκφράσουν την άποψή τους για πτυχές της φροντίδας, καθώς γνωρίζουν λίγα γι' αυτήν. Το τυπικό τους σχόλιο είναι: *«είναι καλή η παρεχόμενη φροντίδα, αλλά δεν μπορώ να πω πολλά διότι δεν ξέρω πολλά»*.

Εμείς υποστηρίζουμε ότι οι –εναλλακτικοί των προσδοκιών- παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών, είναι αυτό που ονομάζουμε *«συναισθηματικές φορτίσεις»*. Έτσι, προτείνουμε μαζί με την *«εκτίμηση»* των προσδοκιών των ασθενών πριν ή μετά τη νοσηλεία, να *«εκτιμούνται»* και οι συναισθηματικές φορτίσεις των ασθενών. Αυτό μπορεί να γίνει αν ζητήσουμε από τους ασθενείς να μας απαντήσουν τι σκέφτονται όταν ακούν τις λέξεις: *Νοσοκομείο, Γιατρός, Νοσηλευτής, Φαγητό Νοσοκομείου, Δωμάτιο Νοσοκομείου, Χορήγηση Φαρμάκων, Καθαριότητα κ.α.* Η συγκριτική καταγραφή των συγκεκριμένων στάσεων του ασθενή (συναισθημάτων) κατά την είσοδο στο Νοσοκομείο και κατά την έξοδο από αυτό, θα μας δώσει ένα αποτέλεσμα. Στον βαθμό που αυτό το αποτέλεσμα θα δείχνει μία διακύμανση (θετική ή αρνητική), πιστεύουμε ότι αυτή η διακύμανση σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, αφού είναι το *«συναισθηματικό απόσταγμα»* της επαφής του με την Νοσοκομειακή φροντίδα.

5.3. Η συμπεριφοριστική διάσταση των στάσεων

Η τρίτη διάσταση των στάσεων είναι η προδιάθεση για συμπεριφορά (behavioral component of attitudes), η οποία συνδέεται με τις άλλες δυο διαστάσεις και αποτελεί την *εκδηλωθείσα* στάση. Το ερώτημα βέβαια είναι πόσες από τις στάσεις του ασθενή καταλήγουν στην εκδήλωση μιας συμπεριφοράς και ποια τα *«ανατομικά»* στοιχεία αυτής της συμπεριφοράς! Τα *«ανατομικά»* στοιχεία της συμπεριφοράς του ασθενή, πιστεύουμε ότι είναι: *το κίνητρο, ο προσανατολισμός της, ο ρυθμός της, η αλληλεπίδρασή της με τα υπόλοιπα στοιχεία των στάσεων, η κοινωνική της διάσταση και η ανατροφοδότηση.*

Στην περίπτωση του συμπεριφοριστικού στοιχείου των στάσεων, πιστεύουμε ότι ο συγχυτικός παράγοντας είναι η ηλικία. Αυτό υποστηρίζει και η θεωρία του Williams B. που διατείνεται ότι η δυσαρέσκεια του ασθενή εκφράζεται μόνο όταν συμβεί ένα ακραίο αρνητικό γεγονός⁴⁶. Ωστόσο, φαίνεται να επισκιάζεται από το φαινόμενο της *«ευγνωμοσύνης»* των

ασθενών προς τους επαγγελματίες υγείας, που έχει αναγνωριστεί ως συγχυτικός παράγοντας της ικανοποίησης και που στη Μεγάλη Βρετανία παρατηρείται κυρίως στους ηλικιωμένους ασθενείς. Ο Tagliacozzo D. συμπληρώνει ότι το 68% των ασθενών, δηλώνει πως δεν είναι σε θέση να εκφράσει επιθυμίες, φόβους, ή κρίσεις για το ιατρικό προσωπικό²⁰². Το κριτήριο αυτών των ασθενών είναι ο αυτοέλεγχος, η εξάρτηση από το προσωπικό και η διακριτικότητα τους. Πολλοί ερευνητές περιλαμβάνουν στην κλίμακά τους για την εκτίμηση της ικανοποίησης, τις ερωτήσεις: «θα προτείνετε αυτό το Νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό ή φίλο σας;» ή «σκοπεύετε να επισκεφτείτε στο μέλλον το ίδιο Νοσοκομείο;» για να εκτιμήσουν την σχέση της ικανοποίησης από την φροντίδα, με την μελλοντική συμπεριφορά του ασθενή. Στην ουσία αυτές οι ερωτήσεις δεν εκτιμούν την μελλοντική συμπεριφορά του ασθενή, αλλά την τάση του για μια συγκεκριμένη «συμπεριφορά».

Οι ασθενείς δεν διαμορφώνουν μόνο στάσεις, αλλά και αξίες. Ο Kluckhohn C. δίνει τον ακόλουθο ορισμό: «η αξία είναι μια σαφής ή υπονοούμενη σύλληψη του επιθυμητού, χαρακτηριστική ενός ατόμου ή κάποιας ομάδας και η οποία επηρεάζει την επιλογή προτύπων, μέσων και δράσεων που υπάρχουν στην κοινωνία»²⁰³. Η ερμηνευτική διάσταση του όρου αξία, εξαρτάται από την «εντροπία» του όρου επιθυμητό, δεδομένου ότι οι αξίες αναφέρονται σε ιδέες και συμπεριφορές που η κοινωνία θεωρεί επιθυμητές. Όλες αυτές οι αξίες, διαμορφώνουν, τελικά, το αξιολογικό σύστημα των ασθενών, το οποίο φαίνεται να εξαρτάται από την ιατρονοσηλευτική επιθυμητότητα του περιεχομένου του. Συνεπώς, μια κλίμακα που εκτιμά την ικανοποίηση, μεταμορφώνεται σε μια κλίμακα που «εκτιμά» τις στάσεις των ασθενών, όπως αυτές συναρτώνται με το αξιολογικό σύστημά τους.

6. Ικανοποίηση και ποιότητα της φροντίδας: πολλαπλή πραγματικότητα

Αναρωτιόμαστε πολλές φορές: η γλώσσα είναι αυτή που δομεί τον κόσμο μας ή απλά τον ερμηνεύει, ή τον αντιπροσωπεύει; Ίσως η απάντηση σε αυτό το ερώτημα επηρεάσει όχι μόνο τη θεωρία μας αλλά και τη μεθοδολογία της έρευνάς μας για την ικανοποίηση και την ποιότητα της φροντίδας. Στόχος μας λοιπόν είναι η προσέγγιση της αλήθειας, μιας αλήθειας η οποία «αναφέρεται» σε πολιτιστικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά δομημάτων. Συνεπώς, ακόμα και μέσα στον ίδιο πολιτισμό μπορεί διαφορετικά κοινωνικά περιβάλλοντα να οδηγήσουν σε διαφορετικό τρόπο προσδιορισμού του ίδιου «φαινομένου». Για παράδειγμα, στην καθημερινή μας ζωή, μπορούμε σχετικά εύκολα να ξεχωρίσουμε το αρσενικό από το θηλυκό. Μετά την πρόοδο στον τομέα της γενετικής του ανθρώπου, ο όρος αρσενικό και θηλυκό υπέστησαν κάποιες ερμηνευτικές αλλαγές. Έτσι, οι επίσημοι των Ολυμπιακών αγώνων, χρησιμοποιούν σήμερα το τεστ DNA για τον προσδιορισμό του «πραγματικού» φύλου των αγωνιζομένων αθλητών. Ασφαλώς στα περισσότερα κοινωνικά περιβάλλοντα, τα χρωμοσώματα ως όρος δεν παίζουν κανέναν ρόλο στην εγκυρότητα της άποψης των ατόμων αναφορικά με το φύλο. Υπό αυτή λοιπόν την έννοια, το φύλο αποτελεί μια κατηγορία που καλείται «πολλαπλή πραγματικότητα» (multiple realities) αφού το ίδιο άτομο μπορεί να εκληφθεί ως αρσενικό στον έναν χώρο και ως θηλυκό στον άλλον.

Ο τρόπος ερμηνείας των όρων που χρησιμοποιούμε, καθορίζει τις περισσότερες φορές και την ύπαρξη μιας πολλαπλής πραγματικότητας σαν μια προσπάθεια ανακάλυψης της αντικειμενικής πολλαπλής πραγματικότητας. Η ικανοποίηση συνιστά ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα πολλαπλής πραγματικότητας, καθώς εκλαμβάνεται διαφορετικά από τις ομάδες των ασθενών, των επαγγελματιών φροντίδας υγείας και τους μάντζερ. Πολλές φορές ο διαμεσολαβητής της ερμηνευτικής διάστασης της ικανοποίησης είναι οι «κανόνες» (νόρμες) των ασθενών, δηλαδή οι συγκεκριμένοι τρόποι δράσης τους σε διαφορετικές καταστάσεις. Αυτή η παραδοχή ίσως μας βοηθήσει να απαντήσουμε στο ερώτημα: «γιατί είναι φυσικό για τους ηλικιωμένους ασθενείς να αποφεύγουν της αρνητική κριτική του προσωπικού φροντίδας υγείας;». Η απάντηση είναι ότι ίσως επειδή ακολουθούν έναν υποσυνείδητο κανόνα: «μην

προσπαθείς να αλλάξεις τον κόσμο, απλά επωφελήσου από αυτά που σου προσφέρει». Αυτή η εμμονή των ηλικιωμένων ασθενών στους κανόνες της αποδεκτής κοινωνικής συμπεριφοράς, έχει τα χαρακτηριστικά της εμμονής στους κανόνες της γραμματικής που είναι αξιωματικοί χωρίς ερμηνευτικό σχολιασμό. Συνεπώς, οι ηλικιωμένοι ασθενείς προβαίνουν σε «κανονιστικούς αξιολογικούς ισχυρισμούς» (normative evaluative claims) αναφορικά με την παρεχόμενη φροντίδα οι οποίοι βασίζονται στο τι θεωρούν ως διαστάσεις μιας ποιοτικής φροντίδας.

7. Η φαινομενολογική διάσταση της ικανοποίησης των ασθενών

Η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί ένα φαινόμενο δηλαδή έναν συγκερασμό εννοιών και γεγονότων όπως εμφανίζονται και η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται για την εξερεύνησή του είναι περιγραφική. Η φαινομενολογία έκανε την εμφάνισή της στα 1764 με κύριο εμπνευστή της τον Immanuel Kant σε μια μελέτη των «φαινομένων» ή των «πραγμάτων»²⁰⁴. Στην αρχή απετέλεσε μια αντίδραση απέναντι σε μια ερευνητική μεθοδολογία που είχε έντονο το στοιχείο της μη δομικής σύνθεσης καθώς μελετούσαν διάφορους παράγοντες ξεχωριστά χωρίς να υπολογίζεται η αλληλενέργειά τους προς την κατεύθυνση της ερμηνείας ενός συνολικού φαινομένου. Ο θεμελιωτής της φαινομενολογίας υπήρξε ο Edmund Husserl ο οποίος τόνισε ότι το φαινόμενο δεν μπορεί να διαχωριστεί από την βιωματική εμπειρία του (lived experience) που αποτελεί το προαναστοχαστικό στοιχείο του²⁰⁴⁻²⁰⁶.

Όσοι ασχολούνται με την φαινομενολογία ισχυρίζονται ότι τα φαινόμενα είναι αποδεικτικά (apodictic) που σημαίνει ότι «μιλούν από μόνα τους». Συνεπώς, πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι ώστε να τα «ακούσουμε». Αυτό το καταφέρνουμε με την κατανόηση της σκοπιμότητας και της πρακτική εξάσκηση στην ομαδοποίηση και κατηγοριοποίηση των εννοιών. Αναφορικά με την σκοπιμότητα, ο Don Ihde εξηγεί: «η κάθε εμπειρία έχει έναν υποκειμενικό και έναν αντικειμενικό προσανατολισμό και άρα η κατανόηση του φαινομένου σημαίνει κατανόηση και των δυο»²⁰⁷. Ο αντικειμενικός «πόλος» ενός φαινομένου καλείται «νόημα» και ο υποκειμενικός καλείται «νόηση». Η φορά της κατανόησης είναι από τη νόηση προς το νόημα, αφού πρόκειται για μια λειτουργία που περιλαμβάνει την όραση, την σκέψη και την κρίση, ενώ το νόημα αποτελεί αντίστοιχα το αντικείμενο, τις λέξεις, το αίσθημα και την ιδέα.

Η ομαδοποίηση (η κυρίαρχη τεχνική της ποιοτικής έρευνας) καλείται και «φαινομενολογικός περιορισμός» (phenomenological reduction) και είναι η άλλη πλευρά του νομίσματος. Πρόκειται ουσιαστικά για την παράθεση όλων των «φυσικών» παραδοχών μας για το φαινόμενο το οποίο όμως δεν μπορεί να ακουστεί εάν λέγεται χαμηλόφωνα. Αυτό συμβαίνει γιατί το φαινόμενο είναι καθαρά μια βιωματική εμπειρία. Ο Spiegelberg (1965) προτείνει τα ακόλουθα 3 βήματα για την περιγραφή ενός φαινομένου²⁰⁸:

1. *Διαίσθηση*: ζήσε το φαινόμενο, κράτησέ το στην σκέψη σου,
2. *Ανάλυση*: των στοιχείων του, των διαστάσεών του, των επεισοδίων του και της ακολουθίας τους.
3. *Περιγραφή*: γράψτο.

Στον τομέα της φροντίδας υγείας (σχήμα 16) το φαινόμενο ικανοποίηση, μπορεί περιγραφεί 4 προσδιοριστές:

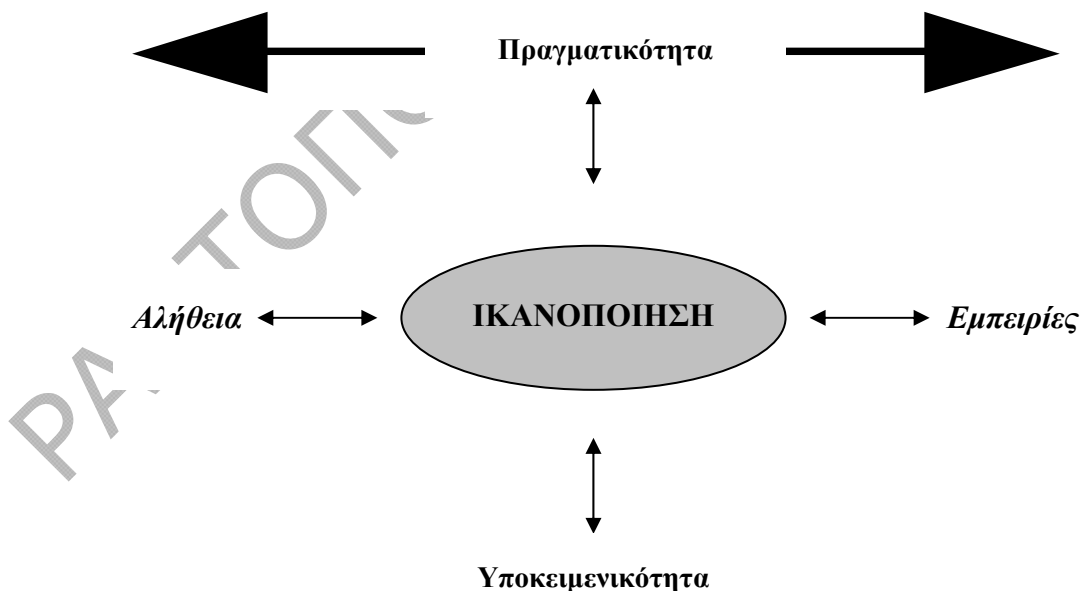
1. *πραγματικότητα*: η φροντίδα όπως την εκλαμβάνει ο ίδιος ο ασθενής. Αυτό είναι και το αφετηριακό σημείο για την διάχυση ενός ευρύτερου προβληματισμού σχετικά με το αν ο ασθενής είναι «ειδικός» για να κρίνει την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει. Ασφαλώς πρόκειται για έναν ατυχή προβληματισμό, αφού η δυνατότητα ή η ικανότητα του ασθενή να αξιολογεί την φροντίδα που του παρέχεται δεν ποινικοποιείται αλλά στοχεύει στην βελτίωση της καθημερινής μας πρακτικής. Σε έναν κόσμο που η κριτική

δεν αρέσει σε κανέναν, η αντιμετώπιση του ασθενή ως κριτή αποτελεί μια παρακαταθήκη και ένα άλλοθι ενός συστήματος υγείας που έχει δομηθεί σε μια προοπτική που απαξιώνει την αξιολόγηση, χωρίς όμως να σημαίνει ότι θα επικρατεί για πάντα αυτή η τάση.

2. *αλήθεια*: ο ασθενής είναι κατά βάση φορέας κάποιων πληροφοριών και έτσι αντιμετωπίζεται από τα προγράμματα διασφάλισης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας.
3. *υποκειμενικότητα*: από τη στιγμή που εκτιμούμε την ποιότητα της φροντίδας όπως την εκλαμβάνει ο ασθενής και την ικανοποίησή του, το εφαλτήριο μας είναι η υποκειμενικότητα του ασθενή.
4. *εμπειρίες*.

Πολλοί συγγραφείς κριτικάρουν την φαινομενολογία, έχοντας κατά νου την μεθοδολογία και την συλλογιστική της ποσοτικής έρευνας²⁰⁹⁻²¹¹. Στην πραγματικότητα δεν έχουν πειστεί ότι ο αντικειμενικός σκοπός της φαινομενολογίας είναι η ταυτοποίηση της «ουσίας» (essence) μιας εμπειρίας κάνοντάς την να διαφέρει από τις υπόλοιπες μεθόδους που ασχολούνται με την «μέτρηση». Για παράδειγμα, η φαινομενολογία αρνείται της ύπαρξης μιας και μοναδικής αντικειμενικής αλήθειας και άρα καμιά παράμετρος της δεν μπορεί να μελετηθεί χωρίς να τη ζήσει κανείς. Αυτή η συλλογιστική ανατρέπει την μέχρι τώρα συνήθη πρακτική των ερευνητών να μελετούν την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της φροντίδας, αποκομμένη από την ποιότητά της και από την εμπειρία της. Η γενίκευση ως όρος στην φαινομενολογία δεν σημαίνει την ανάπτυξη και διαμόρφωση μιας θεωρίας που να έχει καθολική εφαρμογή. Ο σκοπός της είναι η γενίκευση των εννοιών και των θεωριών που μπορούν ακολούθως να ελεγχθούν με άλλες μεθόδους²¹². Κλασικό παράδειγμα αποτελεί η έρευνα του Beck, ο οποίος μελέτησε 7 γυναίκες που έπασχαν από την κατάθλιψη της λοχείας που απετέλεσε την βάση της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale²⁰⁵.

Σχήμα 16 Η φαινομενολογική προσέγγιση της ικανοποίησης των ασθενών



Για να κατανοήσουμε σε βάθος όλες αυτές τις σκέψεις, ας δώσουμε ένα παράδειγμα. Ρωτήσαμε τους ηλικιωμένους ασθενείς της μελέτης μας μια πολύ κοινή ερώτηση σε όλες τις κλίμακες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών: «πόσο ικανοποιημένος είστε από την βοήθεια που σας προσέφερε το νοσηλευτικό προσωπικό στις καθημερινές σας δραστηριότητες;». Η συνήθης απάντηση ήταν «πολύ ικανοποιημένος» είτε διότι πράγματι

υπήρξαν ικανοποιημένοι, είτε εξαιτίας της τάσης τους να απαντούν σχεδόν με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις ερωτήσεις. Όταν επιμείναμε στην ερώτηση ζητώντας να μας απαντήσουν: «δεχθήκατε κάποια βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό;» η συνήθης απάντηση ήταν «καμιά βοήθεια» είτε γιατί εξασφάλιζε την αυτοφροντίδα του, είτε γιατί τον ρόλο αυτό είχε αναλάβει ο φροντιστής του (σύζυγος, τέκνα, άλλος συγγενής). Συμπερασματικά, η δεύτερη ερώτηση αποτελεί τον ασφαλέστερο δείκτη εγκυρότητας της κλίμακας της ικανοποίησης του ασθενή. Συνεπώς, σύμφωνα με το σχήμα 16, ανατρέπεται το τετραδιάστατο μοντέλο απεικόνισης του φαινομένου *ικανοποίηση*, αφού δεν σχετίζεται με την *πραγματικότητα* (ο ασθενής δεν ζήτησε βοήθεια), ούτε με την *εμπειρία* (αφού δεν δέχθηκε βοήθεια) και ούτε με την *αλήθεια*. Θα μπορούσαμε να διατηρήσουμε τον έναν μόνο προσδιοριστή που είναι η *υποκειμενικότητα*, η οποία χωρίς αισθητηριακό έρεισμα (το ίδιο το γεγονός της βοήθειας) δεν έχει καμιά ερμηνευτική αξία.

7. Η φροντίδα είναι ποιοτική....

Η απόφαση του ασθενή: «η φροντίδα είναι ποιοτική», «η φροντίδα είναι καλή όπως την περίμενα», «η φροντίδα είναι το ίδιο καλή με τα υπόλοιπα νοσοκομεία» όπως και μια σειρά από άλλες, αποτελεί μια δήλωση που βασίζεται σε ένα σύστημα αξιών (value claim). Αυτού του είδους οι δηλώσεις δεν θεωρούνται αληθείς στις κοινωνικές επιστήμες, ενώ μπορεί να είναι έγκυρες. Για να είμαστε σαφείς, η πρώτη δήλωση: «η φροντίδα είναι ποιοτική», είναι αντικειμενική και συνήθως αντιμετωπίζεται έτσι από τους ασθενείς στον βαθμό που κατανοούν τον όρο. Αντιθέτως, οι υπόλοιπες αποφάνσεις είναι -λεκτικά- περισσότερο υποκειμενικές. Οι χαρακτηρισμοί: καλό, κακό, ποιοτικό, μη ποιοτικό, συνιστούν κάποιες νόρμες (ο όρος νόρμα προέρχεται από τον αγγλικό όρο normal που σημαίνει κανονικό). Οι κοινωνιολόγοι χρησιμοποιούν τον όρο περισσότερο με έναν επεξηγηματικό τρόπο, παρά με έναν περιγραφικό. Συνεπώς η αναζήτηση της ερμηνευτικής διάστασης των όρων ποιότητα και ικανοποίηση καταντά μια αναζήτηση των κανόνων που προσδιορίζουν την σκέψη και ακολούθως την συμπεριφορά του ασθενή. Ο αιώνας που διανύουμε είναι ο (προ)αιώνας της ποιότητας σε όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης δραστηριότητας (προϊόντα, υπηρεσίες) και γίνεται αντιληπτός μέσα από την καθημερινότητα κυρίως για τους ανθρώπους νεότερης ηλικίας οι οποίοι γνωρίζουν την ποιότητα μέσα από τις σπουδές τους ή τις επιλογές τους. Ο ηλικιωμένος έζησε σε μια εποχή που είχε να αντιμετωπίσει -καταρχήν- την διασφάλιση της διαθεσιμότητας προϊόντων και υπηρεσιών και σήμερα καλείται να τα αξιολογήσει, προσθέτοντας μια νέα διάσταση στο σύστημα κανόνων του που του προκαλεί σύγχυση.

1.3. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

1.3.1. Οι διαστάσεις της ποιότητας

Η ποιότητα είναι, αδιαμφισβήτητα, ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Μέσα από τη βιβλιογραφία λοιπόν, αυτές οι προσδιοριστικές διαστάσεις της ποιότητας είναι:

1.3.1.1. Στον Τομέα των Υπηρεσιών

Οι Swartz & Brown προσπαθώντας να ομαδοποιήσουν τις απόψεις των Grönroos, Lehtinen και Parasuraman, για τις διαστάσεις της ποιότητας, καταλήγουν σε δυο ομάδες²¹³: η μια αφορά το «τι» παρέχει η υπηρεσία το οποίο αξιολογείται μετά την παροχή της και αντιπροσωπεύει την διάσταση που χαρακτηρίστηκε ως «*ποιότητα αποτελέσματος*» από τον Parasuraman, «*τεχνική ποιότητα*» από τον Grönroos και «*ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος*» από τον Lehtinen. Η άλλη ομάδα αφορά το «πώς» η υπηρεσία παρέχεται και αξιολογείται κατά την διάρκεια της παροχής της υπηρεσίας και χαρακτηρίστηκε ως «*ποιότητα διαδικασίας*» από τον Parasuraman, «*λειτουργική ποιότητα*» από τον Grönroos και «*διαδραστική ποιότητα*» από τον Lehtinen. Αναλυτικότερα:

Σύμφωνα με τον Grönroos, η ποιότητα στις υπηρεσίες είναι τρισδιάστατη²¹⁴:

1. **Η τεχνική διάσταση της ποιότητας της έκβασης (technical quality of outcome):** αναφέρεται στην ποιότητα του τελικού αποτελέσματος από την παροχή μιας υπηρεσίας και μπορεί να αφορά την διαθεσιμότητα, την έγκαιρη παροχή της υπηρεσίας κ.α.
2. **Η λειτουργική διάσταση της υπηρεσίας (functional quality):** αναφέρεται στην αλληλεπίδραση προμηθευτή, χρήστη και περιβάλλοντος. Αυτό σημαίνει ότι εμπεριέχει υποκειμενικά χαρακτηριστικά, τα οποία σχετίζονται με το περιβάλλον παροχής της υπηρεσίας, την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη, την αμοιβαία συνεχιζόμενη επικοινωνία κ.α.
3. **Η συνολική εικόνα (corporate image):** που αποκομίζει ο χρήστης για ολόκληρο τον Οργανισμό και η οποία εξαρτάται από τα δυο προηγούμενα, την τιμή, την τοποθεσία, την συμπεριφορά και ανταπόκριση του προσωπικού κ.α.

Οι Lehtinen και Lehtinen περιγράφουν 3 διαστάσεις, διαχωρίζοντας την ποιότητα σε ποιότητα διαδικασίας και έκβασης²¹⁵:

1. **Η ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος (Physical quality):** αναφέρεται στην κατάσταση των κτιρίων και του εξοπλισμού.
2. **Η διαδραστική ποιότητα (Interactive quality):** αναφέρεται στην αλληλεπίδραση προμηθευτή και χρήστη.
3. **Η συνολική εικόνα (corporate image):** αφορά την εικόνα και το προφίλ του Οργανισμού.

Οι Parasuraman et al. αναλύουν 11 διαστάσεις της ποιότητας⁹⁵:

1. Αξιοπιστία (Reliability):

Η διάσταση αυτή, αναφέρεται στην ικανότητα παροχής της υπηρεσίας με τρόπο έγκαιρο, ακριβή και αξιόπιστο.

2. Ανταπόκριση (Responsiveness):

Αναφέρεται στην ικανότητα επίλυσης των παραπόνων με αποτελεσματικό τρόπο, στην πρόθεση της υπηρεσίας να παρέχει στήριξη στους πελάτες και στην ταχεία απάντηση στα αιτήματά τους.

3. **Εξυπηρέτηση των πελατών (Customization):**

Η πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες.

4. **Εμπιστευτικότητα (Credibility):**

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμπιστευτικότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας είναι η φήμη του προμηθευτή και τα ατομικά χαρακτηριστικά του προσωπικού.

5. **Επαγγελματική επάρκεια (Competence):**

Το προσωπικό πρέπει να χρησιμοποιεί τις απαραίτητες δεξιότητες, γνώση και πληροφόρηση για την αποτελεσματική παροχή μιας υπηρεσίας.

6. **Προσβασιμότητα (Access):**

Εύκολη προσέγγιση και επικοινωνία με την υπηρεσία.

7. **Αβρότητα (Courtesy):**

Η ευγένεια, ο σεβασμός και η φιλικότητα που εκδηλώνεται στους πελάτες από το προσωπικό με το οποίο έρχονται σε επαφή.

8. **Επικοινωνία (Communication):**

Διατήρηση ενημερωμένων πελατών αναφορικά με την παρεχόμενη υπηρεσία, με μια γλώσσα κατανοητή και προσιτή.

9. **Ασφάλεια (Security):**

Η απουσία κινδύνων και αμφιβολιών. Η ασφάλεια που παρέχει η υπηρεσία, αναφέρεται στην φυσική και οικονομική ασφάλεια.

10. **Ορατά χαρακτηριστικά (Tangibles):**

Περιλαμβάνει τις συνθήκες παροχής της υπηρεσίας, την κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, την εμφάνιση του προσωπικού και την κατάσταση του εξοπλισμού. Τα χαρακτηριστικά αυτά, διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις υπηρεσίες που παρέχουν άμεσες υπηρεσίες.

11. **Κατανόηση και γνώση του πελάτη (Understanding/knowning the customer):**

Περιλαμβάνει την κατανόηση των αναγκών των πελατών, των απαιτήσεών τους και την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών.

Ο Gaster ορίζει 4 διαστάσεις της ποιότητας²¹⁶:

- αξιοπιστία,
- ταχύτητα παροχής της υπηρεσίας,
- προσβασιμότητα και
- αποδοχή.

Για τον Mattsson οι διαστάσεις της ποιότητας μιας υπηρεσίας είναι⁶⁹:

- η αξιοπιστία: καταλληλότητα, προθυμία,
- η έγκαιρη παροχή: ταχύτητα ανταπόκρισης,
- η προσβασιμότητα: διαθεσιμότητα, εύκολη πρόσβαση,
- η ανθρώπινη ατμόσφαιρα: ευχάριστη στην χρήση και

➤ η δυνατότητα επιλογής.

Το Βρετανικό Εθνικό Συμβούλιο για τον Καταναλωτή, ορίζει 6 διαστάσεις της ποιότητας για την παροχή υπηρεσιών από μη κερδοσκοπικούς Οργανισμούς²¹⁷:

- ο αξιοπιστία,
- ο ταχύτητα,
- ο πρόσβαση: διαθεσιμότητα, παροχή πληροφόρησης,
- ο επικοινωνία με το προσωπικό,
- ο αποκατάσταση προβλημάτων και
- ο ασφάλεια.

1.3.1.2. Στον Τομέα των Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας

Η κλίμακα των Parasuraman et al. χρησιμοποιήθηκε και σταθμίστηκε στον τομέα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας⁷⁰. Έτσι, προσδιορίστηκαν 5 διαστάσεις της ποιότητας, εναρμονισμένες με το περιεχόμενο αυτού του είδους των υπηρεσιών:

1. **Ορατά χαρακτηριστικά (Tangibles):** καθαριότητα του δωματίου, ποιότητα φαγητού,
2. **Αξιοπιστία (Reliability)**
3. **Ανταπόκριση (Responsiveness)**
4. **Διασφάλιση (Assurance):** η διασφάλιση συμπεριέλαβε την επικοινωνία, την εμπιστευτικότητα, την ασφάλεια, την επαγγελματική επάρκεια και την αβρότητα.
5. **Ενσυναίσθηση (Empathy):** η ενσυναίσθηση συμπεριέλαβε την κατανόηση του ασθενή και την προσβασιμότητα.

Ο Doll ισχυρίστηκε ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας πρέπει να αξιολογείται με βάση 3 κριτήρια³⁰:

1. τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας (*medical outcomes*),
2. την οικονομική αποδοτικότητα (*economic efficiency*),
3. και την κοινωνική αποδοχή (*social acceptability*).

Το τελευταίο κριτήριο αποτελεί μια εναλλακτική έκφραση της ικανοποίησης του ασθενή. Ο Maxwell με τη σειρά του, παρουσιάζει 6 διαστάσεις με βάση τις οποίες πρέπει να εκτιμήσουμε την ποιότητα, που είναι⁸⁰:

1. η πρόσβαση (*access*),
2. η σχετικότητα με την ανάγκη (*relevance to need*),
3. η αποτελεσματικότητα (*effectiveness*),
4. η ισότητα (*equity*),
5. η αποδοτικότητα (*efficiency*),
6. και η κοινωνική αποδοχή (*social acceptability*).

Με τις απόψεις αυτές ευθυγραμμίστηκαν και άλλοι ερευνητές¹⁵. Το Advisory Council on Health Research, ορίζει 26 διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας, από την οπτική των ασθενών⁸⁵: (1) αποτελεσματικότητα: βελτίωση του επιπέδου υγείας του ασθενή, (2) επαγγελματική επάρκεια: κατάλληλη γνώση και δεξιότητες, (3) διορατικότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας, (4) καταλληλότητα της φροντίδας, (5) ασφάλεια, (6) ακρίβεια, (7) ανθρωπιά, (8) πληροφόρηση, (9) εχεμύθεια, (10) συνεργασία, (11) υπευθυνότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας (12) συνέχεια, (13) διαθεσιμότητα, (14) αποδοτικότητα, (15) ολοκληρωμένη φροντίδα, (16) προσβασιμότητα: φυσική και γεωγραφική, (17) ικανοποίηση του ασθενή, (18) οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα, (19) υποδοχή, (20) προστασία προσωπικών

δεδομένων, (21) υγιεινή: περιορισμός του επιπολασμού των νοσοκομειακών λοιμώξεων, (22) διατροφή, (23) ενσυναίσθηση, (24) βάρος: ο αντίκτυπος της φροντίδας στην συνολική λειτουργικότητα του ασθενή, (25) αυτονομία του ασθενή: στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του, (26) πρόληψη της παροχής πλεονάζουσας περιττής φροντίδας.

Όπως διαπιστώνουμε, η ικανοποίηση του ασθενή συνιστά μια διάσταση της ποιότητας της φροντίδας. Ο Gronroos C. ισχυρίζεται ότι στον τομέα της φροντίδας υγείας η ποιότητα αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο και συμπληρώνει πως εάν η ποιότητα είναι αυτό που προσλαμβάνουν οι ασθενείς, τότε είναι δυσδιάστατη: η μια είναι η τεχνική διάσταση του αποτελέσματος και η άλλη είναι η λειτουργική διάσταση της διαδικασίας²¹⁸. Ωστόσο ακόμη και σε αυτό το δισδιάστατο μοντέλο δύσκολα αποφεύγονται οι επικαλύψεις. Έτσι, η κοινωνική επαφή της νοσηλεύτριας με τον μοναχικό ηλικιωμένο σαν μέρος της λειτουργικής διαδικασίας, τελικά αποτελεί μια τεχνική διάσταση σε όρους έκβασης της φροντίδας. Με την ίδια λογική είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί η ποιότητα μιας παρεχόμενης υπηρεσίας από την ικανοποίηση του χρήστη της.

Ο Bull ορίζει την ποιότητα σε 4 επίπεδα, τα οποία περιγράφονται από μια σειρά κριτηρίων και προτύπων²¹⁹:

1. τα βασικά συστατικά της φροντίδας: επικοινωνία, απόρρητο και άλλα χαρακτηριστικά που αφορούν το προσωπικό φροντίδας υγείας, τους ασθενείς και τους φροντιστές των ασθενών,
2. γενικά χαρακτηριστικά της φροντίδας,
3. κλινικά χαρακτηριστικά και
4. ειδικές συνθήκες: που αφορούν συγκεκριμένες ομάδες ασθενών.

Ο Thompson A. υποστήριξε ότι η εκληφθείσα από τον ασθενή ποιότητα της φροντίδας, σηματοδοτείται από 6 ειδοποιές διαστάσεις όπως αυτές προκύπτουν από την παραγοντική ανάλυση²²⁰:

1. η ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση,
2. το φαγητό και το φυσικό περιβάλλον νοσοκομείου,
3. η ατμόσφαιρα του τμήματος,
4. η νοσηλευτική φροντίδα,
5. η ποσότητα του φαγητού,
6. η υποδοχή κατά την εισαγωγή.

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήσαμε στην Ελλάδα σε ένα δείγμα 100 ασθενών από 14 εξωτερικά ιατρεία 6 νοσοκομείων της Αττικής, από 2 Κέντρα Υγείας 1 Συμβουλευτικό Σταθμό και 1 υπηρεσίας παροχής νοσηλείας στο σπίτι, καλύπτοντας όλο το φάσμα της ΠΦΥ, διαπιστώσαμε μέσω της παραγοντικής ανάλυσης της κλίμακας που αναπτύξαμε και σταθμίσαμε, ότι οι 7 διαστάσεις της ποιότητας της ΠΦΥ είναι⁹⁸:

1. το έμπρακτο ενδιαφέρον του γιατρού και της νοσηλεύτριας,
2. σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή από τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια,
3. φιλικότητα του χώρου του ιατρείου και του προσωπικού απέναντι στον ασθενή,
4. τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,
5. ενσυναίσθηση από τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια,
6. εμπιστοσύνη στον γιατρό και τη νοσηλεύτρια και
7. αποτελεσματική οργάνωση του ιατρείου.

Αυτοί οι 7 παράγοντες στους οποίους φορτίζουν οι 27 ερωτήσεις της κλίμακας ερμηνεύουν το 75% της παρατηρούμενης διακύμανσης.

1.3.2. Οι διαστάσεις της ικανοποίησης

Μετά την ανασκόπηση των μεθοδολογιών που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες ικανοποίησης του ασθενή υπήρξε η ακόλουθη κατηγοριοποίηση από τους ερευνητές^{129,221}:

- *Συνολική ικανοποίηση(overall satisfaction).*
- *Ικανοποίηση από την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες (satisfaction with access).*
- *Ικανοποίηση από το κόστος (satisfaction with cost).*
- *Ικανοποίηση από την συνολική ποιότητα της φροντίδας (satisfaction with overall quality).*
- *Ικανοποίηση από την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας (satisfaction with humaneness):* που περιλαμβάνει τον σεβασμό, την θέρμη, την ευγένεια, την έγνοια και η αποτελεσματική μη λεκτική επικοινωνία.
- *Ικανοποίηση από την ικανότητα/απόδοση του προσωπικού (satisfaction with competence):* αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την τεχνική απόδοση της φροντίδας.
- *Ικανοποίηση από την ποσότητα της πληροφορίας που παρέχεται από το προσωπικό φροντίδας υγείας:* που περιλαμβάνει την αποσαφήνιση της θεραπευτικής αγωγής και των διαγνώσεων.
- *Ικανοποίηση από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες:* όπως ο χρόνος αναμονής.
- *Ικανοποίηση από την υλικοτεχνική υποδομή:* όπως το πάρκινγκ και η καταλληλότητα του εξοπλισμού και των εργαστηρίων.
- *Ικανοποίηση από το ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών.*
- *Ικανοποίηση από την συνέχεια στην φροντίδα.*
- *Ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της φροντίδας.*

Μέσα από την ανασκόπηση αυτή, διαπιστώνει κανείς ότι στην κορυφή της πυραμίδας, ανήκουν ο ανθρωπισμός, η τεχνική διάσταση της φροντίδας και η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας. Στην βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι παράμετροι που αντιπροσωπεύουν την προσοχή σε μη σωματικές ανάγκες του ασθενή και την σχέση του ασθενή με το ίδιο το σύστημα (προσβασιμότητα, κόστος και γραφειοκρατία). Η μια ερμηνεία αυτού του φαινομένου, θα μπορούσε να είναι ότι η ικανοποίηση από τις διαφορετικές διαστάσεις της φροντίδας, στοιχειοθετεί την τρέχουσα απόδοση του συστήματος φροντίδας υγείας²²¹. Υπό αυτό το πρίσμα, το γεγονός ότι η μεγαλύτερη –ποσοστιαία- ικανοποίηση σχετίζεται με την τεχνική διάσταση της ποιότητα της φροντίδας, θα μπορούσε να σημαίνει πως τα συστήματα φροντίδας υγείας δίνουν έμφαση την τεχνική απόδοση, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ανάγκες των ασθενών, που δεν εμπίπτουν στον «βιοϊατρικό» ορισμό της υγείας, όπως είναι οι συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και η ανάγκη τους να λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα χωρίς αναβολές και καθυστερήσεις. Μια άλλη ερμηνεία είναι ότι οι ασθενείς, δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην τεχνική διάσταση της ποιότητα της φροντίδας, είτε γιατί αισθάνονται πως δεν μπορούν να την αξιολογήσουν πολύ καλά, είτε διότι είναι παρακινδυνευμένο να ισχυριστούν ότι η φροντίδα που επιλέγουν δεν είναι υψίστης ποιότητας.

Οι Abdellah και Levine προχώρησαν πρώτες σε μια κατηγοριοποίηση των συστατικών διαστάσεων της ικανοποίησης, που είναι²²²:

- * η αποτελεσματικότητα της δομής της φροντίδας,
- * οι επαγγελματικές δεξιότητες,
- * η ανταπόκριση του προσωπικού και
- * το αποτέλεσμα της φροντίδας στον ασθενή.

Μετά από μια ανασκόπηση της σχετικής αμερικανικής βιβλιογραφίας, στο μεσοδιάστημα 1957-1974, η Risser αναφέρει τέσσερις διαστάσεις της ικανοποίησης¹⁴⁴:

⊕ *κόστος,*

- ⊕ άνεση,
- ⊕ τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία φροντίδας υγείας και
- ⊕ η φύση της διαπροσωπικής σχέσης προσωπικού φροντίδας υγείας και ασθενή.

Σε μια άλλη ανασκόπηση των ερευνών για την ικανοποίηση από τη νοσοκομειακή φροντίδα, ο Rubin αναφέρεται στις εξής σημαντικές διαστάσεις της ικανοποίησης²²³:

- * η νοσηλευτική φροντίδα,
- * η ιατρική φροντίδα,
- * η επικοινωνία,
- * η οργάνωση του Τμήματος,
- * το περιβάλλον του Τμήματος,
- * η διαδικασία εξόδου από το Νοσοκομείο.

Οι Abramowitz et al. πρότειναν τις ακόλουθες διαστάσεις της ικανοποίησης²²⁴:

- * η ιατρική φροντίδα,
- * η διαμονή (housekeeping),
- * η νοσηλευτική φροντίδα,
- * η ενημέρωση που παρέχει το προσωπικό για τις διαδικασίες της φροντίδας και τις θεραπείες,
- * το επίπεδο του θορύβου,
- * η ποιότητα του φαγητού,
- * η καθαριότητα,
- * η ασφάλεια,
- * η συνολική ποιότητα.

Η Baker διαπίστωσε για τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην Αμερική, τις ακόλουθες διαστάσεις της ικανοποίησης²²⁵:

- * η συνέχεια στην φροντίδα,
- * η προσβασιμότητα στις χειρουργικές υπηρεσίες,
- * η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας,
- * η κτιριακή υποδομή και
- * η διαθεσιμότητα των γιατρών.

Μια ομάδα χειρουργών, προέβη στην ακόλουθη κατηγοριοποίηση²²⁶:

- ⊗ οι προσδοκίες,
- ⊗ η κατανόηση,
- ⊗ η συμμετοχή στην φροντίδα,
- ⊗ η πληροφόρηση,
- ⊗ η πληροφορημένη συναίνεση,
- ⊗ η αντίληψη των κινδύνων που ενέχει η θεραπεία και
- ⊗ οι προτιμήσεις των ασθενών.

Όταν κάποτε ζητήθηκε από τους εξωτερικούς ασθενείς ενός επαρχιακού Νοσοκομείου των ΗΠΑ να ιεραρχήσουν τις διαστάσεις της φροντίδας κατά σειρά σημαντικότητας, κατέληξαν στα εξής²²⁷:

- ☞ η συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών,
- ☞ τα αποτελέσματα της κλινικής πρακτικής,
- ☞ ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες εκπλήρωσαν τις εκληφθείσες ανάγκες των ασθενών,
- ☞ η στάση του βοηθητικού προσωπικού,
- ☞ η προσβασιμότητα στις ανέσεις και
- ☞ οι ώρες αναμονής.

Η παραγοντική ανάλυση (factor analysis) από την Συμβουλευτική Επιτροπή Υγειονομικού Σχεδιασμού των ΗΠΑ έδειξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών συναρτάται με τις ακόλουθες έξι διαστάσεις της²²⁸:

- ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση,
- φαγητό και υλικοτεχνικός εξοπλισμός,
- μη ορατό περιβάλλον,
- ποσότητα του φαγητού,
- νοσηλευτική φροντίδα και
- ξενοδοχειακή υποδομή.

Στην Ελλάδα στην ΠΦΥ, οι 6 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το 74,15% της παρατηρούμενης διακύμανσης και αποτελούν τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της ΠΦΥ είναι⁹⁸:

- ο σεβασμός από τη νοσηλεύτρια,
- ο σεβασμός από τον γιατρό,
- οι τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,
- οι παράγοντες δομής του ιατρείου (τήρηση των ραντεβού, άνεση και ησυχία του χώρου αναμονής),
- εμπιστοσύνη και επαγγελματική συνέπεια του γιατρού και
- επάρκεια του ρόλου του γιατρού.

Δεν είναι εύκολο να αποσαφηνιστεί η πολυδιάστατη φύση της ικανοποίησης. Έτσι, παρόλο που το Εθνικό Συμβούλιο των Καταναλωτών ορίζει 7 διαστάσεις: πρόσβαση, επιλογή, πληροφόρηση, επανόρθωση, ασφάλεια, αποδοτικότητα και ισότητα²¹⁷, η εφαρμογή τους στον τομέα της φροντίδας υγείας φαίνεται προβληματική και όπως ισχυρίζεται ο Car-Hill οι έρευνες για την ικανοποίηση είναι ακατάλληλες για να αναζητήσουν ερωτήσεις πάνω στην ισότητα, ή σε θέματα επιλογής, ασφάλειας, επανόρθωσης, έκβασης και της ψυχικής σφαίρας²²⁹.

Επιδιώκοντας μια αναλυτικότερη περιγραφή των συστατικών στοιχείων της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, παραθέτουμε τις ακόλουθες διαστάσεις:

A. Προσβασιμότητα

Στην πρότυπη εργασία των Ware et al. και Fitzpatrick, ο ευρύς ορισμός της «προσβασιμότητας» περιλαμβάνει την πρόσβαση στο Νοσοκομείο, το σύστημα των ραντεβού, τα χαρακτηριστικά της γραμματείας, τις κατ' οίκον επισκέψεις, την δυνατότητα αλλαγής του θεράποντα γιατρού και τις λίστες αναμονής^{221,35, 36}. Το προβληματικό πάρκινγκ²³⁰, τα μέσα μαζικής μεταφοράς προς το νοσοκομείο²²⁴ και η διάρκεια αναμονής στα κέντρα υγείας φαίνεται να σχετίζονται με την δυσαρέσκεια του ασθενή²³¹.

B. Η διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας

Η διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας, αποτελεί βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών²³² και ιδιαίτερα η επικοινωνία και η ενσυναίσθηση^{101,233}. Οι διάφορες θεωρίες που αναπτύχθηκαν, θεωρούν σαν κεντρικό και ειδοποιό τους στοιχείο, την «ισορροπία των δυνάμεων» (balance of power). Μια δύναμη, που πηγάζει από την «κοινωνική καταξίωση» του ιατρικού επαγγέλματος, σαν έκφραση της υψηλότερης κοινωνικής στάθμης στην οποία ανήκουν οι γιατροί. Οι υποθέσεις ότι αυτή η *ισορροπία των δυνάμεων* ενδέχεται να επηρεάζει την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα^{234,235}, δεν έχουν επιβεβαιωθεί με την έρευνα²³⁶⁻²³⁸. Εξάλλου, η μαρτυρία δηλώνει ότι οι νοσηλευτές –που φαινομενικά ανήκουν σε χαμηλότερη κοινωνική στάθμη σε σχέση με τους γιατρούς- συχνά κρίνονται αρνητικά από τους ασθενείς, όταν καλούνται να αξιολογήσουν την ποιότητα της επικοινωνίας τους με αυτούς²³⁹⁻²⁴¹.

Η κοινωνική διάδραση επαγγελματία φροντίδας υγείας και ασθενή, εξαρτάται επίσης, από την κοινωνικότητα και των δυο. Η μη λεκτική επικοινωνία, για παράδειγμα, είναι ο πρότερος τρόπος για την διαμεταφορά και μεταβίβαση μηνυμάτων και αισθημάτων, που θα μπορούσαν δύσκολα να εκφραστούν λεκτικά. Το ίδιο ισχύει και με την στάση του σώματος, που συνιστά μια μορφή έκφρασης δύναμης. Η LaCrosse διαπίστωσε ότι η μη λεκτική επικοινωνία, όπως τα νεύματα της κεφαλής, μας κάνουν να βλέπουμε τους γιατρούς με πιο ζεστό και θελκτικό τρόπο²⁴². Οι Larsen και Smith ισχυρίστηκαν ότι η στάση του σώματος του γιατρού και το χτύπημα στην πλάτη, σχετίζονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενή²⁴³.

Η κίνηση των ματιών είναι εξίσου σημαντική στην αποτελεσματική επικοινωνία και στην ανατροφοδότηση²⁴⁴. Η διαβεβαίωση του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, η ενσυναίσθηση και η οικειότητα διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στην διαμόρφωση της επικοινωνιακής σχέσης γιατρού-ασθενή²³⁴, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί μια ευθεία συσχέτιση με την ικανοποίηση. Η μαρτυρία, ωστόσο, υποδεικνύει ότι ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται την τεχνική επάρκειά του σαν τον ακρογωνιαίο λίθο της «υψηλής ποιότητας της φροντίδας»²⁴⁰ οι ασθενείς δείχνουν να επηρεάζονται σημαντικά από την διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας²⁴⁵. Ο Tishelman για παράδειγμα, παρατήρησε ότι όλοι οι ασθενείς περιέγραψαν το προσωπικό ως «εξαιρετικά καλό», ευγενικό και φιλικό²⁴⁶.

Η ικανοποίηση του ασθενή από τη νοσοκομειακή φροντίδα, φαίνεται να αποτελεί μια λειτουργία αυτού που ονομάζουμε «*άλλη εκροή*». Αργότερα, ο Steiber S., δημοσιεύει τα αποτελέσματα μιας σφυγμομέτρησης (Gallor poll) που έδειξε πως η ικανοποίηση του ασθενή επηρεάζεται περισσότερο από το ενδιαφέρον που επιδεικνύει το προσωπικό υγείας, παρά από την ίδια την κλινική φροντίδα²⁸.

Γ. Η τεχνική διάσταση της φροντίδας

Ο Fitzpatrick R. ισχυρίζεται ότι πολλοί ασθενείς φαίνονται πρόθυμοι να σχολιάσουν το κόστος της φροντίδας και τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας, παρά να εκφράσουν την δυσαρέσκειά τους από την παρεχόμενη φροντίδα²⁴⁷. Υποστηρίζει ότι οι ασθενείς επηρεάζονται θετικά από την ποσότητα των διαδικασιών της φροντίδας που λαμβάνουν (technical process), καθώς όσο περισσότερες είναι οι νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις, τόσο υψηλότερη είναι και η ικανοποίηση των ασθενών².

Οι Stimson G. και Webb B. πιστεύουν ότι αυτή η διαφορά στην αξιολόγηση, μεταξύ επαγγελματιών φροντίδας υγείας και ασθενών, είναι πολυδιάστατη και οφείλεται στους ακόλουθους παράγοντες: (1) η ιατρική γνώση δεν είναι ποτέ πλήρης και μπορεί να διαφοροποιείται από γιατρό σε γιατρό, (2) οι γιατροί ποτέ δεν μπορεί να είναι σίγουροι για την έκβαση των πράξεών τους και πάντα μιλούν για πιθανή εξέλιξη της νόσου και πιθανή έκβαση της θεραπείας, (3) ο γιατρός ποτέ δεν έχει το μονοπώλιο στη γνώση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας, αφού ο ασθενής που ζει με το πρόβλημα μπορεί να έχει τέτοιο επίπεδο γνώσης όσο και ο νέος γιατρός²³⁴.

Από την άλλη μεριά, υπάρχουν κάποιοι που πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι σε θέση να κρίνουν την τεχνική διάσταση της φροντίδας τους, με πρώτους τους Fitton F. & Acheson H.W.K. που διαπίστωσαν ότι ασθενείς και γιατροί ταυτίστηκαν στην εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασής τους²⁴⁸. Εξάλλου, μέσα από την βιβλιογραφική του ανασκόπηση, ο Rubin H.R. κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στις περισσότερες έρευνες οι αξιολογήσεις του προσωπικού και των ασθενών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, δεν αποκλίνουν²²³.

Οι Dougall A. et al. πραγματοποίησαν μια έρευνα, προσπαθώντας να εκτιμήσουν την ικανοποίηση των ασθενών που υποβάλλονται σε μια σιγμοειδοσκόπηση²⁴⁹. Η έρευνα αφορούσε 84 ασθενείς και βρέθηκε ότι το 96,5% ήταν ικανοποιημένο με την υπηρεσία αυτή, ενώ από την διαχείριση του πόνου των ασθενών, η ικανοποίηση άγγιξε το 97,7%, την ίδια

στιγμή που σε μια άλλη έρευνα²⁵⁰, το ποσοστό της δυσαρέσκειας από την αναλγησία κυμαίνονταν στο 15%. Ο Zborowski M., τονίζει ότι ο πόνος έχει ένα πολιτισμικό προφίλ και επομένως η ικανοποίηση από την διαχείρισή του, ενδέχεται να αποτελεί ένα «συγχυτικό» παράγοντα της συνολικής ικανοποίησης από την κολονοσκόπηση²⁵¹. Η εντύπωση που έχουν οι ασθενείς για την κολονοσκόπηση –πριν την πραγματοποιήσουν- φαίνεται να επηρεάζει τις προσδοκίες τους και την ικανοποίησή τους, δεδομένου ότι την χαρακτηρίζουν ως «μια διαδικασία καθόλου ευχάριστη, ενδεχομένως επίπονη και πιθανώς βασανιστική»²⁵². Οι κυριότερες πηγές δυσαρέσκειας σύμφωνα με τους Dougall A. et al. είναι: ο τρόπος με τον οποίο δίνονται τα αποτελέσματα της εξέτασης στον ασθενή (21,4% δυσαρεστημένοι) και η διάρκεια αναμονής για την εξέταση που τις περισσότερες φορές ξεπερνά τις 2 εβδομάδες²⁴⁹ (10,7% δυσαρεστημένοι). Οι κυριότεροι προβλεπτικοί δείκτες της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών που υποβάλλονται σε σιγμοειδοσκόπηση είναι η ικανοποίηση από την συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ο σεβασμός την προσωπικότητας του ασθενή και η προστασία της ατομικότητάς του από τη νοσηλεύτρια, καθώς και η ικανοποίηση από την τεχνική δεξιότητα του γιατρού που διενεργεί την εξέταση.

Οι Schutz S.M. et al., προσπάθησαν να απαντήσουν στο ερώτημα αν και κατά πόσο η διαδικασία της κολονοσκόπησης με αναλγησία και χωρίς αναισθησία, σχετίζεται με την δυσαρέσκεια των ασθενών από την συγκεκριμένη τεχνική²⁵⁰. Πραγματοποίησαν μια έρευνα με δείγμα 328 ασθενών και διαπίστωσαν ότι το 15% των ασθενών ήταν δυσαρεστημένο, ενώ οι παράγοντες που σχετίζονταν με την δυσαρέσκεια ήταν: το φύλο (γυναίκες), το επίπεδο του άγχους του ασθενή πριν την εξέταση, το επίπεδο της εκπαίδευσής του, η διάρκεια της εξέτασης (> 60 λεπτά) και οι δυσκολίες στην πραγματοποίησή της. Τελικά, η ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε το επίπεδο εκπαίδευσης και την διάρκεια της εξέτασης

Σε μια μελέτη 251 ασθενών που υποβλήθηκαν σε διαγνωστική οισοφαγογαστροορθοσκόπηση και κολονοσκόπηση, διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με το επίπεδο της συνεργασίας του ασθενή με τον ενδοσκόπο κατά την διάρκεια της εξέτασης, είναι: η ηλικία και το επίπεδο του άγχους, ενώ μαζί με τον τύπο της ενδοσκόπησης, αποτελούν τους ισχυρότερους προβλεπτικούς δείκτες της ικανοποίησης του ασθενή από την εξέταση²⁵³. Από την δική τους πλευρά, οι Morfoise J.J. et al. προχώρησαν σε μια μελέτη 815 ασθενών από ενδοσκοπικά τμήματα 86 νοσοκομείων και διαπίστωσαν ότι το 78% των ασθενών θα ήθελε να υποβληθεί σε μια δεύτερη κολονοσκόπηση κάτω από τις ίδιες συνθήκες (ένδειξη ικανοποίησης), ενώ οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την στάση τους αυτή είναι: η καλή τεχνική, η ηλικία (θετική συσχέτιση όσο αυξάνεται), ο τύπος της αναισθησίας, το φύλο (γυναίκες) και η κολονοσκόπηση με αναλγησία και χωρίς αναισθησία²⁵⁴.

4. Επικοινωνία

Ο Wolf και οι συνεργάτες του, ανέπτυξαν την κλίμακα: *Medical Interview Satisfaction Scale*, που εκτιμά τρεις διαστάσεις της συμπεριφοράς γιατρού-ασθενή²⁵⁵. Αναλυτικότερα αναφέρονται:

- στην αντιληπτική διάσταση (cognitive aspect), που είναι ουσιώδης και συνιστά έναν δείκτη ικανοποίησης από την ποσότητα και την ποιότητα της πληροφορίας που παρέχεται από τον γιατρό.
- στην συναισθηματική διάσταση, που αποτελεί το μέτρο της αίσθησης του ασθενή ότι ο γιατρός αφουγκράζεται, καταλαβαίνει και ενδιαφέρεται για την εξέλιξη της υγείας του ασθενή και
- στην συμπεριφοριστική διάσταση, που ενσαρκώνεται μέσα από την αξιολόγηση της συμβουλευτικής ικανότητας του γιατρού, από τον ίδιο τον ασθενή.

Ο Ley ισχυρίζεται ότι, σύμφωνα με την διεθνή μαρτυρία, υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση του ασθενή και στα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του

γιατρού²⁵⁶. Έτσι, οι Korsch et al., τονίζουν ότι οι ρόλοι που αποδίδουν οι ασθενείς στον γιατρό, ως καλό επικοινωνιολόγο και ως συνομιλητή ικανό να αντιλαμβάνεται και να καταλαβαίνει κάποια πράγματα, σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών από το σύνολο της φροντίδας²⁵⁷. Ο πρώτος ρόλος (ως επικοινωνιολόγος), αποτελεί έναν δείκτη ικανοποίησης του ασθενή από την επικοινωνία²⁵⁸, όπως την όρισε ο Ley, ενώ ο δεύτερος ρόλος, σχετίζεται με αυτό που όρισαν ο Wolf και οι συνεργάτες του, ως ικανοποίηση από την συναισθηματική διάσταση της συμβουλευτικής επικοινωνίας του γιατρού με τον ασθενή.

Οι Ware & Snyder και οι Doyle & Ware, αναφέρουν μια συσχέτιση της υποκλίμακάς τους με τίτλο *παροχή πληροφοριών/επεξηγήσεις*, που αποτελεί δείκτη ικανοποίησης από την επικοινωνία με τον γιατρό, με τον παράγοντα: *ικανοποίηση από την συμπεριφορά του γιατρού*^{145,259}. Αυτός ακριβώς ο παράγοντας, παρέχει έναν συνολικό δείκτη ικανοποίησης από τον γιατρό. Ο Stiles, οι Stiles et al., ο Bales και ο Roter, χρησιμοποίησαν ένα πιο περίπλοκο σύστημα κωδικοποίησης των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ασθενών και των γιατρών²⁶⁰⁻²⁶³. Άλλοι ερευνητές, μελέτησαν την σχέση ανάμεσα στην μη λεκτική επικοινωνία και την ικανοποίηση των ασθενών. Έτσι, ο Larsen και ο Smith, χρησιμοποίησαν το σύστημα ταξινόμησης της μη λεκτικής επικοινωνίας²⁴³ του Mehrabian²⁶³, προκειμένου να αναλύσουν την συμβουλευτική επικοινωνία γιατρού-ασθενή. Αυτό το σύστημα, εκτιμά 3 κύριες κατηγορίες μη λεκτικής επικοινωνίας:

- ⇒ η πρώτη κατηγορία είναι η «εγγύτητα» (immediacy) ανάμεσα στους συμμετέχοντες στην επικοινωνιακή διαδικασία. Αυτή η εγγύτητα, εκτιμάται σύμφωνα με την συχνότητα του αγγίγματος, της οπτικής επαφής, της κλίσης του σώματος προς τα εμπρός, του προσανατολισμού του σώματος και της φυσικής προσέγγισης.
- ⇒ η δεύτερη κατηγορία είναι η «χαλάρωση» (relaxation), που εκτιμάται με την παρατήρηση του βαθμού χαλάρωσης των χεριών και του αυχένα, τον βαθμό της ασυμμετρίας του βραχίονα και της θέση των ποδιών καθώς και της συχνότητας των λοξών και οπισθίων κλίσεων του σώματος.
- ⇒ η τρίτη κατηγορία, είναι η «ανταπόκριση» (responsiveness) που εκτιμάται με τους μορφασμούς του προσώπου, τον ρυθμό του προφορικού λόγου και την ένταση της φωνής.

Ο Larsen και ο Smith, βρήκαν ότι η εγγύτητα του γιατρού (άγγιγμα, κλίση του σώματος προς τα εμπρός και προσανατολισμός του σώματος), σχετίζεται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης²⁴³. Από την δεύτερη κατηγορία –αυτή της χαλάρωσης– μόνο η κλίση του σώματος προς τα πίσω και η χαλάρωση του αυχένα, σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Υπάρχει μια εκτενής βιβλιογραφία, που δείχνει ότι οι ασθενείς δηλώνουν συχνά δυσαρεστημένοι με την ποιότητα της πληροφορίας που λαμβάνουν από το προσωπικό φροντίδας υγείας γενικότερα και από τους εξωτερικούς ιατρούς. Έτσι, αισθάνονται ότι στερούνται όλης της αλήθειας.

Σύμφωνα με την διεθνή μαρτυρία, μια σειρά από παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από την επικοινωνία. Για παράδειγμα, όταν ζητείται από τον ασθενή να αξιολογήσει την ποιότητα της επικοινωνίας με τον γιατρό κατά την πρώτη επαφή –πρώτη εκτίμηση και διάγνωση– αναφέρονται υψηλότερα ποσοστά δυσαρέσκειας²⁶⁴ σε σύγκριση με το να ζητάμε από τον ασθενή να αξιολογήσει «γενικά» την ποιότητα της επικοινωνίας, χωρίς να σχετίζεται με ένα συγκεκριμένο επεισόδιο²⁶⁵.

Η αποτελεσματική επικοινωνία, δεν εξαρτάται μόνο από την απόκτηση των κατάλληλων επικοινωνιακών δεξιοτήτων²⁴¹. Στην βιβλιογραφία, έχουν προσδιοριστεί 3 ομάδες μεταβλητών που μοιάζουν να προσδιορίζουν την ποιότητα ή την ποσότητα της επικοινωνίας νοσηλευτή-ασθενή και είναι: οι μεταβλητές που σχετίζονται με τους νοσηλευτές, με τους ασθενείς και με τα χαρακτηριστικά του Τμήματος.

Στην περίπτωση των ερευνών που μελέτησαν νοσοκομειακούς ασθενείς, ο Ley P. σημειώνει ότι θα πρέπει να υπάρχει μια καμπυλόγραμμη σχέση ανάμεσα στο ποσοστό των ασθενών που δηλώνουν ικανοποιημένοι και του χρόνου που μεσολαβεί μέχρι την έξοδό τους

από το Νοσοκομείο²⁶⁶. Υψηλότερη ικανοποίηση αναφέρεται σε έρευνες που ξανάδωσαν προς απάντηση τα ερωτηματολόγια μια εβδομάδα μετά ή αμέσως μετά την έξοδο του ασθενή από το Νοσοκομείο. Η ικανοποίηση ήταν μικρότερη στους ασθενείς που ξαναρωτήθηκαν 2 με 4 εβδομάδες μετά, ενώ ήταν πάλι υψηλή σε εκείνους που ρωτήθηκαν μετά από 8 εβδομάδες ή και περισσότερο. Στην δική του έρευνα, η ικανοποίηση βρέθηκε υψηλότερη στους ασθενείς που επαναρωτήθηκαν μια ή 8 εβδομάδες μετά την έξοδό τους²⁵⁶. Οι Spelman et al. ισχυρίζονται ότι η ικανοποίηση με την επικοινωνία, αυξάνεται καθώς αυξάνεται ο χρόνος μετά την έξοδο του ασθενή από το Νοσοκομείο²⁶⁷.

Σε άλλη έρευνα²⁵⁸, αναφέρεται μια μικρή ή μηδαμινή σχέση ανάμεσα στον αριθμό των ασθενών που δηλώνουν ότι πληροφορήθηκαν για την κατάσταση της υγείας τους και στο ποσοστό της ικανοποίησής τους από την επικοινωνία με το προσωπικό. Έτσι, όταν οι γιατροί αισθάνονται ότι καταβάλλουν υπέρμετρη προσπάθεια επικοινωνίας με τους ασθενείς, τα ποσοστά ικανοποίησης είναι μεγαλύτερα. Οι ασθενείς που έχουν δεχθεί έστω και ελάχιστη πληροφόρηση για την ασθένειά τους, την θεραπεία της και τις διαγνωστικές εξετάσεις, είναι πιθανότερο να δηλώσουν δυσαρεστημένοι.

Μια σειρά από υποθέσεις μπορεί να κάνει κανείς προκειμένου να δώσει μια ερμηνεία στην ερώτηση-υπόθεση, γιατί η πληροφόρηση των ασθενών μειώνει το ποσοστό της δυσαρέσκειάς τους με την επικοινωνία:

- * η πρώτη υπόθεση είναι ότι η δυσαρέσκεια με την επικοινωνία αποτελεί πολύ πιθανό μια ευρύτερη αντανάκλαση της γενικότερης δυσαρέσκειας με την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και την ποιότητα της φροντίδας. Μια τέτοια υπόθεση όμως, δεν μοιάζει να έχει ισχυρές βάσεις, δεδομένου ότι η μαρτυρία δείχνει πως η ικανοποίηση από τις υπόλοιπες διαστάσεις της φροντίδας είναι μεγαλύτερη^{266,268},
- * η δεύτερη υπόθεση είναι: ότι η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια των ασθενών από την επικοινωνία, αντικατοπτρίζει κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Έτσι, ο Ley, διερεύνησε αυτή την υπόθεση, δίνοντας προς απάντηση το ερωτηματολόγιο των 16 παραγόντων της προσωπικότητας του Cattell (Cattell Sixteen Personality Factor Questionnaire), σε μια ομάδα ασθενών που δηλώνουν ικανοποιημένοι από την επικοινωνία και σε μια άλλη ομάδα που δηλώνουν δυσαρεστημένοι²⁶⁹. Διαπίστωσε ότι οι ομάδες δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά σε κανέναν από τους δυο παράγοντες. Ωστόσο, οι Spelman et al. βρήκαν ότι οι ασθενείς που αναφέρουν κάποια κατάθλιψη λόγω της εισαγωγής τους στο Νοσοκομείο, παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν δυσαρέσκεια με την επικοινωνία, σε σχέση με τους υπολοίπους ασθενείς²⁶⁷. Αναλυτικότερα, στην ομάδα των ασθενών που αναφέρει κατάθλιψη, το ποσοστό δυσαρέσκειας κυμάνθηκε στο 79%, ενώ στην ομάδα που δεν ανέφερε κατάθλιψη το ποσοστό ήταν 36%. Αυτό το εύρημα, τονίζει την δυσκολία που παρουσιάζει η ερμηνεία των ποσοστών ικανοποίησης, ενώ μπορεί να δείχνει ότι οι ασθενείς ήταν καταθλιπτικοί εξαιτίας της ανεπαρκούς πληροφόρησης. Αυτή την άποψη, δεν την συμμερίζεται ο Ley που χρησιμοποίησε την κλίμακα Hildreth Feeling Scale για την εκτίμηση της κατάθλιψης και διαπίστωσε ότι όπως και στην περίπτωση της δυσαρέσκειας με την επικοινωνία, υπήρξε μια αντίστροφη «U» σχέση με το χρονικό διάστημα μέχρι την έξοδο, με την κατάθλιψη να είναι χαμηλότερη στην 1^η και 8^η εβδομάδα, σε αντίθεση με την 2^η και 4^η εβδομάδα. Δυστυχώς όμως, δεν υπολογίστηκε κάποια συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την δυσαρέσκεια. Αυτά τα αποτελέσματα, δεικνύουν ότι δεν υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην προσωπικότητα και στην δυσαρέσκεια, αλλά ότι ενδεχομένως υπάρχει μια συσχέτιση με την καταθλιπτική διάθεση,
- * η τρίτη υπόθεση, είναι ότι η παρεχόμενη υπερπληροφόρηση είναι αναποτελεσματική επειδή οι ασθενείς δεν κατανοούν απόλυτα αυτά που τους λένε και ότι συνήθως δεν θυμούνται τι τους λένε. Αυτοί οι δυο παράγοντες, συνδυαζόμενοι με την ντροπαλότητα

των ασθενών να κάνουν ερωτήσεις, όταν δεν είναι σίγουροι ότι θα καταλάβουν, έχουν δυο συνέπειες: η πρώτη είναι ότι ακόμα και σε καταστάσεις που οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας επιθυμούν να παρέχουν πλήρη πληροφόρηση, δεν θα είναι σε θέση να βελτιώσει την επικοινωνία τους με τους ασθενείς, επειδή ο,τιδήποτε λένε δεν είναι συνήθως σε κατανοητή γλώσσα. Η δεύτερη είναι ότι επειδή οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας δεν ενθαρρύνουν την ανατροφοδότηση από την πλευρά των ασθενών, με τη μορφή ερωτήσεων, δεν ανακαλύπτουν τα λάθη τους στην επικοινωνία.

E. Αγωγή του ασθενή

Το δικαίωμα του ασθενή στην πληροφόρηση, συνιστά μια από τις πιο σημαντικές διαστάσεις της αγωγής του ασθενή^b. Αυτό το δικαίωμα, έχει νομική υφή, ειδικότερα όταν εκφράζεται ως «πληροφορημένη συναίνεση»²². Η αγωγή του ασθενή έχει πρακτικά οφέλη για την κοινωνία, αφού εκφράζεται με την μειωμένη διάρκεια νοσηλείας στο Νοσοκομείο, με την αναγκαία χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, με μειωμένη συχνότητα απουσιών από την εργασία και με μείωση των ατυχημάτων^{270,271}.

Η αγωγή του ασθενή, συνεπάγεται θετικά κλινικά αποτελέσματα, όπως συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή, μειωμένο άγχος, αυξημένη ικανότητα αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και γρήγορη ανάνηψη μετά τη χειρουργική επέμβαση²⁷¹⁻²⁷⁴. Η αυξημένη πληροφόρηση των ασθενών, βρέθηκε να σχετίζεται με την ικανοποίησή τους. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία, βρήκε ότι η ικανοποίηση σχετίζεται με την κατανόηση των πληροφοριών που παρέχει ο γιατρός και μάλιστα όσο μεγαλύτερη είναι η πληροφόρηση τόσο μεγαλύτερη είναι και η συμμόρφωση με τις συμβουλές και παροτρύνσεις του γιατρού²⁷⁵. Σε μια άλλη έρευνα, οι εξωνοσοκομειακοί ασθενείς μιας νευρολογικής κλινικής που είναι δυσσχετιζόμενοι με την πληροφόρηση που τους έδωσε ο γιατρός, δεν εφαρμόζουν την αγωγή που τους συστήθηκε⁴⁵. Παρόμοια αποτελέσματα, βρέθηκαν και σε ασθενείς που παρουσιάζουν έμφραγμα του μυοκαρδίου²⁷⁶.

^b Η λέξη *αγωγή* έχει αντικαταστήσει τον παλιό όρο «*διδασκαλία*» του ασθενή, αφού σήμερα προσανατολιζόμαστε προς την πληροφορημένη υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς και στάσης από την πλευρά του ασθενή και όχι στην μετάδοση γνώσεων από το «*ειδικό*» προς τον «*αδαή*», μέσα από μια παραδοσιακή εκπαιδευτική διαδικασία.

1.4. ΟΙ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι οι ακόλουθοι:

1.4.1. Οι προσδοκίες του ασθενή

Πριν αναζητήσει κανείς τον πιθανό ρόλο των προσδοκιών ενός ασθενή στην εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, θα πρέπει πρώτα να ορίσει τον όρο «προσδοκίες». Κάποιοι ερευνητές, αντιλαμβάνονται τις προσδοκίες ως το σύνολο των χαρακτηριστικών που πιθανώς διακρίνει μια υπηρεσία, ή ένα γεγονός^{155,277,278}. Άλλοι, ισχυρίζονται ότι οι προσδοκίες συνιστούν μια εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ενός γεγονότος συν την αξιολόγηση του γεγονότος (καλό ή κακό)^{117,137,279}. Ο Oliver με τη σειρά του, διατυπώνει την δική του άποψη: «οι προσδοκίες έχουν δυο συστατικά: την πιθανότητα εμφάνισης (π.χ. την πιθανότητα ώστε ένας υπάλληλος να είναι διαθέσιμος στον πελάτη) και την αξιολόγηση της εμφάνισης (π.χ. ο βαθμός στον οποίο η στάση του υπαλλήλου είναι η επιθυμητή, ή η ανεπιθύμητη, η καλή, ή κακή) του γεγονότος. Και τα δυο είναι απαραίτητα, καθώς δεν είναι σαφές τι επιθυμούν όλοι οι πελάτες»¹¹⁷. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι δυο άνθρωποι με τις ίδιες προσδοκίες, μπορεί να αξιολογήσουν διαφορετικά αυτό που τους παρέχεται, ίσως διότι έχουν διαφορετικές επιθυμίες. Συνεπώς, θα μπορούσαμε να διαχωρίσουμε τις προβλεπτικές (αυτό που το άτομο περιμένει να συμβεί) από τις αξιολογικές (αυτό που θέλει να συμβεί) προσδοκίες.

Η προσδοκία έχει μια διυποκειμενική διάσταση και προσανατολίζεται μέσα στον χρόνο που διαρκεί μια διαδικασία. Είναι ετοιμότητα του ατόμου να συντελέσει μια αντίδραση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Πολλές φορές ταυτίζεται με την σύνδεση και την συναρμογή του ατόμου στις προβλέψεις και τις προεικαζόμενες μελλοντικές εμπειρίες και ως εκ τούτου, είναι ένας γνωστικός καθοριστικός παράγοντας που ενυπάρχει στην συμπεριφορά μας. Στην ελληνική γλώσσα, η λέξη «προσδοκία» είναι παράγωγο του ρήματος «προσδοκάω» που αποτελεί σύνθεση της πρόθεσης «προ-» και του ρήματος «δοκώ» (θεωρώ) και του «δοκεύω» (παραφυλάσσω-καταδοκώ).

Ο Vuori επισημαίνει: «η ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα εξαρτάται από δυο παράγοντες: τις προσδοκίες για την φροντίδα που πρόκειται να λάβει και την άποψη που σχηματίζει για την παρασχεθείσα φροντίδα. Και οι δυο παράγοντες είναι υποκειμενικοί και εξαρτώνται από ψυχολογικούς, πολιτισμικούς και βιοματικούς παράγοντες»²⁷. Οι Abbramowitz et al., υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση του ασθενή μετά την θεραπεία, εξαρτάται από τις προσδοκίες του και άρα θα πρέπει να εκτιμώνται πριν την εκτίμηση της ικανοποίησης²²⁴. Ο Donabedian σημειώνει ότι οι ασθενείς διαμορφώνουν «πληροφορημένες» προσδοκίες (informed expectations) σαν αποτέλεσμα κοινωνικό-πολιτιστικών, μορφωτικών και ψυχολογικών παραγόντων⁷⁹. Συνεπώς είναι αδύνατο να μελετήσουμε τις προσδοκίες των ασθενών χωρίς να εστιάσουμε το ερευνητικό μας ενδιαφέρον σε αυτούς τους παράγοντες. Οι Ruggeri et al. οι οποίοι μελέτησαν την ικανοποίηση και τις προσδοκίες των ασθενών από τις ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα, ορίζουν τις προσδοκίες ως «τον βαθμό σημαντικότητας που αποδίδουν οι ασθενείς σε συγκεκριμένες διαστάσεις της φροντίδας προκειμένου να εγγυηθούν την ικανοποίησή τους»²⁸⁰.

Η εκπλήρωση των προσδοκιών ορίζεται ως: «η υποκειμενική εκτίμηση του χρήστη σαν αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες του και στην παρεχόμενη υπηρεσία»¹⁶⁶. Οι Westbrook και Reilly διαπίστωσαν ότι η εκπλήρωση των προσδοκιών σχετίζεται περισσότερο

θετικά με την ικανοποίηση, σε σχέση με την εκπλήρωση των επιθυμιών¹⁵⁵. Το αντίθετο¹⁵¹ διαπίστωσε ο Barbeau. Βέβαια και οι δυο έρευνες έγιναν σε δείγμα φοιτητών.

Οι προηγούμενες ανασκοπήσεις της σχετικής βιβλιογραφίας²⁸¹⁻²⁸³, υπέδειξαν ότι η όλη ερευνητική προσπάθεια πρέπει να επικεντρωθεί στην σχέση των προσδοκιών με την απόδοση της υπηρεσίας και στην εκπλήρωση των προσδοκιών, καθώς φαίνεται να διαδραματίζουν έναν πρωτεύοντα ρόλο στην ικανοποίηση του χρήστη. Άλλωστε, η σύνδεση της εκπλήρωσης των προσδοκιών με την ικανοποίηση του χρήστη, είχε επισημανθεί και από άλλους^{44,161,163,284-291}.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η συζήτηση περιστρέφεται γύρω από το αν τελικά υπάρχουν προσδοκίες²⁰¹. Ακόμα και όταν υπάρχουν, οι μελέτες κατέδειξαν κάποιες αμφιβολίες για το αν κατ' ανάγκη η εκπλήρωση των προσδοκιών οδηγεί στην ικανοποίηση του ασθενή^{45,191}. Το μοντέλο *προσδοκίες-ικανοποίηση*, δεν φαίνεται να έχει λογική ισχύ, διότι υποστηρίζει πως κάθε εμπειρία που επιβεβαιώνει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, οδηγεί στην ικανοποίηση. Κάποιες έρευνες, έδειξαν πως οτιδήποτε επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή, δεν είναι η σύζευξη προσδοκιών και πραγματικής εμπειρίας, αλλά το εάν ή όχι η εμπειρία ήταν καλύτερη ή χειρότερη από την προσδοκώμενη.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην χώρα μας, βρέθηκε ότι οι ασθενείς πράγματι διαμορφώνουν προσδοκίες, όμως η εκπλήρωσή τους, ή μη, δεν σχετίζεται με την ικανοποίησή τους από την φροντίδα⁹⁹. Αντίθετα, ο ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης της ικανοποίησης του ασθενή από κάποια διάσταση της φροντίδας, είναι αν την εκλαμβάνει ο ασθενής ως μια διάσταση αυτού που ο ίδιος ονομάζει «*ποιοτική*» φροντίδα. Η έρευνα των Owens και Batchelor, έδειξε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, οι εκφράσεις ικανοποίησης των ασθενών, δεν εξηγούνται από τις προσδοκίες τους⁵⁰. Έτσι μπορεί να είναι χαμηλές ή να λείπουν και το ποσοστό ικανοποίησης να είναι υψηλό. Αυτά τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης εξηγούνται εν μέρει από την σχέση εξάρτησης και φιλίας μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή, απόρροια των οποίων είναι μια απροθυμία να τους κριτικάρουν. Από την άλλη μεριά, οι ασθενείς της οξείας νοσηλείας, δεν αισθάνονται σε θέση (αρμόδιοι) να εκφράσουν την άποψή τους για πτυχές της φροντίδας, καθώς γνωρίζουν λίγα γι' αυτήν. Το τυπικό τους σχόλιο είναι: «*είναι καλή η παρεχόμενη φροντίδα, αλλά δεν μπορώ να πω πολλά και αυτό διότι δεν ξέρω πολλά*».

Αργότερα, κάποιες έρευνες αναζήτησαν την σχέση της συνολικής ικανοποίησης από την φροντίδα, με τις προσδοκίες του ασθενή και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με «*χαμηλές*» προσδοκίες τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι²⁴⁸. Οι Stimson και Webb λένε ότι είναι δύσκολο να αποδώσει κανείς το βαθύτερο νόημα του όρου «*προσδοκίες*» και ως εκ τούτου, ακόμη πιο δύσκολο να τις συσχετίσει με τον όρο «*ικανοποίηση*»²³⁴. Οι προσδοκίες αναφέρονται στα «*πρότυπα*» ή τις «*φιλοδοξίες*» των ασθενών, ωστόσο, λίγες προσπάθειες έχουν γίνει για να διαπιστωθεί αν όντως οι ασθενείς λειτουργούν με αυτόν τον τρόπο. Ο Fitzpatrick R. παρουσιάζει τρία επιχειρήματα για να υποστηρίξει την άποψή του²⁴⁷: (1) *το πρώτο είναι ότι ένας νεοεισερχόμενος ασθενής είναι μάλλον απίθανο να έχει οποιαδήποτε προσδοκία*, (2) *το δεύτερο, ότι οι ασθενείς μπορεί να μην πιστεύουν στη αυτοαξία των προσδοκιών τους, υπό το φως μιας θεραπείας που χρησιμοποιεί υψηλή τεχνολογία, ή είναι μόνο για «*μυημένους*» και (3) *το τρίτο, εάν είναι αληθινός ο ρόλος που δίνει στο ασθενή ο Parson*²⁹², τότε ο ασθενής ενδέχεται να θεωρήσει την ιδέα της αξιολόγησης, *αβάσιμη*.*

Οι Stimson G. και Webb B., ορίζουν τρεις κατηγορίες προσδοκιών: *τις προσδοκίες «*παρελθόντος*» (background), «*διάδρασης*» (interaction) και «*δράσης*» (action)*²³⁴. Αναλυτικότερα:

- *οι προσδοκίες «*παρελθόντος*» είναι το αποτέλεσμα σωρευμένης γνώσης και εμπειρίας από μια υπηρεσία. Αυτού του τύπου οι προσδοκίες ποικίλουν ανάλογα με τη νόσο και κάποια γεγονότα ή περιστάσεις.*
- *οι προσδοκίες «*διάδρασης*» αναφέρονται στην αλληλεπίδραση του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας (η τεχνική λήψης του ιστορικού υγείας, η ενημέρωση από τον γιατρό κ.α.). Αυτές είναι και οι σημαντικότερες από τις τρεις κατηγορίες προσδοκιών.*

- οι προσδοκίες «δράσης» αφορούν όλες τις δραστηριότητες των επαγγελματιών φροντίδας υγείας (συμβουλευτική, συνταγογράφηση, πλάνα φροντίδας κ.α.).

Οι Fitton και Acheson διαχωρίζουν τις προσδοκίες «δράσης» σε «ιδανικές» και «πραγματικές»²⁴⁸. Ιδανικές είναι οι προσδοκίες που αφορούν τις δραστηριότητες που θα ήθελαν οι ασθενείς να αναλάβει το προσωπικό φροντίδας υγείας που τους φροντίζει και πραγματικές, είναι οι υπηρεσίες που πιστεύει ο ασθενής ότι θα λάβει. Η Linder-Pelz S. ασχολήθηκε διεξοδικότερα με το θέμα και ισχυρίστηκε ότι η ικανοποίηση θα μπορούσε να υπολογίζεται με μαθηματικό τρόπο, χρησιμοποιώντας δείκτες μέτρησης του βαθμού των «πιστεύω» των ασθενών σαν αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας και της αξιολόγησης της φροντίδας^{148,149}. Όλες αυτές οι θεωρίες, σχετίζουν την ικανοποίηση με την εκπλήρωση των θετικών προσδοκιών. Ο Miller J.A., διαχωρίζει τις προσδοκίες σε: *ιδεώδεις, αναμενόμενες και οριακά ανεκτικές*²⁹³. Οι Swan J.E. και συν. μιλούν για 2 τύπους προσδοκιών: *τις επιθυμητές και τις προβλεπτικές*. Υποστήριξαν ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για την απόδοση της φροντίδας επηρεάζουν τον βαθμό στον οποίο οι συνολικές προσδοκίες τους εκπληρώνονται από αυτήν και άρα η εκπλήρωσή τους επηρεάζει την συνολική ικανοποίησή τους αλλά και την πρόθεσή τους να ξαναχρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του συγκεκριμένου νοσοκομείου²⁹⁴.

Ο Miller ορίζει τις «προσδοκίες περί του ιδεώδους» (ideal expectations) ως το επιθυμητό επίπεδο απόδοσης της παρεχόμενης υπηρεσίας²⁹³. Οι Swan & Tawick ορίζουν τις «επιθυμητές προσδοκίες» (desired expectations) ως το επιθυμητό –από τον χρήστη- επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας²⁹⁵. Για τον Prakash, οι «κανονιστικές προσδοκίες» είναι αυτές που θα πρέπει να εκπληρώνει μια υπηρεσία για να ικανοποιεί απολύτως τον χρήστη²⁹⁶. Η έρευνα των Owens και Batchelor έδειξε ότι οι περισσότεροι ασθενείς, εκδήλωσαν έκπληξη όταν ρωτήθηκαν αν συμμετέχουν στον σχεδιασμό της φροντίδας τους, καθώς υποστήριξαν ότι δεν είναι δικός τους αυτός ο ρόλος και μάλιστα το αντιμετωπίζουν με αρνητικό μάτι. Οι Williams et al. καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ολοκληρωτική αποδοχή του πατερναλισμού του επαγγελματία φροντίδας υγείας, συνεπάγεται της παραίτησης του δικαιώματος αξιολόγησης της φροντίδας από τον ασθενή και της συμμετοχής του στην φροντίδα²⁹⁷. Απέδειξαν την σπουδαιότητα της αναζήτησης του ρόλου του ασθενή ως καταναλωτή, καθώς υπάρχουν αναπόδεικτες παραδοχές σχετικά με την ικανοποίηση του ασθενή και ότι οι αξιολογήσεις των ασθενών και τα «πιστεύω» δεν ενσωματώνονται απαραίτητα σε εκφράσεις ικανοποίησης. Οι Nash et al. σημειώνουν ότι η μαρτυρία υποστηρίζει την θεωρία πως ένας σημαντικός προβλεπτικός δείκτης της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών είναι η εκπλήρωση των προσδοκιών τους και η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα²⁹⁸.

Η πιο πρόσφατη βιβλιογραφία επικεντρώνεται στην ύπαρξη πολυδιάστατων προσδοκιών^{115,279,299}. Οι Williams et al. ορίζουν τις προσδοκίες σε όρους αναγκών, αιτημάτων ή επιθυμιών²⁹⁷, σε αντίθεση με τον Buetow που διαχωρίζει τις προσδοκίες από τις επιθυμίες και τους αποδίδει έναν χαρακτήρα εν δυνάμει προβλεπτικό³⁰⁰. Οι Like & Zyzanski, διαχωρίζουν τις προσδοκίες των ασθενών από τα αιτήματά τους από την φροντίδα και τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας³⁰¹. Όλες αυτές οι απόψεις καθιστούν προβληματική την ανάπτυξη ενός ερμηνευτικού υποδείγματος των προσδοκιών και δεν μας παρέχουν ένα κριτήριο για να αξιολογήσουμε την εγκυρότητα του περιεχομένου των κλιμάκων που εκτιμούν τις προσδοκίες των ασθενών από την φροντίδα. Σε κάποιες μελέτες, μια κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών, προσαρμόστηκε ώστε να χρησιμοποιηθεί ως κλίμακα εκτίμησης των προσδοκιών των ασθενών, χωρίς όμως να σχολιάζεται αυτή η κίνηση^{280,302}.

Ακόμη και όταν επιβεβαιώνεται η ύπαρξη των προσδοκιών, όσοι χρησιμοποίησαν ποιοτικές μεθόδους, διαπίστωσαν ότι οι περισσότερες προσδοκίες είναι ασταθείς, καθώς μεταβάλλονται μέσα στον χρόνο και μεταξύ των ασθενών^{45,303}. Επειδή οι προσδοκίες είναι ασταθείς και εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού, οι Thompson

& Sunol υπερτονίζουν την ανάγκη διερεύνησης του όρου «προσδοκίες» στον υπό μελέτη πληθυσμό πριν την ανάπτυξη μιας κλίμακας προσδοκιών, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο την εγκυρότητα του περιεχομένου της¹⁵⁰.

Οι Sanchez-Menegay et al. διαπίστωσαν ότι παρόλο που κάποιες προσδοκίες των ασθενών εκπληρώθηκαν, αυτό δεν επηρέασε την ικανοποίησή τους από την φροντίδα³⁰⁴. Το ίδιο υποστηρίχθηκε και από άλλους⁴⁶. Κάποιες άλλες έρευνες υποστήριξαν ότι οι προσδοκίες συνιστούν ισχυρό προβλεπτικό δείκτη της ικανοποίησης των ασθενών^{257,302}. Ειδικότερα, οι Williams et al. διαπίστωσαν ότι το ποσοστό των εκπληρεθέντων προσδοκιών, σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση²⁹⁷.

Οι απαντήσεις των ασθενών, μπορεί να επηρεάζεται από την έλλειψη γνώσης για άλλες εναλλακτικές δομές και μορφές θεραπείας. Ο McIver, αναφέρει: «ζητώντας από τους ασθενείς να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας (ικανοποίηση), δεχόμαστε ότι έχουν αρκετή γνώση των υπηρεσιών, ώστε να είναι σε θέση να τις συγκρίνουν με ένα προσδοκώμενο πρότυπο, κάτι που στην πραγματικότητα δεν αληθεύει»²³³.

1.4.2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Οι Straser et al. έδειξαν πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, επάγγελμα, ηλικία και εισόδημα) επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη Νοσοκομειακή φροντίδα και συμπληρώνουν πως υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της επιλογής του γιατρού και των υπηρεσιών⁹. Κατ'επέκταση, εάν η επιλογή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, τότε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή ή του συνοδού του, φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών, όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής.

A. Ηλικία

Μια μετά-ανάλυση, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την φροντίδα⁴⁰. Οι Fitzpatrick και Fox και Storms, είναι μεταξύ εκείνων που αμφισβητούν την σταθερή επίδραση αυτών των παραγόντων στην ικανοποίηση^{35,36,174}, με εξαίρεση την ηλικία, αφού η διεθνής μαρτυρία επιβεβαιώνει ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους^{40,174,176,177,305,306}. Κάποιοι άλλοι ερευνητές, δεν αναφέρουν σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης των ασθενών³⁰⁷. Σε ό,τι αφορά την συσχέτιση των υπόλοιπων δημογραφικών χαρακτηριστικών, με την ικανοποίηση, υπάρχει διαφωνία¹⁷⁹. Αυτό μπορεί να οφείλεται πιθανόν στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών, ή στην διαφοροποιημένη στάση τους απέναντι στην καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες. Οι ηλικιωμένοι διαπνέονται από μια «αγωνία» να εκφράσουν την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη φροντίδα. Έτσι, αποφεύγουν να δηλώσουν δυσαρεστημένοι από την φροντίδα, αφού η έκφραση αυτή θεωρείται από τους ίδιους πιο «φορτισμένη» από την έκφραση «είμαι λίγο ή καθόλου ικανοποιημένος». Εξάλλου, οι σημερινοί ασθενείς των 70 και 80 ετών, προέρχονται από μια γενιά που θεωρεί τους γιατρούς σαν «ανώτερα όντα» και τους νοσηλευτές σαν «αγγέλους του ελέους». Ο Abrams δίνει την ακόλουθη εξήγηση για τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών: «για τις περισσότερες γυναίκες, που σήμερα πλησιάζουν την ηλικία των 80 ετών, το πρώτο τέταρτο της ζωής τους το έζησαν μέσα στην φτώχεια, την ανέχεια, την σκληρή δουλειά και την φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας. Δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει λοιπόν, που τα σημερινά τους κριτήρια αναφορικά με το τι επιθυμούν

και με το τι τους προσφέρει ικανοποίηση διαφέρουν εντελώς από τα κριτήρια των νεότερων ασθενών»³⁰⁸.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν διαφορετικό βαθμό εξάρτησης από τη νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς και μάλλον δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην θεραπεία και όχι στην «φροντίδα». Παρόλο που η δυσαρέσκεια των ασθενών μπορεί να εκφραστεί μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, αποσιωπάται από τους ίδιους αναλογιζόμενοι την πιθανότητα να ξαναγυρίσουν πάλι σε αυτό³⁰⁹⁻³¹¹. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν μια ολοκληρωμένη και ενεργό ζωή και κάποιοι συγγραφείς, όπως η Thane, παρουσιάζουν μια οπτιμιστική πλευρά των ηλικιωμένων, σε πρόκληση των καιρών που βλέπει αρνητικά την Τρίτη ηλικία³¹². Οι Cartwright και Anderson διαπίστωσαν πως οι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν έχουν μεγάλες προσδοκίες πληροφόρησης από τον γιατρό τους¹⁷³.

Πολλές έρευνες αναζήτησαν συσχετίσεις ανάμεσα στους κοινωνικούς, δημογραφικούς παράγοντες και την ικανοποίηση του ασθενή⁴⁰ ωστόσο, λίγων η μεθοδολογία κρίνεται ικανοποιητική²²⁹. Σε ό,τι αφορά την Μεγάλη Βρετανία, η εξήγηση που δίδεται στα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών, είναι πως αυτό συμβαίνει διότι έχουν παρακολουθήσει την διαχρονική εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και θυμούνται ποιες υπηρεσίες διατηρήθηκαν και ποιες εκσυγχρονίστηκαν²²⁹. Από την άλλη μεριά, μπορεί να έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από το σύστημα υγείας. Οι ανήμποροι ηλικιωμένοι, βλέπουν τον εαυτό τους σαν βάρος στις οικογένειές τους και στην κοινωνία και ίσως αισθάνονται ότι δεν αξίζουν της ανάλογης προσοχής. Μια εναλλακτική εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι οι ηλικιωμένοι πραγματικά επιθυμούν περισσότερο σεβασμό και κατανόηση από το προσωπικό, που είναι εκτός των άλλων, πολύ νεότερο σε ηλικία από αυτούς⁴⁰. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ενδιαφέρονται λιγότερο για τις λεπτομέρειες και εκδηλώνουν μικρότερη τάση για ερωτήσεις, σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς.

Οι Hall και Dornan, επιχείρησαν να διαχωρίσουν μεταξύ τους, δυο υποθέσεις⁴⁰:

- η πρώτη, ότι ανεξάρτητα από την τρέχουσα παρεχόμενη φροντίδα οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι γενικά περισσότερο διστακτικοί στο να εκφράσουν αρνητικές αξιολογικές κρίσεις, σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς,
- η δεύτερη, ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς φροντίζονται στην πραγματικότητα με έναν πιο επιμελή και εύκολα ανταποκρίσιμο τρόπο.

Παρόλο που η μαρτυρία ενισχύει αυτούς τους δυο ισχυρισμούς^{313,314}, ο Cohen G. κανείς δεν πιστεύει στην αποκλειστικότητά τους, καθώς οι υποθέσεις αυτές, ασκούν κάποια επίδραση στην ικανοποίηση κάποιων ασθενών, σε κάποιες δομές παροχής φροντίδας υγείας³⁴. Πάντως ο Cohen G. συναινεί στην πρώτη υπόθεση των, καθώς η έρευνά του κατέδειξε μια ισχυρή συσχέτιση της ηλικίας με την ικανοποίηση των ασθενών, όχι μόνο από την φροντίδα που του παρέχεται στον χώρο του Νοσοκομείου, αλλά και από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τις δομές που ενσωματώνει.

Στα συμπεράσματα της έρευνάς του, ο Cohen G., σημειώνει ότι η παρατηρούμενη ισχυρή συσχέτιση της ικανοποίησης με το φύλο, ενδεχομένως να οφείλεται σε μια ηλικιακή διαφοροποίηση του ποσοστού των ασθενών που απάντησαν στις ερωτήσεις. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως εάν η πιθανότητα απάντησης εξαρτάται από τον βαθμό της δυσαρέσκειας από τη νοσοκομειακή περίθαλψη και δεδομένης της τάσης των νεότερων ασθενών (16-44 ετών) να μην απαντούν -για μια σειρά από αιτίες- τότε υποθέτει πως ο νέος ασθενής «χρειάζεται» μια μεγαλύτερη δυσαρέσκεια για να απαντήσει, σε σχέση με τον ηλικιωμένο. Κάτι τέτοιο, συνεχίζει ο Cohen G., ισχύει μόνο για κάποια άτομα κάθε ηλικιακής ομάδας και επομένως δεν αναιρεί την αρχική διαπίστωση. Εξάλλου σημειώνει ότι το ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων ήταν μεγαλύτερο μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών.

Οι Lee και Kasper, μελέτησαν την συνολική ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών που καλύπτονται από το Medicare Health Program, από την ιατρική φροντίδα και τα χαρακτηριστικά των γιατρών³¹⁵. Βρήκαν ότι σε γενικές γραμμές, οι ηλικιωμένοι είναι

ικανοποιημένοι με όλες τις διαστάσεις της ιατρικής φροντίδας (general satisfaction with medical care) που έλαβαν και με τα προσωπικά ποιοτικά χαρακτηριστικά των γιατρών (physicians' quality). Η ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, όπως αυτή περιγράφεται από τα 8 ερωτήματα της κλίμακας, κυμάνθηκε πάνω από το 90%. Οι πολύ ικανοποιημένοι ήταν το 42%. Το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης οφείλονταν στο έμμεσο κόστος της φροντίδας. Παρόλο που στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι ηλικιωμένοι τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι με την παρεχόμενη φροντίδα, σε σχέση με τους υπόλοιπους, στην έρευνα των Lee & Kasper, βρέθηκε πως αυτοί με ηλικία μεταξύ 80 και 84 ετών, είχαν 20%-30% μικρότερη πιθανότητα να αναφέρουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με αυτούς ηλικίας 65-69 ετών.

Οι Hall και Dornan, στην μετά-ανάλυσή τους, αναφέρουν ότι η ικανοποίηση κυμαίνεται μεταξύ .76 και .84 στην 0-1 κλίμακα, αλλά ελάχιστες αφορούσαν ηλικιωμένους ασθενείς αποκλειστικά. Κάποιες πιθανές εξηγήσεις είναι³¹⁶:

- ❖ *ενδέχεται οι ηλικιωμένοι να δέχονται καλύτερη φροντίδα, εξαιτίας του σεβασμού της ηλικίας τους και για ιστορικούς λόγους,*
- ❖ *οι ηλικιωμένοι ασθενείς, δίνουν –συχνότερα- κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις³¹⁷ (socially desirable responses) και*
- ❖ *είναι λιγότερο πρόθυμοι να προκαλέσουν την παντοδυναμία του γιατρού.*

Οι Von Essen & Sjoden δεν βρήκαν κάποια συσχέτιση της ηλικίας με την άποψη των καρκινοπαθών και χειρουργικών ασθενών, για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας¹⁴². Σε μια άλλη έρευνα που αφορούσε ηλικιωμένους ασθενείς, βρέθηκε ότι η ηλικία είχε περιορισμένη επίδραση στο τι θεωρούν σημαντικό οι ασθενείς στην φροντίδα που τους παρέχεται³¹⁸. Πάντως αποτελεί κοινή πεποίθηση πως οι ηλικιωμένοι δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην «φροντίδα» παρά στην «θεραπεία». Το αντίθετο ισχυρίζονται οι Joos et al. που διαπίστωσαν ότι οι νεότεροι ασθενείς ζητούν περισσότερη ψυχολογική υποστήριξη σε σχέση με τους ηλικιωμένους³¹⁹.

Οι έρευνες διχάζουν, καθώς άλλες δεν έχουν καταλήξει σε συσχέτιση της ηλικίας με την ικανοποίηση του ασθενή και άλλες αναφέρουν μικρότερη ικανοποίηση των ηλικιωμένων. Κάποιες άλλες έρευνες, δηλώνουν μια θετική συσχέτιση της ικανοποίησης με την ευεξία του ασθενή, που ενδέχεται να οφείλεται σε μεθοδολογικά λάθη, που απορρέουν από την προσπάθεια εκτίμησης του ίδιου πράγματος με διαφορετικά εργαλεία^{129,306,318,320}. Αυτό ακριβώς, είναι το σημείο που έχει δεχθεί την μεγαλύτερη κριτική^{33,321,322}. Καθώς αυξάνεται η ηλικία, η μαρτυρία αποδεικνύει ένα ισχυρό και σημαντικό σφάλμα, που εκδηλώνεται με τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας^{189,307}.

Ο Smith A.M. ισχυρίζεται ότι οι συγγενείς φαίνονται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους ηλικιωμένους που φροντίζουν³²³. Εξάλλου, καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν γίνονται λιγότερο επικριτικοί των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς των, η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια προήλθε από το επίπεδο της πληροφόρησης και την εκπλήρωση των κοινωνικών αναγκών, που σημαίνει ότι παίζει πρωτεύον ρόλο για τους ηλικιωμένους³²⁴. Για τους συγγενείς το επίπεδο ικανοποίησής τους είναι πολύ μικρότερο σε σχέση με τους ηλικιωμένους, σε σημείο που η μέση διαφορά μεταξύ τους, αγγίζει το 30%. Η πρώτη αιτία δυσαρέσκειας είναι η εκπλήρωση των κοινωνικών αναγκών και κάποια άλλα ετερόκλητα στοιχεία.

Η Ahmed L.B. και οι συνεργάτες της, κατέληξαν στα ακόλουθα συμπεράσματα³⁰³:

- οι ηλικιωμένοι ασθενείς, αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης με τον γιατρό και ειδικότερα με την ικανότητά τους να μειώνουν το άγχος των ασθενών. Καθώς αυξάνεται η ηλικία, αυξάνουν οι προσδοκίες των ασθενών από τους γιατρούς, ότι αυτοί θα αποφασίσουν ποιες πληροφορίες για την κατάστασή τους πρέπει τους δοθούν,
- είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την ιατρική εξέταση καθώς προσδοκούν ότι οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα τους,

- δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι με τον γιατρό ως ειδικό που βοηθά τους ασθενείς, σε αντίθεση με τους νεότερους ασθενείς,
- αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι με τον γιατρό ως το άτομο που επωμίζεται την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών, σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς,
- είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τον τρόπο λήψης του ιστορικού υγείας, που εκπληρώνει τις ανάγκες τους,
- η ικανοποίηση των ασθενών από τον ρόλο του νοσηλευτή -ιδιαίτερα ο συμβουλευτικός- σχετίζεται με την ηλικία,
- το ίδιο συμβαίνει και με την ικανοποίηση από τον τρόπο που οι νοσηλευτές εξηγούν στους ασθενείς ο,τιδήποτε δεν κατανοούν.

Οι Engel et al. στην μελέτη τους σχετικά με την καταγραφή της συμπεριφοράς των χρηστών ιδιωτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας, εξηγούν ότι το NHS δεν έχει κατανοήσει τι επιθυμούν οι ασθενείς έναντι του τι θα έπρεπε να επιθυμούν και τι γνωρίζουν έναντι του τι χρειάζονται να γνωρίζουν³²⁵.

B. Επίπεδο εκπαίδευσης

Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, φαίνεται να σχετίζεται με τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης¹⁷³. Στις ΗΠΑ, οι Anderson και Zimmerman²³⁶ διατείνονται πως το επίπεδο εκπαίδευσης είναι η μόνη μεταβλητή που σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, κάτι ανάλογο δεν επιβεβαιώνεται στη Μεγάλη Βρετανία, οπότε και η αιτία της διαφοροποίησης πρέπει να αναζητηθεί σε άλλους συγχυτικούς παράγοντες.

Γ. Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση

Η συσχέτιση ικανοποίησης και «κοινωνικής τάξης» είναι λιγότερο δημοφιλής, εξαιτίας του ότι οι κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές, δεν καταγράφονται σε όλες τις έρευνες. Οι Hall & Dornan, θεωρούν ότι η κοινωνική θέση του ασθενή, παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που εξηγείται μερικώς –στις ΗΠΑ- από το γεγονός ότι οι ευκατάστατοι απλά λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια Υπηρεσία⁴⁰. Στη Μεγάλη Βρετανία, κάποιοι παρατήρησαν ότι οι ασθενείς των «υψηλών» κοινωνικών τάξεων είναι καλύτερα ενημερωμένοι²³⁸. Οι Khayat & Salter, ανακάλυψαν κάποια συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της δυσαρέσκειας³²⁶. Ειδικότερα, οι ασθενείς των «υψηλών» κοινωνικών τάξεων, υπήρξαν σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις στους γιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των «κατώτερων» κοινωνικών τάξεων.

Η μαρτυρία, όπως αυτή εκφράζεται από τις έρευνες των Williams & Calnan και Harris I.B. et al., υποστηρίζει μια συσχέτιση της ικανοποίησης με την κοινωνική τάξη των ασθενών^{176,177,314}. Ο Cohen G., βρήκε κάποια ανάλογη συσχέτιση για ορισμένες παραδοχές, όπως η αίσθηση της προστασίας, ή της αδιαφορίας του προσωπικού³⁴. Ωστόσο για άλλες παραδοχές, όπως η αίσθηση του ασθενή ότι τον φροντίζουν με σεβασμό και αξιοπρέπεια, δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση με την κοινωνική τάξη. Έτσι, δεν αποκλείει την συσχέτιση, απλά πιστεύει ότι το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποίησε δεν είναι τόσο ειδικό.

Δ. Φύλο

Γενικά, πιστεύεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και την ικανοποίηση^{200,327-331}. Ασφαλώς, υπήρξαν και έρευνες που υποστήριξαν το αντίθετο, όπως οι

Khayat και Salter, που αναφέρουν πως οι άνδρες εμφανίζονται, συνολικά, περισσότερο ικανοποιημένοι από τον γιατρό τους³²⁶. Η Solomon M. μετά από ανασκόπηση των βρετανικών ερευνών για την ικανοποίηση, βρήκε ότι υπάρχει κάποια θετική συσχέτιση της συνολικής ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, με το φύλο, καθώς οι γυναίκες παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένες σε σύγκριση με τους άνδρες^{332,129,174}, ενώ σε άλλες, δεν σημειώθηκε μια ανάλογη διαφορά^{34,40,229,315}.

Μια άλλη βρετανική έρευνα, παραδέχθηκε ότι οι γυναίκες ασθενείς, διαμαρτύρονται συχνότερα για τον μη σεβασμό της ατομικότητάς τους¹⁷⁷. Οι γυναίκες τείνουν να παραπονούνται πιο συχνά από τους άνδρες και αυτό οφείλεται στο ότι κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας¹⁸⁵, άρα έχουν μεγαλύτερη εμπειρία και ως εκ τούτου, έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας, καθώς και στον διπλό ρόλο των γυναικών: *ως φροντιστές υγείας και ως τροφούς*^{185,187,190}. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι συγγενείς και οι συνοδοί των ασθενών είναι περισσότερο δεικτικοί από τους ασθενείς^{9,185,187,190}.

E. Εθνικότητα

Το πιο αμφιλεγόμενο χαρακτηριστικό των ασθενών, είναι η *εθνική τους καταγωγή*. Έτσι, στις ΗΠΑ, οι λευκοί, στο σύνολο, εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τους μη λευκούς²²⁷. Στη Μεγάλη Βρετανία, οι έρευνες εστιάστηκαν στους Ασιάτες ασθενείς, αναδεικνύοντας το μείζον πρόβλημα της γλώσσας, που καθιστούσε δύσκολη την επικοινωνία με τον γιατρό²⁹. Από την άλλη μεριά, οι μουσουλμάνες γυναίκες, ανέφεραν μεγάλο άγχος, όταν εξετάζονταν από έναν άνδρα γιατρό, κάτι που ισχύει και σήμερα, σύμφωνα με τις νεότερες έρευνες³³³. Οι Jain et al., με τη σειρά τους, διαπίστωσαν ότι η επιλογή του γιατρού εξαρτάται από την φιλική ατμόσφαιρα του ιατρείου, παρά από τα εθνικά χαρακτηριστικά του γιατρού, ενώ οι Ασιάτισσες προτιμούν να εξετάζονται από γυναίκες γιατρούς³³⁴. Την ίδια στιγμή, οι άνδρες ασθενείς, αναφέρονται λιγότερο ικανοποιημένοι όταν εξετάζονται από τις νέες γυναίκες γιατρούς.

ΣΤ. Επίπεδο υγείας

Η *κατάσταση της υγείας* των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίησή τους, καθώς όσο χειρότερη είναι, τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι αισθάνονται^{176,306,320,335-337}. Συγκριτικά όμως με τους υπόλοιπους παράγοντες, το επίπεδο της υγείας και της ευεξίας των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει λίγο την ικανοποίηση των ασθενών^{149,307,338}. Οι ασθενείς με κάποια ανικανότητα δηλώνουν συνηθέστερα λιγότερο ικανοποιημένοι³³⁹. Ο Cohen G., βρήκε μια ισχυρή συσχέτιση του πόνου και του ψυχοκοινωνικού επιπέδου υγείας με την ικανοποίησή³⁴, σε αντίθεση με τους Williams S.J. & Calnan M., οι οποίοι δεν αναφέρουν μια ανάλογη συσχέτιση της κατάστασης της υγείας του ασθενή με την ικανοποίησή του, ούτε από τη νοσοκομειακή φροντίδα, ούτε από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας^{22,176,177}. Το ίδιο ισχύει και στις ΗΠΑ, για τους Fox J.G. και Storms D.M. ακόμη και μετά την στάθμιση με την ηλικία, το φύλο, την χρήση των υπηρεσιών υγείας και την προσβασιμότητα σε αυτές¹⁷⁴.

Ο Pascoe G.C., κατέληξε σε μια σημαντική συσχέτιση της ικανοποίησης με την κατάσταση της υγείας του ασθενή, στον υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας¹²⁹. Οι Ross C.K. et al. με την σειρά τους, διαπίστωσαν πως οι ασθενείς που δίνουν προτεραιότητα στην διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας, έχουν χειρότερο επίπεδο υγείας από τους υπόλοιπους, ειδικότερα σε ό,τι αφορά την ψυχολογική τους κατάσταση (υγεία)³⁴⁰. Το ίδιο υποστηρίζει και ο Cohen G., που τονίζει ότι η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών, διασφαλίζεται μέσω όχι μόνο της αποτελεσματικής διαχείρισης του πόνου τους, αλλά και της επικοινωνίας με σκοπό την συμμετοχική λήψη των κλινικών αποφάσεων³⁴.

Η αυξημένη σοβαρότητα της αρρώστιας και της ανικανότητας, βρέθηκε ότι συσχετίζεται με το χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα³⁴¹. Αναφορικά με την συσχέτιση της ικανοποίησης του ασθενή και του επιπέδου υγείας του (health status), η μαρτυρία υποσημειώνει την θετική σύνδεση, με τους ανθρώπους με καλύτερη υγεία, να αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης^{129,179}. Σε αντίθεση με αυτούς που εκτιμούν ότι το τρέχον επίπεδο υγείας τους είναι άριστο, στην έρευνα των Lee Y. και Kasper D. J., οι ηλικιωμένοι που αναφέρουν μέτριο ή κακό, είναι κατά 50% ικανοποιημένοι με όλες τις πλευρές της φροντίδας και κυρίως με την προσβασιμότητα³¹⁵.

1.4.3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Ένας αριθμός από «κοινωνικό-ψυχολογικά» επιγεννήματα (artifacts) μπορεί να επηρεάζουν τις εκφάνσεις ικανοποίησης των ασθενών και άρα να προσθέτουν ένα σφάλμα στη μέτρηση³⁴². Η «κοινωνική αποδοχή-ευαρέσκεια» ωθεί τους ασθενείς να αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης από το πραγματικό, διότι πιστεύουν πως μόνο τα θετικά σχόλια είναι ευπρόσδεκτα από τους ερευνητές. Αρκετοί ασθενείς, χρησιμοποιούν τις έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησής τους, ως το ασφαλές μέσο για να κερδίσουν την εύνοια των ερευνητών, ή του προσωπικού, ιδιαίτερα όταν διασφαλίζεται η ανωνυμία τους. Οι περισσότεροι ερευνητές, πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι φειδωλοί στην έκφραση των παραπόνων τους, από φόβο μιας «δικαιολογημένα» χειρότερης φροντίδας στο μέλλον^{256,343}. Η θεωρία του Williams διατείνεται ότι η δυσαρέσκεια εκδηλώνεται μόνο όταν συμβεί ένα ακραίο αρνητικό γεγονός⁴⁶. Ωστόσο, φαίνεται να επισκιάζεται από το φαινόμενο της «ευγνωμοσύνης» των ασθενών προς τους επαγγελματίες υγείας, που έχει αναγνωριστεί ως συγχυτικός παράγοντας της ικανοποίησης και που στη Μεγάλη Βρετανία παρατηρείται κυρίως στους ηλικιωμένους ασθενείς. Ο Tagliacozzo συμπληρώνει ότι το 68% των ασθενών, δηλώνει πως δεν είναι σε θέση να εκφράσει επιθυμίες, φόβους, ή κρίσεις για το ιατρικό προσωπικό²⁰². Το κριτήριο αυτών των ασθενών είναι ο αυτοέλεγχος, η εξάρτηση από το προσωπικό και η διακριτικότητά τους.

Η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη σε ό,τι αφορά την πιθανή συσχέτιση της ικανοποίησης, με την *ψυχολογική κατάσταση* του ασθενή (π.χ. άγχος). Η τρέχουσα μαρτυρία, επιμένει ότι αυτή η συσχέτιση είναι άκρως πολύπλοκη. Το *άγχος* επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών³⁴⁴. Το ίδιο συμβαίνει και με την κατάθλιψη^{342,343,345}. Στην έρευνά μας σε δείγμα 180 ηλικιωμένων ασθενών, βρήκαμε ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών από κάποιες πτυχές της φροντίδας και άρα οι γενικεύσεις θεωρούνται απλοϊκές³⁴⁶. Ο May, εξέτασε την σχέση ανάμεσα στην διάγνωση της ψυχικής νόσου, κατά την εξέταση από τον γιατρό και την ικανοποίηση του ασθενή από την εξέταση και βρήκε ότι περισσότερο ικανοποιημένοι ήταν οι ασθενείς στους οποίους διαγνώσθηκε, ορθά, κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα³⁴⁵.

Στους ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, τα οποία τους καθιστούν εξαρτώμενους από εξωτερική βοήθεια, η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, σχετίζεται σημαντικά με το ηθικό τους και την ικανοποίηση από την ζωή^{44,346,347}.

1.4.4. Ο συνεντευκτής

Η πλειοψηφία των ασθενών, (80% ή περισσότερο) εκφράζουν μια συνολική ικανοποίηση με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, με λίγους να απαντούν αρνητικά σε κάποια ερώτηση του ερωτηματολογίου^{5,229,35,36}. Η μεγάλη πλειοψηφία των ερευνητών, αναφέρει σταθερή ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα που μάλλον εκλαμβάνεται ως δείγμα του φαινομένου του φωτοστέφανου (halo effect) που δικαιολογεί το γεγονός ότι οι ασθενείς δεν είναι πρόθυμοι να κριτικάρουν τους νοσηλευτές που τους

φροντίζουν. Ο Cang S. τονίζει τη σχέση ανάμεσα στην εξάρτηση του ασθενή και των συγγενών του από αυτούς που παρέχουν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας³⁴⁸. Έτσι, οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ευγνωμοσύνη και δυσαρέσκεια, ταυτόχρονα, με την ποιότητα της υπηρεσίας που τους προσφέρεται και ότι μπορεί να μην είναι πρόθυμοι να εκφράσουν την δυσαρέσκειά τους, για τον φόβο του ανταγωνισμού με τον ιδιωτικό τομέα και της μελλοντικής εμπειρίας χειρότερων υπηρεσιών. Οι Evason E. και Whittington D. συμφωνούν με αυτή την επισήμανση, συμπληρώνοντας ότι οι ασθενείς αποφεύγουν να κριτικάρουν την φροντίδα που λαμβάνουν, αν ο συνεντευκτής είναι κάποιος από τους φροντιστές τους, ή εάν έχουν κάποιον βαθμό εξάρτησης⁵. Οι απαντήσεις των ασθενών, στις διάφορες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησής τους, διαφέρουν ανάλογα με ποιους τους ρωτά³⁴⁹, σε ποιο στάδιο της θεραπείας βρίσκονται²²⁹ και για λογαριασμό ποιου ερωτώνται⁴⁰.

1.4.5. Ο βαθμός εξάρτησης από την φροντίδα

Ο αντίκτυπος του βαθμού εξάρτησης του ασθενή από τον νοσηλευτή, στην αξιολόγηση της φροντίδας από τον ασθενή, τεκμηριώνεται από την σχετική βιβλιογραφία. Οι Judge και Solomon υποστηρίζουν ότι η δυσαρέσκεια εκφράζεται, σταθερά, για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, τη στιγμή που ασκείται λιγότερη κριτική για τους επαγγελματίες υγείας⁶. Ο Williams υποστηρίζει ότι η προηγούμενη εμπειρία εκτός του συστήματος υγείας, επηρεάζει την αξιολόγηση της φροντίδας τους και τα δεδομένα της έρευνας δείχνουν ότι οι απόψεις των ασθενών για την παρεχόμενη φροντίδα επηρεάζονται εν μέρει από τις σχέσεις τους με τους επαγγελματίες υγείας⁴⁶. Οι ασθενείς ήταν προστατευτικοί, εξαιτίας της εξάρτησής τους από την υπηρεσία και την αμοιβαιότητα της σχέσης τους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Gilleard C. και Reed R. έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς που κάνουν σχόλια για την σχέση τους με τους νοσηλευτές, εκφράζουν ικανοποίηση σε σύγκριση με τους υπόλοιπους που δεν κάνουν σχόλια³⁵⁰. Όσοι σχολιάζουν τον φόρτο εργασίας των νοσηλευτών δείχνουν λιγότερη ικανοποίηση. Τα στερεοτυπικά (ρατσιστικά) σχόλια των ασθενών για τους νοσηλευτές, δεν φαίνονται να συσχετίζονται με τον βαθμό ικανοποίησής τους. Στην ίδια έρευνα, σαν δείκτης της ποιότητας της σχέσης νοσηλευτή-ασθενή, θεωρήθηκε η ποσότητα των πληροφοριών που προσφέρονται στον ασθενή από τον νοσηλευτή, όπως αν γνώριζε το όνομά τους, λεπτομέρειες για την οικογένειά τους και τον τόπο διαμονής τους. Έτσι, ο βαθμός της γνώσης των προσωπικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτή από τον ασθενή, σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση από την φροντίδα και κυρίως τις υποκλίμακες ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον (concern and empathy). Από την άλλη μεριά, οι υποκλίμακες της επικοινωνίας, της επιδεξιότητας και της αξιοπιστίας, δεν σχετίζονται σημαντικά με την γνώση των προσωπικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτή.

1.4.6. Βαθμός χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας

Υπάρχει μια άμεση σχέση ανάμεσα στην γήρανση του πληθυσμού και την αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Έρευνες σχετικά με την επίδραση του βαθμού χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας στην ικανοποίηση του ασθενή, έχουν οδηγήσει σε μικτά αποτελέσματα. Πάντως, οι Fox και Storms, αναφέρουν μια θετική σχέση μεταξύ αυτών των δυο μεταβλητών¹⁷⁴. Άλλοι ερευνητές, δεν βρήκαν σημαντική συσχέτιση αυτών³³⁰.

1.4.7. Κοινωνικό-πολιτιστικές διαφορές

Οι Bredart A. et al. επιχείρησαν να σταθμίσουν μια κλίμακα που εκτιμά την ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από την φροντίδα, σε 4 χώρες³⁵¹: Γαλλία, Πολωνία, Σουηδία, Ιταλία και διαπίστωσαν ότι: (1) οι προσδοκίες των ασθενών και η εμπειρία τους από

την φροντίδα διαφέρει μεταξύ των λαών και των διαφορετικών πολιτισμών, ενώ εξαρτώνται από τις αξίες τους, τα «πιστεύω», το κοινωνικό-οικονομικό προφίλ, το ίδιο το Σύστημα της Φροντίδας και την στάση των επαγγελματιών φροντίδας υγείας, (2) οι διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς των 4 χωρών, μπορεί να εκπορεύονται από το πώς αντιλαμβάνονται τις διαστάσεις της φροντίδας και από το πώς αποτυπώνονται λεκτικά και εκφραστικά στις 4 εκδόσεις της κλίμακας, κάτι το οποίο είχε τονιστεί και από τους *Guillemin et al.* Αυτή η διαπολιτισμική και διακρατική προσπάθεια εκτίμησης της ικανοποίησης ανοίγει ένα νέο ερευνητικό κεφάλαιο στη μελέτη του φαινομένου, που αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον δεδομένης της παγκοσμιοποίησης.

1.4.8. Ικανοποίηση από την ποιότητα της ζωής

Οι *Locker & Dunt*, επεσήμαναν ότι η εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας παίζει έναν κεντρικό ρόλο στην ικανοποίηση από την ποιότητα της ζωής των ασθενών που υποφέρουν από καρκίνο⁴⁴.

1.4.9. Ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου

Σε μια έρευνά τους οι *McNeill J.A. et al.*, αναζήτησαν πιθανή συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και την διαχείριση του πόνου τους³⁵³. Για τον λόγο αυτό, χρησιμοποίησαν το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο της Αμερικανικής Κοινότητας πόνου (*American Pain Society Patient Outcome Questionnaire, APS-POQ*). Στην έρευνα συμμετείχαν 157 ασθενείς μέσης ηλικίας 58.99 ετών. Το ερωτηματολόγιο αυτό, αποτελείται από ερωτήσεις περιγραφικές του πόνου που αισθάνθηκε ο ασθενής και της επίδρασης που είχε στην δραστηριότητά τους, την ψυχική τους διάθεση, το περπάτημά τους, τις σχέσεις τους με τους άλλους και τον ύπνο τους. Από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης, διαπιστώθηκε ότι ενώ οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι κατά βάση με την συνολική διαχείριση του πόνου, με την ανταπόκριση του γιατρού και της νοσηλεύτριας, η ικανοποίησή τους σχετίζεται αρνητικά και στατιστικά σημαντικά με την ένταση του πόνου τους την στιγμή της λήψης της συνέντευξης και της έντασης του πόνου τους το τελευταίο 24ωρο.

Σε μια άλλη πρόσφατη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο σε ένα δείγμα 83 ασθενών πριν την εφαρμογή ενός προγράμματος Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (*Continuous Quality Improvement, CQI*) και σε ένα δείγμα 89 ασθενών ένα χρόνο μετά³⁵⁴. Και σε αυτή την έρευνα, οι ασθενείς ήταν πολύ έως απλά ικανοποιημένοι με την ανταπόκριση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού στον πόνο τους, πριν την εφαρμογή του προγράμματος CQI, ενώ μειώθηκε η ικανοποίηση μετά την εφαρμογή του αλλά όχι στατιστικά σημαντικά. Οι κυριότεροι προβλεπτικοί δείκτες της ικανοποίησης των ασθενών από την ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού στον πόνο τους ήταν: η Ασιατική καταγωγή, η ένταση του πόνου το τελευταίο 24ωρο, το επίπεδο εκπαίδευσης και η διάγνωση κακοήθειας. Αντίστοιχα για το ιατρικό προσωπικό ήταν: το θρήσκευμα (καθολικοί).

2. ΟΙ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Κατά καιρούς αναπτύχθηκαν και σταθμίστηκαν αρκετές κλίμακες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς και για την εκτίμηση της εκληφθείσας από τον ασθενή ποιότητας της φροντίδας. Οι περισσότερες κλίμακες προέκυψαν μετά από μια ευρεία ποιοτική έρευνα (qualitative research) η οποία αποτέλεσε και την εγγύηση για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Πριν ασχοληθούμε με τις κλίμακες κρίνουμε σκόπιμο να επικεντρωθούμε σε κάποια σημεία της μεθοδολογίας και της σκοπιμότητας της ποιοτικής έρευνας.

2.1. Η έρευνα των ποιοτικών δεδομένων

Στις μέρες μας, το να προσπαθεί κανείς να μάθει κάποια σημαντικά πράγματα για την κοινωνική έρευνα, μοιάζει σα να περπατά σε ένα δωμάτιο με πολλούς ανθρώπους που θορυβούν. Ένα δωμάτιο γεμάτο από μικρές ομάδες, καθεμιά από τις οποίες χρησιμοποιεί την δική της ακατάληπτη γλώσσα και τον δικό της τρόπο έκφρασης. Οι έρευνες οι οποίες χρησιμοποίησαν ποιοτική έρευνα, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς βιώνουν μια δυσκολία να ονομάσουν αυτό που εκλαμβάνουν ως ικανοποίηση ή ως δυσαρέσκεια. Έτσι, συνηθίζουν να μιλούν για κάποιες προβληματικές πτυχές της φροντίδας, αλλά η διεθνής μαρτυρία υποστηρίζει ότι τελικά αποφεύγουν να προβούν σε αξιολογικές κρίσεις για το προσωπικό. Σε μια μετά-ανάλυση των ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών, που υπάρχουν στην διεθνή βιβλιογραφία, το συμπέρασμα είναι ότι οι έρευνες αυτές έχουν χαμηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα⁴⁰. Αυτή βέβαια η διαπίστωση αφορά τις έρευνες για τις οποίες υπάρχει αναφορά στις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας που χρησιμοποιούν και σύμφωνα με την μετά-ανάλυση, κάτι τέτοιο αφορά μόνο το 40% των ερευνών. Το απογοητευτικό σε όλη αυτή την υπόθεση είναι ότι οι ασθενείς ως χρήστες των υπηρεσιών φροντίδας υγείας ενεπλάκησαν στην διαμόρφωση των ερωτήσεων των σχετικών ερωτηματολογίων, μόνο στο 11% των ποσοτικών ερευνών, ενώ οι συγγενείς των ασθενών στο 3%.

Σε μια ευρεία ανασκόπηση 195 ερευνών, στο 93% των ερευνών τα αποτελέσματα ήταν πρωτίστως ποσοτικά, ενώ στο 7% ήταν πρωτίστως ποιοτικά⁴¹. Αυτή η μικρή αναλογία των ερευνών που χρησιμοποιούν πρωταρχικά ποιοτική έρευνα, ήταν απροσδόκητη και άκρως απογοητευτική, καθώς η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην ανάπτυξη μιας έγκυρης και αξιόπιστης θεωρίας με επαγωγικό τρόπο, που καθοδηγεί και θεμελιώνεται μέσω της έρευνας. Το αδύναμο σημείο της αξιολογικής προσέγγισης αυτών των ερευνών, έγκειται σε αυτό που έγραψε ο van Maanen, ότι: «η ποιότητα είναι μια αφηρημένη έννοια που αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στο επιθυμητό και στην πραγματικότητα»¹²⁶.

Η Williams και οι συνεργάτες της διατύπωσαν δυο θεωρίες που εξηγούν την επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους παρά τις δυσκολίες που συνάντησαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους:

1. η πρώτη θεωρία, υποστηρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει αντιμετωπίσει δυσκολίες, στην περίπτωση που οι προσδοκίες τους βρίσκονται εκτός καθήκοντος του επαγγελματία υγείας.

2. η δεύτερη θεωρία, υποστηρίζει πως ακόμα και όταν ο ασθενής αισθάνεται πως ο επαγγελματίας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του, εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την φροντίδα που του παρέχεται, εάν αποδεχθεί ότι υπήρξαν άλλες ελαφρυντικές περιστάσεις¹³¹.

Οι μέθοδοι της ποιοτικής έρευνας είναι γνωστές στις κοινωνικές επιστήμες και λιγότερο στις επιστήμες υγείας, όπου συνήθως χρησιμοποιείται η πειραματική και η ποσοτική έρευνα. Αυτή ακριβώς η προτίμηση της κλινικής, βιολογικής και επιδημιολογικής έρευνας, έχει ως αποτέλεσμα να θεωρείται η ποιοτική έρευνα χωρίς «επιστημονικό» έρεισμα, καθώς πιστεύεται ότι τα ποιοτικά δεδομένα είναι οπωσδήποτε υποκειμενικά και άρα εμπεριέχουν σφάλμα. Οι Kirk J. και Miller M. ορίζουν την ποιοτική έρευνα ως «μια παράδοση στην κοινωνική επιστήμη, που εξαρτάται από το να βλέπεις τους ανθρώπους στο φυσικό τους περιβάλλον, χρησιμοποιώντας την δική τους γλώσσα και τους δικούς τους όρους»³⁵⁵. Γι' αυτό και η ποιοτική έρευνα αποκαλείται νατουραλιστική.

Τις περισσότερες φορές, οι όροι «ποιοτική έρευνα» και «ποιοτικές μέθοδοι έρευνας» χρησιμοποιούνται αδιαχώριστα. Συνήθως η ποιοτική έρευνα ορίζεται αναφορικά με την ποσοτική έρευνα, με την διαφορά ότι η ποιοτική έρευνα δεν «μετρά». Ωστόσο, παρόλο που η ποιοτική έρευνα έχει να κάνει με λέξεις και προτάσεις παρά με νούμερα, αυτό δεν σημαίνει ότι είναι χωρίς μέτρηση ή ότι δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσει τα «κοινωνικά» φαινόμενα. Έτσι, η μέτρηση στην ποιοτική έρευνα συνήθως αναφέρεται στην ταξινόμηση ή την ταξινομία των νοημάτων. Η ποιοτική έρευνα απαντά σε ερωτήσεις όπως: «τι είναι το X και πως το X μεταβάλλεται σε διαφορετικές καταστάσεις και γιατί;», παρά σε ερωτήσεις του τύπου: «πόσο μεγάλο είναι το X και πόσα X υπάρχουν;». Ουσιαστικά η ποιοτική έρευνα αναδεικνύει την σημασία που αποδίδει κάθε άτομο στις εμπειρίες του από την κοινωνική αλληλεπίδραση και το τρόπο που ερμηνεύει το κόσμο. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο καλείται και ερμηνευτική έρευνα. Η ποιοτική έρευνα δεν είναι χρήσιμη μόνο στο πρώτο στάδιο της ποσοτικής έρευνας. Έχει επίσης να διαδραματίσει σπουδαίο ρόλο και στην εγκυρότητά της, ή στην απόδοση μιας διαφορετικής ερμηνείας του ίδιου φαινομένου, αφού πολλές φορές ενδυναμώνει την επανερμηνεία των αποτελεσμάτων της ποσοτικής έρευνας. Εξάλλου, η ποιοτική έρευνα είναι μια επαγωγική διαδικασία που χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους για την διατύπωση της ερευνητικής υπόθεσης και όχι μόνο για τον έλεγχό της.

Η ποιοτική έρευνα μπορεί να αφορά ερευνητικά προβλήματα που σχετίζονται με τις συνήθειες, την ιστορία ή την συμπεριφορά των ατόμων αλλά μπορεί να αναφέρεται και στην λειτουργία οργανισμών, στα κοινωνικά χαρακτηριστικά διάφορων ομάδων ή και στις μεταξύ των ανθρώπων σχέσεις. Ορισμένα στοιχεία μπορεί να είναι και ποσοτικά όπως για παράδειγμα οι στατιστικές που αφορούν τον πληθυσμό, εν τούτοις η ανάλυσή τους είναι ποιοτική. Πολλοί ερευνητές συγκεντρώνουν τα στοιχεία με την βοήθεια της συνέντευξης ή της παρατήρησης, οι οποίες είναι τεχνικές που συνδέονται συχνά με την ποιοτική μεθοδολογία στην έρευνα. Ωστόσο οι ερευνητές μπορούν ακολουθώντας συγκεκριμένη μεθοδολογία να κωδικοποιήσουν στα διάφορα στοιχεία, ώστε να είναι δυνατή η στατιστική ανάλυσή τους. Ουσιαστικά ποσοτικοποιούν ποιοτικά στοιχεία. Η εφαρμογή και των δύο ερευνητικών μεθοδολογιών στην ίδια έρευνα είναι δυνατή, αν και πολλοί ερευνητές είτε από πεποίθηση, είτε λόγω διαφορετικής εκπαίδευσης, είτε εξ' αιτίας της φύσης του ερευνητικού προβλήματος χρησιμοποιούν την μία από τις δύο ερευνητικές μεθοδολογίες. Θα μπορούσε κανείς να χρησιμοποιήσει για παράδειγμα ποιοτικά στοιχεία για να αποσαφηνίσει η να εξηγήσει ποσοτικά ευρήματα όπως επίσης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και ποσοτικά στοιχεία για να ελεγχθεί η εγκυρότητα μιας ποιοτικής ανάλυσης.

Ο κορμός μίας ποιοτικής έρευνας αποτελείται κυρίως από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος το αποτελούν τα στοιχεία-δεδομένα, η συλλογή των οποίων γίνεται κυρίως με την συνέντευξη ή την παρατήρηση. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από την αναλυτική ή ερμηνευτική διαδικασία, με την οποία ο ερευνητής καταλήγει σε κάποια αποτελέσματα ή αναπτύσσει νέα θεωρία. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει συγκεκριμένες τεχνικές για την

θεματοποίηση των στοιχείων-δεδομένων. Η διεργασία ονομάζεται Κωδικοποίηση και ποικίλει ανάλογα με την εκπαίδευση και την εμπειρία του ερευνητή καθώς επίσης και τον στόχο του ερευνητικού προβλήματος. Η Κωδικοποίηση ουσιαστικά είναι η επεξεργασία του υλικού με την βοήθεια της κατηγοριοποίησης με στόχο την κατάδειξη και την εμφάνιση συγκεκριμένων κατηγοριών. Το τρίτο μέρος μίας ποιοτικής έρευνας αποτελούν οι γραπτές και προφορικές ανακοινώσεις. Ένα σημαντικό σημείο στην διαδικασία της ποιοτικής έρευνας είναι η εκτίμηση των στοιχείων-δεδομένων. Πολλοί ερευνητές χρησιμοποιούν μία ενσυνείδητη περιγραφή του υλικού τους κατά την ανάλυση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας τους. Ωστόσο ολόκληρη η παρουσίαση και περιγραφή του υλικού από τους είναι αδύνατη, γι' αυτό και προσφεύγουν στη μείωση του υλικού χωρίς να αλλοιώνεται το περιεχόμενο της αρχικής του μορφής. Στην επιχειρηματολογία των ερευνητών που ασχολούνται με την ποιοτική έρευνα, τονίζεται ότι η γενίκευση των αποτελεσμάτων μιας ποιοτικής έρευνας βασίζεται στην αρχή της *τυποποίησης*. Σκοπός της τυποποίησης είναι η ταύτιση μίας θέσης κοινωνικής συμπεριφοράς σε ένα πεδίο. Αυτό λαμβάνει χώρα με τον περιορισμό της παραίτησης από την ποσοτικοποίηση του δείγματος χωρίς να λησμονά, κανείς, το γεγονός ότι κάθε δείγμα έχει σχεδιασμό, ο οποίος στην εμπειρική πραγματικότητα δεν αντιστοιχεί πάντα σε όλα τα εμπλεκόμενα άτομα.

Οι Chenitz W.C. και Swanson J.M. τονίζουν πως οι όροι «*εγκυρότητα*» και «*αξιοπιστία*» αποφεύγονται στην ποιοτική έρευνα, και προτιμούνται οι όροι «*αλήθεια*» (truth) και «*ακρίβεια*» (accuracy)³⁵⁶. Έτσι, η μεθοδολογία της ποιοτικής έρευνας στοχεύει στην κωδικοποίηση και κατηγοριοποίηση των δεδομένων και στην αναζήτηση της σχέσης τους με το εννοιολογικό υπόδειγμα του ερευνητή. Έτσι, ο ερευνητής προτού «*μετρήσει*» τον αριθμό των ικανοποιημένων ασθενών, πρέπει να ρωτήσει: «*τι είναι ποιότητα της φροντίδας και τι ικανοποίηση;*» τους εμπλεκόμενους στην διαδικασία της παροχής φροντίδα υγείας. Μόνο έτσι, θα μπορέσει να διακρίνει πως διαφοροποιείται ο ορισμός της ικανοποίησης και της ποιότητας της φροντίδας μεταξύ των διαφορετικών ανθρώπων, των πολιτισμικών και κοινωνικών ομάδων.

Οι Fiske S.T. και Taylor S.E. υποστηρίζουν ότι οι ερευνητές συνήθως πέφτουν θύματα του «*σφάλματος της λανθασμένης αντίληψης*» καθώς πιστεύουν ότι αυτό που αντιλαμβάνονται και αισθάνονται, συμβαδίζει με αυτό που οι ερωτώμενοι αντιλαμβάνονται και αισθάνονται³⁵⁷. Ο Strasser S. τονίζει πως αυτό το σφάλμα αποτελεί έναν πραγματικό κίνδυνο για τον σχεδιασμό της έρευνας, καθώς ο σχεδιαστής της ενδέχεται να χάσει την «*φαινομενολογία*» των γεγονότων που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της φροντίδας και ερμηνεύονται από τον ίδιο τον ασθενή²⁴.

Οι Nelson et al. χωρίζουν τους αγοραστές υπηρεσιών σε 3 κατηγορίες: *αυτούς που ψάχνουν, αυτούς που έχουν προηγούμενη εμπειρία και αυτούς που είναι καλή τι πίστη αγοραστές*²⁵. Οι αγοραστές που ψάχνουν, μπορούν να ερωτηθούν πριν την κατανάλωση. Αυτοί που βασίζουν την επιλογή τους στην εμπειρία τους, είναι πιο δύσκολο να αξιολογηθούν πριν την κατανάλωση (γεύματα εστιατορίου, φροντίδα παιδιού). Στο ακροτελεύτιο σημείο βρίσκονται οι αγοραστές που βασίζονται στην πίστη τους για τις ιδιότητες του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Είναι δύσκολο να αξιολογήσει κανείς αυτούς τους ανθρώπους καθώς μπορεί να μην γνωρίζουν το αντικείμενο, ή να μην διαθέτουν επαρκή γνώση. Σε αυτήν ακριβώς την κατηγορία ανήκουν οι αγοραστές υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Επομένως, δεν αρκεί να εκτιμήσουμε την εκληφθείσα ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης από τον ασθενή, αλλά πρέπει να αναζητήσουμε την διαδικασία αντίληψης της ποιότητας και αξιολόγησης από τον ασθενή. Η αντίληψη είναι η διαδικασία της παρατήρησης και της αποκωδικοποίησης της πληροφορίας. Με την παρατήρηση, το άτομο παίρνει κάποια πληροφορία και φιλτράρει την υπόλοιπη. Η ποσοτική και ποιοτική διαφορά στην προσλαμβανόμενη και στην φιλτραρισμένη πληροφορία, επηρεάζεται μερικώς από τις συνθήκες και τις καταστάσεις που επικρατούν. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι δίνουν

μεγαλύτερη βαρύτητα στα ερεθίσματα που συγκλίνουν περισσότερο στα ενδιαφέροντα και τις αντιλήψεις τους. Επομένως, αυτή η «κοσμοθεωρία» και «πραγματοθεωρία» του ασθενή, αποτελεί το μέτρο που χρησιμοποιεί για την αξιολόγηση της ελκυστικότητας και την επιθυμητότητας της υπηρεσίας φροντίδας υγείας και προσεγγίζεται μέσω της ποιοτικής έρευνας.

2.2. Οι κλίμακες εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών και της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας

Οι κυριότερες κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών και της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας είναι οι ακόλουθες:

A. Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών PSQ (Ware et al. 1983)

Το ερωτηματολόγιο Εκτίμησης της Ικανοποίησης των Ασθενών από την παρεχόμενη Φροντίδα (Patient Satisfaction Questionnaire PSQ), αναπτύχθηκε προκειμένου να βοηθήσει στον σχεδιασμό, την διαχείριση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας¹⁴⁵. Στην αρχή περιέλαβε 900 ερωτήσεις, αλλά μετά από επεξεργασία διάρκειας 4 ετών, διαμορφώθηκε μια κλίμακα 55 ερωτήσεων η οποία και δημοσιεύθηκε²²¹. Δεν βασίστηκε σε κάποια θεωρία για την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι που χαρακτηρίστηκε ως μειονέκτημα. Παρόλο που οι περισσότεροι παράγοντες της κλίμακας επιβεβαιώθηκαν με την παραγοντική ανάλυση, δεν ελέγχθηκε η εγκυρότητα και περισσότερο η εγκυρότητα δομής, απουσία ενός εννοιολογικού υποστηρικτικού υποδείγματος.

Η κλίμακα, έχει χρησιμοποιηθεί σε 8 έρευνες, απετέλεσε την βάση για την ανάπτυξη μιας νέας κλίμακας σε 5 έρευνες και ένα μέρος της έχει χρησιμοποιηθεί σε 6 έρευνες. Έχει ελεγχθεί σε:

- (1) χρόνιους ασθενείς³⁵⁸,
- (2) σε χρήστες υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής^{359,360},
- (3) σε κέντρο υγείας²²⁷ και
- (4) σε ασθενείς χρήστες υπηρεσιών των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας HMO^{141,361}.

B. Client Satisfaction Questionnaire, CSQ (Larsen et al. 1979)

Η κλίμακα CSQ, αναπτύχθηκε από τους Larsen et al. προκειμένου να εκτιμηθεί η γενική ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας³. Δόθηκαν 81 ερωτήσεις σε 32 επαγγελματίες ψυχικής υγείας και προέκυψαν 8 διαστάσεις της ικανοποίησης. Τελικά, οι ερωτήσεις της κλίμακας μειώθηκαν σε 31. Η παραγοντική ανάλυση κατέδειξε έναν παράγοντα που ερμηνεύει το 75% της παρατηρούμενης διακύμανσης και ο οποίος ονομάστηκε *Γενική Ικανοποίηση* από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η κλίμακα δεν βασίζεται σε κάποια θεωρία, ενώ απ' ό,τι φάνηκε η ικανοποίηση είναι αδιάστατη, κάτι που πλήττει την εγκυρότητα της κλίμακας, για την οποία δεν έγινε αναφορά. Άλλωστε, η εγκυρότητα της κλίμακας δέχθηκε κριτική από τους Hays & Ware (1986) οι οποίοι μίλησαν για προβληματική διατύπωση των ερωτήσεων με τρόπο ώστε να δίνει επιθυμητές απαντήσεις³⁶².

Η κλίμακα CSQ, χρησιμοποιήθηκε ενδεικτικά:

1. σε ασθενείς που επισκέφθηκαν ένα μη αστικό κέντρο υγείας^{227,363}, και

2. σε ηλικιωμένους ασθενείς χρήστες υπηρεσιών των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας HMO³⁶¹.

G. The Patient Judgments of Hospital Quality Questionnaire, PJHQ (Meterko et al. 1990)

Η κλίμακα αυτή, παρουσιάστηκε λεπτομερώς και εκτενώς μέσα από 8 άρθρα ενός τεύχους του περιοδικού Medical Care, στο οποίο οι Meterko et al. παρουσίασαν τα πορίσματα ενός έργου διάρκειας 6 μηνών και την κλίμακα που ανέπτυξαν³⁶⁴. Είναι από τις λίγες κλίμακες που είχαν σαν πρωταρχικό στόχο την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας και την διαχώρισε από την ικανοποίηση. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 106 ερωτήσεις.

A. The Service Quality Questionnaire, SERVQUAL (Parasuraman et al. 1985)

Το SERVQUAL είναι από τις ελάχιστες κλίμακες των οποίων η ανάπτυξη βασίστηκε σε ένα εννοιολογικό υπόδειγμα και η μοναδική με τόσο καλή θεωρητική τεκμηρίωση⁹⁵. Η κλίμακα SERVQUAL δημιουργήθηκε από 3 σπουδαίους ανθρώπους του μάρκετινγκ, τους Parasuraman, Zeithaml και Berry. Έκτοτε είναι η πιο πολυχρησιμοποιημένη και σταθμισμένη κλίμακα σε όλους τους τομείς, ενώ απετέλεσε και το επίκεντρο κριτικής. Υπολογίζεται ότι αποτελεί λέξη κλειδί σε πάνω από 50 άρθρα, που αναφέρονται στο θεωρητικό μέρος αλλά και στην εφαρμογή του εργαλείου. Η ανάπτυξη της κλίμακας SERVQUAL, προήλθε μετά μια βαθιά αναζήτηση της έννοιας της ποιότητας μιας υπηρεσίας^{365,366} και ύστερα από μια ευρεία ποιοτική έρευνα. Όλη η μεθοδολογία ανάπτυξης της κλίμακας, βασίστηκε στο παράδειγμα του Churchill, έναν σημαντικό ερευνητή στον τομέα του μάρκετινγκ, ο οποίος υπέδειξε μια μεθοδολογία για την διασφάλιση μιας καλής εγκυρότητας και αξιοπιστίας σε όλες τις έρευνες στον χώρο του³⁶⁶.

Πρόσφατα ξεπέρασε τα όρια των ΗΠΑ. Έχει χρησιμοποιηθεί: στον ευρύτερο χώρο της φροντίδας: όπως νοσοκομεία, κλινικές, οδοντιατρεία, κέντρα υγείας^{70,367-371}, στην εκπαίδευση, στις ξενοδοχειακές και ταξιδιωτικές υπηρεσίες, στις αυτοκινητοβιομηχανίες, στα αρχιτεκτονικά γραφεία, στις τράπεζες και στις υπηρεσίες τροφοδοσίας αεροπλάνων.

Υπάρχει διχογνωμία ανάμεσα στους ερευνητές σχετικά με τον αριθμό των παραγόντων της κλίμακας SERVQUAL ο οποίος διαφοροποιείται ανάλογα με το σε ποια υπηρεσία σταθμίστηκε. Πάντως, οι περισσότεροι συμφωνούν με το μοντέλο: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (A_i) => ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ (ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ) (B_i). Στον τομέα της φροντίδας υγείας, αυτές οι «σημαντικές συμπεριφορές» περιλαμβάνουν την πρόθεση του ασθενή να ξαναεπισκεφτεί το νοσοκομείο και να το προτείνει σε κάποιον άλλον³⁷¹. Η Smith A.M. προβαίνει σε μια εμπειριστατωμένη κριτική της κλίμακας SERVQUAL, εστιαζόμενη στο παράδειγμα του Churchill, που απετέλεσε τον σηματορό για την ανάπτυξή της³⁷².

E. The Quality of care from the perspective of elderly people, QUOTE (Sixma et al. 2000)

Είναι από τις ελάχιστες κλίμακες οι οποίες έχουν σταθμιστεί σε δείγμα ηλικιωμένων ασθενών και εκτιμά την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας. Στην πρώτη δημοσίευση της κλίμακας³⁷³ από τους Sixma H. et al., οι εμπνευστές της πρότειναν ένα νέο εννοιολογικό υπόδειγμα το οποίο είχε ως αφετηριακή σκέψη την κλίμακα SERVQUAL και ειδικότερα την άποψη των Babakus & Mangold ότι η εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας παριστάνεται από την εξίσωση³⁶⁷:

$$\Pi_{ij} = A_{ij} - \Pi P_{ij}$$

που σημαίνει ότι η ποιότητα όπως την εκλαμβάνει ο ασθενής ισούται με τις αντιλήψεις που έχει για συγκεκριμένες διαστάσεις ij της φροντίδας μείον τις προσδοκίες από αυτές της διαστάσεις της φροντίδας. Οι Sixma H. et al. βασισμένοι στο τρίπτυχο της ποιότητας της φροντίδας κατά τους Zastowny et al: *απόδοση, βαθμός σημαντικότητας και αντίκτυπος στον ασθενή*³³⁰, πρότειναν την αντικατάσταση της εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών με μια κλίμακα που εκτιμά τι θεωρεί ο ασθενής σημαντικό από την παρεχόμενη φροντίδα, προτείνοντας την ακόλουθη εξίσωση:

$$\Pi_{ij} = A\Pi_{ij} - B\Sigma_{ij}$$

όπου Π_{ij} είναι η εκληφθείσα από τον ασθενή ποιότητα της φροντίδας, $A\Pi_{ij}$ είναι η εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας και $B\Sigma_{ij}$ είναι ο βαθμός σημαντικότητας κάθε διάστασης της φροντίδας για τον ασθενή.

Μετά την διατύπωση του εννοιολογικού τους υποδείγματος, ανέπτυξαν μια κλίμακα 40 ερωτήσεων χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert 4 σημείων. Η στάθμιση της κλίμακας έγινε σε ένα δείγμα 518 ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, που λαμβάνουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στην αρχική της μορφή η κλίμακα περιλάμβανε 16 ερωτήσεις αναφορικά με τα γενικά χαρακτηριστικά της φροντίδας, 16 ερωτήσεις ειδικά για τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και 8 ερωτήσεις που προτάθηκαν από ασθενείς που ζουν σε δυο διαφορετικές περιοχές και συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Για τις πρώτες 16 ερωτήσεις που περιγράφουν τον παράγοντα «*δομή της φροντίδας*» ο συντελεστής άλφα ήταν 0.81, για τις άλλες 16 ερωτήσεις που φορτίζουν τον παράγοντα «*διαδικασίες της φροντίδας*» ο συντελεστής άλφα ήταν 0.74, ενώ για τις υπόλοιπες 8, του παράγοντα «*διαστάσεις ειδικές για τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα*» ήταν 0.88. Από την στατιστική ανάλυση, βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη ικανοποίηση σχετίζεται με την ηλικία ($r=0.13$) με το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης ($r=-0.03$). Αργότερα, η κλίμακα δοκιμάστηκε σε ένα δείγμα 338 ηλικιωμένων ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και περιείχε 32 ερωτήσεις^{33,374}. Ο συντελεστής άλφα των 3 παραγόντων ήταν αντίστοιχα 0.83, 0.79 και 0.90.

ΣΤ. The Quality of care from the patient's perspective QPP (Larsson B.W. et al. 1993)

Πριν την ανάπτυξη αυτής της κλίμακας που εκτιμά την εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, προηγήθηκε μια ποιοτική έρευνα η οποία περιλάμβανε την συνέντευξη 20 ασθενών ηλικίας άνω των 60 ετών¹³⁹. Μετά την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν 900 κώδικες που ταξινομήθηκαν σε 27 κατηγορίες. Έτσι, πρότειναν το υπόδειγμα των 4 παραγόντων που παρουσιάζουμε στο γενικό μέρος της διατριβής. Μετά την παρουσίαση του εννοιολογικού τους υποδείγματος, ακολούθησε η ανάπτυξη της αντίστοιχης κλίμακας QPP η οποία σταθμίστηκε το 1996 σε ένα δείγμα 611 ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε κλινικές ενός Σουηδικού νοσοκομείου. Η κλίμακα περιλαμβάνει 64 ερωτήσεις που περιγράφουν 17 παράγοντες και ομαδοποιούνται στους 4 αρχικούς παράγοντες που υπέδειξε η ποιοτική έρευνα³⁷⁵. Έτσι:

- τον παράγοντα *ιατρική-τεχνική δεξιότητα*, περιγράφουν 3 παράγοντες που αναφέρονται στην φροντίδα του σώματος, στην ιατρική φροντίδα και στην διάρκεια αναμονής για την φροντίδα,
- τον παράγοντα *φυσικές-τεχνικές συνθήκες*, περιγράφουν 4 παράγοντες που αναφέρονται στην διατροφή, την επικοινωνία, τον εξοπλισμό και τα χαρακτηριστικά του δωματίου,

- τον παράγοντα εξατομικευμένη προσέγγιση, περιγράφουν 11 παράγοντες που αναφέρονται στην παροχή πληροφόρησης για την εξέλιξη της φροντίδας, την συμμετοχή στην φροντίδα, την ενσυναίσθηση του προσωπικού και τον σεβασμό και
- τον παράγοντα κοινωνικό-πολιτισμική ατμόσφαιρα, περιγράφουν 5 παράγοντες που αναφέρονται στην οργάνωση και στην γενική ατμόσφαιρα του τμήματος, στην οικογένεια και στους φίλους και τέλος, στην εκπλήρωση των επιθυμιών των ασθενών.

Σε κάθε ερώτηση της κλίμακας, ο ασθενής καλείται να απαντήσει ταυτόχρονα σε δυο ερωτήσεις τους τύπου:

- Συνέβη αυτό που ερωτάστε; Για παράδειγμα δίνεται στον ασθενή η ακόλουθη πρόταση: «Είχα την δυνατότητα να συμμετάσχω στον σχεδιασμό της ιατρικής μου φροντίδας» και ερωτάται: «Συνέβη;» και καλείται να απαντήσει με την βοήθεια μιας 5βαθμης κλίμακας Likert, που κυμαίνεται από το «συμφωνώ απόλυτα» μέχρι το «διαφωνώ απόλυτα» και «δεν εφαρμόστηκε». Με τον τρόπο αυτό, εκτιμάται η εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας.
- Πόσο σημαντικό είναι για εσάς; Ο ασθενής καλείται να απαντήσει με την βοήθεια μιας 4βαθμης κλίμακας Likert, που κυμαίνεται από το «πολύ σημαντικό» μέχρι το «λίγο σημαντικό».

Ο Larsson προχώρησε στην στάθμιση της κλίμακας του και σε ένα δείγμα 1.056 ασθενών, επιβεβαιώνοντας την αξιοπιστία της κλίμακας, καθώς ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής α κυμάνθηκε από 0.71 έως 0.94 στους παράγοντες της κλίμακας της εκληφθείσας απόδοσης της φροντίδας και από 0.81 έως 0.95 στους παράγοντες της κλίμακας της εκληφθείσας σημαντικότητας των διαστάσεων της φροντίδας³⁷⁶. Μέσα από την έρευνα αυτή, διαπίστωσε ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία των ασθενών, αυξάνονται και οι μέσες τιμές στις απαντήσεις των ασθενών, με την μεγαλύτερη διαφορά να παρατηρείται σε ό,τι αφορά τον παράγοντα φυσικές-τεχνικές συνθήκες. Οι γυναίκες τείνουν να αξιολογούν θετικότερα την εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας κάτι που επιβεβαίωσαν και άλλοι ερευνητές^{129,174}. Οι ασθενείς που έχουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο, τείνουν προς μικρότερες μέσες τιμές σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύονται για μικρό χρονικό διάστημα³⁷⁷. Η καταθλιπτική διάθεση των ασθενών φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας.

Αντίστοιχα ήταν και τα ευρήματα μιας άλλης έρευνας των Larsson B.W. et al. με την βοήθεια της κλίμακας QPP, σε ένα δείγμα 831 ασθενών σε παθολογικά και χειρουργικά Τμήματα δυο Σουηδικών νοσοκομείων. Η λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η ψυχική ευεξία των ασθενών, η φυσική τους κατάσταση, η ηλικία και η διάρκεια νοσηλείας σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τις διχοτομημένες τιμές της κλίμακας που εκτιμά την εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας. Σε ό,τι αφορά τις διχοτομημένες τιμές της κλίμακας που εκτιμά τον βαθμό σημαντικότητας της κάθε διάστασης της φροντίδας φαίνεται να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την διάρκεια νοσηλείας και το φύλο (να είσαι γυναίκα). Το επίπεδο εκπαίδευσης έχει μικρή και αρνητική επίδραση στην πιθανότητα υψηλού σκορ στον βαθμό σημαντικότητας.

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται όλες αυτές οι κλίμακες.

Πίνακας 1: οι κλίμακες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών και της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας

ΚΛΙΜΑΚΑ	PSQ	CSQ	PJHC
ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ:	1424	248	
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ:	22	31	46
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ:	4	1	6
ΥΠΟΘΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:	<i>Συνολική ικανοποίηση</i> <i>Ιατρική-τεχνική φροντίδα</i> <i>Ιατρική-διαπροσωπική φροντίδα</i> <i>Ιατρική-συνεχιζόμενη φροντίδα</i> <i>Επικοινωνία με το γιατρό</i> <i>Ιατρική πρόληψη</i> <i>Πρόσβαση στην φροντίδα</i> <i>Ασφαλιστική κάλυψη</i>	<i>Φυσικό περιβάλλον</i> <i>Υποστήριξη προσωπικού</i> <i>Μορφή υπηρεσίας</i> <i>Ποιότητα υπηρεσίας</i> <i>Ποσότητα υπηρεσίας</i> <i>Έκβαση υπηρεσίας</i> <i>Γενική ικανοποίηση</i> <i>Διαδικασίες</i>	-
ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ:	<i>Ιατρική φροντίδα</i> <i>Επικοινωνία με το γιατρό</i> <i>Πρόσβαση στην φροντίδα</i> <i>Ασφαλιστική κάλυψη</i> - -	<i>Γενική ικανοποίηση</i> - - - -	<i>Καθημερινή & νοσηλευτική φροντίδα</i> <i>Περιβάλλον νοσοκομείου & βοηθητικό προσωπικό</i> <i>Ιατρική φροντίδα</i> <i>Εισαγωγή ασθενή</i> <i>Έξοδος ασθενή</i> <i>Λογαριασμός</i>
% ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ:	49,7%	75%	68%
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ:	<i>Ware (1978) 0.51-0.89</i> <i>Pascoe (1983) 0.60-0.86</i> <i>Roberts (1987) 0.43-0.85</i> <i>Etter (1997) 0.49-0.89</i>	-	<i>Διακύμανση από 0.72 έως 0.83</i>
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ:	<i>Ware (1978) (0.91)</i> <i>Pascoe (1983) (0.89)</i> <i>Roberts (1987) (0.90)</i> - - -	<i>Larsen (1979) 0.93</i> <i>Roberts (1983) 0.90</i> <i>Daly (1985) 0.73</i> <i>Pascoe (1983) 0.91</i> <i>Levois (1981) 0.84</i> <i>Greenfield (1983) 0.85</i>	0.94 - - - - -
ΚΛΙΜΑΚΑ LIKERT:	5 σημείων	4 σημείων	Κυμαινόμενη

συνέχεια

ΚΛΙΜΑΚΑ	QUOTE-Elderly	QPP		SERVQUAL
ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ:	961	611		
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ:	32	64		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ:	4	17		
ΥΠΟΘΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:		Ιατρική-τεχνική δεξιότητα Εξατομικευμένη προσέγγιση Φυσικές-τεχνικές συνθήκες Κοινωνικό-πολιτιστική ατμόσφαιρα - - - - -		Ορατά χαρακτηριστικά Αξιοπιστία Ανταπόκριση Διασφάλιση Ενσυναίσθηση Προσβασιμότητα Επικοινωνία Επαγγελματική επάρκεια Αβρότητα Κατανόηση του πελάτη
ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ:	Δείκτες των ασθενών Δείκτες δομής Δείκτες διαδικασίας Δείκτες για τους ρευματολογικούς ασθενείς -	Ιατρική-τεχνική δεξιότητα Εξατομικευμένη προσέγγιση Φυσικές-τεχνικές συνθήκες Κοινωνικό-πολιτιστική ατμόσφαιρα -		Ορατά χαρακτηριστικά Αξιοπιστία Ανταπόκριση Διασφάλιση Ενσυναίσθηση
% ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ:				
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ:	0.84	Εκληφθείσα απόδοση	Εκληφθείσα ποιότητα	
	0.81	0.79	0.79	
	0.74	0.93	0.93	
	0.88	-	0.79	
		0.76	0.78	
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ:	0.92			
ΚΛΙΜΑΚΑ LIKERT:	4 σημείων	4 σημείων		5 σημείων

συνέχεια

ΚΛΙΜΑΚΑ SERVQUAL	<i>Parasuraman et al. (1985, 1988)</i>	<i>Carman (1990)</i>	<i>Babakus & Mangold (1992)</i>
ΔΕΙΓΜΑ:	Διακύμανση: 298-487	Διακύμανση: 74-600	443
ΤΥΠΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	Πελάτες τραπεζών, εταιρειών κ.α.	Νοσοκομείο, οδοντιατρείο κ.α.	Ασθενείς νοσοκομείου
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ:	22	10-17	15
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ:	5	6-8	5 (με κάποια ασάφεια)
ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ:	Παραγοντική ανάλυση κυρίων αξόνων με υποχρεωτική στρέψη τους	Παραγοντική ανάλυση κυρίων αξόνων με υποχρεωτική στρέψη τους	Παραγοντική ανάλυση κυρίων αξόνων με υποχρεωτική στρέψη τους και LISREL επιβεβαιωτική
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ:	0.87-0.90	Μέση 0.75	0.89-0.97
ΚΛΙΜΑΚΑ LIKERT:	7 σημείων	7 σημείων	5 σημείων

συνέχεια

ΚΛΙΜΑΚΑ SERVQUAL	<i>Headley & Miller (1993)</i>	<i>Bowers et al. (1994)</i>	<i>Lytle & Mokwa (1992)</i>
ΔΕΙΓΜΑ:	159 ασθενείς 11 γιατροί ΠΦΥ	298	559
ΤΥΠΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	Ασθενείς και γιατροί.	Ασθενείς στρατιωτικού Νοσοκομείου	Χρήστες υπηρεσιών γονιμότητας
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ:	22	22	15
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ:	6	5	7
ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ:	Παραγοντική ανάλυση κυρίων αξόνων με υποχρεωτική στρέψη τους και LISREL επιβεβαιωτική	Δεν εξετάστηκε	Παραγοντική ανάλυση κυρίων αξόνων με υποχρεωτική στρέψη τους και LISREL επιβεβαιωτική
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ:	0.58-0.77	Δεν εξετάστηκε	-
ΚΛΙΜΑΚΑ LIKERT:	7 σημείων	7 σημείων	5 σημείων

Συνέχεια

ΚΛΙΜΑΚΑ SERVQUAL	O' Connor et al. (1994)	Taylor & Cronin. (1994)	Likata et al. (1995)
ΔΕΙΓΜΑ:	775	116 (μελέτη 1), 227 (μελέτη 2)	558
ΤΥΠΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	Ασθενείς και προσωπικό κλινικής	Άνθρωποι που έκαναν χρήση κάποιας υπηρεσίας νοσοκομείου τις τελευταίες 45 ημέρες	Ασθενείς και γιατροί μεγάλου νοσοκομείου
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ:	22	22	15
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ:	5	5	7
ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ:	Canonical discriminant functions	Παραγοντική ανάλυση κυρίων αξόνων με υποχρεωτική στρέψη τους	ANOVA, MANOVA και παραγοντική ανάλυση κυρίων αξόνων με varimax στρέψη τους
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ:	0.79-0.92	0.74-0.96 (μελέτη 1) 0.71-0.93 (μελέτη 2)	0.43-0.73
ΚΛΙΜΑΚΑ LIKERT:	7 σημείων	7 σημείων	5 σημείων

ΚΛΙΜΑΚΑ SERVQUAL	Fusilier & Simpson (1995)	Bebko & Garg (1995)	Anderson E.A. (1993)	Youssef F. et al. (1995)
ΔΕΙΓΜΑ:	27	232	431	174
ΤΥΠΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	Ασθενείς με AIDS και μέλη της οικογένειας τους που ενεπλάκησαν στη νοσηλευτική φροντίδα	Ασθενείς νοσοκομείου	Ασθενείς νοσοκομείου	Ασθενείς νοσοκομείου του NHS
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ:	22	22	15	22
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ:	5	Ασαφές	Ασαφές	Ασαφές
ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ:	Ποιοτική μελέτη-Κωδικοποίηση	Μέσες τιμές και t-test	Μέσες τιμές	Μέσες τιμές
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ:	Interrater 0.99	0.69	Δεν μελετήθηκε	Δεν μελετήθηκε
ΚΛΙΜΑΚΑ LIKERT:	7 σημείων	7 σημείων	-	9 σημείων

2.3. Η κλίμακα εκτίμησης της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο (Geriatric Depression Scale, GDS)

Σύμφωνα με τους Ramsey et al., το 46% των ηλικιωμένων ασθενών οξείας νοσηλείας, πάσχει από κατάθλιψη³⁷⁸. Η κατάθλιψη αποτελεί την πρώτη αιτία νοσηρότητας^{1,379,380}. Οι ασθενείς αυτοί βιώνουν μια ψυχολογική πίεση³⁸¹, υποφέρουν από σοβαρότερες ασθένειες, δείχνουν έναν μικρότερο βαθμό συμμόρφωσης με την θεραπεία³⁸², έχουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας και εμφανίζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα³⁸³. Δυστυχώς η κατάθλιψη στους ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για οξεία νοσηλεία διάγει απαρατήρητη καθώς ούτε καν σημειώνεται σε κάποιο φύλλο νοσηλείας ή κατά τη λήψη του ιστορικού και την εκτίμηση του ασθενή^{381,384}.

Η κλίμακα Geriatric Depression Scale (GDS), αποτελείται από 30 ερωτήσεις που επικεντρώνονται στις σκέψεις και τα συναισθήματα των καταθλιπτικών, όπως τα βίωσαν την τελευταία εβδομάδα³⁸⁵. Αποφεύγει να ρωτήσει για τα οργανικά συμπτώματα, καθώς θα μπορούσαν να προέρχονται από την ίδια την αρρώστια, παρά από την κατάθλιψη. Είναι εύκολη η απάντηση με το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ. Μια τιμή κατώφλι (cut-off score) 10, δείχνει πιθανή κατάθλιψη. Η αρχική μελέτη εγκυρότητας της κλίμακας, αφορούσε εσωτερικούς και εξωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς. Υποδεικνύει κατάθλιψη σε αρρώστους που νοσηλεύονται³⁸⁴ και βρέθηκε ότι είναι αποτελεσματική και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα³⁸⁶. Το Βασιλικό Κολέγιο των Γιατρών και η Βρετανική Κοινότητα Γεροντολόγων, υποστηρίζουν τη χρήση του GDS για την ανίχνευση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο³⁸⁷.

Μια συντεταγμένη έκδοση του GDS αναπτύχθηκε, περιλαμβάνοντας 15 ερωτήσεις³⁸⁸. Ένα σύνολο ερευνών, υποδεικνύει την χρησιμότητά της σαν εργαλείο^{384,388}. Το Βασιλικό Κολέγιο των Γιατρών, έχει προτείνει αυτή τη σύντομη έκδοση, σαν εργαλείο στα πλαίσια του ετήσιου check-up που προσφέρεται σε όλους πάνω από 75 ετών³⁸⁹.

Στο Χονγκ Κόνγκ, σταθμίστηκε η κλίμακα σε ηλικιωμένους άνω των 70 ετών και βρέθηκε να έχει ένα συντελεστή $\alpha = 0.82$. Συγκρίθηκε με την κλίμακα GHQ-12 η οποία βρέθηκε λιγότερο αξιόπιστη και ευαίσθητη³⁹⁰.

Η κλίμακα GDS, σταθμίστηκε από τους Fountoulakis et al. στον ελληνικό πληθυσμό, σε ένα δείγμα 271 ηλικιωμένων οι οποίοι χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες: 168 μη καταθλιπτικοί σαν ομάδα ελέγχου (91 γυναίκες, 77 άνδρες) και 103 καταθλιπτικοί ασθενείς (78 γυναίκες, 25 άνδρες)³⁹¹. Η μέση ηλικία της ομάδας ελέγχου ήταν 79,98 χρόνια με μια σταθερή απόκλιση 5,77 χρόνια και της άλλης ομάδας 80,20 χρόνια με μια σταθερή απόκλιση 5,46 χρόνια. Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων, βρέθηκε ότι ένα σκορ 6/7 είναι η καλύτερη τιμή κατώφλι για την εκτίμηση της κατάθλιψης, με μια ευαισθησία 92.23 και μια ειδικότητα 95.24. Η κλίμακα βρέθηκε να έχει μια πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή με έναν συντελεστή Cronbach's $\alpha = 0.94$. Η ανάλυση κυρίων συνιστωσών (principal components analysis) υπέδειξε 4 παράγοντες στους οποίους φορτίζουν οι 15 ερωτήσεις, οι οποίοι ερμηνεύουν το 62% της συνολικής διακύμανσης. Οι παράγοντες αυτοί και οι αντίστοιχες ερωτήσεις ήταν:

1. ο παράγοντας αντίληψη (cognitive factor): 1,11,12,13,14,15
2. ο παράγοντας καταθλιπτική διάθεση (depressed mood factor): 3,4,5,7
3. ο παράγοντας κοινωνική απομόνωση (social isolation): 2,9,10 και
4. ο παράγοντας αισθήματα εγκατάλειψης (feelings of helplessness): 6,8

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήσαμε στην οποία χρησιμοποιήσαμε την κλίμακα GDS, διαπιστώσαμε ότι η κατάθλιψη σχετίζεται στατιστικά πολύ σημαντικά και αρνητικά με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της ζωής τους³⁴⁶.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ ΜΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ

Για τις κοινωνικές επιστήμες, η περιγραφή της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των εκφάνσεών της, απετέλεσε έναν διακαή αυτοσκοπό. Στην πορεία των ετών, το απόλυτο εργαλείο για την επίτευξη αυτού του στόχου ήταν η δοκιμασία (το τεστ), δηλαδή η συστηματική διαδικασία παρατήρησης και περιγραφής της ανθρώπινης συμπεριφοράς, με τη βοήθεια μιας αριθμητικής κλίμακας³⁹². Η ερμηνευτική λειτουργικότητα του τεστ διαφαίνεται μέσα από την διαδικασία της στάθμισής του, δηλαδή της διασφάλισης της ομοιομορφίας του και της επαναληψιμότητάς του με τον ίδιο περιγραφικό τρόπο, σε διαφορετικό τόπο, χρόνο και ομάδα του πληθυσμού. Αυτά τα χαρακτηριστικά, μπορούν να επιβεβαιωθούν με την εκτίμηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του τεστ, δηλαδή της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του.

3.1. ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ (VALIDITY)

Κάθε κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης του ασθενή, πρέπει να διακρίνεται για δυο βασικές ιδιότητές της: την αξιοπιστία (reliability) και την εγκυρότητά της (validity). Ο Hammersley υποστηρίζει ότι: «ένα εργαλείο είναι έγκυρο ή αληθές εάν αντιπροσωπεύει επακριβώς τις διαστάσεις ενός φαινομένου, που σκοπεύει να περιγράψει, να εξηγήσει ή να διαμορφώσει σε θεωρητικό επίπεδο»³⁹³. Στις περισσότερες αναλύσεις, η εγκυρότητα σχετίζεται με την αξιοπιστία^{393,394}. Η εγκυρότητα συνίσταται στο κατά πόσο η κλίμακα μετρά αυτό που επικαλείται ότι μετρά. Κατά τον Cronbach, το βασικό κριτήριο για την επιλογή μιας κλίμακας είναι η εγκυρότητά της. Για παράδειγμα, αν «μετράμε» την ικανοποίηση του ασθενή από την ποσότητα της πληροφόρησης που λαμβάνει για την εξέλιξη της υγείας του, πρέπει να βεβαιωθούμε ότι δεν μετράμε την ικανοποίηση του ασθενή από τη στάση του νοσηλευτή αναφορικά με την πληροφόρηση του ασθενή.

Στην παραδοσιακή φιλοσοφία, η εγκυρότητα αναφέρεται στην *ορθότητα* των απαντήσεων παρά στην *αλήθεια* τους. Για παράδειγμα η δήλωση: «*όλα τα άλογα έχουν δυο κεφάλια, το X είναι ένα άλογο, επομένως το X έχει δυο κεφάλια*» είναι μια έγκυρη δήλωση αλλά όχι και αληθής. Η αλήθεια της πρώτης πρότασης: «*όλα τα άλογα έχουν δυο κεφάλια*» προσδιορίζεται μέσα από την ικανότητά της να κερδίσει την συγκατάβαση μιας κοινότητας (ομάδας), η οποία φαίνεται να ακολουθεί μια χρονικά εξελικτική διαδικασία, δεδομένου ότι τα φαινόμενα εναλλάσσονται μεταξύ αλήθειας και μη, στο διάβα των χρόνων. Από την άλλη μεριά, επειδή η αλήθεια μιας δήλωσης βασίζεται στην αντίληψη, η εγκυρότητα της δήλωσης δεν οριοθετείται κατ' ανάγκη από τη λογική ερμηνεία της δήλωσης. Έτσι, το αν το άλογο έχει δυο κεφάλια εξαρτάται από το πώς ένας άνθρωπος με ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό προφίλ, αντιλαμβάνεται τους όρους «*κεφάλι*» και «*άλογο*». Στην ουσία, μάλλον πρόκειται για έναν «*κανονιστικό εννοιολογικό συμβιβασμό*» στις καθημερινές απαιτήσεις της κάθε εποχής, με κριτήριο την διασφάλιση της επικοινωνίας των ανθρώπων. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιούμε κάποια κριτήρια –δηλαδή ορίζουμε μια κατεύθυνση– για την αξιολόγηση της εγκυρότητας των δηλώσεων. Εάν λοιπόν μια δήλωση γίνεται με τρόπο ώστε να ανταποκρίνεται στα συγκεκριμένα κριτήρια εγκυρότητας, τότε αντιμετωπίζεται ως αληθής, για το χρονικό διάστημα που κερδίζει τη συμφωνία της κοινότητας με το δεδομένο πολιτισμικό προφίλ.

Η εγκυρότητα των ψυχομετρικών δοκιμασιών (tests), εμφανίστηκε ως όρος μετά την πρωτοβουλία της Επιτροπής του Αμερικανικού Συνδέσμου Ψυχολόγων APA (1950-1954) να προσδιορίσει ποια χαρακτηριστικά θα έπρεπε να αξιολογηθούν πριν δημοσιευθεί μια δοκιμασία³⁹⁵. Έτσι, προέβη σε συστάσεις, προσδιορίζοντας 4 διαφορετικούς τύπους εγκυρότητας, με προεξάρχουσα την *εγκυρότητα δομής* (construct validity), που την εμπνεύστηκε μια υποεπιτροπή³⁹⁶. Αυτοί οι 4 τύποι εγκυρότητας ήταν:

- * η προβλέπουσα ή προγνωστική εγκυρότητα (*predictive validity*),
- * η συντρέχουσα εγκυρότητα (*concurrent validity*),
- * η εγκυρότητα περιεχομένου (*content validity*) και
- * η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (*construct validity*)

Οι πρώτοι δυο τύποι εγκυρότητας θεωρούμε ότι προσανατολίζονται προς ένα κριτήριο (*criterion-related validity*)^{366,397}. Αναφερόμενος σε αυτήν την κατηγορία εγκυρότητας, ο Campbell χαρακτηρίζει την προβλέπουσα και τη συγχρονική εγκυρότητα ως «πρακτική εγκυρότητα»³⁹⁸ (*practical validity*).

3.1.1. Προβλέπουσα εγκυρότητα

Μια ψυχομετρική κλίμακα διακρίνεται για την προβλέπουσά της εγκυρότητα στον βαθμό που είναι σε θέση, με βάση τις σημερινές αξιολογήσεις, να προβλέψει μελλοντικές παραμέτρους που αποτελούν ειδοποιά χαρακτηριστικά της σημερινής εννοιολογικής κατασκευής. Για παράδειγμα, ένα τεστ νοημοσύνης διακρίνεται για την προβλεπτική του εγκυρότητα αν οι μαθητές με υψηλό σκορ στο τεστ αυτό επιδείξουν υψηλή σχολική επίδοση μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Στην σχετική βιβλιογραφία για την ικανοποίηση των ασθενών, το κριτήριο για την εκτίμηση της προβλέπουσας εγκυρότητας της κλίμακας είναι η δυνατότητα πρόβλεψης της μελλοντικής συμπεριφοράς του ασθενή, με την ερώτηση: «θα προτείνατε αυτή την υπηρεσία σε έναν φίλο σας;», δεδομένου ότι η τάση του ανθρώπου προς την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς και η μελλοντική του συμπεριφορά θεωρούνται συνώνυμοι όροι. Η Smith σημειώνει ότι επειδή αυτή η τελευταία συσχέτιση, σπάνια επιβεβαιώνεται, είναι πιο ακριβές να θεωρούμε αυτή την ερώτηση περισσότερο σαν ένδειξη συγχρονικής εγκυρότητας³⁷². Η Smith συμπληρώνει ότι ένας παράγοντας που καθιστά προβληματική την προβλεπτική ικανότητα των κλιμάκων για την ικανοποίηση των ασθενών, είναι η απουσία μιας διασποράς στις απαντήσεις που προσπαθούν να αποτυπώσουν την μελλοντική συμπεριφορά των ασθενών³⁷². Έτσι, η μεγάλη πλειοψηφία τείνει να προτιμά τις ακραίες απαντήσεις.

3.1.2. Συντρέχουσα εγκυρότητα

Μια ψυχομετρική κλίμακα διακρίνεται για την συντρέχουσα εγκυρότητά της όταν οι τιμές της διαφοροποιούνται προς την αναμενόμενη κατεύθυνση μεταξύ ομάδων ατόμων, οι οποίες αντικειμενικά διαφέρουν ως προς την αξιολογούμενη εννοιολογική κατασκευή. Ο έλεγχος της συντρέχουσας εγκυρότητας γίνεται στη βάση της συνάφειας της αξιολογούμενης κλίμακας με ένα αντικειμενικό κριτήριο της εννοιολογικής κατασκευής για την οποία τη χρησιμοποιούμε. Βέβαια ο έλεγχος μπορεί να γίνει και στην βάση της συνάφειας της αξιολογούμενης κλίμακας με μια άλλη κλίμακα τεκμηριωμένης αξιοπιστίας και εγκυρότητας που αποτυπώνει την ίδια εννοιολογική κατασκευή με την αξιολογούμενη κλίμακα. Έτσι, ο συντελεστής συσχέτισης εκλαμβάνεται ως δείκτης της συγκλίνουσας εγκυρότητας της αξιολογούμενης κλίμακας.

3.1.3. Εγκυρότητα περιεχομένου

Ένα ψυχομετρικό μέσο διακρίνεται για την εγκυρότητα του περιεχομένου του όταν απαντά στην ερώτηση: «οι ερωτήσεις του μέσου καλύπτουν το εύρος του περιεχομένου της εννοιολογικής κατασκευής που υποστηρίζουν;». Αυτό επιτυγχάνεται στα αρχικά στάδια σχεδιασμού της έρευνας, με την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, την ποιοτική μελέτη των ασθενών και την ανάλυση των απόψεων ειδικών. Μια άλλη διάσταση της εγκυρότητας του περιεχομένου του μέσου είναι η εμπειρική εγκυρότητα (*empirical validity*)

σύμφωνα με την οποία εξετάζεται αν και κατά πόσο οι υποκλίμακες της κλίμακας σχετίζονται με άλλες μεταβλητές που αποτελούν βασικές διαστάσεις της εννοιολογικής κατασκευής με τις οποίες θα έπρεπε να σχετίζονται. Για παράδειγμα, οι Meterko et al. χρησιμοποίησαν σαν δείκτες εγκυρότητας της κλίμακας τους τις υποκλίμακες που εκτιμούν τη συνολική ποιότητα της φροντίδας και την πρόθεση του ασθενή να επιστρέψει στο νοσοκομείο αλλά και να το προτείνει σε κάποιον γνωστό του³⁶⁴. Αναζήτησαν τον βαθμό συσχέτισης αυτών των δεικτών εγκυρότητας με τις υποκλίμακες της αξιολογούμενης κλίμακας.

3.1.4. Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής

Η εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής μιας κλίμακας αντικατοπτρίζει το πόσο καλά κάποιος αποτύπωσε τις ιδέες του ή την θεωρία του σε μια κλίμακα. Για να είμαστε περισσότερο αναλυτικοί, ας αναφέρουμε ένα παράδειγμα. Όλοι μας έχουμε ακούσει στο δικαστήριο την εντολή του δικαστή: *«πείτε την αλήθεια, την πάσα αλήθεια και μόνο την αλήθεια»*. Άραγε για ποιο λόγο δεν αρκεί η φράση: *«πείτε μας την αλήθεια»*; Γιατί κάτι τέτοιο δεν εγγυάται ότι ο μάρτυρας θα μας πει ο,τιδήποτε γνωρίζει ότι είναι αλήθεια. Ίσως δεν μας πει κάποια σημαντικά πράγματα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μας λέει την αλήθεια. Αν λοιπόν παραφράσουμε τον όρκο του δικαστηρίου θα έχουμε: *«την κατασκευή, όλη την κατασκευή και μόνο την κατασκευή»*. Τι σημαίνει αυτό; Ας υποθέσουμε ότι έχουμε πέντε διαστάσεις μιας εννοιολογικής κατασκευής που ονομάζεται *«ικανοποίηση του ασθενή»*. Οι περισσότεροι θα έλεγαν ότι αυτές οι διαστάσεις είναι παρόμοιες. Αν θέλαμε λοιπόν να αναπτύξουμε μια κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης θα λέγαμε: *«την ικανοποίηση, όλη την ικανοποίηση και μόνο την ικανοποίηση»*. Επειδή όμως η ικανοποίηση ως έννοια αλληλοκαλύπτεται με άλλες, πιο λειτουργικό είναι να δημιουργήσουμε εξ αρχής ένα *«δίκτυο εννοιών»* (net of meaning) που σημαίνει ότι θα πρέπει να προσδιορίσουμε με ποια *«έννοια»* η κατασκευή μας συγκλίνει ή αποκλίνει. Έτσι, πρέπει να αποδείξει κάποιος ότι τα δεδομένα υποστηρίζουν την θεωρία.

Περιλαμβάνει δυο κατηγορίες δεικτών:

A. Εγκυρότητα μετάφρασης:

⇒ εγκυρότητα προσώπου (face validity)

⇒ εγκυρότητα περιεχομένου (content validity)

B. Εγκυρότητα με βάση το κριτήριο:

⇒ παραγοντική εγκυρότητα (factorial validity),

⇒ συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity),

⇒ διακρίνουσα εγκυρότητα (discriminant validity) και

⇒ εγκυρότητα με βάση την παραδοχή (assumed validity).

3.1.4.1. Συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα

Συγκλίνουσα εγκυρότητα είναι ο βαθμός στον οποίο η αξιολογούμενη κλίμακα σχετίζεται (συγκλίνει) με άλλες κλίμακες που εκτιμούν το ίδιο φαινόμενο, την ίδια εννοιολογική κατασκευή. Ο έλεγχος της συγκλίνουσας και της διακρίνουσας εγκυρότητας, μιας πολυδιάστατης ψυχομετρικής κλίμακας γίνεται με τη μέθοδο³⁹⁹ των Campbell και Fiske (πίνακας πολυχαρακτηριστικών-πολυμέσων, multitrait-multimethod matrix) όπως αυτή τροποποιήθηκε στην συνέχεια από τους Marsh και Smith⁴⁰⁰.

Ένα σύνηθες κριτήριο για την εκτίμηση της συγκλίνουσας εγκυρότητας, είναι ο βαθμός της συσχέτισης της κάθε ερώτησης της κλίμακας με τον αντίστοιχο παράγοντα που ερμηνεύει την εννοιολογική κατασκευή (σε όρους εσωτερικής συνάφειας), ότι οι ερωτήσεις περιέχουν το ίδιο ποσοστό πληροφορίας αναφορικά με την αξιολογούμενη κατασκευή και ότι οι

ερωτήσεις είναι ισχυρότεροι δείκτες της υποτιθέμενης εννοιολογικής κατασκευής, σε σχέση με άλλες κατασκευές (έλεγχος της διακρίνουσας εγκυρότητας των ερωτήσεων της κλίμακας).

3.1.4.2. Εγκυρότητα με βάση την παραδοχή

Αυτό το είδος της εγκυρότητας εξετάζει κατά πόσο η εννοιολογική κατασκευή την οποία προσδιορίζει η κλίμακα που αξιολογούμε, σχετίζεται με άλλες εννοιολογικές κατασκευές κατά τρόπο σύμφωνο με μια παραδοχή⁴⁰¹.

3.2. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ (RELIABILITY)

Ο Rowley G.L. τονίζει: «ίσως έχει μεγαλύτερη σημασία να επιβεβαιώσουμε ότι ένα τεστ δεν είναι ούτε αξιόπιστο ούτε αναξιόπιστο.... Ένα τεστ μπορεί να μας δίνει κάποια σκορ που είναι αξιόπιστα και άλλα σκορ που είναι αναξιόπιστα»⁴⁰². Την ίδια στιγμή, οι Crocker L.M. & Algina J. υποστηρίζουν: «ένα σκορ δεν είναι αξιόπιστο ή αναξιόπιστο. Αντίθετα, η αξιοπιστία ή αναξιοπιστία είναι μια ιδιότητα των σκορ στο τεστ, για μια συγκεκριμένη ομάδα εξεταζομένων»⁴⁰³. Οι Gronlund N.E. & Linn R.L. διατείνονται: «η αξιοπιστία αναφέρεται στα αποτελέσματα που επιτυγχάνει ένα εργαλείο αξιολόγησης και όχι στο ίδιο το εργαλείο.... Συνεπώς είναι περισσότερο λειτουργικό να μιλάμε για αξιοπιστία των σκορ του τεστ ή της μέτρησης παρά του τεστ ή του εργαλείου»⁴⁰⁴. Όλες αυτές οι σκέψεις μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι ίδιοι οι ερωτώμενοι επηρεάζουν την αξιοπιστία των σκορ και άρα είναι οξύμωρο να αναφερόμαστε στην «αξιοπιστία του τεστ» χωρίς να επικεντρωνόμαστε σε ποιους δόθηκε ή σε άλλες πτυχές του πρωτοκόλλου. Αυτές οι επισημάνσεις οδήγησαν στην ανάπτυξη της «γενίκευσης της αξιοπιστίας»⁴⁰⁵ (reliability generalization). Συνεπώς, μια κλίμακα μπορεί να δίνει καλά αποτελέσματα σε έναν χώρο μελέτης και ανεπαρκή σε άλλον.

Ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha, που αναφέρεται κατά κόρον στην βιβλιογραφία των ψυχολογικών ερευνών και ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τη μελέτη της προσωπικότητας⁴⁰⁶, θεωρείται ένας δείκτης αξιοπιστίας^{407,408}. Ο Cortina ισχυρίζεται ότι δεν υπάρχει μια διεθνής συμφωνία για την ερμηνεία του Cronbach's alpha, καθώς και για το αποδεκτό εύρος των τιμών του.

Μέσα από την βιβλιογραφία μπορεί κανείς να επισημάνει τα εξής:

- διαφαίνεται η θετική συσχέτιση του αριθμού των ερωτήσεων μιας κλίμακας και της τιμής του συντελεστή εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha⁴⁰⁹,
- η συνολική τιμή του συντελεστή εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha σχετίζεται θετικά με τις τιμές των επιμέρους alpha των παραγόντων της κλίμακας (από τις φορτίσεις τους), με τις μέσες συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων της κλίμακας (inter-item correlations), με το συστηματικό σφάλμα, αλλά και με το μέγεθος του δείγματος^{408,410}. Όσο μικρότερες είναι οι φορτίσεις των ερωτήσεων τόσο λιγότερο αντιπροσωπευτική είναι η τιμή του alpha. Όταν το συστηματικό λάθος είναι μικρό (0 και 0.1) τότε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού δίνει αντιπροσωπευτικότερες τιμές του alpha. Συνεπώς απαιτείται μεγάλο δείγμα πληθυσμού και μηδενικό συστηματικό σφάλμα. Σε μια πρόσφατη έρευνα, οι Shevlin et al. τονίζουν ότι σε περίπτωση που έχουμε ορίσει ένα μέσο αποδεκτό όριο φόρτισης των παραγόντων (0.3) το συστηματικό σφάλμα εξακολουθεί να επηρεάζει την τιμή του alpha, χωρίς όμως να συμβαίνει το ίδιο και με το μέγεθος του δείγματος⁴¹⁰.

Από κάποιους ερευνητές, προτείνουν ως αποδεκτούς σταθμισμένους συντελεστές αξιοπιστίας: (1) $a = 0.95$ για την εσωτερική συνοχή της κλίμακας, (2) $r(\text{Pearson coefficient}) = 0.90$ για επαναδοκιμασία (test-retest) και (3) $a = 0.85$ για παραλλαγές της κλίμακας. Επειδή τα νούμερα αυτά μάλλον είναι υπερεκτιμημένα, το όριο για τον χαρακτηρισμό μιας κλίμακας ως αξιόπιστη^{411,412} είναι να έχει έναν συντελεστή εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha > 0.7 .

Ο Nunnally ωστόσο, υποστηρίζει ότι ένας συντελεστής αξιοπιστίας α μεταξύ 0.5 και 0.6 είναι αρκετός στα αρχικά στάδια της μελέτης, ενώ όταν πρόκειται να εξαχθούν σημαντικά συμπεράσματα το ελάχιστο είναι ένας $\alpha = 0.90$ με πιο επιθυμητή την τιμή $\alpha = 0.95$ ⁴¹³. Ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την βιβλιογραφία για την ικανοποίηση των ασθενών, είναι κοινό φαινόμενο η αναφορά υψηλών συντελεστών εσωτερικής συνοχής alpha. Ο Fitzpatrick εξηγεί ότι αυτό οφείλεται στο ότι οι ασθενείς τείνουν να εκφράζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από όλες τις διαστάσεις της φροντίδας, σε σημείο που να καθιστά προβληματική την εμπιστοσύνη στις συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων, σαν δείκτη αξιοπιστίας της αντίστοιχης κλίμακας². Αν προσθέσουμε και το φαινόμενο του «φωτοστέφανου» (halo effect) επαυξάνουμε την προτέρα διαπίστωση. Την ίδια στιγμή ίσως είναι δύσκολο για τους ασθενείς να διακρίνουν την διαφορετικότητα των ερωτήσεων καθώς δεν αντιλαμβάνονται πάντα την διαφορετικότητα των διαστάσεων της φροντίδας.

3.2.1. Τα είδη της αξιοπιστίας μιας κλίμακας

1. Η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών και παρατηρητών (*inter-rater, inter-observer reliability*)

Οποτεδήποτε χρησιμοποιούμε δυο ή περισσότερους βαθμολογητές ή παρατηρητές για την αξιολόγηση ενός τεστ, αναρωτιόμαστε αν και κατά πόσο τα αποτελέσματα είναι αξιόπιστα ή συνεπή. Αυτό είναι πολύ σημαντικό ιδιαίτερα στα κλινικά και στα προβολικά τεστ. Όταν οι βαθμολογητές χρησιμοποιούν ονοματικές μετρήσεις, τότε υπολογίζεται ο συντελεστής Kappa συμφωνία (coefficient of agreement) ως δείκτης αξιοπιστίας^{396,414}. Είναι ο ιδανικός τρόπος εκτίμησης της αξιοπιστίας όταν χρησιμοποιούμε την παρατήρηση.

2. Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (*test-retest reliability*)

3. Αξιοπιστία παράλληλων τύπων (*parallel-forms reliability*)

4. Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (*internal consistency*)

Στην περίπτωση αυτή, χορηγούμε την κλίμακα σε ένα δείγμα ατόμων, μια φορά, προκειμένου να εκτιμήσουμε την αξιοπιστία της, δηλαδή πόσο καλά οι ερωτήσεις αντανακλούν την ίδια κατασκευή.

5. Αξιοπιστία των δυο ημίσεων ή των δυο ημικλάστων (*split-half reliability*)

3.2.2. Συντελεστής αξιοπιστίας Kuder-Richardson 21 (KR-21 formula)

Ο συντελεστής αξιοπιστίας Kuder-Richardson 20 και 21 (KR-20, KR-21) είναι ένας συντελεστής αξιοπιστίας⁴¹⁵ ο οποίος χρησιμοποιείται σε κλίμακες με απαντήσεις δυαδικής επιλογής του τύπου «ναι-όχι» «συμφωνώ-διαφωνώ».

3.2.3. Τι κλίμακα Likert πρέπει να χρησιμοποιήσω για να έχω μια καλή αξιοπιστία;

Η χρήση κλιμάκων όπως του τύπου Likert αποτελούν μια κοινή πρακτική στις περισσότερες έρευνες. Οι Schutz & Rucker αναφέρουν ότι ο αριθμός (εύρος) των εναλλακτικών απαντήσεων δεν φαίνεται να επηρεάζει τα αποτελέσματα που προκύπτουν⁴¹⁶, κάτι με το οποίο δεν συμφωνούν οι υπόλοιποι ερευνητές⁴¹⁷, με πιο ακραία την τοποθέτηση του Garner ο οποίος προτείνει την χρήση κλιμάκων με πάνω από 20 κατηγορίες απαντήσεων για την άντληση της μέγιστης δυνατής πληροφορίας⁴¹⁸. Από την άλλη μεριά, οι Green & Rao προτείνουν την χρήση 6βαθμων ή 7βαθμων κλιμάκων, πιστεύοντας ότι η αύξηση του εύρους των απαντήσεων πέραν της 7βαθμης κλίμακας μας δίνει λίγη παραπάνω πληροφορία⁴¹⁸. Ο

Symonds ήταν ο πρώτος ο οποίος υποστήριξε την θετική συσχέτιση της αξιοπιστίας με την χρήση 7βαθμης κλίμακας απαντήσεων⁴¹⁹. Αυτή η θέση ενδυναμώθηκε από τον Miller ο οποίος υποστήριξε ότι *το ανθρώπινο μυαλό έχει την δυνατότητα να διακρίνει ένα εύρος 7 απαντήσεων (± 2)*⁴²⁰. Η χρήση της 7βαθμης κλίμακας προτάθηκε και από άλλους^{413,421,422}. Κάποιοι ερευνητές ανέφεραν υψηλότερους συντελεστές αξιοπιστίας για 5βαθμες κλίμακες^{423,426}.

Αργότερα, ο Bendig διαπιστώνει μια σταθερότητα στις αξιοπιστίες επαναδοκιμασίας για τις κλίμακες 2,3,5,7 και 9 απαντήσεων και μια σταθερότητα στις αξιοπιστίες μεταξύ των συνεντευκτών (inter-rater) για τις κλίμακες με 3,5,7, απαντήσεις και μείωση για τις 11βαθμες κλίμακες^{427,428}. Λίγοι μόνο ερευνητές συμφώνησαν με τον Bendig, ότι δηλαδή η αξιοπιστία είναι ανεξάρτητη από τον αριθμό των κατηγοριών πιθανών απαντήσεων⁴²⁹⁻⁴³⁴.

Άλλοι ερευνητές χρησιμοποίησαν ως κριτήριο την εγκυρότητα αναφέροντας ότι και η αξιοπιστία και η εγκυρότητα είναι ανεξάρτητες από το εύρος των απαντήσεων, ακόμη και όταν χρησιμοποιούμε κλίμακες 2 ή 3 σημείων⁴³². Οι Loken et al. βασισμένοι στο κριτήριο της εγκυρότητας βρήκαν ότι η 11βαθμη κλίμακα είναι ανώτερη της 3βαθμης και της 4βαθμης⁴³⁵. Οι Hancock & Kloekars υποστήριξαν την 9βαθμη κλίμακα, έναντι της 5βαθμης⁴³⁶. Ο Chang βρήκε παρόμοιους συντελεστές εγκυρότητας με βάση το κριτήριο για τις 4βαθμες και 6βαθμες κλίμακες, αλλά καλύτερο συντελεστή συγκλίνουσας εγκυρότητας για την 6βαθμη κλίμακα⁴³⁷. Ο Jones μελέτησε τις προτιμήσεις των ανθρώπων για την δυαδική ή 7βαθμη κλίμακα και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η δυαδική κλίμακα χαρακτηρίστηκε ως λιγότερο «ακριβής», λιγότερο «αξιόπιστη», λιγότερο «ενδιαφέρουσα» και περισσότερο «διφορούμενη» και «εύχρηστη» από την 7βαθμη⁴³⁸. Σε μια πολύ πρόσφατη έρευνα των Preston & Colman στην οποία συμμετείχαν 149 φοιτητές ηλικίας 18 μέχρι 60 ετών, διαπιστώθηκε ότι η μικρότερη τιμή του Cronbach's alpha, αντιστοιχεί στις δυαδικές και 3βαθμες κλίμακες (0.86-0.88), ενώ η μέγιστη δυνατή στην 7βαθμη, 8βαθμη, 9βαθμη και 10βαθμη κλίμακα (0.94)⁴³⁹. Αντίστοιχα, η εγκυρότητα με βάση το κριτήριο, μεγιστοποιείται με την χρήση 7βαθμων 8βαθμων (0.87) και κυρίως 9βαθμων (0.89) κλιμάκων. Η συγκλίνουσα εγκυρότητα, είναι μεγαλύτερη στην 8βαθμη και 9βαθμη κλίμακα. Οι συμμετέχοντες βρήκαν συνολικά πιο εύχρηστη και προτιμότερη την 10βαθμη, 7βαθμη και 9βαθμη κλίμακα. Η διακρίνουσα δύναμη (discriminating power) υπήρξε μεγαλύτερη στην 9βαθμη και 101βαθμη κλίμακα. Οι ερευνητές που έχουν σταθμίσει την κλίμακα SERVQUAL στον χώρο της φροντίδας υγείας, προτείνουν την χρήση 9βαθμης κλίμακας Likert έναντι της 7βαθμης.

3.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ (FACTOR ANALYSIS)

Στην σχετική βιβλιογραφία παρατίθενται μια σειρά από ορισμούς της παραγοντικής ανάλυσης, η οποία χρησιμοποιείται προκειμένου να ανιχνευθούν οι διαστάσεις μιας σειράς μεταβλητών. Με τη διαδικασία αυτή ένας μεγάλος αριθμός μεταβλητών μειώνεται σε έναν μικρότερο αριθμό παραγόντων και ως εκ τούτου δεν περιγράφει μια εξαρτημένη μεταβλητή^{440,441}. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η παραγοντική ανάλυση *«σχεδιάστηκε για να εξετάσει τη συνδιακύμανση μιας ομάδας μεταβλητών και να ερμηνεύσει τις συσχετίσεις ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές, ομαδοποιώντας τις σε παράγοντες»*.

Για τους Reymont & Joreskog η παραγοντική ανάλυση *«είναι ένας γενικός όρος που χρησιμοποιούμε προκειμένου να περιγράψουμε μια σειρά από μεθόδους οι οποίες σχεδιάστηκαν για να αναλύσουν τις σχέσεις μεταξύ κάποιων μεταβλητών ή αντικειμένων, που άγουν στην διαμόρφωση υποθετικών μεταβλητών ή αντικειμένων, που ονομάζονται παράγοντες και υποτίθεται ότι περιέχουν την ίδια σημαντική πληροφορία που περιέχεται και σε μια μεγαλύτερη ομάδα παρατηρούμενων μεταβλητών ή αντικειμένων...τα οποία μειώνουν την συνολική συνθετότητα των δεδομένων»*⁴⁴². Η διαδικασία της παραγοντικής ανάλυσης, αναπτύχθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του 20^{ου} αιώνα από τον ψυχολόγο Charles Spearman, ο οποίος

υπέθεσε ότι μια ποικιλία δοκιμασιών νοητικής ικανότητας θα μπορούσαν να ερμηνευτούν από έναν «παράγοντα» της γενικής νοημοσύνης που είναι κοινός για όλες τις δοκιμασίες και τον χαρακτήρισε ως g ⁴⁴³. Η ιδέα του υπήρξε ενδιαφέρουσα, αλλά αποδείχθηκε εσφαλμένη, αφού σήμερα πιστεύουμε σε 3 τουλάχιστον σημαντικούς παράγοντες της νοητικής ικανότητας: *προφορική, μαθηματική και λογική*. Λόγω της πολυπλοκότητάς της χρησιμοποιήθηκε από στατιστικά πακέτα σε ηλεκτρονική μορφή πολύ αργά⁴⁴⁴. Ο Kerlinger περιέγραψε την παραγοντική ανάλυση ως «ένα από τα πλέον δυνατά εργαλεία για την μελέτη των πολύπλοκων πτυχών της ανθρώπινης συμπεριφοράς»⁴⁴⁵.

3.3.1. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Μια τυπική παραγοντική ανάλυση, καλείται να απαντήσει σε 3 βασικά ερωτήματα: (1) πόσους διαφορετικούς παράγοντες χρειαζόμαστε για να ερμηνεύσουμε τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών; (2) ποια είναι η φύση αυτών των παραγόντων; και (3) πόσο καλά οι υποθετικοί παράγοντες ερμηνεύουν τα παρατηρούμενα δεδομένα;

3.3.1.1. Διερευνητική παραγοντική ανάλυση (*exploratory factor analysis*)

Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση, χρησιμοποιείται για την διερεύνηση των δεδομένων που προσδιορίζουν τον αριθμό ή την φύση των παραγόντων που εξηγούν την συνδιακύμανση μεταξύ των μεταβλητών, όταν ο ερευνητής δεν έχει εκ των προτέρων την κατάλληλη μαρτυρία για να σχηματίσει μια υπόθεση για τον αριθμό των παραγόντων που ερμηνεύουν τα δεδομένα. Ως εκ τούτου, αυτό το είδος της παραγοντικής ανάλυσης, προσφέρει υποστήριξη στην διάχυση μιας θεωρίας, παρά στον έλεγχο αυτής της θεωρίας⁴⁴⁶. Ο Mulaik συμπεραίνει: «δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία ότι η διερευνητική παραγοντική ανάλυση είναι χρήσιμη για την διαμόρφωση υποθέσεων προς διερεύνηση, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι και η μοναδική μέθοδος. Με αυτή τη λογική, η απευθείας εμπειρία και επαφή κάποιου με ένα φαινόμενο είναι τις περισσότερες φορές ο απλούστερος τρόπος για την διαμόρφωση αυτών των υποθέσεων»⁴⁴⁷.

Από τη στιγμή που μέσω της διαδικασίας της παραγοντικής ανάλυσης προσδιορίζεται αν και κατά πόσο οι παράγοντες σχετίζονται μεταξύ τους, η διερευνητική παραγοντική ανάλυση βοηθά τους ερευνητές να τεκμηριώσουν την εγκυρότητα κατασκευής των ερωτήσεων της κλίμακας. Ας μην ξεχνάμε ότι η πλειονότητα των σημαντικών ερευνών είχαν διερευνητικό προφίλ^{441,448}. Αυτή η συσχέτιση διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης και εγκυρότητας κατασκευής, απετέλεσε σημείο αιχμής για τους στατιστικούς, με πρώτον τον Nunnally να υπογραμμίζει ότι «οι διερευνητικές μέθοδοι δεν συνιστούν ούτε έναν βασιλικό δρόμο προς την αλήθεια, ούτε κατ' ανάγκη». Από εκεί και πέρα, ακολούθησαν και άλλες κριτικές όπως του Mulaik: «δεν υπάρχουν προφανείς τρόποι για να αντλήσουμε γνώση από την εμπειρία, παρά μόνο αν κάνουμε εκ των προτέρων ορισμένες παραδοχές». Από την άλλη μεριά, η διερευνητική παραγοντική ανάλυση, ακολουθεί ένα γραμμικό μοντέλο κατάλληλο για συγκεκριμένη κατηγορία δεδομένων, γεγονός που ερμηνεύει με εσφαλμένο τρόπο μη γραμμικές σχέσεις δεδομένων. Οι τεχνικές της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης, δεν μας δίνουν κάποια ένδειξη σφάλματος των απόψεων κάποιου, από τη στιγμή που η τεχνική σχεδιάστηκε για να ταιριάζει τα δεδομένα. Έτσι, μπορεί να προτείνει κάποιες υποθέσεις, ωστόσο δεν επικυρώνει τη γνώση. Αυτό μοιραία οδηγεί σε μια δυσκολία ερμηνείας των ίδιων των παραγόντων που προκύπτουν.

3.3.1.2. Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (*confirmatory factor analysis*)

Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, συνιστά ένα μοντέλο για τον έλεγχο μιας θεωρίας, καθώς ο ερευνητής ξεκινά με μια υπόθεση πριν την ανάλυση. Μια υπόθεση η οποία

βασίζεται σε μια ισχυρή θεωρία ή μια παρατήρηση, ενώ ορίζει ποιες μεταβλητές θα σχετίζονται με ποιους παράγοντες, όπως επίσης και ποιοι παράγοντες θα σχετίζονται μεταξύ τους⁴⁴⁶. Εξ' ορισμού λοιπόν, αυτού του είδους η παραγοντική ανάλυση, είναι πιο αξιόπιστη στην αξιολόγηση της εγκυρότητας κατασκευής της. Έχοντας προσδιορίσει –ο ερευνητής- εκ των προτέρων, τους παράγοντες, είναι σε θέση να τους συγκρίνει με αυτούς που βρέθηκαν από μια ομάδα δεδομένων, προκειμένου να προσδιορίσει την καταλληλότητα (goodness of fit) του μοντέλου.

3.3.1.3. Μορφές παραγοντικής ανάλυσης

A. Παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών (principal factor analysis):

Είναι η πιο συχνή μορφή παραγοντικής ανάλυσης που χρησιμοποιεί γραμμικό συνδυασμό των μεταβλητών, τέτοιοι ώστε να εξάγεται η μεταβλητή με την μεγαλύτερη διακύμανση. Μετά την εξαγωγή αυτής της μεταβλητής, ακολουθεί ένας δεύτερος γραμμικός συνδυασμός που εξηγεί τη μέγιστη ποσόστωση της διακύμανσης που απομένει κ.ο.κ. Αυτή η μέθοδος καλείται και *μέθοδος κυρίου άξονα* (principal axis method) και οδηγεί σε ορθογώνιους (μη σχετιζόμενους) παράγοντες.

B. Κανονική παραγοντική ανάλυση (canonical factor analysis)

Γ. Ανάλυση κύριων παραγόντων (principal factor analysis)

Δ. R-mode παραγοντική ανάλυση:

E. Q-mode παραγοντική ανάλυση:

Στην περίπτωση αυτή, οι γραμμές είναι οι περιπτώσεις και οι στήλες είναι οι μεταβλητές. Ένα πρόβλημα με αυτού του είδους την παραγοντική ανάλυση είναι οι αρνητικές φορτίσεις στους παράγοντες που δεν έχουν πάντα μια σαφή ερμηνεία. Είναι η μέθοδος που εκτιμά τις συσχετίσεις μεταξύ των υποκειμένων.

3.3.1.4. Κριτήρια για τον προσδιορισμό των παραγόντων

Η αναζήτηση των παραγόντων γίνεται με βάση κάποια κριτήρια⁴⁴⁹ τα οποία –σύμφωνα με την συχνότητα χρήσης στις κοινωνικές επιστήμες- είναι:

- **Το κριτήριο Kaiser:** ο κανόνας του Kaiser⁴⁵⁰, προτείνει την απόρριψη των παραγόντων με ιδιοτιμή (eigenvalue) μικρότερη ή ίση του 1.0. Η ιδιοτιμή ενός παράγοντα, αντιπροσωπεύει την διακύμανση σε όλους τους παράγοντες που ερμηνεύεται από τον συγκεκριμένο παράγοντα. Υπολογίζεται ως το άθροισμα του τετραγώνου των παραγοντικών του φορτίσεων για όλες τις μεταβλητές.
- **Scree plot ή Scree test:** προτάθηκε από τον Cattell⁴⁵², ο οποίος προτείνει την αποδοχή τόσων παραγόντων όσων αντιστοιχούν σε ιδιοτιμή μεγαλύτερη του 1.
- **Το ποσοστό της συνολικής διακύμανσης:** που ερμηνεύουν οι παράγοντες και το οποίο θεωρείται σημαντικό όταν είναι μεγαλύτερο από το 80%. Στην ουσία όμως, στην πλειοψηφία των ερευνών αυτό είναι πάρα πολύ δύσκολο να επιτευχθεί.
- **Το κριτήριο Joliffe:** πρόκειται για έναν κανόνα που χρησιμοποιείται ελάχιστα και προτείνει ως αποδεκτές παραγοντικές φορτίσεις όσες είναι πάνω από .70 που κατά άλλους θεωρούνται πολύ υψηλές⁴⁵².
- **Το είδος της στρέψης:** η στρέψη των αξόνων καθιστά πιο εύκολη την ερμηνεία των παραγόντων. Το άθροισμα των ιδιοτιμών δεν επηρεάζεται από το είδος της στρέψης, δεν συμβαίνει όμως το ίδιο με τις ιδιοτιμές συγκεκριμένων παραγόντων. Συγκεκριμένα:

1. *καμιά στρέψη*: η ανάλυση κυρίων συνιστωσών, χωρίς στρέψη των αξόνων μεγιστοποιεί το άθροισμα των τετραγώνων των παραγοντικών φορτίσεων, διαμορφώνοντας έναν αριθμό παραγόντων που εξηγούν την μεγαλύτερη δυνατή διασπορά, δυσκολεύοντας όμως την ερμηνεία των παραγόντων, καθώς οι μεταβλητές τείνει να φορτίζουν πολλούς παράγοντες ταυτοχρόνως,
 2. *varimax στρέψη (variance maximizing rotation)*: είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος στρέψης των αξόνων. Ονομάζεται έτσι, διότι ο στόχος μας από την στρέψη είναι η μεγιστοποίηση της διακύμανσης της νέας μεταβλητής που είναι ο παράγοντας (factor), μειώνοντας την διακύμανση γύρω από το νέο παράγοντα. Πρόκειται για μια ορθογώνια στρέψη, που στοχεύει στην μεγιστοποίηση της διακύμανσης των τετραγώνων των φορτίσεων ενός παράγοντα (στήλη) για όλες τις μεταβλητές (γραμμή) σε έναν πίνακα φόρτισης παραγόντων, διαφοροποιώντας τις γνήσιες μεταβλητές από τους εξαγχθέντες παράγοντες. Αυτό πρακτικά σημαίνει μειώνεται ο αριθμός των μεταβλητών που παρουσιάζουν υψηλές φορτίσεις σε κάθε έναν παράγοντα. Είναι η μέθοδος εκλογής για όσους ζητούν ερμηνεία των παραγόντων τους.
 3. *quartimax στρέψη*
 4. *equimax στρέψη*
 5. *direct oblimin στρέψη*
 6. *promax στρέψη*
- **Φορτίσεις**: σε γενικές γραμμές παραγοντικές φορτίσεις της τάξης του .71 θεωρούνται πολύ υψηλές, .63 υψηλές, .55 ικανοποιητικές, .45 μέτριες, .32 χαμηλές και κάτω από .30 μη αξιολογήσιμες⁴⁵². Οι περισσότεροι ερευνητές διατείνονται ότι δεν υπάρχει κάποια ομοφωνία στα νούμερα, ωστόσο συμφωνούν στο κατώφλι .30 ή .35 ως την μικρότερη αποδεκτή τιμή φόρτισης. Οι Norman και Streiner δίνουν μια εναλλακτική φόρμουλα για τον υπολογισμό της ελάχιστης αποδεκτής φόρτισης για δείγμα μεγαλύτερο ή ίσο των 100 ατόμων⁴⁵³:

$$\text{Min } \Phi.Π. = 5.152 / [\text{SQRT} (N-2)] \quad (1)$$

Ένας άλλος κανόνας ορίζει μια φόρτιση μικρότερη του .40 ως «ασθενή» και μεγαλύτερη του .60 ως «ισχυρή». Οι ενδιάμεσες φορτίσεις χαρακτηρίζονται «μέτριες». Για διχοτόμες μεταβλητές, φορτίσεις άνω του .45 θεωρούνται «υψηλές» ενώ για κλίμακες Likert άνω του .60. Όμως και αυτοί οι κανόνες θεωρούνται αυθαίρετοι.

Δεν υπάρχει επιστημονική απάντηση στην ερώτηση πόσες περιπτώσεις (cases) απαιτούνται για την εκτέλεση παραγοντικής ανάλυσης, καθώς οι απόψεις δίστανται. Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, καταλήγει κανείς στα ακόλουθα:

1. **ο κανόνας των 10**: θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 10 περιπτώσεις για κάθε μια ερώτηση της κλίμακας που χρησιμοποιείται⁴¹³. Αυτό ισχυρίζεται και η Hulka η οποία πρότεινε κάποιες μεθόδους για την ανάπτυξη μιας έγκυρης κλίμακας που να εκτιμά την ικανοποίηση των ασθενών⁴⁵⁴. Όταν η αναλογία είναι μικρότερη, αυξάνεται η πιθανότητα τυχαίας διακύμανσης που επηρεάζει την δομή των παραγόντων.
2. **αναλογία ατόμων/μεταβλητές**: η αναλογία ατόμων προς μεταβλητές⁴⁵⁵ δεν πρέπει να είναι μικρότερη από 5,
3. **ο κανόνας των 100**: ο αριθμός των ατόμων του δείγματος πρέπει να είναι 5 φορές μεγαλύτερος του αριθμού των μεταβλητών, ή να είναι 100. Ίσως χρειαστούν περισσότερα άτομα αν οι κοινότητες διακύμανσης των παραγόντων είναι μικρές και/ή λίγες μόνο μεταβλητές φορτίζουν σε κάθε παράγοντα⁴⁵⁶,

4. **ο κανόνας των 150:** οι Hutcheson και Sofroniou προτείνουν τουλάχιστον 150-300 περιπτώσεις⁴⁵⁷,
5. **ο κανόνας των 200:** πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 200 περιπτώσεις ανεξάρτητα από την αναλογία ατόμων προς μεταβλητές⁴⁴¹,
6. **ο κανόνας της σημαντικότητας:** θα πρέπει να υπάρχουν 51 περισσότερες περιπτώσεις από τον αριθμό των μεταβλητών για την δοκιμασία χ^2 ,

Ο Ware έδωσε μια εξήγηση μη επιτυχούς παραγοντικής ανάλυσης, κυρίως σε ό,τι αφορά την στάθμιση κλιμάκων για την ικανοποίηση των ασθενών, με στόχο την επιβεβαίωση των παραγόντων: «μεταξύ των ασθενών με λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης, υπάρχει η τάση να συμφωνούν με όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας, κάτι που επηρεάζει –θετικά ή αρνητικά- ακόμη και σε ποσοστό 25% την διακύμανση, στους πίνακες συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων»¹⁴⁵. Έτσι, μειώνεται η δυνατότητα ερμηνείας των ίδιων των παραγόντων. Ένας επιπλέον «συγχυτικός» παράγοντας ερμηνείας είναι η αδυναμία των ασθενών να διαχωρίσουν την φροντίδα (care) από την θεραπεία (cure).

3.3.1.5. Η καταλληλότητα της δειγματοληψίας

Η καταλληλότητα της δειγματοληψίας (sampling adequacy) εκτιμάται με τον δείκτη Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)⁴⁵⁰. Υπάρχει ένας KMO για κάθε μεταβλητή, που κυμαίνεται από 0 έως 1.0. Το αποδεκτό KMO σκορ για την πραγματοποίηση μιας παραγοντικής ανάλυσης είναι μεγαλύτερο από 0.6. Στην σχετική βιβλιογραφία για την ικανοποίηση των ασθενών, δεν αναφέρεται ο δείκτης KMO. Ανάμεσα στους ελάχιστους ερευνητές που το κάνουν, είναι ο Andrew Thompson ο οποίος αναφέρει έναν $KMO=0.89$ σε ένα δείγμα 1.357 ασθενών²²⁰.

3.3.1.6. Η στρέψη των αξόνων

Για την περιστροφή των παραγόντων, απαιτείται μια σαφής μεθοδολογία⁴⁴¹. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα κριτήρια, με προεξάρχοντα αυτά του Thurstone⁴⁵⁸:

- * κάθε μεταβλητή θα πρέπει να έχει έναν τουλάχιστον μηδενικό συντελεστή φόρτισης του παράγοντα,
- * κάθε παράγοντας πρέπει να διαθέτει μια σειρά μεταβλητών των οποίων οι συντελεστές φόρτισης του παράγοντα είναι μηδενικοί,
- * για κάθε ένα ζεύγος παραγόντων, μια μεγάλη αναλογία των μεταβλητών πρέπει να έχει μηδενικούς συντελεστές φόρτισης και στους δυο παράγοντες, για κάθε φορά που προκύπτουν 4 παράγοντες,
- * για κάθε ζεύγος παραγόντων, θα πρέπει να υπάρχει μόνο ένας μικρός αριθμός μεταβλητών με μη μηδενικούς συντελεστές.

Ο κυριότερος λόγος για τον οποίο ο Thurstone πρότεινε αυτά τα κριτήρια για την στρέψη των αξόνων των παραγόντων, είναι το γεγονός ότι η δομή του παράγοντα πρέπει να παραμένει η ίδια ανεξάρτητα από τον αριθμό των μεταβλητών που τον περιγράφουν. Όταν βέβαια υπάρχει μόνο ένας παράγοντας, η στρέψη είναι περιττή.

Οι τρόποι στρέψης των αξόνων χωρίζονται σε δυο κατηγορίες: την πλάγια (oblique) ή μη ορθογώνια και την ορθογώνια (orthogonal) στρέψη που αναφέρονται στην σελίδα 70. Η πλάγια στρέψη χρησιμοποιείται πολύ σπάνια στις κοινωνικές έρευνες, διότι παρόλο που καθιστά πιο ευδιάκριτες τις σχέσεις μεταβλητών και παραγόντων, κάνει πολύ δύσκολη την διάκριση μεταξύ των παραγόντων. Χρησιμοποιείται ωστόσο, στην επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, στην περίπτωση που η θεωρία υποδεικνύει δυο παράγοντες που

σχετίζονται μεταξύ τους. Στην διερευνητική παραγοντική ανάλυση, ο ερευνητής δεν διαθέτει κάποια θεωρητική βάση για να γνωρίζει πόσοι είναι οι παράγοντες και ποιοι είναι. Η ορθογώνια στρέψη συνιστάται επειδή έχει το πλεονέκτημα της απλότητας⁴⁵⁹ και επειδή τα αποτελέσματα είναι περισσότερο ερμηνεύσιμα και εφαρμόσιμα στο μέλλον, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι κατ' ανάγκη αντιπροσωπευτική της πραγματικότητας, κάτι που συνιστά ένα μειονέκτημα της μεθόδου. Ωστόσο, τα οφέλη της ορθογώνιας στρέψης υποσκελίζουν τις αδυναμίες της. Εάν η πλάγια στρέψη των αξόνων μας δίνει αποτελέσματα που ταιριάζουν καλύτερα στα δεδομένα του δείγματος, τότε η ορθογώνια στρέψη δίνει αποτελέσματα που ταιριάζουν καλύτερα τα δεδομένα του ερευνών του παρελθόντος και του μέλλοντος. Αυτό συμβαίνει διότι υπάρχει μικρότερο σφάλμα δειγματοληψίας στην ορθογώνια στρέψη.

Οι Pedhazur & Schmelkin, για λόγους εγκυρότητας της εννοιολογικής κατασκευής, προτείνουν την ταυτόχρονη χρήση της ορθογώνιας και της πλάγιας στρέψης των αξόνων⁴⁵⁹. Αν στην πορεία προκύψει ότι οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων είναι αμελητέες, τότε υποστηρίζεται η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της ορθογώνιας στρέψης. Ακόμη όμως και στην αντίθετη περίπτωση, είναι απλούστερη η ορθογώνια στρέψη. Στην παραγοντική ανάλυση, το ποσοστό της διακύμανσης που οφείλεται σε κοινούς παράγοντες καλείται κοινότητα διακύμανσης των παραγόντων (ΚΔΠ) (*communality*). Πρόκειται για το άθροισμα των τετραγώνων των φορτίσεων των παραγόντων για μια δεδομένη μεταβλητή (γραμμή) που αντιστοιχεί στην διακύμανση σε αυτή τη μεταβλητή η οποία ερμηνεύεται από όλους τους παράγοντες. Μια επιπλέον ενέργειά μας λοιπόν όταν εκτελούμε παραγοντική ανάλυση θα πρέπει να είναι η εκτίμηση των ΚΠΔ, για κάθε ερώτηση της κλίμακας δηλαδή του ποσοστού της διακύμανσης που είναι κοινή για κάθε ερώτηση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις. Οι ΚΠΔ ερμηνεύονται πάντα σε συνάρτηση με την ερμηνεία των παραγόντων. Έτσι, μια ΚΠΔ .75 φαίνεται μεγάλη εφόσον ο παράγοντας στον οποίο φορτίζει η μεταβλητή ερμηνεύεται. Μια ΚΠΔ .25 ίσως μοιάζει μικρή, ωστόσο έχει αξία εάν συναρτάται με έναν ερμηνεύσιμο παράγοντα. Συνεπώς ο παράγοντας είναι εκείνος που προσδιορίζει τα χαρακτηριστικά της τιμής της ΚΠΔ.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΡΑΦΤΟΠΛΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

1. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1. Οι ασθενείς της ποιοτικής έρευνας

Στην ποιοτική έρευνα συμμετείχαν 24 ηλικιωμένοι ασθενείς (12 από ένα νοσοκομείο της Αθήνας και 12 από ένα νοσοκομείο της Επαρχίας) από 1 παθολογική, 1 χειρουργική, 1 ουρολογική και 1 ορθοπαιδική κλινική και είχε ως αφετηριακό προσανατολισμό την αναζήτηση των προσδιοριστικών παραγόντων της ικανοποίησης των ασθενών και της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας. Η επιλογή των ηλικιωμένων που θα συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα έγινε με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

- να δηλώσουν την πληροφορημένη τους συναίνεση για την συμμετοχή στην έρευνα,
- να είναι ηλικίας άνω των 65 ετών,
- να μπορούν να επικοινωνήσουν,
- να μην πάσχουν από άνοια, ψύχωση και
- να νοσηλεύονται τουλάχιστον για 3 ημέρες.

Στον πίνακα 1 βρίσκονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η μέση διάρκεια νοσηλείας των 24 ασθενών του δείγματος ήταν 7.17 ημέρες με μια σταθερή απόκλιση 4.62 ημέρες.

Πίνακας 1

Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της ποιοτικής έρευνας

	N	%
Φύλο		
Άνδρες	14	58.3
Γυναίκες	10	41.7
Ηλικιακή ομάδα		
65-74	16	66.7
75-84	7	29.2
85+	1	4.2
Χρόνια εκπαίδευσης		
0 (Αναλόφαβητος)	1	4.2
2-7	16	66.6
8-13	7	29.2
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένος	12	50
Χήρος	12	50
Επάγγελμα		
Χειρώνακτας	6	25
Μη χειρώνακτας	6	25
Αγρότης	8	33.3
Οικιακά	4	16.7
Τόπος μόνιμης διαμονής		
Αθήνα	14	58.3
Επαρχία	10	41.7
Ημέρες νοσηλείας		

3-8	19	79.2
9-15	3	12.5
> 16	2	8.3
Κλινική		
Χειρουργική	15	62.5
Παθολογική	4	16.7
Ορθοπαιδική	3	12.5
Ουρολογική	2	8.3

1.2. Μέθοδος της ποιοτικής έρευνας

1.2.A. Συνέντευξη

Η λήψη της συνέντευξης έγινε στο δωμάτιο των ασθενών και ήταν η πρώτη φορά που οι ασθενείς έβλεπαν και γνώριζαν τον ερευνητή. Επειδή επρόκειτο για ηλικιωμένους ασθενείς με διαφορετικό προφίλ ασθένειας και κατάσταση της υγείας τους, που δεν επέτρεπε την εύκολη μετακίνησή τους, αποφασίστηκε η λήψη της συνέντευξης να γίνει στο δωμάτιο που νοσηλεύονταν, ζητώντας από τους επισκέπτες να απομακρυνθούν για όσο χρονικό διάστημα απαιτούσε η ολοκλήρωση της συνέντευξης. Όπου αυτό ήταν δύσκολο, προτιμήθηκαν ηλικιωμένοι ασθενείς που νοσηλεύονταν μόνοι τους στο δωμάτιο, κάτι που ήταν εφικτό αφού επιλέξαμε ένα περιφερειακό νοσοκομείο των Αθηνών και το νοσοκομείο της Λαμίας. Οι συνεντεύξεις κράτησαν από 30 έως 60 λεπτά.

Οι εις βάθος συνεντεύξεις (in-depth interviews) αποτελούν την πιο ισχυρή τεχνική⁴⁶⁰. Λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη διασφάλισης της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας στην συλλογή των ποιοτικών δεδομένων, αναλύονταν με συνεχή τρόπο, δίνοντας τέτοια ανατροφοδότηση στους ασθενείς για συμπληρωματικά σχόλια, ώστε έφθαναν στο σημείο που δεν είχαν να προσθέσουν κάποια άλλη σκέψη. Αυτό για κάποιους επιτυγχάνονταν με ευκολία και για άλλους με πολύ μεγάλη δυσκολία, καθώς έχουν την τάση να απαντούν μονολεκτικά και με έναν ομοιογενή τρόπο.

Για τις πρώτες 10 συνεντεύξεις, χρησιμοποιήθηκε ένας δεύτερος συνεντευκτής ο οποίος κατέγραφε την θεματολογία, την τυπολογία και το περιεχόμενό τους. Σε κάποιες συνεντεύξεις συμμετείχε και ο φροντιστής του ηλικιωμένου που ήταν συνήθως ο/η σύζυγος ή το παιδί. Σε δυο περιπτώσεις, οι ασθενείς δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην συνέντευξη, αλλά ο φροντιστής μας το απαγόρευσε λειτουργώντας –πατερναλιστικά- σαν «προστάτης» τους, προφασιζόμενος δικαιολογίες όπως: είναι κουρασμένος, κάποια άλλη στιγμή, ρωτήστε καλύτερα εμένα ό,τι θέλετε. Αναγκαστήκαμε λοιπόν να μην συμπεριλάβουμε στην ανάλυση αυτές τις δυο περιπτώσεις.

Επειδή φαινόμενα όπως η ικανοποίηση και η ποιότητα της φροντίδας αποτελούν πολυδιάστατες έννοιες οι οποίες εκ των πραγμάτων δημιουργούν ερμηνευτικό προηγούμενο στον ερευνητή, αποφασίσαμε να ζητήσουμε την συνεργασία ενός ερευνητή με εξειδικευμένες σπουδές και πείρα στην Συμβουλευτική και τη συνέντευξη. Για 10 συνεντεύξεις των ασθενών, παραμείναμε ως ακροατές και αρκεστήκαμε στο να κρατούμε σημειώσεις, ακριβώς γιατί πιστέψαμε στην σπουδαιότητα της αποκομιζόμενης εμπειρίας ως ακροατές. Μετά από κάθε συνέντευξη είχαμε την ευκαιρία να ανταλλάξουμε απόψεις και να διασταυρώσουμε τις ερευνητικές μας υποθέσεις. Με την μέθοδο αυτή, μπορούμε να διασφαλίσουμε τον έλεγχο της ποιότητας της ταξινόμησης των κωδίκων⁴⁶¹. Πρωταρχικός στόχος δεν υπήρξε η ταύτιση των απόψεων, αλλά ο δημιουργικός συγκερασμός και η περαιτέρω μελέτη των σημείων στα οποία διαφωνούσαμε ως προς την ερμηνεία.

Επικεντρώσαμε το ενδιαφέρον μας στην ανάλυση του περιεχομένου των συνεντεύξεων, παραθέτοντας τις λίστες με τις κατηγορίες των κωδίκων, όπως προκύπτουν από τις προτάσεις των ασθενών.

Ακολούθως επιχειρήσαμε να απαντήσουμε στο ερώτημα: «*οι ασθενείς που κάνουν την δήλωση Α, τείνουν να κάνουν και την δήλωση Β;*». Με τον τρόπο αυτό, θελήσαμε να αναζητήσουμε την γραμμικότητα των εννοιών: *εκπλήρωση των προσδοκιών, βαρύτητα συγκεκριμένων διαστάσεων της φροντίδας, ποιότητα της φροντίδας και ικανοποίηση από αυτήν*. Δηλαδή έννοιες που διαμόρφωσαν και την βασική ερευνητική υπόθεση.

Οι ερωτήσεις που τέθηκαν ήταν:

1. *περιγράψτε μου σας παρακαλώ τι σημαίνει ποιότητα για εσάς,*
2. *περιγράψτε μου σας παρακαλώ τι θεωρείτε πιο σημαντικό κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο,*
3. *περιγράψτε μου σας παρακαλώ τι θα θέλατε να αλλάξει στη φροντίδα σας,*
4. *περιγράψτε μου σας παρακαλώ τι θα θέλατε να βελτιωθεί στη φροντίδα σας,*
5. *περιγράψτε μου σας παρακαλώ τι σας ικανοποίησε μέχρι τώρα στο νοσοκομείο,*
6. *περιγράψτε μου σας παρακαλώ τι περιμένετε από το νοσοκομείο και το προσωπικό όσο καιρό νοσηλεύεστε στο νοσοκομείο,*
7. *περιγράψτε μου σας παρακαλώ πως αισθάνεστε μέσα στο νοσοκομείο.*

1.2.B. Ομάδες στόχος

Αν προσπαθήσει κάποιος ερευνητής να αποσπάσει μια συνέντευξη από έναν ηλικιωμένο ασθενή –κυρίως της επαρχίας- και μάλιστα για ένα θέμα όπως η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, διαπιστώνει πολύ γρήγορα ότι θα μπορούσε να αποσπάσει περισσότερες πληροφορίες εάν εκμεταλλευτεί την δυναμική της ομάδας των ηλικιωμένων ασθενών που έτυχε να νοσηλεύονται στο ίδιο δωμάτιο. Έτσι, αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε την τεχνική της «*ομάδας στόχου*» μια μορφή ποιοτικής έρευνας που χρησιμοποιεί ως εργαλείο τη συνέντευξη της ομάδας⁴⁶²⁻⁴⁶⁴. Είναι αναμφισβήτητα ένας ασφαλής τρόπος για να δούμε όχι μόνο τι σκέφτονται οι ασθενείς, αλλά πως το σκέφτονται και γιατί σκέφτονται έτσι. Είναι ίσως η πιο ευπρόσδεκτη και κατάλληλη τεχνική για τους ηλικιωμένους ασθενείς και ο μόνος τρόπος για να κινητοποιηθούν εκείνοι οι ασθενείς που αισθάνονται απομονωμένοι ή δεν έχουν *τίποτε να πουν*. Χρησιμοποιείται ευρέως στον χώρο του μάρκετινγκ και πιο συστηματικά στις κοινωνικές επιστήμες αλλά και για την αξιολόγηση της ποιότητας από τις παρεχόμενες δημόσιες υπηρεσίες⁴⁶⁵⁻⁴⁶⁷ και από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες⁵. Ουσιαστικά, η συγκρότηση αυτών των ομάδων θέτει τον συνεντευξιαζόμενο σε μια ανασκόπηση κάποιας αλληλουχίας γεγονότων που επηρεάζουν την τελική του στάση και συμπεριφορά. Οι Morgan D.L. και Kreuger R.A. τονίζουν ότι οι ομάδες στόχος, είναι ιδιαίτερα χρήσιμες όταν υπάρχει μια διάχυτη διαφοροποίηση της «*δύναμης*» του συνεντευξιαζόμενου από τον συνεντευκτή, σε αντίθεση με την συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου όπου υπάρχει η εντύπωση του έντονου παρασκηνίου πίσω από αυτό^{466,467}.

Για να εξασφαλίσουμε την ομοιογένεια της ομάδας, οι ασθενείς μας επιλέχθηκαν με κριτήριο το φύλο. Συγκροτήσαμε 4 ομάδες στόχους στα ακόλουθα νοσοκομεία: (1) ΠΓΝ Ρόδου: 4 ηλικιωμένοι ασθενείς, (2) ΝΓΝ Αγρινίου: 3 ασθενείς, (3) ΠΓΝ Νέας Ιωνίας «Αγία Όλγα»: 3 ασθενείς, (4) ΝΓΝ Λαμίας: 3 ασθενείς. Οι ερευνητικές ερωτήσεις που τέθηκαν στους ασθενείς ήταν: «*τι σημαίνει για εσάς ποιότητα της φροντίδας;*» και «*ποιοι είναι εκείνοι οι παράγοντες της φροντίδας που σας κάνουν να αισθάνεστε ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι από την παραμονή σας στο νοσοκομείο;*». Ζητήσαμε από τους ασθενείς να θυμηθούν ποια ήταν η πιο ευχάριστη και η πιο δυσάρεστη πλευρά της φροντίδας που έλαβαν μέχρι την ημέρα της συνέντευξης και τι θα πρότειναν για να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται.

Αυτή η δυνατότητα διαπροσωπικής επικοινωνίας με τον ερευνητή ως θεματοθέτη και ουδέτερο ακροατή, ήταν το μέσο για την ανάδειξη των αξιών και των κανόνων της ομάδας των ασθενών, οι οποίες φάνηκε να έχουν ένα πολιτισμικό υπόβαθρο. Οι μηχανισμοί επικοινωνίας της ομάδας ήταν: το χιούμορ, η διασταύρωση απόψεων μεταξύ τους και η περιγραφή συγκεκριμένων περιστατικών της φροντίδας. Όλοι αυτοί οι μηχανισμοί οι οποίοι είναι σε τελική ανάλυση περιγραφικοί της ικανοποίησης των ασθενών και της εκληφθείσας ποιότητας κινούνταν ως δορυφόροι γύρω από την ασθένεια του καθενός που απετέλεσε και το επίκεντρο της πορείας σταδιοδρομίας του ασθενή. Προκειμένου να διασφαλίσουμε την εγκυρότητα της ποιοτικής μας έρευνας χρησιμοποιήσαμε τις ακόλουθες μεθόδους:

1. Τριγωνοποίηση (triangulation)

Με τη μέθοδο αυτή, συγκρίνονται τα αποτελέσματα όπως προκύπτουν από 2 ή περισσότερες μεθόδους συλλογής των δεδομένων. Σύμφωνα με τους Cohen L. & Manion L. η τριγωνοποίηση είναι μια τεχνική έρευνας την οποία πολλοί αποδέχονται καταρχήν, αλλά μόνο μια μειοψηφία τη χρησιμοποιεί στην πράξη και καταλήγουν: *η έρευνα είναι μια πραγματική πανδαισία τριγωνοποιήσεων*⁴⁶⁸. Έχει ιδιαίτερη αξία όταν ένα σύνθετο φαινόμενο, όπως η ικανοποίηση των ασθενών, χρειάζεται διευκρίνιση. Οι τεχνικές τριγωνοποίησης στις κοινωνικές επιστήμες, επιχειρούν να σχεδιάσουν ή να εξηγήσουν τον πλούτο και την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, εξετάζοντάς την από περισσότερες οπτικές γωνίες και το κάνουν χρησιμοποιώντας και ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα. Ο Smith, ισχυρίζεται ότι ενώ οι ερευνητικές μέθοδοι λειτουργούν ως φίλτρα μέσα από τα οποία βιώνεται επιλεκτικά το περιβάλλον, δεν είναι ποτέ μη θεωρητικές ή ουδέτερες στην αναπαράσταση του εμπειρικού κόσμου⁴⁶⁹.

Η αρχή της τριγωνοποίησης απεικονίζεται με τον απλούστερο τρόπο σε μια τυπική «κλίμακα στάσεων»⁴⁷⁰. Ένα θέμα, ή «δείκτης εντοπισμού», από μόνο του μπορεί να μας πει πολύ λίγα για τη στάση του ασθενή σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση του ασθενή από αυτήν. Δέκα όμως –για παράδειγμα- τέτοια σχετιζόμενα θέματα, ή «δείκτες τοποθέτησης», θα δώσουν μια πολύ πληρέστερη εικόνα. Ο Denzin, έχει διευρύνει την έννοια της τριγωνοποίησης ώστε να συμπεριλάβει αρκετά άλλα είδη, καθώς και το πολύ-μεθοδικό είδος, το οποίο ονομάζει «μεθοδολογική τριγωνοποίηση». Τα είδη αυτά είναι: *η χρονική, η τοπική, τα συνδυασμένα επίπεδα, η ερευνητική και η μεθοδολογική τριγωνοποίηση*. Εμείς στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήσαμε: 1) την τοπική τριγωνοποίηση, 2) την μεθοδολογική και 3) την ερευνητική. Είναι η πρώτη φορά που χρησιμοποιούνται αυτές οι μέθοδοι που είναι πολύ συχνές στην εκπαιδευτική έρευνα⁴⁷⁰.

Η τοπική τριγωνοποίηση επιχειρεί να υπερβεί τους περιορισμούς που παρουσιάζουν οι μελέτες που διεξάγονται μέσα σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό ή σε μια πληθυσμιακή υποομάδα. Όπως αναφέρει ο Smith, «*οι επιστήμες της συμπεριφοράς δεν έχουν μόνον πολιτισμικούς-πληθυσμιακούς περιορισμούς, αλλά και περιορισμούς στις πολιτισμικές-πληθυσμιακές υπο-ομάδες. Παρόλα αυτά, έχουν γραφτεί πολλές τέτοιες σοβαρές μελέτες, σαν να είχαν ανακαλύψει βασικές αρχές που θα μπορούσαν να ισχύουν ως τάσεις σε οποιαδήποτε κοινωνία, οπουδήποτε και οποτεδήποτε*»⁴⁷⁰. Πρόκειται για μια μέθοδο που έχει χρησιμοποιηθεί από τους Πιαζέ και Φρόιντ και όπως υποστηρίζει ο Levine R.A., είναι μια στρατηγική συγκλίνουσας επικύρωσης σε συγκριτικές μελέτες⁴⁷¹. Εμείς χρησιμοποιήσαμε την τοπική τριγωνοποίηση διεξάγοντας την έρευνα στην ίδια χώρα, σε μια ηλικιακή ομάδα (ηλικιωμένοι) χωρισμένη σε 3 υποομάδες (65-74, 75-84, 85+) και σε διαφορετικές περιοχές της Ελλάδος. Με τον τρόπο αυτό, διασφαλίζουμε την γενίκευση των αποτελεσμάτων μας, προσεγγίζοντας πιο επιτυχώς την στάση των ηλικιωμένων ασθενών.

Η θεωρητική τριγωνοποίηση, κινείται σε εναλλακτικές ή ανταγωνιστικές θεωρίες, αντί να χρησιμοποιεί μια μόνο άποψη. Εμείς αξιολογήσαμε κριτικά όλα τα εννοιολογικά

υποδείγματα που περιγράφουν τους όρους «εκληφθείσα ποιότητα» της φροντίδα και την «ικανοποίηση» από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, τα κυριότερα σημεία των οποίων παραθέσαμε στο γενικό μέρος της διατριβής. Επικεντρωθήκαμε στο εννοιολογικό υπόδειγμα για την ανάπτυξη της κλίμακας SERVQUAL και στο υπόδειγμα για την ανάπτυξη της κλίμακας QPP.

Η ερευνητική τριγωνοποίηση αναφέρεται στη χρήση περισσότερων του ενός ερευνητών (ή συμμετεχόντων) στην διεξαγωγή μιας έρευνας⁴⁶⁹. Όταν οι παρατηρητές και οι συμμετέχοντες εργάζονται ο καθένας από μόνος του, έχουν τους δικούς τους τρόπους παρατήρησης και αυτό αντανακλάται στα αποτελέσματα που προκύπτουν. Κατά συνέπεια, σύμφωνα με τον Smith, η επισταμένη χρήση δυο ή περισσότερων ερευνητών ή ανεξάρτητα συμμετεχόντων στην έρευνα, μπορεί να οδηγήσει σε πιο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα⁴⁶⁹. Και συμπληρώνει: «αν η απόκλιση των αποτελεσμάτων των ερευνητών είναι ελάχιστη, τότε μπορεί κάποιος να αισθάνεται περισσότερο βέβαιος για την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Αν διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό, τότε θα πρέπει να ερευνηθούν περαιτέρω οι πιθανές πηγές απόκλισης των μετρήσεων».

Ακολουθώντας τις παρατηρήσεις του Denzin διασφαλίσαμε:

- (1) την τριγωνοποίηση των μεθόδων για την λήψη των δεδομένων μας, χρησιμοποιώντας την εις βάθος συνέντευξη, την παρατήρηση και την συνέντευξη της ομάδας στόχου (focus groups) και
- (2) την τριγωνοποίηση των θεωριών, αναλύοντας και κωδικοποιώντας τις θεωρίες και τα εννοιολογικά υποδείγματα που περιγράφουν την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση από αυτήν⁴⁷².

2. Κωδικοποίηση-τυπολογία

Κάθε τυπολογία είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας ομαδοποίησης τύπων/εννοιών^{473,474}. Τα στοιχεία ενός τύπου πρέπει να είναι παρόμοια και οι διαφορές μεταξύ τους όσο πιο ισχυρές γίνεται. Κάθε τυπολογία βασίζεται στο πλαίσιο τύπων/εννοιών που προκύπτει από τον συνδυασμό τους. Εάν αυτοί οι συνδυασμοί αναπαριστώνται σε έναν πίνακα τότε είναι πιο εύκολη η θεωρητική ερμηνεία τους. Αυτή η διαδικασία καλείται «τυπολογική λειτουργία περιορισμού»⁴⁷⁵ (typological operation of reduction). Οι σημαντικότερες τεχνικές ανάλυσης περιεχομένου στην ποιοτική έρευνα είναι η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου σύμφωνα με τον Mayring και η αντικειμενική ερμηνευτική. Εμείς χρησιμοποιήσαμε την τεχνική ανάλυσης περιεχομένου κατά τον Mayring, που σκοπός της είναι η επεξεργασία ενός σύνθετου υλικού το οποίο προέρχεται από μια μορφή επικοινωνίας. Το σύνθετο περιεχόμενο από τα ίδια τα λεγόμενα του υπό έρευνα πληθυσμού συγκρίθηκαν για ομοιότητες και διαφορές με τις ερευνητικές ερωτήσεις και έπειτα κατηγοριοποιήθηκε. Οι κατηγορίες αντικατοπτρίζουν, σε διαφορετική γραμματική φόρμα, τα λεγόμενα του υπό έρευνα πληθυσμού και απεικονίζουν το αρχικό τους περιεχόμενο. Το σύνολο των πληροφοριών αυτής της αφαιρετικής κατηγοριοποιημένης διαδικασίας εξακολουθεί να αποτελεί και να παρουσιάζει την θεωρητική απόδοση των αρχικών λεγομένων του πληθυσμού. Η θεωρητική υπόσταση αναφορικά με το υπό έρευνα θέμα αξιολογείται ως έγκυρη σε περίπτωση που αυτή αξιολογηθεί ως σωστή από άτομα με παρόμοιες εμπειρίες ή τα ίδια τα λεγόμενα του υπό έρευνα πληθυσμού οδηγούν τον αναγνώστη με παρόμοιες εμπειρίες να τα ταυτίσει με την θεωρητική υπόσταση.

1.3. Αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας

1.3.1. Ανάλυση του περιεχομένου των συνεντεύξεων

1.3.1.A. Συνέντευξη

Μέσα από την ποιοτική έρευνα, διαπιστώσαμε ότι ο ηλικιωμένος ασθενής, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο, περνά από κάποια στάδια προσαρμογής και εξέλιξης, που περιγράφουν μια διαδικασία που την ονομάζουμε «*διαδικασία εν δυνάμει σταδιοδρομίας*». Η σταδιοδρομία, είναι ένα μονοπάτι που επιλέγει κάποιος και μια δυναμική σχέση διαπραγμάτευσης του εαυτού με τον «*κόσμο της φροντίδας*». Είναι η *συνισταμένη των εμπειριών που αποκομίζει κάποιος διαχρονικά μέσα από την επαφή του με το Σύστημα φροντίδας υγείας και περίθαλψης*. Η διαδικασία της μετάβασης από την φροντίδα στην αξιολόγησή της, εμπεριέχει μια αναπτυξιακή και εξελικτική δυναμική που συναρτάται με μια συνεχή διαδικασία *λήψης αποφάσεων*.

Ο βαθμός της σταδιοδρομίας, εξαρτάται από πληθώρα παραγόντων, όπως:

- η ηλικία του ασθενή,
- η συναισθηματική του κατάσταση,
- η διάθεσή του,
- τα κρίσιμα περιστατικά της φροντίδας (critical care events),
- κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες

Στον πίνακα 2 απεικονίζεται η τυπολογία της ικανοποίησης του ασθενή όπως αυτή διαμορφώνεται σε διάφορα επίπεδα (υψηλή, χαμηλή, ανύπαρκτη) και η συσχέτισή της με την σταδιοδρομία του ασθενή (επιτυχής, ανεπιτυχής). Όπως διαπιστώνουμε, εάν η ικανοποίηση του ασθενή είναι υψηλή και η σταδιοδρομία του επιτυχής (γρήγορη ανάρρωση, εκπλήρωση προσδοκιών κ.α.) τότε ο συνδυασμός που προκύπτει ερμηνεύει την Τύπο 1 ασθενή ο οποίος αισθάνεται μια διπλή ικανοποίηση.

Πίνακας 2

Σταδιοδρομία και ικανοποίηση του ασθενή από την φροντίδα

Επίπεδο ικανοποίησης	Σταδιοδρομία του ασθενή	
	Επιτυχής	Ανεπιτυχής
Υψηλό	Τύπος 1 «Διπλή ικανοποίηση»	Τύπος 2 «Επεισοδιακή ικανοποίηση»
Χαμηλό	Τύπος 3 «Οριακή ικανοποίηση»	
Ανύπαρκτη	Τύπος 4 «Μεταχιμακή ικανοποίηση»	

Στην περίπτωση που η σταδιοδρομία είναι ανεπιτυχής (μερικώς ή ολικώς) αλλά η ικανοποίηση είναι υψηλή, κάτι που υποδηλώνει στις περισσότερες φορές ότι η ικανοποίηση δεν σχετίζεται απόλυτα με την εκπλήρωση των προσδοκιών, προκύπτει ο Τύπος 2 των ασθενών ο οποίος αντλεί την ικανοποίησή του από «επεισόδια» της φροντίδας, τα οποία περιγράφουν μια συγκεκριμένη διάσταση της φροντίδας και τα οποία ο ασθενής τείνει να θεωρεί σημαντικότερα έναντι άλλων.

Όταν το επίπεδο της ικανοποίησης είναι χαμηλό, ανεξάρτητα από την έκβαση της σταδιοδρομίας του ασθενή, καταλήγουμε στον Τύπο 3 ασθενή ο οποίος διακρίνεται για την οριακή του ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Ο χαρακτηρισμός *οριακός* είναι σκόπιμος αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς αποφεύγουν να δηλώσουν δυσαρεστημένοι με κάποια διάσταση της φροντίδας, ίσως επηρεασμένοι από το φαινόμενο του φωτοστέφανου. Στην τελευταία περίπτωση που ο ασθενής δηλώνει «καθόλου ικανοποιημένος», ανεξάρτητα από την εξέλιξη της σταδιοδρομίας του, η μεταιχμιακή ικανοποίησή του έχει χαρακτηριστικά «συμμόρφωσης» με τη φροντίδα, καθώς έχει διαφορετικό βαθμό εξάρτησης από αυτήν και ως εκ τούτου αποφεύγει να «προκαλέσει» την ποιότητα της φροντίδας του.

Οι συνεντεύξεις αφού καταγράφηκαν, κωδικοποιήθηκαν προκειμένου να ομαδοποιήσουμε τις σκέψεις των ηλικιωμένων ασθενών για την παρεχόμενη φροντίδα. Έτσι, προέκυψαν κατηγορίες προσδιορισμού της συνολικότερης στάσης του ηλικιωμένου ασθενή:

1. παρατηρήσεις, σκέψεις
2. υποδείξεις,
3. συναισθήματα,

1. Παρατηρήσεις, σκέψεις

Μέσα από την ανοικτή συζήτηση, το πρώτο που προσλαμβάνει ο συνεντευκτής είναι γενικές σκέψεις και «διδαχές» για την φροντίδα, που έχουν ένα στοιχείο διυποκειμενικού ανατρεπτισμού. Αυτό σημαίνει ότι οι περισσότεροι γνωρίζουν ποια είναι η πραγματικότητα στον χώρο του νοσοκομείου και προτιμούν να συζητήσουν το δέον «γενέσθαι». Αν επιμείνει ο συνεντευκτής, τότε εισέρχονται σε λεπτομέρειες, οι οποίες σε κάποιους καλύπτονται με έναν μανδύα προστασίας του προσωπικού και σε άλλους ανοίγει τους ασκούς του Αιόλου για μια επιχειρηματολογία. Τα παραδείγματα που ακολουθούν επιβεβαιώνουν την προηγούμενη παρατήρηση:

Ασθενής 5: βλέπω και μόνος μου ότι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού γι' αυτό και δείχνω υπομονή. Όλα τα κορίτσια είναι πολύ καλά και ευγενικά.

Ασθενής 2: άκουσε παιδί μου όλοι κοιτούν να κάνουν τη δουλειά τους και κανείς δεν ενδιαφέρεται. Έχουμε γίνει μια ζούγκλα. Στην εποχή μου ο ένας άνθρωπος ενδιαφέρονταν για τον άλλον και υπήρχε σεβασμός, τώρα όλα αυτά έχουν σταματήσει. Πάμε συνεχώς από το κακό στο χειρότερο.

Ασθενής 9: δεν ξέρω εγώ τι είναι καλύτερο για την υγείας μου. Αυτό το γνωρίζει μόνο ο γιατρός. Δεν με ενδιαφέρει η ποικιλία στο φαγητό, δεν το θεωρώ ποιότητα και δεν θέλω να έχω δυνατότητα επιλογής αφού ο γιατρός ξέρει τι πρέπει να φάω. Ούτε θέλω να έχω πρόσβαση στον φάκελό μου. Μπορούν όμως να έχουν τα παιδιά μου. Δεν θέλω να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου, γιατί μου αρέσει να είμαι ανάμεσα σε κόσμο.

2. Υποδείξεις

Κάποιοι ασθενείς, είχαν μια ιδιαίτερη σχέση με την φροντίδα, υπό την έννοια ότι είτε εργάστηκαν σε αντίστοιχους χώρους, είτε λόγω της ασθένειάς τους αναγκάζονται να τους επισκέπτονται συχνά. Χαρακτηριστικά είναι τα ακόλουθα δυο παραδείγματα:

Ασθενής 10: δούλευα 20 χρόνια στην διοικητική υπηρεσία ενός μεγάλου νοσοκομείου και μπορώ να σου πω ότι όλα αυτά που με ρωτάς καλά είναι αλλά αυτό το οποίο θέλει ο ασθενής είναι η ευγένεια του προσωπικού και το ενδιαφέρον του. Τα υπόλοιπα είναι πράγματα τα οποία θέλουν πολύ προσπάθεια για να αλλάξουν. Εγώ έχω χαμηλές προσδοκίες από το σύστημα υγείας. Καταλαβαίνω τα προβλήματα που δημιουργούνται λόγω της έλλειψης του προσωπικού και δεν περιμένω να αφιερώσει το προσωπικό χρόνο για να συζητώ για τους φόβους μου αν και θα το ήθελα. Ωστόσο είμαι ικανοποιημένος με αυτά που μου προσφέρουν. Εκείνο που δεν θα ήθελα είναι να μου πει ο γιατρός την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας μου γιατί θα με πλήγωνε αν ήταν άσχημα τα νέα.

Ασθενής 14: εγώ παιδί μου πάσχω από μια φλεγμονή στο έντερο και έχω επισκεφτεί σχεδόν όλα τα νοσοκομεία. Όπως είναι το προσωπικό του νοσοκομείου Άγιοι Ανάργυροι δεν είναι κανένα άλλο. Με γνώριζαν γιατί πήγαινα και μου έκαναν ορό με αντιβίωση. Ήταν ευγενικοί, εξυπηρετικοί και το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν άριστο. Εδώ στο νοσοκομείο που βρίσκομαι τώρα, οπωσδήποτε δεν είναι όπως οι Άγιοι Ανάργυροι, αλλά είναι καλά, καθαρά και δεν έχω παράπονα από το προσωπικό. Ο ασθενής θέλει να του δίνεις κουράγιο και να μην τον βλέπεις σαν αριθμό κρεβατιού.

Αυτή η τάση των ασθενών για «υποδείξεις» αποτελεί μια ένδειξη αξιοπιστίας των συνεντεύξεων που πραγματοποίησε ο ερευνητής, σύμφωνα με τον Kitwood, δεδομένου ότι φανερώνει μια «πατρική φιλικότητα» του ερωτώμενου προς τον συνεντευκτή ερευνητή⁴⁷⁶.

3. Συναισθήματα

Η συναισθηματική κατάσταση, η συναισθηματική νοημοσύνη και η διάθεση του ηλικιωμένου ασθενή φαίνεται να διαδραματίζουν τον πλέον καταλυτικό ρόλο στον τρόπο που ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος της νοσηλείας και κατ' επέκταση στην στάση που διαμορφώνει απέναντι στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Το τελικό φορτίο που κουβαλά ο ηλικιωμένος είναι η συνισταμένη συναισθηματικών αποκρίσεων και βιωμάτων μιας ολόκληρης ζωής. Μέσα από τις συνεντεύξεις διαπιστώσαμε ότι οι ασθενείς με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη φαίνονταν περισσότερο ικανοποιημένοι ή αδιάφοροι για συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας, σε αντίθεση με αυτούς τους ασθενείς που εκδήλωναν ρηχά συναισθήματα με μια δεικτική ακαμψία, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν συχνότερα τον θυμό σαν προεξάρχον αξιολογικό συναίσθημα. Είναι χαρακτηριστικές οι απαντήσεις δυο ασθενών:

Ασθενής 1: άκουσε παιδί μου! Εγώ έζησα την κατοχή, έχασα 2 παιδιά και τον αδερφό μου. Τώρα ζω με την γυναίκα μου –στην Κάλυμνο- η οποία είναι κατάκοιτη και την φροντίζω εγώ ο ίδιος όσο μπορώ με αυτή τη σύνταξη που παίρνω (45.000 δραχμές). Λείπω 3 ημέρες και το μυαλό μου είναι πίσω σε αυτήν. Ευτυχώς έχω καλούς γειτόνους που την προσέχουν. Του είπα του γιατρού: κάνε ό,τι έχεις να κάνεις γρήγορα γιατί πρέπει να φύγω. Ούτε η ποιότητα με ενδιαφέρει ούτε τίποτε άλλο. Το μόνο που θέλω είναι να γίνω γρήγορα καλά για να γυρίσω πίσω στην γυναίκα μου.

Ασθενής 3: νοσηλεύομαι 30 μέρες. Πριν έρθω σε αυτό το νοσοκομείο ήμουν σε ένα άλλο και κόντευα να πεθάνω. Οι γιατροί σε αυτό το νοσοκομείο που βρίσκομαι τώρα μου έσωσαν τη ζωή. Τους έδωσα χίλιες ευχές. Είμαι πολύ ικανοποιημένος.

Ασθενής 11: δεν είμαι ικανοποιημένος από τις νοσοκόμες και τους γιατρούς γιατί με φέρνουν συχνά σε δύσκολη θέση και μου προκαλούν ντροπή. Με ξεγυμνώνουν για να με εξετάσει ο γιατρός και με ενοχλεί πολύ.

Ασθενής 6: δεν μπορούν να δείξουν λίγη ευαισθησία; Εχτές πέρασα μια φρικτή νύχτα και φοβήθηκα πολύ.

Ασθενής 20: φοβάμαι μέσα στο νοσοκομείο (της Λαμίας). Εχτές το βράδυ στον διπλανό θάλαμο μπήκαν γύφτοι και έκλεψαν το πορτοφόλι ενός ασθενή. Ήρθε η αστυνομία. Έχω που έχω το πόδι μου σπασμένο, να φοβάμαι και μήπως με κλέψουν μέσα στο νοσοκομείο; Τι να πω και μη χειρότερα.

Τα συναισθήματα που καταγράψαμε ήταν:

1. φόβος για την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας τους, για την ασφάλειά τους στο νοσοκομείο, για την χειρουργική επέμβαση,
2. θυμός για την στάση κάποιων μελών του προσωπικού,
3. ντροπή η οποία σχετιζόνταν με την έκθεση του σώματός τους στην κοινή θέα, αλλά και εξαιτίας της ίδιας της διαδικασίας της γήρανσής τους που αλλάζει την αυτοεικόνα τους. Για τους ασθενείς με τους οποίους μιλήσαμε, η ντροπή φαίνεται να σχετίζεται και με μια άλλη παράμετρο που αποκαλούμε «ζωτικό χώρο», όπως για παράδειγμα η απόσταση των κρεβατιών μεταξύ τους, η ύπαρξη χώρου υγιεινής μέσα στο δωμάτιο, η ύπαρξη ντουλάπας για την φύλαξη των προσωπικών τους αντικειμένων και η παρουσία παραβάν,
4. σχετική απογοήτευση με το σύστημα της περίθαλψης,
5. ενοχή για την αρρώστια που είναι η αιτία που ταλαιπωρούνται οι άμεσοι συγγενείς τους.

Αυτή η συναισθηματική ανταπόκριση του ηλικιωμένου ασθενή σε ο,τιδήποτε εκλαμβάνει ως διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας, μας οδήγησε στο ακόλουθο συμπέρασμα: είναι προτιμότερο να ρωτάμε το ηλικιωμένο ασθενή *πώς αισθάνεστε από την παρεχόμενη φροντίδα* και όχι να ζητάμε να μας απαντήσει στην κοινή ερώτηση στα περισσότερα ερωτηματολόγια *πόσο ικανοποιημένος είστε από την παρεχόμενη φροντίδα*, δεδομένου ότι ο πρώτος τρόπος είναι περισσότερο έγκυρος, από τη στιγμή που του ζητάμε να εκφράσει το συναίσθημά του με μια διακύμανση από την ικανοποίηση μέχρι την δυσαρέσκεια.

Μέσα από την επικοινωνία με τον έλληνα ηλικιωμένο ασθενή, της Αθήνας και των υπολοίπων επαρχιακών πόλεων, φάνηκε η ανάγκη «μετά-νόησης» του όρου «αρρώστια» πριν προχωρήσει κάποιος στην εν των βάθει μελέτη της ικανοποίησης. Η μετανόηση, υποδηλώνει μια κατάσταση, που είναι αποτέλεσμα της νόησης μετά την αρχική φαινομενολογική νόηση. Ο κατεξοχήν ελληνικός όρος *μετανόηση* περιγράφει μια κατάσταση ευρύτερη από αυτήν που περιγράφει ο αγγλικός όρος *reflection* (αναστοχασμός) αφού συνυφαινεται με την *πράξη*, την *δράση* για κάτι καινούργιο. Αναλυτικότερα, η *αρρώστια* είναι μια φυσική κατάσταση που συχνά, αλλά όχι πάντα, αναγκάζει το άτομο που νοσεί να αναλάβει τον «ρόλο» του αρρώστου, που αποτελεί μια κοινωνική κατάσταση, όπως ο ρόλος του πατέρα, ή του πολίτη. Η συνειδητοποίηση και η επιτυχία στο ρόλο αυτό, συναρτώνται άμεσα με την ηλικία και το κοινωνικό-πολιτισμικό προφίλ του ασθενή. Τις περισσότερες φορές αυτοί οι παράγοντες καθορίζουν και τον βαθμό συνειδητοποίησης του ρόλου, που έρχεται συχνά ως σανίδα

σωτηρίας για τον ηλικιωμένο ασθενή, που έχει αρχίσει την αποδέσμευση από άλλους ρόλους, όπως αυτός του εργαζόμενου, του συζύγου, του χρηματοδότη της οικογένειας. Για τον λόγο αυτό, επιβάλλεται αρχικά να αποσαφηνίσουμε τον ενσυνείδητο ρόλο του ασθενή στην διαδικασία παροχής της φροντίδας, κάτι που επιχειρείται στην ποσοτική έρευνα.

1.3.1.B. Συνέντευξη ομάδας στόχου

Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι στο νοσοκομείο της Ρόδου, οι ασθενείς ήταν πολύ καλοσυνάτοι και περισσότερο διστακτικοί στο να εκφράσουν ενδεχόμενη δυσαρέσκεια με κάποια διάσταση της φροντίδας.

1.3.1.Γ. Κωδικοποίηση

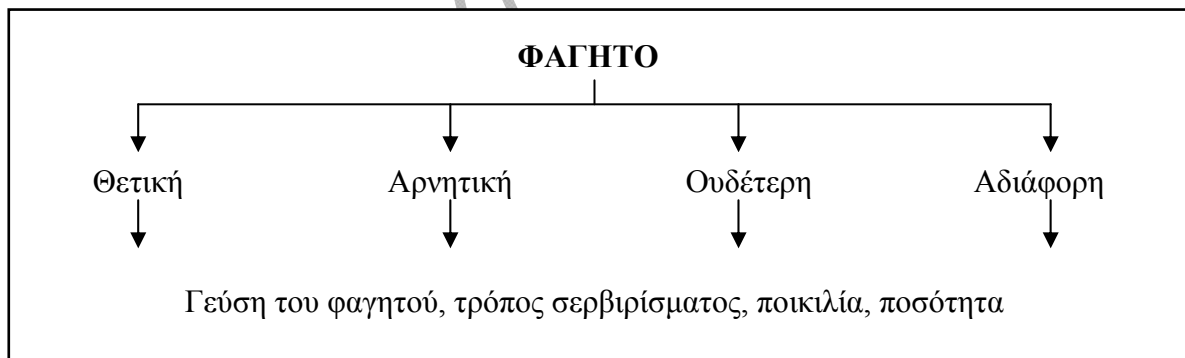
Η διαδικασία της ανάλυσης και ταξινόμησης των ποιοτικών δεδομένων είναι αρκετά δύσκολη γι' αυτό και πραγματοποιήθηκε σε 3 επίπεδα. Ειδικότερα στο 1^ο επίπεδο υπάρχει ένας γενικός κώδικας, στο 2^ο επίπεδο η αξιολογική τοποθέτηση του ασθενή και σε 3^ο επίπεδο τα αντίστοιχα σχόλια. Στην εικόνα 1 υπάρχει ένα παράδειγμα.

Μέσα από αυτή τη διαδικασία, προέκυψαν κατηγορίες πρώτου επιπέδου:

1. **Φαγητό:** η κατηγορία αυτή περιγράφει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του φαγητού, όπως η νοστιμιά του, η ποικιλία του, ο τρόπος με τον οποίο σερβίρεται και η ποσότητα του φαγητού. Για τους ασθενείς το φαγητό έχει διαφορετικό βαθμό σημαντικότητας, ενώ για τους περισσότερους ο γιατρός είναι εκείνος που καθορίζει το διαιτολόγιο και τα χαρακτηριστικά του φαγητού.

Εικόνα 1

Παράδειγμα ταξινόμησης για την κατηγορία «φαγητό».



2. Γιατροί.
3. Νοσηλευτές.
4. Δωμάτιο.
5. Λειτουργία του Τμήματος.

1.4. Ανάπτυξη της κλίμακας

Οι τύποι και οι κατηγορίες που προέκυψαν από τις εν τω βάθει και τις ημιδομημένες συνεντεύξεις απετέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη των ερωτήσεων της κεντρικής κλίμακας μας, σύμφωνα με την οποία εκτιμώνται: (1) οι προσδοκίες των ασθενών, (2) η εκληφθείσα από τους ασθενείς ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, (3) η εκληφθείσα απόδοση της παρεχόμενης φροντίδας και (4) η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Αυτή η τεχνική «γραμμικής» εκτίμησης της εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών, της εκληφθείσας ποιότητας και της απόδοσης της φροντίδας, βασίστηκε στην μεθοδολογία της ανάπτυξης της κλίμακας SERVQUAL και προστέθηκε η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών που δεν έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η κλίμακα SERVQUAL στηρίχθηκε σε ένα αντίστοιχο εννοιολογικό υπόδειγμα και σταθμίστηκε στον χώρο της φροντίδας υγείας από κάποιους ερευνητές, οι οποίοι ανέπτυξαν τις δικές τους ερωτήσεις. Χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις και οι εκφράσεις των ηλικιωμένων ασθενών που συμμετείχαν στην φάση της ποιοτικής έρευνας⁴⁷⁷. Μεγάλη έμφαση δόθηκε στην αριθμητική και εννοιολογική ισορροπία των ερωτήσεων σε κάθε μια από τις ομαδοποιημένες διαστάσεις της φροντίδας. Μαζί με τις κλειστές ερωτήσεις περιλήφθηκαν και ανοικτές ερωτήσεις οι οποίες εστιάστηκαν περισσότερο στην διαμορφούμενη στάση των ασθενών έναντι της παρεχόμενης φροντίδας⁴⁷⁷. Ταυτόχρονα έδωσαν την ευκαιρία στους ασθενείς να διαμορφώσουν τη δική τους «ατζέντα» προβληματισμού, καθώς αυτή η προσπάθεια ενδυναμώνονταν προηγουμένως από τις κλειστές ερωτήσεις, γραμμένες στην «φυσική γλώσσα» των ασθενών⁴⁷⁸. Προστέθηκαν ερωτήσεις για την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών.

1.4.1. Κατασκευή της κλίμακας

Ο ερευνητής κατά την κατασκευή της κλίμακας, γνώριζε ότι κάποιες ερωτήσεις δεν συνεισφέρουν στον σκοπό της μέτρησης και για τον λόγο αυτό, συμπεριέλαβε περισσότερες ερωτήσεις από όσες τελικά χρειάζονται για να εκτιμήσουν την ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών. Οι στόχοι μας, εναρμονίστηκαν πλήρως με τον πίνακα προδιαγραφών τον οποίον κατασκευάσαμε, προκειμένου να ανταποκριθούμε στο πιο σημαντικό κριτήριο για την κατασκευή μιας κλίμακας, δηλαδή την εγκυρότητα του περιεχομένου της. Με βάση τις αντίστοιχες κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί στην διεθνή βιβλιογραφία και σταθμιστεί, σε ηλικιωμένους ασθενείς, αλλά και τα αποτελέσματα της κωδικοποίησης των δεδομένων της ποιοτικής έρευνας, δημιουργήσαμε μια τράπεζα 26 ερωτήσεων, οι οποίες αναφέρονταν στο τι προσδοκά ο ασθενής από την φροντίδα του, στο τι σημαίνει ποιότητα της φροντίδας για τον ίδιο και στο πόσο ικανοποιημένος είναι από την παρεχόμενη φροντίδα. Για την δημιουργία των ερωτήσεων, λήφθηκαν υπόψη τα ακόλουθα⁴⁸⁰:

1. το προφίλ του έλληνα ηλικιωμένου ασθενή, όπως αυτό συναρτάται με το εκπαιδευτικό, το κοινωνικό, το οικονομικό και το πολιτισμικό του επίπεδο,
2. η έκταση της κάθε ερώτησης, διότι στον ηλικιωμένο ασθενή, μια εκτεταμένη ερώτηση προκαλεί σύγχυση και είναι εύκολο να χάσει το κύριο νόημά της,
3. το λεξιλόγιο το οποίο έπρεπε να είναι απλό, καθημερινό και απολύτως κατανοητό. Για παράδειγμα αντικαταστάθηκε η λέξη «νοσηλεύτρια» από την λέξη «νοσοκόμα», διότι είναι πιο οικεία στον ηλικιωμένο ασθενή και την καταλαβαίνει,
4. η διατύπωση των ερωτήσεων. Ειδικότερα, αποφύγαμε τις διπλές αρνήσεις που έχουν διφορούμενο περιεχόμενο. Αναγκαστήκαμε να περιλάβουμε κατά κύριο λόγο θετικές ερωτήσεις, διότι ακόμη και η απλή άρνηση προκαλεί σύγχυση στον ηλικιωμένο ασθενή με το συγκεκριμένο προφίλ⁴⁸⁰.

ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

1. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

1.1. Ασθενείς της πιλοτικής μελέτης

Στην πιλοτική μας μελέτης συμμετείχαν 45 ηλικιωμένοι ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε 4 κλινικές (8 στην Παθολογική, 27 στην Χειρουργική, 6 στην Ουρολογική και 4 στην Ορθοπαιδική) του ΠΓΝ Νέας Ιωνίας «Αγία Όλγα» και του ΝΓΝ Λαμίας. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και κάποια άλλα χαρακτηριστικά της νοσηλείας του φαίνονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1

Δημογραφικά και περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της πιλοτικής μελέτης

	N	%
Φύλο		
Άνδρες	27	60
Γυναίκες	18	40
Ηλικιακή ομάδα		
65-74	31	68.9
75-84	13	28.9
85+	1	2.2
Εκπαίδευση (χρόνια)		
0 (Αναλφάβητος)	2	4.4
2-7	28	62.3
8-13	11	24.5
> 13	4	8.8
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	2	4.4
Παντρεμένος	23	48.9
Χήρος	20	46.7
Επάγγελμα		
Χειρώνακτας	13	28.9
Μη χειρώνακτας	10	22.2
Αγρότης	16	35.6
Οικιακά	6	13.3
Τόπος μόνιμης διαμονής		
Αθήνα	24	53.3
Επαρχία	21	46.7
Ημέρες νοσηλείας		
3-8	36	80
9-15	9	20
Αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο		
Επείγουσα	26	57.8
Προγραμματισμένη	19	42.2

1.2. Μέθοδος της πιλοτικής μελέτης

Μετά την διαμόρφωση της κλίμακας, ακολούθησε η πιλοτική μελέτη της, δηλαδή η χορήγηση της κλίμακας σε ένα μικρό αντιπροσωπευτικό δείγμα υποκειμένων, η οποία είχε τους ακόλουθους στόχους:

- να βελτιωθεί η αρχική τράπεζα ερωτήσεων, με την «ανάλυση των ερωτήσεων»⁴⁷⁹. Η ανάλυση ερωτήσεων, είναι η στατιστική ανάλυση των απαντήσεων που δίνουν οι ασθενείς στις ερωτήσεις της κλίμακας. Στόχος της είναι να εντοπιστούν οι μη ικανοποιητικές ερωτήσεις, από στατιστικής πλευράς, στο προκαταρκτικό στάδιο, προκειμένου να αναθεωρηθούν, να αντικατασταθούν ή να απορριφθούν.
- να ελέγξει τον βαθμό κατανόησης των ερωτήσεων από τους ασθενείς, έτσι όπως είναι διατυπωμένες στην κλίμακα,
- να εκτιμηθεί ποια κλίμακα απαντήσεων είναι περισσότερο φιλική, αντιπροσωπευτική των απόψεων του ασθενή και εμπεριέχει την περισσότερη πληροφορία,
- να αξιολογηθεί η διάρκεια της συνέντευξης για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και η σειρά των ερωτημάτων που διατυπώνονται και να διασφαλίσει τις ενδείξεις για την χρήση και κατανομή όλων των κατηγοριών των κωδίκων^{477,481}.

Χρησιμοποιήσαμε τις 26 ερωτήσεις για την διαμόρφωση 4 κλιμάκων:

- η μια εκτιμούσε τις προσδοκίες από την φροντίδα, ζητώντας από τους ασθενείς να απαντήσουν με μια 5-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «δεν ξέρω» μέχρι το 4 για την απάντηση «συμφωνώ απόλυτα» στην ερώτηση: «*περιμένω κατά την είσοδό μου στο νοσοκομείο να...*»,
- η μια εκτιμούσε απευθείας την *εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας* ζητώντας από τους ασθενείς να απαντήσουν με μια 5-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «δεν ξέρω» μέχρι το 4 για την απάντηση «συμφωνώ απόλυτα» στην ερώτηση: «*ποιότητα για εμένα σημαίνει να...*»,
- η άλλη κλίμακα εκτιμούσε την *εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας* με την ερώτηση: «*συνέβη η συγκεκριμένη παρέμβαση;*» και ζητούσε από τους ασθενείς να απαντήσουμε με ένα ΝΑΙ, ΟΧΙ και ΔΕΝ ΞΕΡΩ.
- η τρίτη κλίμακα εκτιμούσε τη ικανοποίηση από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας: «*πως αισθάνεστε από τη συγκεκριμένη παρέμβαση;*». Ο ασθενής κλήθηκε να απαντήσει με μια 8-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «αδιάφορος» μέχρι το 7 για την απάντηση «πάρα πολύ ικανοποιημένος».

Για την εκτίμηση του ενσυνείδητου ρόλου του ασθενή στην διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας του, χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα 2 ερωτήσεων η οποία περιγράφεται και στην τελική έρευνα.

1.3. Αποτελέσματα

Διατηρήσαμε τις 26 ερωτήσεις της αρχικής κλίμακας, αφού ήταν σαφείς στους ασθενείς και δεν εκπλήρωσαν τα κριτήρια για την απόρριψη κάποιων ερωτήσεων, που ήταν (1) η κατηγορηματική απάντηση των ασθενών: «δεν μου ταιριάζει, δεν ισχύει» (non-applicable) και

(2) ερωτήσεις με μεγάλες τυπικές αποκλίσεις, διότι η τυπική απόκλιση μιας ερώτησης φανερώσει ασάφεια.

Αφού όπως βλέπουμε στον πίνακα 2, η κλίμακα έχει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, ακολουθεί η στάθμισή της σε άλλο μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού^{479,482}.

Πίνακας 2
Αξιοπιστία των κλιμάκων

<i>Κλίμακα</i>	<i>Ερωτήσεις</i>	<i>Cronbach's a</i>
Ενσυνείδητο δικαίωμα στη φροντίδα	2	0.8189
Συνολική ικανοποίηση από τη φροντίδα	3	0.7277
Επίδραση του πόνου	5	0.8383
Προσδοκίες από τη φροντίδα	26	0.9190
Εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας	26	0.9022
Εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας	26	0.9356
Ικανοποίηση από τη φροντίδα	26	0.9188

ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

2. ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ

2.1. Το Δείγμα των ασθενών

Τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα, ικανοποιούσαν 390 ασθενείς. Από αυτούς, οι 10 ασθενείς αρνήθηκαν να συμμετάσχουν είτε λόγω της βαρύτητας της κατάστασής τους, είτε λόγω της συναισθηματικής τους κατάστασης, είτε λόγω της εθνικότητάς τους, κυρίως από φόβο. Τελικά το δείγμα της μελέτης μας απετέλεσαν **380** ηλικιωμένοι ασθενείς με μία μέση ηλικία 73.07 χρόνια και μια σταθερή απόκλιση $SD = \pm 6.04$ χρόνια, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν σε κάποιο Γενικό και Νομαρχιακό Νοσοκομείο των Αθηνών και της Επαρχίας για το χρονικό διάστημα από 1/2/2001 έως 10/12/2001.

Το δείγμα προήλθε από 8 Νοσοκομεία όλης της Ελλάδος που είναι τα εξής:

1. Νοσοκομείο περιοχής Λαρίσης (ΠΓΝ Λάρισας «ΚΟΥΤΑΙΜΠΛΑΝΕΙΟ» και Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας),
2. Νοσοκομείο περιοχής Θεσσαλονίκης,
3. Νοσοκομείο περιοχής Λαμίας (ΝΓΝ Λαμίας),
4. Νοσοκομείο περιοχής Αγρινίου (ΝΓΝ Αγρινίου),
5. Νοσοκομείο περιοχής Κρήτης (ΠΠΓΝ Ηρακλείου),
6. Νοσοκομείο περιοχής Ρόδου (ΠΓΝ Ρόδου),
7. Νοσοκομείο περιοχής Αθηνών «Αγία Όλγα» (ΠΓΝ Νέας Ιωνίας ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ).
8. Νοσοκομείο περιοχής Αθηνών «Τζάνειο» (ΠΓΝ Πειραιά ΤΖΑΝΕΙΟ).

Περιλάβαμε την Στερεά Ελλάδα, τα Δωδεκάνησα, τη Θεσσαλία, τη Μακεδονία και το Νότιο Αιγαίο και ειδικότερα τους νομούς:

- Αττικής,
- Αιτωλοακαρνανίας,
- Δωδεκανήσων,
- Θεσσαλονίκης,
- Θεσσαλίας,
- Κρήτης.

Το εύρος της ηλικίας των ασθενών κυμάνθηκε μεταξύ 65 και 91 ετών. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ποσοστού των ανδρών και των γυναικών του δείγματος ($p = .051$). Δεν υπήρξε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία, μεταξύ ανδρών (73.48 ± 5.68) και γυναικών (72.56 ± 6.43) ($p = .141$). Ωστόσο, υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν ($p = .048$) με μεγαλύτερη ποσοστιαία αναλογία των ανδρών στην ηλικιακή ομάδα 75-84 χρόνια. Δεν υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες σε ό,τι αφορά τα χρόνια εκπαίδευσης ($p = .105$).

Πίνακας 1
Τα χαρακτηριστικά του δείγματος

	N	%
Φύλο		
Άνδρες	209	45
Γυναίκες	171	55
Ηλικιακή ομάδα		
65-74	239	62.9
75-84	115	30.3
85+	26	6.8
Χρόνια εκπαίδευσης		
0 (Αναλφάβητος)	58	15.3
2-7	253	66.6
8-13	37	9.7
> 13	28	7.3
Οικογενειακή κατάσταση		
Ανύπαντρος	11	2.9
Παντρεμένος	251	66.1
Χήρος	108	28.4
Διαζευγμένος	10	2.6
Συμβίωση	0	0
Τέκνα		
Κανένα	25	6.6
1-3	290	76.3
4-7	65	17.1
Επάγγελμα		
Μη χειρώνακτας	58	15.3
Χειρώνακτας	133	35
Αγρότης	101	26.6
Οικιακά	88	23.2
Μηνιαίο εισόδημα		
Έως 130.000 δραχμές	206	57.2
> 130.000 δραχμές	154	42.8
Θρησκεία		
Χριστιανός Ορθόδοξος	378	99.5
Άλλο	2	0.5
Εθνικότητα		
Ελληνική	376	98.9
Άλλη	4	1.1
Τόπος μόνιμης διαμονής		
Αθήνα	80	21.1
Επαρχία	300	78.9

Ασφάλιση		
ΙΚΑ	102	26.8
ΟΓΑ	115	30.3
Δημόσιο	68	17.9
ΤΕΒΕ	24	6.3
ΝΑΤ	52	13.7
ΔΕΗ	2	0.5
Άλλη	17	4.5
Ιδιωτική	0	0
Ημέρες νοσηλείας		
3-8	242	63.7
9-15	112	29.5
> 16	26	6.8
Ζω:		
Με την οικογένειά μου	174	45.8
Με τον/την σύντροφό μου	111	29.2
Στον οίκο ευγηρίας	4	1.1
Με συγγενείς μου	5	1.3
Μόνος/η μου	86	22.6
Κλινική		
Χειρουργική	133	35
Παθολογική	47	12.4
Ορθοπαιδική	86	22.6
Ουρολογική	62	16.3
Οφθαλμολογική	8	2.1
Καρδιολογική	33	8.7
Γαστρεντερολογική	1	0.3
Πνευμονολογική	1	0.3
ΜΕΘ	9	2.4

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 2, ο γηραιότερος πληθυσμός του δείγματός μας προέρχεται από την περιοχή της Λάρισας από την οποία προήλθε και ο μεγαλύτερος αριθμός ερωτηθέντων ασθενών. Ο νεότερος πληθυσμός αφορά το δείγμα από την περιοχή της Κρήτης που είναι αναλογικά και το μικρότερο.

Η πλειονότητα των ηλικιωμένων ασθενών είχε από 2 έως 7 χρόνια εκπαίδευσης, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό ήταν αναλφάβητοι. Υπήρξε μια στατιστική διαφορά μεταξύ των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και των Αθηνών ως προς τα χρόνια εκπαίδευσης ($\chi^2=33.867$, $df=3$ $p=.000$). Έτσι, από το σύνολο των ασθενών που προέρχονταν από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, το 25% ήταν αναλφάβητοι, το 70.3% είχαν από 2 έως 7 χρόνια εκπαίδευσης, το 3.1% από 8 έως 13 χρόνια και το 1.6% περισσότερα από 13 χρόνια. Από τους ασθενείς που προέρχονταν από τα νοσοκομεία των Αθηνών, το 5.1% ήταν αναλφάβητοι, το 56.4% είχαν από 2 έως 7 χρόνια εκπαίδευσης, το 23.1% από 8 έως 13 χρόνια και το 15.4% περισσότερα από 13 χρόνια.

Πίνακας 2

Αριθμός ασθενών, μέση ηλικία και σταθερή απόκλιση σε κάθε νοσοκομείο

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	SD
Λάρισας	64	75.00	5.1
Θεσσαλονίκης	59	72.71	5.55
Ρόδος	42	72.62	7.56
Αγία Όλγα	55	72.78	5.64
Λαμία	28	73.07	5.75
Αγρινίου	49	73.02	7.18
Τζάνειο	60	73.65	5.74
Κρήτη	23	68.65	3.95

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία ($p=.720$) μεταξύ των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας ($M=72.99 \pm 6.19$) και της Αθήνας ($M=73.23 \pm 5.68$) ούτε και σε ό,τι αφορά την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν ($\chi^2=5.336$, $df=2$ $p=.069$). Αυτό είναι ένα σημαντικό εύρημα, δεδομένου ότι εξασφαλίζεται και η γεωγραφική ομοιογένεια του δείγματος. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν έγγαμοι και ένα μεγάλο ποσοστό χήροι. Στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε και μεταξύ των δυο φύλων αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση ($\chi^2=29.065$, $df=3$ $p=.000$). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ήταν παντρεμένοι (77% έναντι 52.6% των γυναικών) ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ήταν χήρες (42.1% έναντι 17.2% των ανδρών). Στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε μεταξύ των ασθενών της Επαρχίας και της Αθήνας ως προς το επάγγελμα που έκαναν πριν την συνταξιοδότησή τους ($\chi^2=11.358$, $df=3$ $p=.010$). Έτσι, το 70.5% των ασθενών που ασχολούνταν με τα οικιακά προέρχονται από την Επαρχία, όπως και το 80.2% των αγροτών και το 67.7% των χειρωνακτών και το 55.2% των μη χειρωνακτών.

Αν ρίξουμε μια προσεκτική ματιά στον πίνακα 1, διαπιστώνουμε ότι κανένας ασθενής σε κανένα από τα 10 νοσοκομεία που επισκεφτήκαμε δεν είχε κάποια ιδιωτική ασφάλιση υγείας, καταδεικνύοντας μάλλον το «δημόσιο-κεντρικό» προφίλ του έλληνα ηλικιωμένου ασθενή, ίσως εξαιτίας του χαμηλού ετήσιου εισοδήματός του (Μέση τιμή= 130.141, $SD=\pm 82.652$ δραχμές), ή της εξιδανίκευσης της δυνατότητας επιλογής του νοσοκομείου (δημοσίου ή ιδιωτικού) στο οποίο θα νοσηλευτούν. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 57.2% των ασθενών έχει μηνιαίο εισόδημα κάτω των 130.000 δραχμών που σύμφωνα με την Eurostat θεωρείται το όριο φτώχειας. Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=-7.356$, $df=358$, $p=.000$) ανάμεσα στο μέσο εισόδημα των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία στη Επαρχία ($110.373.5 \pm 74.250$ δραχμές) και των Αθηνών (175.135 ± 83.297 δραχμές).

Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι 8.25 ± 4.91 ημέρες. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ($p=.632$) στη μέση διάρκεια νοσηλείας στους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Επαρχίας (8.33 ± 4.95) και των Αθηνών (8.07 ± 4.82). Υπήρξε ωστόσο, στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=3.010$, $df=215$, $p=.003$) στη μέση διάρκεια νοσηλείας μεταξύ των ασφαλισμένων του ΟΓΑ (9.26 ± 5.82) και του ΙΚΑ (7.24 ± 3.72). Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ ήταν και οι ασθενείς με την μεγαλύτερη μέση διάρκεια νοσηλείας σε σύγκριση με όλους τους υπόλοιπους ασφαλισμένους.

Το 13.7% των ασθενών που ζουν μόνιμα στην επαρχία νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο των Αθηνών, είτε λόγω συνειδητής επιλογής τους για μια καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας τους, είτε λόγω του ότι τα παιδιά τους ζουν για κάποιο διάστημα (κυρίως το χειμώνα) στην Αθήνα στα παιδιά τους.

2.2. Μέθοδος

Η κλίμακα, χορηγήθηκε σε μια ομάδα 380 ηλικιωμένων ασθενών, που είναι αντιπροσωπευτική του πληθυσμού, ο οποίος περιλαμβάνει άρρηνες και θήλεις, άτομα από αστικές και από αγροτικές περιοχές και από περιοχές υψηλότερου και χαμηλότερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου. Για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήθηκε δομημένη συνέντευξη, δεδομένου ότι είναι μια μέθοδος που εξασφαλίζει υψηλά ποσοστά απάντησης των ερωτηθέντων. Φυσιολογικά, υπάρχει ένας σχετικά σταθερός και αμετάβλητος «πυρήνας» της προσωπικότητας ή συμπεριφοράς, για τα οποία το άτομο θα δώσει πληροφορίες κάτω από ορισμένες συνθήκες. Ο Kerlinger υποστηρίζει ότι η δομημένη συνέντευξη επιτυγχάνει μεγαλύτερη ομοιομορφία στις μετρήσεις και κατά συνέπεια μεγαλύτερη αξιοπιστία, βάζοντας τους ερωτώμενους να απαντούν με τρόπο που διευκολύνει την κωδικοποίηση⁴⁴⁵.

Προκειμένου να εξασφαλίσουμε την μεγαλύτερη δυνατή εγκυρότητα της συνέντευξης, προσπαθήσαμε να ελαχιστοποιήσουμε τις πιθανές πηγές μεροληψίας και συγκεκριμένα:

1. *τα χαρακτηριστικά του συνεντευκτή:* ο συνεντευκτής ήταν ο ίδιος ο ερευνητής, δεν ανήκε στο προσωπικό του Νοσοκομείου, ενώ η πολύ μεγάλη διαφορά ηλικίας του συνεντευκτή και του ερωτώμενου, μάλλον λειτούργησε θετικά υπό τη μορφή του «συνετού συμβιβασμού». Επιπροσθέτως, ο συνεντευκτής απέπνεε: (α) φιλικότητα που σύμφωνα με τον Kitwood αποτελεί μια προϋπόθεση για την αύξηση της αξιοπιστίας της, (β) φυσικότητα, (γ) εμπιστοσύνη και (δ) περιέργεια να ακούσει και να καταγράψει την άποψη του ασθενή. Ο Kitwood σχολιάζοντας την προσπάθεια διασφάλισης της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της τεχνικής της δομημένης συνέντευξης, τολμά να χαρακτηρίσει την προσπάθεια αυτή ως «περιττή» γιατί «κάθε διαπροσωπική κατάσταση θεωρείται αξιόπιστη ανεξάρτητα αν συμφωνεί ή όχι με τις προσδοκίες, ανεξάρτητα αν συνεπάγεται ή όχι υψηλό βαθμό επικοινωνίας και ανεξάρτητα αν οι συμμετέχοντες παρουσιάζονται κεφάτοι ή θλιμμένοι»⁴⁷⁶.
2. *τα χαρακτηριστικά του ερωτώμενου:* επιδιώξαμε την ομοιομορφία του δείγματός μας ως προς την ηλικία, αφού επιλέξαμε ασθενείς άνω των 65 ετών.
3. *το ουσιαστικό περιεχόμενο των ερωτήσεων:* προσεκτική διατύπωση των ερωτήσεων, έτσι ώστε το νόημα τους να είναι απόλυτα σαφές⁴⁶⁸.

2.2.1. Η δομή του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα διατριβή, χωρίζεται σε 4 τμήματα που είναι τα ακόλουθα:

A. Δημογραφικά και άλλα περιγραφικά χαρακτηριστικά:

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, το κριτήριο με το οποίο επιλέγουν να νοσηλευτούν σε ένα νοσοκομείο, την προτέρα επαφή με το σύστημα της περίθαλψης, το επειγόν ή όχι της εισαγωγής στο νοσοκομείο, την χρονιότητα ή μη της κατάστασης της υγείας τους, εάν υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους και τέλος το τι θεωρούν οι ηλικιωμένοι ασθενείς ως πιο σπουδαίο/α στην φροντίδα που τους παρέχεται στο νοσοκομείο.

B. Συνολικές κλίμακες (global scales):

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου περιέχονται ερωτήσεις που ζητούν από τους ηλικιωμένους ασθενείς να εκφράσουν μια συνολική άποψη για την παρεχόμενη φροντίδα. Αναλυτικότερα:

1. οι ερωτήσεις: «πιστεύω ότι πρέπει να αποφασίζει το προσωπικό για την φροντίδα μου χωρίς να με ρωτά γιατί γνωρίζει τι είναι καλύτερο για εμένα» και «οι ασθενείς θα πρέπει να κρίνουν την φροντίδα που τους παρέχεται» περιγράφουν την κλίμακα: **ενσυνείδητο δικαίωμα στη φροντίδα**. Για τις απαντήσεις σε αυτή την κλίμακα χρησιμοποιήθηκε μια 5-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «δεν ξέρω» μέχρι το 4 για την απάντηση «συμφωνώ απόλυτα».
2. οι 3 ερωτήσεις: «αισθάνομαι ότι η συνολική φροντίδα, η συνολική ιατρική φροντίδα και η συνολική νοσηλευτική φροντίδα είναι ποιοτική» αποτελούν την κλίμακα: **συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας**. Για τις απαντήσεις σε αυτήν την κλίμακα χρησιμοποιήθηκε μια 5-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «δεν ξέρω» μέχρι το 4 για την απάντηση «συμφωνώ απόλυτα».
3. οι 4 ερωτήσεις: «πώς αισθάνεστε συνολικά από την διαμονή σας στο νοσοκομείο, από το παρεχόμενο φαγητό, από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα και την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα» συνιστούν την κλίμακα: **συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα**. Για τις απαντήσεις σε αυτή την κλίμακα, χρησιμοποιήθηκε μια 9-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «αδιάφορος» μέχρι το 8 για την απάντηση «πολύ ικανοποιημένος».
4. οι 4 ερωτήσεις: «θα έλεγα ότι η διαμονή μου στο νοσοκομείο ήταν..., ότι το φαγητό ήταν..., ότι η ιατρική φροντίδα ήταν... και ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν...» συνιστούν την κλίμακα: **συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την παρεχόμενη φροντίδα**. Για τις απαντήσεις σε αυτήν την κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε μια 5-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «χειρότερη από αυτό που περίμενα» μέχρι το 4 για την απάντηση «καλύτερη από αυτό που περίμενα».
5. οι 4 ερωτήσεις: «θα έλεγα ότι η διαμονή μου στο νοσοκομείο ήταν... σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία, ότι το φαγητό ήταν... σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία, ότι η ιατρική φροντίδα ήταν... σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία και ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν... σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία» συνιστούν την κλίμακα: **συνολική συγκριτική με τα άλλα νοσοκομεία εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας**. Για τις απαντήσεις σε αυτήν την κλίμακα, χρησιμοποιήθηκε μια 5-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «χειρότερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία» μέχρι το 4 για την απάντηση «καλύτερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία».
6. η ερώτηση: «θα ήθελα στο μέλλον να νοσηλευτώ ξανά στο ίδιο νοσοκομείο» εκτιμά την πρόθεση του ασθενή να επιστρέψει ξανά στο νοσοκομείο και η ερώτηση: «θα πρότεινα το νοσοκομείο σε κάποιον φίλο ή συγγενή μου» εκτιμά την πρόθεση του ασθενή να το προτείνει σε κάποιον φίλο ή συγγενή. Και οι 2 ερωτήσεις, συγκροτούν την κλίμακα: **συνολική στάση του ασθενή**. Για τις απαντήσεις σε αυτήν την κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε μια 5-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «σίγουρα όχι» μέχρι το 4 για την απάντηση «σίγουρα ναι».
7. οι ερωτήσεις: «πώς αισθάνεστε από τον τρόπο που αντιμετωπίστηκε ο πόνος σας, από τον τρόπο που η νοσηλεύτρια αντιμετώπισε τον πόνο σας και από τον τρόπο που ο γιατρός αντιμετώπισε τον πόνο σας» συνιστούν την κλίμακα: **συνολική ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου**. Για τις απαντήσεις σε αυτήν την κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε μια 9-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «αδιάφορος» μέχρι το 8 για την απάντηση «πολύ ικανοποιημένος».

Γ. Κλίμακα GDS και American Pain Society Patient Outcome Questionnaire, APSPQOQ

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου, περιέχονται η σταθμισμένη σε ελληνικό πληθυσμό κλίμακα GDS και η προς στάθμιση κλίμακα *American Pain Society*. Χρησιμοποιήσαμε ένα τμήμα από το τροποποιημένο ερωτηματολόγιο της Αμερικανικής Κοινότητας για τον πόνο³⁵³ (*American Pain Society Patient Outcome Questionnaire, APSPQOQ*). Το ερωτηματολόγιο αυτό, περιλαμβάνει 16 κατηγορίες ερωτήσεων με υποομάδες ερωτήσεων. Εμείς χρησιμοποιήσαμε τις 8 από τις 16 κατηγορίες ερωτήσεων. Στις ερωτήσεις της Αμερικανικής έκδοσης του APSPQOQ, χρησιμοποιήθηκε μια αναλογική κλίμακα απαντήσεων, με διακύμανση από το 0 έως το 10, ανάλογα με το πόσο τους επηρέασε. Εμείς δοκιμάσαμε αυτή την κλίμακα στην πιλοτική φάση της μελέτης σε 45 ηλικιωμένους ασθενείς και διαπιστώσαμε μια σοβαρή αδυναμία τους να κατανοήσουν το εύρος της αναλογικής κλίμακας και να απαντήσουν πως αισθάνονται πραγματικά. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι ασθενείς προτιμούσαν τις ακραίες τιμές της αναλογικής κλίμακας, ενώ όταν τους ζητούσαμε να μας απαντήσουν στην ίδια ερώτηση με βάση την κλίμακα Likert, δεν έδιναν την ίδια απάντηση. Αποφασίσαμε λοιπόν, να αλλάξουμε τη δυνατότητα των απαντήσεων, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert 5 σημείων από «καθόλου» έως «πάρα πολύ». Αυτή η επιλογή έγινε απόλυτα αποδεκτή και κατανοητή στους ασθενείς.

Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε από την αρχική αγγλική του μορφή στα ελληνικά με την βοήθεια μιας ομάδας 3 νοσηλευτών, ενός γιατρού, ενός φιλόλογου και μιας κλινικής ψυχολόγου. Όλοι γνώριζαν πολύ καλά την αγγλική γλώσσα, ενώ η ψυχολόγος ήταν δίγλωσση (bilingual). Δίγλωσσο θεωρείται ένα άτομο που μιλά και τις δυο γλώσσες και έχει ζήσει για τουλάχιστον ένα έτος σε κάθε μια από τις δυο χώρες και συνεπώς είναι σε θέση να κατανοήσει καλύτερα το ιδιαίτερο νόημα των λέξεων και στις δυο γλώσσες και όχι απλά να προβεί σε μια συνήθη «ξύλινη» μετάφραση^{483,484}. Ο φιλόλογος μας βοήθησε πολύ στην σύνδεση των λέξεων για να μας δώσουν το επιθυμητό νόημα.

Δ. Η κλίμακα των 26 ερωτήσεων:

Στο τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνεται η προς στάθμιση κλίμακα των 26 ερωτήσεων η οποία εκτιμά τα ακόλουθα:

1. **τις προσδοκίες των ασθενών:** θέτοντας το ερώτημα: «*περιμένω όταν μπαίνω στο νοσοκομείο να....*» και καλώντας τον ασθενή να απαντήσει με μια 6-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «αδιάφορος» μέχρι το 5 για την απάντηση «συμφωνώ απόλυτα».
2. **την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας:** θέτοντας το ερώτημα: «*πόσο σημαντικό είναι για εσάς να....*» και καλώντας τον ασθενή να απαντήσει με μια 8-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «αδιάφορος» μέχρι το 7 για την απάντηση «πάρα πολύ σημαντικό».
3. **την εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας:** καλώντας τον ασθενή να απαντήσει σε κάθε μια από τις 26 ερωτήσεις της κλίμακας αν πράγματι «*συνέβη*» αυτό για το οποίο ερωτώνται. Οι απαντήσεις ήταν ΝΑΙ, ΟΧΙ και ΔΕΝ ΞΕΡΩ.
4. **την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα:** θέτοντας το ερώτημα: «*πως αισθάνεστε από....*» και καλώντας τον ασθενή να απαντήσει με μια 8-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 0 για την απάντηση «αδιάφορος» μέχρι το 7 για την απάντηση «πάρα πολύ ικανοποιημένος».

2.3. Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 10 (Statistical Package for Social Sciences). Οι στατιστικές δοκιμασίες που επιλέχθηκαν για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των μεταβλητών της έρευνας είναι οι ακόλουθες:

- η δοκιμασία χ^2 που χρησιμοποιείται για να ελεγχθεί αν δυο κατηγορικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες και αν οι κατανομές των μεταβλητών είναι ίδιες. Μια τιμή του χ^2 στο επίπεδο σημαντικότητας του .05 ή λιγότερο, συχνά ερμηνεύεται από τους κοινωνικούς επιστήμονες σαν ένας λόγος για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ότι η μεταβλητή της γραμμής του πίνακα δεν σχετίζεται (δηλαδή σχετίζεται τυχαία) με την μεταβλητή της στήλης. Οι παραδοχές για τη δοκιμασία χ^2 είναι: (1) τυχαία δειγματοληψία, (2) ένα αρκετό μέγεθος δείγματος αφού η εφαρμογή της δοκιμασίας σε μικρά δείγματα υποβάλλει τον ερευνητή σε σφάλμα τύπου 2. Δεν υπάρχει αριθμός κατώφλι για την δοκιμασία. Κάποιοι ορίζουν σαν ελάχιστο δείγμα τα 50 άτομα, (3) κατάλληλος αριθμός κελιών. Η αναμενόμενη συχνότητα είναι πάνω από 5 σε όλα τα κελιά.
- η δοκιμασία *student's t-test* που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της διαφοράς των μεταβλητών στις μέσες τιμές τους. Όταν η κατανομή είναι κανονική, χρησιμοποιείται η δοκιμασία t-test, διαφορετικά, χρησιμοποιείται κάποιο μη παραμετρικό κριτήριο, εκτός και αν το δείγμα είναι μεγάλο. Στην περίπτωση αυτή, τα αποτελέσματα των δοκιμασιών ισχύουν ασυμπτωματικά, λόγω του κεντρικού θεωρήματος.
- η δοκιμασία ANOVA, η οποία επιχειρεί να αναδείξει την επίδραση των κατηγορικών ανεξάρτητων μεταβλητών (που ονομάζονται παράγοντες) σε μια διαστημική εξαρτημένη μεταβλητή. Όταν η πιθανότητα του F είναι μικρότερη του .05, για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή, συμπεραίνουμε ότι η μεταβλητή δεν έχει καμιά επίδραση στην εξαρτημένη. Το F-test είναι μια συνολική δοκιμασία της μηδενικής υπόθεσης ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή, δεν διαφέρουν. Για την δοκιμασία ANOVA, οι παραδοχές είναι: (1) η ομοιογένεια των διακυμάνσεων: η εξαρτημένη μεταβλητή πρέπει να έχει την ίδια διακύμανση σε κάθε κατηγορία της ανεξάρτητης μεταβλητής. Ένας αυθαίρετος κανόνας λέει ότι θα πρέπει η αναλογία της μεγαλύτερης προς την μικρότερη ομάδα διακυμάνσεων να είναι μικρότερη από 3, (2) η δοκιμασία της ομοιογένειας της διακύμανσης Levene's, χρησιμοποιείται για να ελέγξει την παραδοχή της ανάλυσης ANOVA ότι κάθε ομάδα (κατηγορία) της ανεξάρτητης μεταβλητής, έχει την ίδια διακύμανση. Εάν η δοκιμασία αυτή είναι σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας .05, ή μικρότερο, η ερευνητής, απορρίπτει την μηδενική υπόθεση ότι οι ομάδες έχουν όμοια διακύμανση. Ωστόσο πρέπει να σημειώσουμε ότι σε περίπτωση που δεν εκπληρώνεται η συνθήκη της ομοιογένειας των διακυμάνσεων, δεν είναι κακό για την ανάλυση ANOVA, που είναι σχετικά ανθεκτική (robust) όταν οι ομάδες του δείγματος είναι παρόμοιου μεγέθους. Σε περίπτωση που δεν επιβεβαιώνεται η ομοιογένεια της διακύμανσης των μεταβλητών, χρησιμοποιούμε άλλες εναλλακτικές μεθόδους που ισχύουν και για ανόμοια, στο μέγεθος, δείγματα, όπως: η δοκιμασία Games-Howell GH, που σχεδιάστηκε για ανόμοιες διακυμάνσεις ή ανόμοια δείγματα, η Dunnett's T3 Dunnette's C, η Tamhane's T2, που είναι πιο συντηρητική δοκιμασία.
- η δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov D είναι μια δοκιμασία ελέγχου της προσαρμογής (goodness-of-fit test) η οποία ελέγχει αν μια κατανομή δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά από την υποτιθέμενη που είναι η κανονική κατανομή. Είναι μια δοκιμασία πολύ πιο ισχυρή από την δοκιμασία χ^2 , εφόσον τηρούνται οι αντίστοιχες προϋποθέσεις που είναι: (1) τυχαία δειγματοληψία και (2) κλίμακα ίσων διαστημάτων ή αναλογική.

Όταν το επίπεδο σημαντικότητας p είναι μικρότερο του 0.05, τότε απορρίπτεται η υπόθεση ότι το δείγμα ακολουθεί μια κανονική κατανομή.

- Η *ανάλυση παλινδρόμησης*, η οποία χρησιμοποιείται προκειμένου να προβλέψει την διακύμανση σε μια διαστημική εξαρτημένη μεταβλητή, η οποία οφείλεται σε γραμμικούς συνδυασμούς διαστημικών, διχοτομημένων ή εικονικών ανεξάρτητων μεταβλητών (είναι κατηγορικές μεταβλητές που θεωρούνται ως χωριστές μεταβλητές και συνήθως κωδικοποιούνται με 1 εάν υπάρχει και 0 εάν δεν υπάρχει). Η εξίσωση $y = b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n + c$, περιγράφει την πολλαπλή παλινδρόμηση. Τα b είναι οι συντελεστές παλινδρόμησης και αντιπροσωπεύουν το κατά πόσο μεταβάλλεται η εξαρτημένη μεταβλητή y όταν η ανεξάρτητη μεταβάλλεται κατά μια μονάδα. Το R^2 είναι το ποσοστό της διακύμανσης στην εξαρτημένη μεταβλητή, που εξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Θα μπορούσε να ερμηνευτεί και ως η ποσοστιαία μείωση στο σφάλμα, κατά την εκτίμηση της εξαρτημένης μεταβλητής, όταν γνωρίζουμε τις ανεξάρτητες. Τα βάρη «β» (beta weights) εκτιμούν την σχετική προβλεπτική ισχύ κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής, όταν ελέγχονται οι άλλες ανεξάρτητες στην εξίσωση του συγκεκριμένου μοντέλου. Το F-test, χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της σημαντικότητας του R , που είναι το ίδιο σαν να ελέγχει κανείς το R^2 , που με τη σειρά του είναι το ίδιο με το να ελέγχει την σημαντικότητα του μοντέλου της παλινδρόμησης σαν σύνολο. Εάν η πιθανότητα του F είναι μεγαλύτερη από .05, τότε το μοντέλο θεωρείται στατιστικά σημαντικά καλύτερο από αυτό που θα αναμέναμε στην τύχη και απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση της μη γραμμικής σχέσης του y στις ανεξάρτητες μεταβλητές.
- η *ανάλυση συσχετίσεων* μεταξύ δυο μεταβλητών. Οι συσχετίσεις μας είναι στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο .05. Σε διαφορετική περίπτωση, αναφέρουμε το αντίστοιχο επίπεδο σημαντικότητας.
- η *δοκιμασία για δυο ανεξάρτητα δείγματα: Mann-Whitney U και Kolmogorov-Smirnov Z*. Η δοκιμασία αυτή, ελέγχει αν μια τακτική ή διαστημική μεταβλητή σε κάθε ένα από δυο ανεξάρτητα δείγματα, προέρχεται από τον ίδιο πληθυσμό. Μια στατιστικά σημαντική διαφορά, δείχνει ότι τα δυο δείγματα διαφέρουν στην συγκεκριμένη μεταβλητή. Χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των δεικτών στις δυο ομάδες.
- η *δοκιμασία Kruskal-Wallis H*, για περισσότερα των δυο ανεξάρτητων δειγμάτων. Αυτή η δοκιμασία, χρησιμοποιείται για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ότι δυο ή περισσότερα δείγματα προέρχονται από την ίδια κατανομή του πληθυσμού. Τα δείγματα θεωρούνται ανεξάρτητα όταν η απάντηση του n ανθρώπου στο δεύτερο δείγμα δεν αποτελεί παράμετρο της απάντησης του m ανθρώπου στο πρώτο δείγμα.
- η *δοκιμασία Wilcoxon T*, η οποία χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί ο βαθμός σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ δυο εξαρτώμενων δειγμάτων όταν η μεταβλητή που μας ενδιαφέρει είναι διαστημική. Όταν η τιμή του T είναι ίση ή μικρότερη της αντίστοιχης τιμής του στον πίνακα κατανομής του Wilcoxon T , τότε τα δυο δείγματα λέμε ότι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά.
- η *παραγοντική ανάλυση*, η οποία αναπτύχθηκε λεπτομερώς στο γενικό μέρος,
- ο *υπολογισμός του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha*, που αναπτύχθηκε λεπτομερώς στο γενικό μέρος.

2.4. Αποτελέσματα

2.4.1. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

Κλίμακα εκτίμησης της συνολικής ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από τη φροντίδα

Στις ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 376 ασθενείς. Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν **0.8190** και ο σταθμισμένος συντελεστής Cronbach's alpha **0.8359**.

Πίνακας 1

Συνάφειες ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και διακύμανση αν παραληφθεί η ερώτηση

<i>Ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
1	0.7333	0.7262	19.7287	13.1902
2	0.5258	0.8469	20.5106	13.7706
3	0.6626	0.7773	19.3484	16.6970
4	0.7117	0.7382	19.4415	14.5726

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 1, οι συνάφειες κυμαίνονται από .52 μέχρι .73. και είναι υψηλές. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα ήταν 6.5858 (μέγιστη τιμή 6.9947 και ελάχιστη 5.8324) και εύρος .4947. Οι συνάφειες μεταξύ των ερωτήσεων κυμαίνονταν από .4344 έως .7230 με μέση τιμή το .5601 και ένα εύρος .2886. Ο λόγος (αριθμητική σχέση) μεταξύ υψηλότερης και χαμηλότερης συνάφειας είναι 1.6644. Όσον αφορά την αξιολόγηση του δείκτη διαφοροποίησης και την απόφαση για διατήρηση της ερώτησης στην τελική κλίμακα, οι απόψεις όσων ασχολούνται με την ψυχομετρία διαφοροποιούνται ως προς τους στόχους που θέτει κάποιος όταν κατασκευάζει μια κλίμακα. Ωστόσο, τα ελάχιστα όρια^{411,479}, για να περιληφθεί μια ερώτηση στην τελική κλίμακα είναι .20 ή .30, ή υψηλότερες από .30.

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 1, οι συνάφειες των ερωτήσεων με την συνολική κλίμακα κυμαίνονται από .52 μέχρι .73 και θεωρούνται από πολύ ικανοποιητικές, έως πολύ υψηλές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες. Από τα στοιχεία του πίνακα, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα. Η εξαίρεση της ερώτησης 2 που αναφέρεται στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από το φαγητό θα βελτίωνε τον συντελεστή Cronbach's alpha (0.8469). Πιθανή ερμηνεία θα μπορούσε να είναι η σχετικά μεγάλη διακύμανση των απαντήσεων των ασθενών σε αυτή την ερώτηση. Ως εκ τούτου δεν προτείνεται η εξαίρεσή της από την κλίμακα.

Κλίμακα εκτίμησης της συνολικής εκπλήρωσης των προσδοκιών των ηλικιωμένων ασθενών από τη φροντίδα

Στις ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 376 ασθενείς. Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν **0.8808** και ο σταθμισμένος συντελεστής Cronbach's alpha **0.8822**.

Πίνακας 2

Συνάφειες ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και διακύμανση αν παραληφθεί η ερώτηση

<i>Ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
1	0.7947	0.8258	8.1170	6.8503
2	0.6384	0.8884	8.4574	7.4275
3	0.7403	0.8483	7.9761	7.4474
4	0.8038	0.8232	7.9628	7.0279

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 2, οι συνάφειες κυμαίνονται από .63 μέχρι .80. και είναι πολύ υψηλές. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα ήταν 2.7094 (μέγιστη τιμή 2.8750 και ελάχιστη 2.3803) και εύρος .4947. Οι συνάφειες μεταξύ των ερωτήσεων κυμαίνονταν από .5178 έως .7471 με μέση τιμή το .6519 και ένα εύρος .2293. Ο λόγος (αριθμητική σχέση) μεταξύ υψηλότερης και χαμηλότερης συνάφειας είναι 1.4429. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 2, οι συνάφειες των ερωτήσεων με την συνολική κλίμακα κυμαίνονται από .74 μέχρι .80 και θεωρούνται πολύ υψηλές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες.

Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα 2, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα. Η εξαίρεση της ερώτησης 2 που αναφέρεται στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από το φαγητό θα βελτιώνει τον συντελεστή Cronbach's alpha (0.8884). Πιθανή ερμηνεία θα μπορούσε να είναι η σχετικά μεγάλη διακύμανση των απαντήσεων των ασθενών σε αυτή την ερώτηση. Ως εκ τούτου δεν προτείνεται η εξαίρεσή της από την κλίμακα.

Κλίμακα εκτίμησης της συνολικής συγκριτικής με τα άλλα νοσοκομεία εκληφθείσας από τους ηλικιωμένους ασθενείς ποιότητας της φροντίδας

Στις ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 375 ασθενείς. Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν **0.8879** και ο σταθμισμένος συντελεστής Cronbach's alpha **0.8892**.

Πίνακας 3

Συνάφειες ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και διακύμανση αν παραληφθεί η ερώτηση

<i>Ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
1	0.8032	0.8366	8.2480	7.4169
2	0.7013	0.8780	8.5813	7.7467
3	0.7357	0.8636	8.0720	8.2969
4	0.7866	0.8441	8.0747	7.8500

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 3, οι συνάφειες κυμαίνονται από .78 μέχρι .83. και είναι πολύ υψηλές. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα ήταν 2.7480 (μέγιστη τιμή 2.92 και ελάχιστη 2.41). και εύρος .5093. Οι συνάφειες μεταξύ των ερωτήσεων κυμαίνονταν από .5889 έως .7478 με μέση τιμή το .6674 και ένα εύρος .1589. Ο λόγος (αριθμητική σχέση) μεταξύ υψηλότερης και χαμηλότερης συνάφειας είναι 1.2699. Όπως βλέπουμε στον πίνακα , οι συνάφειες των ερωτήσεων με την συνολική κλίμακα κυμαίνονται από .70 μέχρι .80 και θεωρούνται πολύ υψηλές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες..

Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα 3, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα. Καμιά ερώτηση δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha και συνεπώς προτείνεται η χρήση της στην μορφή των 4 ερωτήσεων.

Κλίμακα εκτίμησης της επίδρασης του πόνου στον ηλικιωμένο ασθενή

Στις ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 292 ασθενείς. Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν **0.7753** και ο σταθμισμένος συντελεστής Cronbach's alpha **0.7846**. Στην έρευνα των McNeill J.A. et al. ο συντελεστής άλφα βρέθηκε 0.82 αλλά στην κλίμακα περιέχονταν και μια άλλη ερώτηση: «πόσο ο πόνος επηρέασε την ανάρρωσή σας μετά την χειρουργική επέμβαση;»³⁵³.

Πίνακας 4

Συνάφειες ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και διακύμανση αν παραληφθεί η ερώτηση

<i>Ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
1	0.5758	0.7273	9.9555	11.7265
2	0.6609	0.6985	10.1027	11.0135
3	0.5168	0.7470	10.3493	10.9222
4	0.4608	0.7700	11.5582	11.0859
5	0.5688	0.7284	10.3356	11.5846

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 4, οι συνάφειες κυμαίνονται από .78 μέχρι .83. και είναι πολύ υψηλές. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα ήταν 2.6152 (μέγιστη τιμή 3.1199 και ελάχιστη 1.5171) και εύρος 1.6027. Οι συνάφειες μεταξύ των ερωτήσεων κυμαίνονταν από .2355 έως .6632 με μέση τιμή το .4215 και ένα εύρος .4276. Ο λόγος (αριθμητική σχέση) μεταξύ υψηλότερης και χαμηλότερης συνάφειας είναι 2.8155. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 4, οι συνάφειες των ερωτήσεων με την συνολική κλίμακα κυμαίνονται από .46 μέχρι .66 και θεωρούνται από πολύ ικανοποιητικές, έως πολύ υψηλές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες..

Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα 4, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα. Καμιά ερώτηση δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha και συνεπώς προτείνεται η χρήση της στην μορφή των 5 ερωτήσεων.

Κλίμακα εκτίμησης της συνολικής ικανοποίησης του ηλικιωμένου ασθενή από την διαχείριση του πόνου του

Στις ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 292 ασθενείς. Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν **0.8954** και ο σταθμισμένος συντελεστής Cronbach's alpha **0.8998**. Στην αντίστοιχη έρευνα των McNeill J.A. et al. σε ένα δείγμα 156 ασθενών³⁵³, ο συντελεστής Cronbach's alpha βρέθηκε να είναι 0.70.

Πίνακας 5

Συνάφειες ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και διακύμανση αν παραληφθεί η ερώτηση

<i>Ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
1	0.7876	0.8603	14.0479	5.4685
2	0.8300	0.8202	13.9932	5.3333
3	0.7885	0.8677	13.9178	6.6805

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 5, οι συνάφειες κυμαίνονται από .78 μέχρι .83. και είναι πολύ υψηλές. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα ήταν 6.9932 (μέγιστη τιμή 7.0616 και ελάχιστη 6.9315) και εύρος .1301. Οι συνάφειες μεταξύ των ερωτήσεων κυμαίνονταν από .7113 έως .7710 με μέση τιμή το .7496 και ένα εύρος .0597. Ο λόγος (αριθμητική σχέση) μεταξύ υψηλότερης και χαμηλότερης συνάφειας είναι 1.084. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 5, οι συνάφειες των ερωτήσεων με την συνολική κλίμακα κυμαίνονται από .78 μέχρι .80 και θεωρούνται πολύ υψηλές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες.

Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα 5, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα. Καμιά ερώτηση δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha και συνεπώς προτείνεται η χρήση της στην μορφή των 3 ερωτήσεων.

Κλίμακα εκτίμησης της συνολικής εκληφθείσας από τον ηλικιωμένο ασθενή ποιότητας της φροντίδας

376 ασθενείς απάντησαν στις ερωτήσεις της κλίμακας «συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας». Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν **0.9617** και ο σταθμισμένος συντελεστής Cronbach's alpha **0.9618**.

Η διορθωμένη συνάφεια μεταξύ της απάντησης των ασθενών σε μια ερώτηση και στην βαθμολογία του στην συνολική κλίμακα, αποτελεί δείκτη της εγκυρότητας της ερώτησης. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 6, οι συνάφειες κυμαίνονται από .90 μέχρι .93. και είναι πολύ υψηλές. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα ήταν 2.99 (μέγιστη τιμή 3, ελάχιστη 2.9681) και εύρος 1.0134.

Πίνακας 6

Συνάφειες ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και διακύμανση αν παραληφθεί η ερώτηση

<i>Ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
1	0.9386	0.9283	6.0027	5.0213
2	0.9040	0.9539	5.9761	5.2341
3	0.9125	0.9481	5.9628	5.0173

Οι συνάφειες μεταξύ των ερωτήσεων κυμαίνονταν από .8668 έως .9121 με μέση τιμή το .8934 και ένα εύρος .0453. Ο λόγος (αριθμητική σχέση) μεταξύ υψηλότερης και χαμηλότερης συνάφειας είναι 1.0522. η μέση συνάφεια ανάμεσα στις ερωτήσεις είναι .8934. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 6, οι συνάφειες των ερωτήσεων με την συνολική κλίμακα κυμαίνονται από .90 μέχρι .93 και θεωρούνται πάρα πολύ υψηλές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες..

Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα 6, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα. Καμιά ερώτηση δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha και συνεπώς προτείνεται η χρήση της στην μορφή των 3 ερωτήσεων.

Κλίμακα εκτίμησης της συνολικής διαμορφούμενης στάσης των ηλικιωμένων ασθενών

380 ασθενείς απάντησαν στις ερωτήσεις της κλίμακας. Ο συντελεστής εσωτερικής Cronbach's alpha ήταν **0.7537** και ο σταθμισμένος συντελεστής Cronbach's alpha **0.7541**.

Πίνακας 7

Συνάφειες ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και διακύμανση αν παραληφθεί η ερώτηση

<i>Ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
1	0.6052	3.3184	.9828
2	0.6052	3.2395	.9108

Η διορθωμένη συνάφεια μεταξύ της απάντησης των ασθενών σε μια ερώτηση και στην βαθμολογία του στην συνολική κλίμακα, αποτελεί δείκτη της εγκυρότητας της ερώτησης. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 7, οι συνάφειες είναι υψηλές (.60). Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα ήταν 3.2789 (μέγιστη τιμή 3.3184 και ελάχιστη 3.2395). και εύρος .0789. Όπως βλέπουμε στον πίνακα , οι συνάφειες των ερωτήσεων με την συνολική κλίμακα είναι .60 και θεωρούνται πολύ υψηλές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες. Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα 7, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα.

Κλίμακα εκτίμησης των προσδοκιών των ηλικιωμένων ασθενών από την φροντίδα

Στις 26 ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 376 ασθενείς. Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν **0.9109** και ο σταθμισμένος συντελεστής Cronbach's alpha **0.9289**. Στον πίνακα 8, παρουσιάζονται οι διορθωμένες συνάφειες ανάμεσα στις απαντήσεις στην κάθε ερώτηση της κλίμακας και στην συνολική βαθμολογία της κλίμακας, δηλαδή οι συνάφειες του Pearson ανάμεσα στην βαθμολογία σε κάθε ερώτηση και στο άθροισμα της βαθμολογίας των υπολοίπων ερωτήσεων της κλίμακας. Συνήθως στις αντίστοιχες έρευνες αναφέρονται μόνο τα δυο δεκαδικά ψηφία. Ωστόσο, εμείς επιλέξαμε την απεικόνιση των αποτελεσμάτων όπως εξάγονται από τον υπολογιστή, προκειμένου να τονίσουμε τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις ερωτήσεις και ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τον συντελεστή Cronbach's alpha. Εκτός από τις διορθωμένες συνάφειες στον ίδιο πίνακα παρουσιάζονται οι συνάφειες alpha του Cronbach για την κλίμακα, ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση της κλίμακας εάν παραληφθεί η συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 8

Διορθωμένη συνάφεια ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και η τυπική απόκλιση της κλίμακας εάν παραληφθεί η ερώτηση

<i>Ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
1	0.4416	0.9100	106.6250	184.1443
2	0.6665	0.9042	106.4096	178.9465
3	0.6459	0.9047	106.2819	179.7816
4	0.6893	0.9063	105.7207	190.0685
5	0.3366	0.9131	106.4176	187.1399
6	0.3231	0.9116	106.0691	190.4485
7	0.6258	0.9067	105.7686	189.5917
8	0.5442	0.9072	106.1250	182.7603
9	0.4546	0.9086	105.9521	190.6804
10	0.4857	0.9082	105.8910	190.4387
11	0.5486	0.9070	105.8218	187.4535
12	0.6486	0.9053	105.8830	184.6156
13	0.4630	0.9086	106.1995	184.6988
14	0.4191	0.9092	105.9069	191.0766
15	0.6155	0.9074	105.6915	192.1286
16	0.5837	0.9074	105.6995	191.4161
17	0.6540	0.9066	105.7979	190.5297
18	0.7171	0.9053	105.8777	187.9637
19	0.6428	0.9070	105.6064	191.4607
20	0.4764	0.9100	106.3697	180.3883
21	0.5622	0.9068	106.4069	180.2793
22	0.5943	0.9067	105.8059	188.5942
23	0.6732	0.9063	105.8005	189.8828
24	0.4968	0.9079	105.8378	189.6083
25	0.5511	0.9070	105.9734	188.4793
26	0.4231	0.9095	106.1117	187.2515

Η διορθωμένη συνάφεια μεταξύ της απάντησης των ασθενών σε μια ερώτηση και στην βαθμολογία του στην συνολική κλίμακα, αποτελεί δείκτη της εγκυρότητας της ερώτησης. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 8, οι συνάφειες κυμαίνονται από .32 μέχρι .71. και θεωρούνται από πολύ ικανοποιητικές, έως πολύ υψηλές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα ήταν 4.2460, με μέγιστη τιμή 4.6463, ελάχιστη τιμή 3.6277 και εύρος 1.0186.

Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα καθώς η συνάφεια alpha του Cronbach είναι 0.9109. Η συνάφεια alpha του Cronbach εάν παραληφθεί η συγκεκριμένη ερώτηση, αποτελεί έναν δείκτη της εσωτερικής συνοχής της κλίμακας. Όπως διαπιστώνουμε, η παράληψη των ερωτήσεων 5 και 6 που αναφέρονται αντίστοιχα στην εκπλήρωση των προσδοκιών «τήρησης του επισκεπτηρίου» και «οργανωμένης λειτουργίας του νοσηλευτικού Τμήματος» θα αύξανε τον συντελεστή εσωτερικής συνοχής άλφα ελάχιστα (0.9131-0.9116). Ωστόσο, είναι τόσο μικρή η μεταβολή σε έναν ήδη πολύ καλό συντελεστή άλφα, που προτείνεται η διατήρηση και των 26 ερωτήσεων.

Κλίμακα εκτίμησης της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας από τους ηλικιωμένους ασθενείς

Στις 26 ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 376 ασθενείς. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα ήταν 5.7168 (μέγιστη τιμή 6.3830 και ελάχιστη 4.8457). Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν **0.8748** και ο σταθμισμένος συντελεστής Cronbach's alpha **0.8930**.

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 9, οι συνάφειες κυμαίνονται από .32 μέχρι .59. και θεωρούνται από ικανοποιητικές, έως πολύ ικανοποιητικές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι από κατάλληλες έως πολύ κατάλληλες. Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα. Η εξαίρεση της ερώτησης 20 που αναφέρεται στην «διαφύλαξη του απορρήτου του ασθενή» θα αύξανε τον συντελεστή Cronbach's alpha ελάχιστα (0.8768). Ωστόσο, είναι τόσο αμελητέα η μεταβολή σε έναν ήδη πολύ καλό συντελεστή άλφα, που προτείνεται ανεπιφύλακτα η διατήρηση και των 26 ερωτήσεων.

Πίνακας 9

Διορθωμένη συνάφεια ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και η τυπική απόκλιση της κλίμακας εάν παραληφθεί η ερώτηση

<i>Ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
1	0.3806	0.8730	144.3883	216.5582
2	0.4722	0.8693	144.0745	215.8078
3	0.4691	0.8694	143.9707	216.6471
4	0.5816	0.8682	143.0346	224.4068
5	0.3482	0.8744	144.1809	216.8312
6	0.3251	0.8738	143.6755	223.4251
7	0.4714	0.8703	143.1064	229.0767
8	0.3556	0.8725	143.5266	225.3593
9	0.4387	0.8703	143.4814	223.9997
10	0.4564	0.8700	143.4255	224.5384
11	0.4613	0.8704	142.9601	228.0757
12	0.5602	0.8678	143.1649	221.4287
13	0.3341	0.8738	143.7234	221.6140
14	0.4360	0.8704	143.0824	227.2332
15	0.4705	0.8705	142.9734	230.2820
16	0.5059	0.8694	142.9920	227.1439
17	0.5371	0.8689	143.2766	226.0033
18	0.5957	0.8670	143.4282	221.0882
19	0.4769	0.8706	142.8378	231.0429
20	0.3094	0.8768	144.2021	218.1884
21	0.4591	0.8701	144.3670	212.7396
22	0.5181	0.8683	143.3670	221.2996
23	0.5377	0.8682	143.2926	222.8262
24	0.4211	0.8707	143.1968	224.2652
25	0.5236	0.8679	143.6543	218.6161
26	0.4481	0.8701	143.8005	216.6028

Κλίμακα εκτίμησης της εκληφθείσας απόδοσης της φροντίδας από τους ηλικιωμένους ασθενείς

Στις 26 ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 374 ασθενείς. Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν **0.8535** και ο σταθμισμένος συντελεστής Cronbach's alpha **0.8541**.

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 10, οι συνάφειες κυμαίνονται από .18 μέχρι .54. και θεωρούνται από λίγο ικανοποιητικές, έως πολύ ικανοποιητικές. Υποδεικνύουν από μικρούς έως μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι από οριακά κατάλληλες έως πολύ κατάλληλες.

Πίνακας 10

Διορθωμένη συνάφεια ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και η τυπική απόκλιση της κλίμακας εάν παραληφθεί η ερώτηση

<i>Ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
1	.5216	.8437	21.5455	24.8277
2	.5410	.8430	21.4332	25.0398
3	.4663	.8461	21.5080	25.2533
4	.5155	.8449	21.2460	25.9876
5	.4673	.8462	21.4786	25.0599
6	.2725	.8521	21.1417	26.9745
7	.3137	.8510	21.2005	27.2492
8	.2713	.8537	21.5508	26.4626
9	.5308	.8439	21.4332	25.6081
10	.5163	.8443	21.4064	25.6092
11	.3557	.8497	21.2112	26.7569
12	.4907	.8459	21.1631	26.2119
13	.5446	.8430	21.2834	25.2224
14	.2801	.8518	21.1230	26.9553
15	.2014	.8535	21.2112	27.4754
16	.3973	.8487	21.2540	26.6887
17	.6229	.8422	21.2487	25.7316
18	.4131	.8484	21.1979	26.7275
19	.2306	.8527	21.1257	27.7187
20	.1815	.8558	21.1658	27.1467
21	.4816	.8455	21.3503	25.1451
22	.2468	.8526	21.2567	27.1779
23	.3004	.8512	21.2540	26.9836
24	.3104	.8509	21.1898	27.1194
25	.5107	.8455	21.1738	26.2244
26	.3067	.8517	21.1898	26.4920

Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα. Η εξαίρεση των ερωτήσεων 8: «υπάρχουν αρκετές νοσηλεύτριες στην βραδινή βάρδια;» και 20: «συζητά το προσωπικό την περίπτωση σου μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς;» θα αύξανε τον συντελεστή Cronbach's alpha ελάχιστα (0.8537 και 0.8558 αντίστοιχα). Ωστόσο, είναι τόσο αμελητέα η μεταβολή σε έναν ήδη πολύ καλό συντελεστή άλφα, που προτείνεται ανεπιφύλακτα η διατήρηση και των 26 ερωτήσεων. Άλλωστε ο ρόλος αυτής της κλίμακας είναι απλά η εκτίμηση της απόδοσης της φροντίδας, δηλαδή αν συνέβη ή όχι η συγκεκριμένη παρέμβαση.

Κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της φροντίδας

Στις 26 ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 376 ασθενείς. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα ήταν 4.7091 (μέγιστη τιμή 5.5824 και ελάχιστη

3.8564). Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν **0.9532** και ο σταθμισμένος συντελεστής Cronbach's alpha **0.9555**.

Πίνακας 11

Διορθωμένη συνάφεια ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και η τυπική απόκλιση της κλίμακας εάν παραληφθεί η ερώτηση

<i>Ερώτηση</i>	<i>Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με την συνολική κλίμακα</i>	<i>Τιμή του συντελεστή α αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>	<i>Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση</i>
1	0.5238	0.9530	118.4867	851.5678
2	0.6944	0.9509	118.2846	841.9801
3	0.6688	0.9512	118.3431	842.4393
4	0.6871	0.9511	117.3617	856.0928
5	0.4718	0.9536	118.5798	857.7963
6	0.7193	0.9506	117.8351	838.3514
7	0.6157	0.9517	117.2660	861.2091
8	0.4745	0.9532	118.3059	866.4422
9	0.7074	0.9511	118.0266	840.8046
10	0.6789	0.9509	117.8298	844.9256
11	0.7027	0.9505	117.3324	851.0065
12	0.7407	0.9507	117.4309	840.6032
13	0.7200	0.9520	117.9495	825.0668
14	0.5910	0.9515	117.3936	871.2687
15	0.6571	0.9513	117.2899	864.0944
16	0.6601	0.9502	117.3750	852.8430
17	0.7760	0.9501	117.4840	843.6371
18	0.7973	0.9501	117.4441	844.1569
19	0.6570	0.9518	116.8537	874.8132
20	0.4581	0.9536	117.7952	863.9233
21	0.6799	0.9512	118.3404	830.7371
22	0.6678	0.9512	117.6569	854.6793
23	0.5877	0.9520	117.6383	862.3115
24	0.6394	0.9516	117.0851	862.9687
25	0.7788	0.9501	117.5851	839.6887
26	0.6901	0.9510	117.9309	836.2832

Παρατηρώντας τον πίνακα 11, διαπιστώνουμε ότι οι συνάφειες κυμαίνονται από .45 μέχρι .79. και θεωρούνται από πάρα πολύ ικανοποιητικές. Υποδεικνύουν μεγάλους δείκτες διαφοροποίησης και δείχνουν ότι οι ερωτήσεις είναι πολύ κατάλληλες. Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα, πρόκειται για μια αξιόπιστη κλίμακα. Η εξαίρεση των ερωτήσεων 5 και 20 που αναφέρονται αντίστοιχα στην ικανοποίηση των ασθενών από την «τήρηση του επισκεπτηρίου» και από την «διαφύλαξη του απορρήτου του ασθενή» θα αύξανε τον συντελεστή Cronbach's alpha ελάχιστα (0.9534-0.9533). Ωστόσο, είναι τόσο μικρή η μεταβολή σε έναν ήδη πολύ καλό συντελεστή Cronbach's alpha, που προτείνεται η διατήρηση και των 26 ερωτήσεων.

Στους πίνακες 12 και 13, παρουσιάζονται τα συγκεντρωτικά στοιχεία για την αξιοπιστία των συνολικών κλιμάκων αλλά και των 4 κλιμάκων των 26 ερωτήσεων.

Πίνακας 12

Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's alpha των κλιμάκων και οι μέσες τιμές τους

Κλίμακα	Cronbach's a	Μέση τιμή κλίμακας
Συνολική ικανοποίηση από τη φροντίδα	0.8190	6.5858
Συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα	0.8808	2.7094
Συνολική συγκριτική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας	0.8879	2.7480
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας	0.9617	2.99
Συνολική ικανοποίηση από τη διαχείριση του πόνου	0.8954	6.9992
Επίδραση του πόνου	0.7753	2.6151
Συνολική στάση-πρόθεση του ασθενή	0.7537	3.2789

Πίνακας 13

Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha της κλίμακας των 26 ερωτήσεων και οι μέσες τιμές της

Κλίμακα 26 ερωτήσεων	Cronbach's a
Κλίμακα εκτίμησης των προσδοκιών	0.9109
Κλίμακα εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας	0.8748
Κλίμακα εκληφθείσας απόδοσης της φροντίδας	0.9621
Κλίμακα ικανοποίησης από τη φροντίδα	0.9530

2.4.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Κλίμακα εκτίμησης των προσδοκιών των ηλικιωμένων ασθενών από την φροντίδα

Προκειμένου να προβούμε στην παραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήσαμε τα κριτήρια που περιγράφονται στο γενικό μέρος, δηλαδή «*την ποιότητα των δεδομένων*» και «*το μέγεθος του δείγματος*»⁴⁷⁹. Αναλυτικότερα, με την φράση *ποιότητα δεδομένων* εννοούμε δεδομένα που έχουν τα χαρακτηριστικά της κλίμακας των ίσων διαστημάτων ή της οιονεί κλίμακας ίσων διαστημάτων. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήσαμε μια κλίμακα Likert 9 σημείων που θεωρείται κλίμακα ίσων διαστημάτων ή οιονεί ίσων διαστημάτων και είναι κατάλληλη για την παραγοντική ανάλυση. Ένας άλλος τρόπος για την διασφάλιση της *ποιότητας των δεδομένων* είναι η αναζήτηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των ερωτήσεων των κλιμάκων, δηλαδή της συσχέτισης των ερωτήσεων μεταξύ τους και με την συνολική βαθμολογία της κλίμακας. Έτσι, οι ερωτήσεις που δεν σχετίζονται μεταξύ τους δεν συμβάλλουν στην παραγοντική ανάλυση.

Η δεύτερη προϋπόθεση για την εκτέλεση της παραγοντικής ανάλυσης είναι η διασφάλιση του *μεγέθους του δείγματος*. Στις 26 ερωτήσεις της κλίμακας αυτής απάντησαν 376 ηλικιωμένοι ασθενείς, δηλαδή μια αναλογία **14** άτομα προς **1** ερώτηση. Είναι ένα νούμερο απόλυτα ικανοποιητικό^{441,485} σύμφωνα και με τους Gorsuch και Streiner, ενώ εκπληρώνει όλα τα κριτήρια^{413,455-457}. Η καταλληλότητα του δείγματος επιβεβαιώνεται και με τον δείκτη Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ο οποίος βρέθηκε **0.871**. Το κριτήριο της σφαιρικότητας του Bartlett's είναι 6122.104 (df= 325) και είναι στατιστικά σημαντικό, $p < .000005$ κάτι που επιβεβαιώνει ότι τα δεδομένα είναι κατάλληλα για να προβούμε σε παραγοντική ανάλυση.

Η κοινότητα διακύμανσης των παραγόντων ισούται με το άθροισμα όλων των τετραγώνων των παραγοντικών φορτίσεων και δείχνει τη διακύμανση που εμφανίζει κάθε μεταβλητή από κοινού με τις άλλες μεταβλητές. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι ΚΠΔ κυμαίνονται από .495 μέχρι .844. Οι τιμές αυτές θεωρούνται μεγάλες αφού παρακάτω θα διαπιστώσουμε ότι οι παράγοντες στους οποίους φορτίζουν οι μεταβλητές ερμηνεύονται.

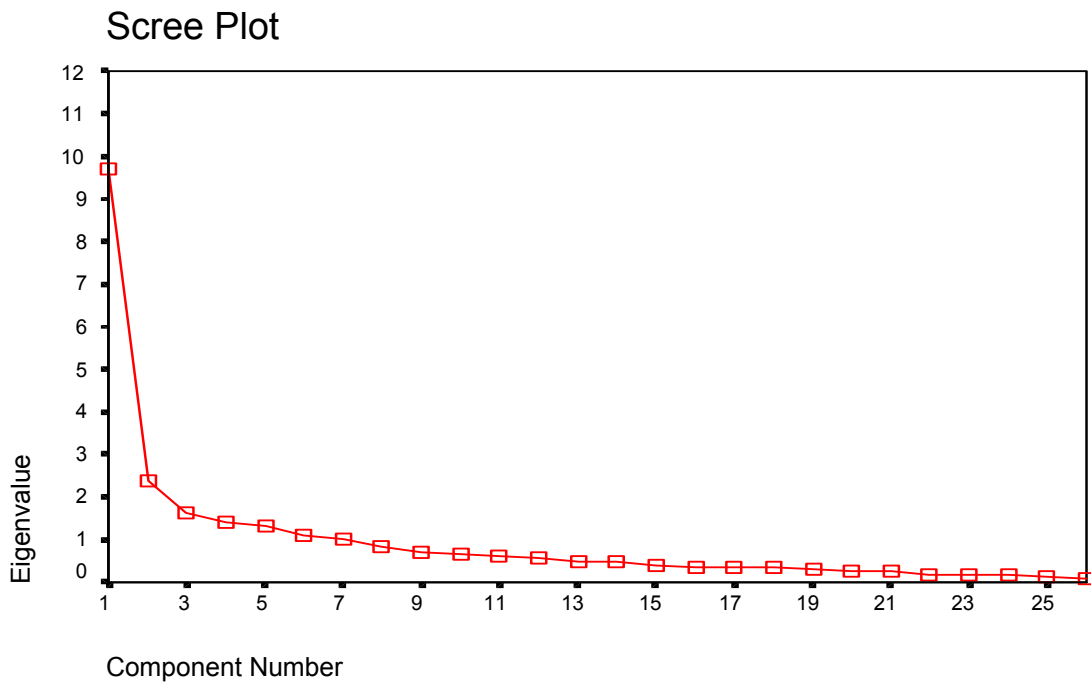
Για να μπορούμε να διεξάγουμε μια παραγοντική ανάλυση χρειάζεται να έχουμε έναν πίνακα συναφειών (correlation matrix), δηλαδή έναν πλήρη πίνακα διασυναφειών (intercorrelations matrix) που είναι συνάφειες ανάμεσα στις μεταβλητές. Από τον πίνακα 1, αυτόν οδηγούμαστε στον πίνακα των παραγόντων (factor matrix) δηλαδή σε έναν πίνακα που δείχνει το βαθμό στον οποίο μια μεταβλητή συσχετίζεται (φορτίζει) με έναν παράγοντα, μια στατιστική ορολογία που χρησιμοποιείται όταν αναφερόμαστε σε μια «*υποθετική ιδιότητα*».

Πίνακας 1
Συνάφειες μεταξύ των μεταβλητών

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
1	.821	-.183	-.291	-	-.196	-	-.134	-	-	.191	-.172	.126	-	-.225	-	-	-	-.144	-	-	-	-	-	-	-	-	
2	-.183	.814	-.602	-.145	-	-.118	-	-.224	-	-	-	.268	-.129	.319	-	-.162	-	-	.248	-	-.194	-.241	-	-	-	-	-.157
3	-.291	-.602	.820	-	.130	-	-	-	-	-	.115	-.294	-	-	-	-	.156	-	-.339	-	-	-	-	-.215	.185	-	
4	-	-.145	-	.923	-	-.114	-	-	-.281	-	-	-	-	-	-	-.295	.102	-.209	-.176	-	-	-	-	.148	.120	-.220	
5	-.196	-	.130	-	.790	.166	-	-	-	-	.134	-	-.106	-	-	-.154	-	-	-.213	-.176	-.223	-	-.114	-	-	-	
6	-	-.118	-	-.114	.166	.828	-.185	.118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.175	-	-.136	-	-	.113	-	-	-	
7	-.134	-	-	-	-	-.185	.933	-.202	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.149	-	-	-	-.125	-.237	-.119	.173	-	
8	-	-.224	-	-	-	.118	-.202	.880	-	.129	-.149	-.227	-	-.107	-	-	-	.174	-.111	-.170	-	.135	-	-	-	.191	
9	-	-	-	-.281	-	-	-	-	.880	-.227	-	-	-	-	-	-	-.173	2	-	-	-.224	-	-	-	-	-.127	
10	.191	-	-	-	-	-	-	.129	-.227	.902	-.188	-	-	-	-	-	-	-.137	-	-	-.225	.120	-	-	-	.203	
11	-.172	-	.115	-	.134	-	-	-.149	-	-.188	.850	-.507	-.124	-.152	-	-	-	.285	-.129	-.136	.157	-	-	-.189	.120	-	
12	.126	.268	-.294	-	-	-	-	-.227	-	-	-.507	.838	-.239	.247	-	-	-	-.372	.151	-	-.111	-.154	-	.113	-.105	-.111	
13	-	-.129	-	-	-.106	-	-	-	-	-	-.124	-.239	.894	-	-	-	.143	-.200	-	.145	-.138	.132	-	-	-	-	
14	-.225	.319	-	-	-	-	-	-.107	-	-	-.152	.247	-	.806	-	-.152	-	-.136	.118	-.108	-.146	-.315	-	-.108	-	-	
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.923	-.516	-	-	-.234	-	-	-	-	-	-	-	
16	-	-.162	-	-.295	-.154	-	-	-	-	-	-	-	-	-.152	-.516	.887	-	.117	-.163	-	.189	.103	-	-	-	-	
17	-	-	.156	.102	-	-	-	-	-.173	-	-	.143	-	-	-	-	.903	-.502	-.218	-	-	-	-	-.107	.199	-	
18	-.144	-	-	-.209	-	-.175	.149	.174	-	-.137	.285	-.372	-.200	-.136	-	.117	-.502	.840	-	-.182	.106	-	-.301	.159	-.236	-	
19	-	.248	-.339	-.176	-	-	-	-.111	-	-	-.129	.151	-	.118	-.234	-.163	-.218	-	.905	-	-.123	-	-	-	-.221	-	
20	-	-	-	-	-.213	-.136	-	-.170	-	-	-.136	-	.145	-.108	-	-	-	-.182	-	.908	-	-	-	-	-	-	
21	-	-.194	-	-	-.176	-	-	-	-.224	-.225	.157	-.111	-.138	-.146	-	.189	-	.106	-	-	.866	-.131	-	.205	-	-.219	
22	-	-.241	-	-	-.223	-	-.125	.135	-	.120	-	-.154	.132	-.315	-	.103	-	-	-.123	-	-.131	.890	-.113	-	-	.223	
23	-	-	-	-	-	.113	-.237	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.301	-	-	-	-.113	.932	-.325	-	.112	
24	-	-	-.215	.148	-.114	-	-.119	-	-	-	-.189	.113	-	-.108	-	-	-.107	.159	-	-	.205	-	-.325	.827	-.355	-.208	
25	-	-	.185	.120	-	-	.173	-	-	-	.120	-.105	-	-	-	-	-.199	-.236	-.221	-	-	-	-	-.355	.841	-.441	
26	-	-.157	-	-.220	-	-	2	.191	-.127	.203	-	-.111	-	-	-	-	-	-	-	-	-.219	.223	.112	-.208	-.441	.783	

Στην εικόνα 1, φαίνεται το διάγραμμα των ιδιοτιμών (scree test). Οι ιδιοτιμές είναι το άθροισμα των τετραγώνων των φορτίσεων σε κάθε παράγοντα και αποτελεί ένα μέτρο της διακύμανσης που ερμηνεύει τον παράγοντα. Παρατηρούμε την γραφική παράσταση και προσπαθούμε να βρούμε πότε κάμπτεται η κατεύθυνση της γραμμής μετά τον πρώτο παράγοντα. Επειδή χρησιμοποιούμε το κριτήριο Kaiser που προτείνει την απόρριψη των παραγόντων με ιδιοτιμή μικρότερη ή ίση του 1.0, αγνοούμε την κάμψη στον πρώτο παράγοντα και αποδεχόμαστε 7 παράγοντες.

Εικόνα 1
Διάγραμμα ιδιοτιμών



Όταν κατασκευάζουμε μια πολυδιάστατη κλίμακα, την υποβάλλουμε σε εξέταση με την βοήθεια της ανάλυσης των κυρίων συνιστωσών, προκειμένου να εξαχθούν οι πρώτοι παράγοντες της κλίμακας. Ακολουθώς, εξετάζουμε τις φορτίσεις των ερωτήσεων στον πρώτο παράγοντα που προκύπτει χωρίς στρέψη των αξόνων. Εάν υπάρχουν ερωτήσεις που έχουν χαμηλές φορτίσεις στον πρώτο παράγοντα (δηλαδή $< .30$) και μέτριες στους άλλους παράγοντες, διαγράφονται από την κλίμακα. Στην προκειμένη περίπτωση, όπως φαίνεται στον πίνακα 2, (μη περιστροφόμενος πίνακας των παραγόντων, unrotated factor matrix) δεν υπάρχουν ανάλογες ερωτήσεις, συνεπώς δεν απορρίπτουμε καμιά. Έτσι, έχουμε να κάνουμε γενικά με ερωτήσεις που έχουν υψηλές φορτίσεις στον πρώτο παράγοντα και καλές έως πολύ καλές στους άλλους. Εξάλλου αν ανατρέξουμε στον υπολογισμό της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής της κλίμακας, επιβεβαιώνουμε τον αρχικό ισχυρισμό περί διατήρησης όλων των ερωτήσεων.

Πίνακας 2
Φόρτιση των ερωτήσεων στους παράγοντες χωρίς στρέψη τους

Ερώτηση	Παράγοντες						
	Π1	Π2	Π3	Π4	Π5	Π6	Π7
1	.420	.440	.288	-.263	.196	-.335	.134
2	.640	.583	.136	-.128	-.145	-.169	-
3	.637	.518	-	-.214	-.104	-.239	-.102
4	.760	-	.124	-	-.412	-	.117
5	.358	-	.499	.259	.391	-	-.144
6	.339	.353	-.133	-.256	-	.208	.621
7	.693	-	-	-.163	-	-.192	-
8	.570	-	-	-.445	-	-	-.351
9	.475	.217	.447	.222	-.384	.207	-.190
10	.590	-.186	.206	.254	-	.375	-.184
11	.644	-.190	-.236	-.322	.133	-	-.219
12	.721	-	-.380	-.161	.157	.303	-
13	.504	.249	-.379	-.184	-.243	.297	-.170
14	.473	-.309	.253	-	.352	-.107	.272
15	.729	-.421	-	-	-.231	-.154	-
16	.698	-.412	-	-	-.339	-.141	-
17	.730	-.215	.136	-	-	.238	.118
18	.766	-	-	.109	-	.305	.294
19	.748	-.323	-	-	-.273	-.117	-
20	.505	-	.243	-	.332	-	.237
21	.537	.551	.271	.142	-	.190	-.131
22	.659	-.161	.203	-	.279	-.218	-
23	.757	-.179	-.151	.220	-	-	-
24	.550	-	-.343	.375	.245	-.374	-.103
25	.599	.104	-.432	.467	-	-.121	-
26	.441	.516	-.258	.396	-.193	-.117	-

Προκειμένου να διερευνήσουμε τους παράγοντες της κλίμακας χρησιμοποιήσαμε την ορθογώνια περιστροφή των αξόνων (varimax) με την οποία κάθε παράγοντας δεν έχει κοινή διακύμανση, δηλαδή είναι ανεξάρτητος από τους άλλους. Η περιστροφή των παραγόντων βέβαια, έχει και μια επιπρόσθετη χρησιμότητα: είναι ιδανική σε περιπτώσεις όπως η δική μας στην οποία οι ασθενείς του δείγματός μας είχαν την τάση να δίνουν την ίδια ή παρόμοια απάντηση σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας (halo effect) οπότε και με την περιστροφή απαλείφεται αυτή η τάση μεροληψίας, με την εύρεση των φορτίσεων που χρειάζονται. Στον πίνακα 3, φαίνεται ο περιστρεφόμενος πίνακας των παραγόντων (rotated factor matrix).

Με την παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών, εξήχθησαν 7 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το **71.568%** της συνολικής διακύμανσης των τιμών της κλίμακας. Αξίζει να τονίσουμε ότι ένα άλλο κριτήριο για την εκτέλεση παραγοντικής ανάλυσης είναι ότι οι παράγοντες πρέπει να ερμηνεύουν ένα σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης των μεταβλητών/ερωτήσεων, συνήθως το 50% της συνολικής διακύμανσης.

Πίνακας 3

Φόρτιση των ερωτήσεων στους παράγοντες μετά από varimax στρέψη των αξόνων τους

Ερώτηση	Παράγοντες						
	Π1	Π2	Π3	Π4	Π5	Π6	Π7
1	-	.734	-	.358	-	-	.135
2	.193	.808	.189	-	.181	.267	.119
3	.233	.787	.258	-	.190	.118	-
4	.715	.248	-	-	.112	.360	.236
5	-	-	-	.633	-	.406	-.214
6	-	.268	.126	-	-	-	.810
7	.541	.337	.251	.276	.114	-	-
8	.400	.259	.625	.118	-.101	-	-.138
9	.277	.324	-	-	-	.750	-
10	.331	-.101	.250	.268	.134	.627	-
11	.430	-	.667	.186	-	-	-
12	.258	.114	.747	.107	.291	.155	.250
13	-	.174	.730	-	.239	.105	.195
14	.305	-	-	.695	-	-	.111
15	.831	-	.139	.229	.170	-	-
16	.858	-	.106	.138	.125	.109	-
17	.517	-	.221	.355	.146	.405	.227
18	.341	-	.331	.349	.330	.323	.501
19	.802	.110	.236	.121	.180	-	-
20	.188	.158	.152	.599	-	-	.214
21	-	.527	.206	.191	.192	.572	.127
22	.368	.232	.172	.585	.217	-	-.111
23	.508	-	.276	.301	.487	.187	-
24	.235	.117	.181	.249	.756	-	-.175
25	.216	-	.187	-	.824	.104	.118
26	-	.398	-	-.191	.658	.240	.231
Ιδιοτιμές	9.711	2.380	1.645	1.396	1.330	1.123	1.023
Διακύμανση (%)	37.348	9.153	6.328	5.368	5.117	4.320	3.933

Στην διερευνητική παραγοντική ανάλυση, παραγοντικές φορτίσεις πάνω από .30 ή .40 γενικά θεωρούνται ικανοποιητικές⁴⁴¹. Σύμφωνα με τους Norman και Streiner, η ελάχιστη αποδεκτή φόρτιση⁴⁵³ των ερωτήσεων σε κάθε παράγοντα στο δείγμα μας, θα έπρεπε να είναι 0.266. Επειδή όμως μια τέτοια φόρτιση κρίνεται «ασθενής» επιλέξαμε ως τιμή κατώφλι (cut-off value) φορτίσεις άνω του 0.50. Η ανάλυση κυρίων συνιστωσών, χωρίς στρέψη των αξόνων, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα μας δίνει έναν κύριο παράγοντα

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, (στον οποίον οι μηδενικές φορτίσεις παρίστανται με μια παύλα) τηρούνται τα κριτήρια⁴⁵⁸ του Thurstone αφού: (1) κάθε μεταβλητή μας έχει 6 τουλάχιστον μηδενικούς συντελεστές φόρτισης του παράγοντα, (2) κάθε παράγοντας διαθέτει τουλάχιστον 20 μεταβλητές των οποίων οι συντελεστές φόρτισης του παράγοντα δεν είναι μηδενικοί, (3) για κάθε ένα ζεύγος παραγόντων, μια μεγάλη αναλογία των μεταβλητών έχει μηδενικούς συντελεστές φόρτισης και στους δυο παράγοντες, για κάθε φορά που προκύπτουν 4 παράγοντες και (4) για κάθε ζεύγος παραγόντων, υπάρχει μόνο ένας μικρός αριθμός μεταβλητών με μη μηδενικούς συντελεστές. Με τους έντονους αριθμούς δηλώνουμε την

ερώτηση που φορτίζει τον συγκεκριμένο παράγοντα. Ρίχνοντας μια ματιά στον πίνακα 3, διαπιστώνουμε ότι οι φορτίσεις των ερωτήσεων στους αντίστοιχους παράγοντες είναι πολύ ικανοποιητικές αφού είναι υψηλότερες από 0.50. την ίδια στιγμή διαπιστώνουμε ότι κάποιες από τις μεταβλητές είναι *περίπλοκες από παραγοντικής πλευράς* (factorially complex), αφού λίγες ερωτήσεις παρουσιάζουν υψηλές φορτίσεις σε δυο παράγοντες. Ασφαλώς από στατιστικής πλευράς αυτό το φαινόμενο δεν αποτελεί ένδειξη σφάλματος.

Μόνο 6 ερωτήσεις παρουσιάζουν θετικές και αρνητικές φορτίσεις σε 4 παράγοντες ένα γεγονός που φανερώνει ότι χαρακτηρίζονται από υψηλές τιμές σε μερικές μεταβλητές και από χαμηλές σε άλλες. Ωστόσο, οι ερωτήσεις αυτές έχουν αντίστοιχα ασθενή θετική και αρνητική συσχέτιση με τους αντίστοιχους παράγοντες οπότε δεν δημιουργούν κάποιο πρόβλημα ερμηνείας.

Οι παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση είναι οι ακόλουθοι:

- Παράγοντας 1:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 7 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 37.348% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται *«οργάνωση και λειτουργία του Τμήματος»*.
- Παράγοντας 2:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 3 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 9.153% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται *«φαγητό»*.
- Παράγοντας 3:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 4 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 6.328% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται *«ενσυναίσθηση-σεβασμός προσωπικού»*.
- Παράγοντας 4:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 4 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 5.368% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται *«ενημέρωση και ευαίσθητα δεδομένα»*.
- Παράγοντας 5:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 3 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 5.117% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται *«χαρακτηριστικά του γιατρού»*.
- Παράγοντας 6:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 3 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 4.320% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται *«ατμόσφαιρα τμήματος»*.
- Παράγοντας 7:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 2 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 3.933% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται *«σεβασμός»*.

Κλίμακα εκτίμησης της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας από τους ηλικιωμένους ασθενείς

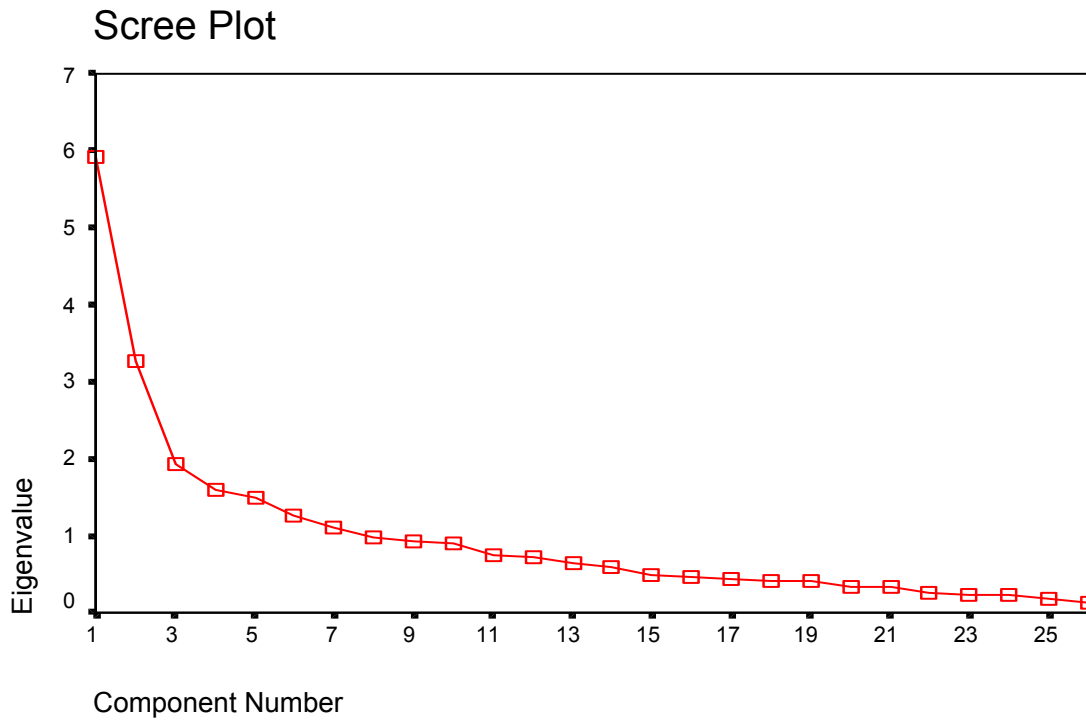
Η καταλληλότητα του δείγματος επιβεβαιώθηκε και με τον δείκτη Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ο οποίος βρέθηκε **0.767**. Το κριτήριο της σφαιρικότητας του Bartlett's είναι 4093.352 (df= 325) και είναι στατιστικά σημαντικό, $p < .000005$ κάτι που επιβεβαιώνει ότι τα δεδομένα είναι κατάλληλα για να προβούμε σε παραγοντική ανάλυση. Οι ΚΠΔ κυμαίνονται από .481 μέχρι .854, με τις πιο πολλές να είναι άνω του .620. Οι τιμές αυτές θεωρούνται μεγάλες αφού παρακάτω θα διαπιστώσουμε οι παράγοντες στους οποίους φορτίζουν οι μεταβλητές ερμηνεύονται.

Πίνακας 4
Συνάφειες μεταξύ των μεταβλητών

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
1	.665	-.356	-.356	.178	-	-	.195	-.142	-	-	-	-	-	-.282	-.137	-.113	.150	-	.243	-.117	-	-	-	-	-	-	-
2	-.356	.736	-.489	-.324	-	-.101	-	-	-	-	.119	-	-	-	.159	-	-.184	-	-	-	-	-.109	-	.315	-	-.215	
3	-.356	-.489	.731	-	-	-	-	-	-.187	.106	-	-	-	.278	-	.159	-.175	-.134	-	-	-	-	-	-.171	-	.179	
4	.178	-.324	-	.831	-	-	-	-	-	-	-	-.187	-	-.186	.153	-.186	-	-.107	-.164	.107	-	-	-	-	-	-	
5	-	-	-	-	.767	-	-	-	-.122	-.114	-	-	-.148	-	-	-	.117	.199	-.246	-	-	-.140	-	-	-.141	-	
6	-	-.101	-	-	-	.765	-.276	-	-	.116	-	-.110	-.226	-.109	.108	-	-	-	-	-	-.125	.226	-	-	-	-.169	
7	.195	-	-	-	-	-.276	.731	-.265	-	-	-	-	.210	-	-.141	-.159	-	-	.118	-.146	-	-.109	-.165	-	.129	-	
8	-.142	-	-	-	-	-	-.265	.728	-	-	-	-	-.139	.156	-	-.114	-	.123	-	-	-	-	-	-	-.186	.111	
9	-	-	-.187	-	-.122	-	-	-	.731	-.267	-	-	-	-.134	-.103	-	-.136	-	.103	-	-	-	-	-	-.232	-.241	
10	-	-	.106	-	-.114	.116	-	-	-.267	.824	-.270	-.112	-	-	-	-	-.108	-	-	-	-	-	-	-	-.107	.198	
11	-.121	.119	-	-	-	-	-	-	-	-.270	.790	-.356	-	-	-	-	-	.255	-	-	.105	-	-	-.106	-	-	
12	-	-	-	-.187	-	-.110	-	-	-	-.112	-.356	.804	-.197	2	-.107	-	.107	-.224	.195	-	-	-.167	-.110	-	-.144	-	
13	-	-	-	-	-.148	-.226	.210	-.139	-	-	-	-.197	.731	-	-	-	.132	-.102	-	.132	-	-	-	-	-	-	
14	-.282	-	.278	-.186	-	-.109	-	.156	-.134	-	-	-	-	.740	-.232	-	-.119	-	-	-	-	-.320	-	-.138	-	.210	
15	-.137	.159	-	.153	-	.108	-.141	-	-.103	-	-	-.107	-	-.232	.795	-.302	-	-	-.364	-	-	-	-	-	-	-	
16	-.113	-	-	-.186	-	-	-.159	-.114	-	-	-	-	-	-	-.302	.847	-.308	-	-.210	-	.172	-	-	-	-	-	
17	.150	-.184	.159	-	-	-	-	-	-.136	-.108	-	-.107	.132	-.119	-	-.308	.812	-.385	-	.116	-	-	-	-.132	-	-	
18	-	-	-.175	-.107	.117	-	-	.123	-	-	.255	-.224	-.102	-	-	-.308	-.385	.786	-	-.251	-	-	-.120	-	-.231	-	
19	.243	-	-.134	-.164	.199	-	.118	-	.103	-	-	.195	-	-	-.364	-.210	-	-	.743	-	-	-.153	-.270	.104	-	-	
20	-.117	-	-	.107	-.246	-	-.146	-	-	-	-	.132	-	-	-	-	.116	-.251	-	.683	-.216	-	-.116	-.112	-	-	
21	-	-	-	-	-	-.125	-	-	-	-	.105	-	-	-	-	.172	-	-	-	-.216	.770	-.298	-	.131	-	-.321	
22	-	-.109	-	-	-.140	.226	-.109	-	-	-	-	-.167	-	-.320	-	-	-	-	-	-.153	-	-.298	.764	-.133	-.277	-	
23	-	-	-	-	-	-	-.165	-	-.117	-	-	-.110	-	-	-	-	-	-	-.120	-.270	-.116	-	-.133	.865	-.130	-.104	
24	-	.315	-.171	-	-	-	-	-	-	-	-.106	-	-	-.138	-	-	-.132	-	.104	-.112	.131	-.277	-.130	.726	-.167	-.329	
25	-	-	-	-	-.141	-	-	-.186	.232	-.107	-	-.144	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.167	.794	-.372	
26	-	-.215	.179	-	-	-.169	-	-.111	-.241	.198	-	-	-	.210	-	-	-	-	-	-	-.321	-	-.104	-.329	-.372	.674	

Στην εικόνα 2, φαίνεται το διάγραμμα των ιδιοτιμών (scree test). Παρατηρούμε την γραφική παράσταση και προσπαθούμε να βρούμε πότε κάμπτεται η κατεύθυνση της γραμμής μετά τον πρώτο παράγοντα. Επειδή χρησιμοποιούμε το κριτήριο Kaiser που προτείνει την απόρριψη των παραγόντων με ιδιοτιμή μικρότερη ή ίση του 1.0, αγνοούμε την κάμψη στον πρώτο παράγοντα και αποδεχόμαστε 7 παράγοντες.

Εικόνα 2
Διάγραμμα ιδιοτιμών



Με την παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών εξήχθησαν 7 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το **63.723%** της συνολικής διακύμανσης των τιμών της κλίμακας.

Πίνακας 5
Φόρτιση των ερωτήσεων στους παράγοντες χωρίς στρέψη τους

Ερώτηση	Παράγοντες						
	Π1	Π2	Π3	Π4	Π5	Π6	Π7
1	.288	.584	.273	-	.349	-.280	-.112
2	.343	.778	.346	-	-	-	-.103
3	.378	.690	.297	-	.192	-.185	-.119
4	.599	.189	.297	-	-.161	-	-.160
5	.415	-.102	-	-	.315	.505	-
6	.217	.574	-	.215	-.388	.130	.289
7	.426	-.136	.193	.500	.111	.205	.307
8	.360	-	.114	.206	.226	-	.635
9	.509	.289	.284	-.264	.101	.323	-
10	.530	-.159	-	-.365	-	.455	-
11	.516	-.180	-	-.563	.186	-	.122
12	.609	.125	-.188	-.407	-.116	-	.104
13	.277	.358	-.159	-.320	-.157	-	.510
14	.521	-.382	.275	-	-	-	-.255
15	.515	-.465	.315	-	-	-.204	-
16	.589	-.403	.361	-	-.207	-.152	-
17	.593	-.260	.139	-	-.369	.205	-.233
18	.606	-	-	.215	-.434	.175	-.218
19	.579	-.382	.145	.155	-.111	-.439	-
20	.300	-	-.377	.586	.273	.218	-.128
21	.379	.505	-.339	.364	.143	-	-
22	.566	-.169	-.146	-	.449	-.139	-
23	.562	-.161	-.341	-	.171	-	-
24	.466	-.201	-.502	-.154	.132	-.207	-.157
25	.546	-	-.480	-	-.264	-.141	-
26	.373	.535	-.459	-	-.215	-.206	-

Πίνακας 6
Φόρτιση των ερωτήσεων στους παράγοντες μετά από varimax στρέψη τους

Ερώτηση	Παράγοντες						
	Π1	Π2	Π3	Π4	Π5	Π6	Π7
1	-	.831	.129	-	-	-	-
2	-	.879	-.162	.236	-	-	-
3	-	.873	-	.153	-	-	-
4	.507	.430	-	.225	.244	-	-
5	.109	-	.112	-.121	.580	.387	.126
6	-	.290	-.373	.637	-	.133	.170
7	.356	-	-.119	-	.137	.415	.550
8	.145	-	.117	-	-	-	.777
9	-	.401	-	-	.558	-	-
10	.206	-	.220	.110	.738	-	-
11	.173	-	.579	-	.439	-.299	.122
12	.168	.142	.410	.560	.391	-.114	-
13	-.163	.134	.102	.579	.259	-.201	.221
14	.644	-	.220	-.200	.222	-	-
15	.708	-	.201	-.130	-	-	.269
16	.787	-	.108	-	-	-	.255
17	.696	-	-	.195	.307	.169	-.153
18	.527	-	-	.462	.169	.361	-.182
19	.653	-	.300	-	-.221	-	.249
20	-	-	.204	-	-	.746	-
21	-	.299	.167	.317	-	.597	-
22	.229	.178	.602	-.137	.138	.288	.184
23	.204	-	.559	.170	.118	.263	.177
24	.138	-	.727	.155	-	.161	-.105
25	.246	-	.434	.556	-	.231	-
26	-	.264	.292	.673	-.134	.180	-.101
Ιδιοτιμές	5.926	3.266	1.924	1.596	1.490	1.249	1.118
Διακύμανση (%)	22.791	12.563	7.398	6.138	5.730	4.804	4.298

Οι παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση είναι οι ακόλουθοι:

- Παράγοντας 1:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 7 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 22.791% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται «*τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες του προσωπικού*».
- Παράγοντας 2:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 3 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 12.563% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται «*φαγητό*».
- Παράγοντας 3:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 4 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 7.398% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται «*ενδιαφέρον προσωπικού*».
- Παράγοντας 4:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 5 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 6.138% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται «*σεβασμός*».
- Παράγοντας 5:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 3 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 5.730%

της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται «φυσικό περιβάλλον».

Παράγοντας 6: Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 2 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 4.804% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται «απόρρητο και πληροφορημένη συναίνεση ασθενή».

Παράγοντας 7: Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 2 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 4.298% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται «αίσθηση ασφάλειας».

Κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της φροντίδας

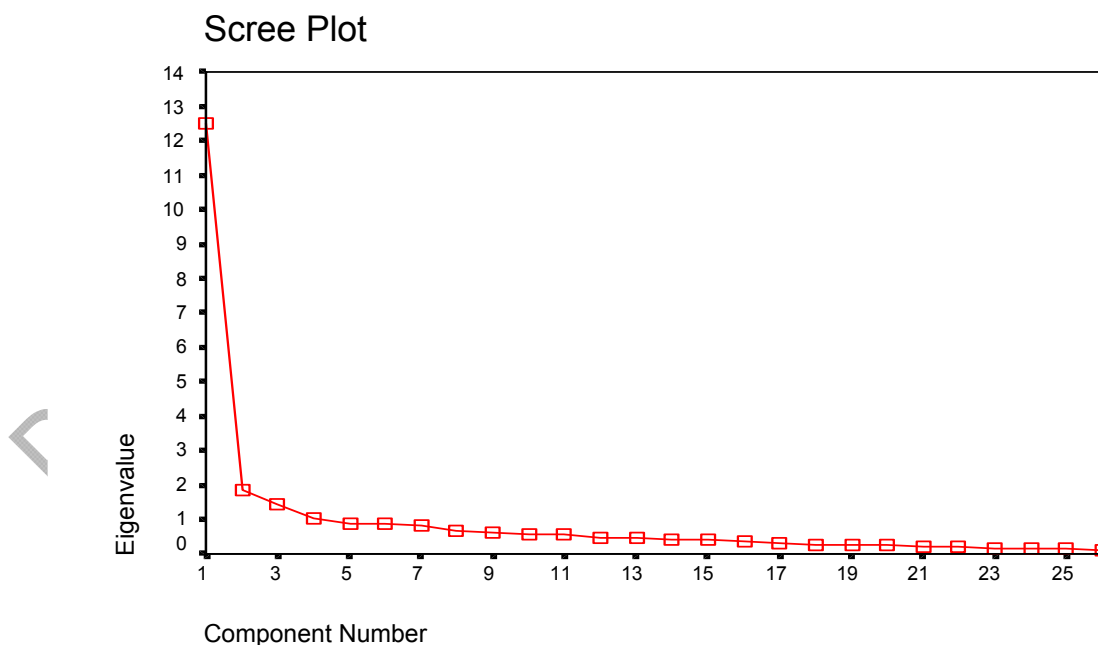
Η καταλληλότητα του δείγματος επιβεβαιώθηκε και με τον δείκτη Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ο οποίος βρέθηκε **0.931**. Το κριτήριο της σφαιρικότητας του Bartlett's είναι 7093.074 ($df= 325$) και είναι στατιστικά σημαντικό, $p < .000005$ κάτι που επιβεβαιώνει ότι τα δεδομένα είναι κατάλληλα για να προβούμε σε παραγοντική ανάλυση.

Οι ΚΠΔ κυμαίνονται από .386 μέχρι .804, με τις πιο πολλές να είναι άνω του .640. Οι τιμές αυτές θεωρούνται μεγάλες αφού παρακάτω θα διαπιστώσουμε οι παράγοντες στους οποίους φορτίζουν οι μεταβλητές ερμηνεύονται.

Στην εικόνα 3, φαίνεται το διάγραμμα των ιδιοτιμών (scree test). Παρατηρούμε την γραφική παράσταση και προσπαθούμε να βρούμε πότε κάμπτεται η κατεύθυνση της γραμμής μετά τον πρώτο παράγοντα. Επειδή χρησιμοποιούμε το κριτήριο Kaiser που προτείνει την απόρριψη των παραγόντων με ιδιοτιμή μικρότερη ή ίση του 1.0, αγνοούμε την κάμψη στον πρώτο παράγοντα και αποδεχόμαστε 4 παράγοντες.

Εικόνα 3

Διάγραμμα ιδιοτιμών



Με την παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών εξήχθησαν 4 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το **64.587%** της συνολικής διακύμανσης των τιμών της κλίμακας.

Πίνακας 7
Συνάφειες μεταξύ των μεταβλητών

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
1	.875	-.232	-.366	.243	-.115	-	-	-.291	-	-	-	-	-	-.140	-	.192	-	-	.168	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-.232	.920	-.481	-	-	-	-	.194	-.182	-	-	-	-	-	-	-	-	.103	-	-.227	-.204	.113	-	-	-	-	-
3	-.366	-.481	.913	-.193	.150	-	-	-	-	-.109	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.147	-	-	-	-	-	-	-
4	.243	-	-.193	.932	-.245	-.152	-.132	-	-.267	-	-.100	-	-	-.144	-	.117	-.109	-.173	-.115	.103	-	-	-	-	-	-	-
5	-.115	-	.150	-.245	.906	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.151	-.137	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	.946	-.389	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.177	-	-.112	-	-	.118	-.232	-	
7	-	-	-	-.132	2	-.389	.937	-	-.121	-	-.121	-	-	-	-	-	-	-	-.119	-	-.229	-.100	-	-	-	-	.101
8	-.291	.194	-	-	-.332	-	-	.853	-.164	.136	-.189	-	-	.153	-	-.330	.188	-	-	-	-	-	.101	-	-	-	-
9	-	-.182	7	-.267	-	-	-.121	-.164	.937	-.320	-	-	.128	-	-.113	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.135	-.232
10	-	-	-.109	-	-	-	-	.136	-.320	.948	-.204	-.127	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.105	-	-	.100	-	-
11	-	-	-	-.100	-	-	-.121	-.189	-	-.204	.912	-.465	-	-.179	-	-	-.188	.150	-.133	-	-	.131	-.220	-	.166	.136	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.127	-.465	.912	-.465	-	.154	-	-	-	-	-.202	.106	-.262	-	-	-.109	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	.128	-	-	-.465	.926	-	-.100	-.148	-	-	-	-	-	.104	.133	-.111	-	-.374	-
14	-.140	-	-	-.144	-	-	-	.153	-	-.179	-	-	-	.951	-.216	-.120	.145	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-.113	-	-	.154	-.100	-.216	.947	-.281	-	-.157	-.123	-	.190	-.124	-	-	-	-	-
16	.192	-	-	.117	-	-	-.119	-.330	-	-	-	-	-.148	-.120	-.281	.919	-.268	-	-.134	-.194	-	-	-	-	-	.101	-
17	-	-	-	-.109	-	-.121	-.188	-	-	-	-.188	-	-	.145	-	-.268	.952	-.303	-	-	.104	-	-	-	-.131	-	-
18	-	-	-	-.173	-	-	-	-	-	-.176	.150	-	-	-	-.157	-	-.303	.954	-	-.129	-.104	-.238	-.209	-	-	-	-
19	-	-	-	-.115	.151	.177	-.229	-	-	-	-.133	-	-	-	-.123	-.134	-	-	-	-	-	-.146	.178	-	-.227	-	-
20	.168	-	-.147	.103	-.137	-	-.100	-	-	-	-	-.202	-	-	-	-	-	-	-.129	-	.912	-.155	-	-.150	-	.138	-
21	-	-.227	-	-	-	-.112	-	-	-	-	-	.106	-	-	.190	-.194	-	-.104	-	-.155	.950	-.160	-	-	-.132	-.163	-
22	-	-.204	-	-	-	-	-	-	-	.105	.131	-.262	.104	-	-.124	-	.104	-.238	-.146	-	-.160	.920	-.411	-	-	-	-
23	-	.113	-	.140	-	-	-	.101	-	-	-.220	-	.133	-	-	-	-	-	-.209	.178	-	-.411	.907	-.196	-.162	-.121	-
24	-	-	-	-	-	.118	-	-	-	-	-	-.111	-	-	-	-	-	-	-	-.150	-	-.196	.964	-.257	-	-	-
25	-	-	-	-	-.232	-	-	-	.135	.100	.166	-.109	-	-	-	-	-	-	-	-.131	-.227	-	-.162	-.257	.951	-.183	-
26	-	-	-	-	-	-	.101	-	-.232	-	.136	-	-.374	-	-	.101	-	-	-	-.138	-.163	-	-.121	-	-.183	.937	-

Πίνακας 8
Φόρτιση των ερωτήσεων στους παράγοντες χωρίς στρέψη τους

Ερώτηση	Παράγοντες			
	Π1	Π2	Π3	Π4
1	.544	.402	.547	-
2	.712	.193	.420	-.206
3	.686	.231	.433	-.258
4	.720	.229	-.278	-
5	.497	.422	-	.368
6	.753	-	-.121	-
7	.654	.195	-.363	-.236
8	.496	.599	-.109	.284
9	.731	.327	-	-
10	.709	.151	-	-.259
11	.740	-	-.262	-.293
12	.772	-.158	-.105	-.265
13	.748	-	-	-
14	.644	-.121	-.184	.115
15	.695	-	-.221	.349
16	.693	.217	-.222	.158
17	.807	-.118	-	-
18	.824	-.221	.102	.143
19	.697	-	-.305	-
20	.499	-.277	-.126	-.212
21	.712	-.193	.227	-
22	.706	-.343	.217	.188
23	.634	-.495	.210	.157
24	.680	-.365	-	.122
25	.812	-.248	-	-
26	.718	-	.208	.272

Πίνακας 9

Φόρτιση των ερωτήσεων στους παράγοντες μετά από varimax στρέψη τους

Ερώτηση	Παράγοντες			
	Π1	Π2	Π3	Π4
1	.161	-	.788	.327
2	.303	.281	.752	-
3	.245	.289	.784	-
4	-	.631	.208	.426
5	.145	-	.225	.693
6	.336	.558	.282	.305
7	-	.724	.154	.308
8	-	.192	.256	.771
9	-	.395	.466	.530
10	.238	.515	.492	-
11	.302	.745	.196	-
12	.448	.654	.268	-
13	.512	.458	.265	.260
14	.473	.409	-	.290
15	.484	.328	-	.558
16	.281	.439	.147	.555
17	.528	.523	.287	.195
18	.717	.328	.275	.247
19	.350	.589	-	.328
20	.380	.531	-	-
21	.586	.299	.400	-
22	.770	-	.250	.127
23	.817	.145	.166	-
24	.692	.340	-	.123
25	.685	.419	-	.218
26	.636	-	.318	.344
Ιδιοτιμές	12.506	1.849	1.424	1.013
Διακύμανση (%)	48.101	7.113	5.478	3.895

Οι παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση είναι οι ακόλουθοι:

- Παράγοντας 1:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 10 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 48.101% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται «*τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες φροντίδας*».
- Παράγοντας 2:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 8 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 7.113% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται «*φυσικό και τεχνητό περιβάλλον φροντίδας*».
- Παράγοντας 3:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 3 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 5.478% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται «*φαγητό*».
- Παράγοντας 4:** Στον παράγοντα αυτόν φορτίζουν 5 ερωτήσεις και ερμηνεύει το 3.895% της διακύμανσης της κλίμακας και ονομάζεται «*οργάνωση και λειτουργία του Τμήματος*».

Στον πίνακα 10, διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς ήταν, συγκριτικά, περισσότερο ικανοποιημένοι από τον παράγοντα φυσικό περιβάλλον φροντίδας.

Πίνακας 10

Μέσες τιμές και αξιοπιστία Cronbach's alpha των παραγόντων της κλίμακας ικανοποίησης

	Μέση τιμή	Cronbach's a
Παράγοντας 1	4.78 ± 1.26	.9255
Παράγοντας 2	4.97 ± 0.98	.8875
Παράγοντας 3	4.06 ± 0.21	.8678
Παράγοντας 4	4.51 ± 1.30	.8165

2.4.4. ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

A. Εγκυρότητα του προσώπου

Η εγκυρότητα του προσώπου της κλίμακας διασφαλίστηκε εκ των προτέρων, μέσω της συγκρότησης μιας ομάδας ειδικών (ερευνητές, προσωπικό φροντίδας υγείας και σύμβουλοι) οι οποίοι αξιολόγησαν την έκταση και το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου προτείνοντας κάποιες βελτιώσεις στην δομή αλλά και στην διατύπωση κάποιων ερωτήσεων.

B. Εγκυρότητα του περιεχομένου της κλίμακας

Η διασφάλιση της εγκυρότητας του περιεχομένου μιας κλίμακας –όπως αναφέρεται και στο γενικό μέρος- στοχεύει στο να αποδείξει ότι η κλίμακα διαπραγματεύεται ένα μέρος κάποιου συνόλου για το οποίο ενδιαφέρεται ο ερευνητής⁴⁸⁶. Είναι το πρώτο μέλημα του ερευνητή γι' αυτό και προσδιορίζεται κατά τη φάση του σχεδιασμού της έρευνας. Επιδιώξαμε λοιπόν την μεγιστοποίηση της εγκυρότητας του περιεχομένου της κλίμακάς μας με τους ακόλουθους τρόπους: (1) μέσω της κριτικής ανασκόπησης των κλιμάκων που βρίσκονται στη σχετική βιβλιογραφία, (2) μέσω της ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων της έρευνας και (3) μέσω της συγκρότησης της ομάδας των ειδικών στην έρευνα και τη λήψη συνέντευξης.

Σε ό,τι αφορά την εγκυρότητα των ερωτήσεων των κλιμάκων που χρησιμοποιήσαμε, ή αλλιώς τους δείκτες διαφοροποίησης των ερωτήσεων, αναφερθήκαμε στους σχετικούς πίνακες, όταν εξετάζαμε την αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας των κλιμάκων. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συνάφειες είναι πολύ καλές, επιβεβαιώνοντας την εγκυρότητα των ερωτήσεων στο δείγμα των ηλικιωμένων ασθενών που μελετήσαμε. Επιπρόσθετα, η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματός μας επιτρέπει να μιλήσουμε για γενικευμένη εγκυρότητα των ερωτήσεων στον ελληνικό πληθυσμό των ηλικιωμένων ασθενών.

Στην κλίμακα εκτίμησης της εκπλήρωσης των προσδοκιών των ηλικιωμένων ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, όλες οι ερωτήσεις έχουν συνάφεια alpha αν η ερώτηση παραληφθεί, μικρότερη της συνάφειας alpha της συνολικής κλίμακας, εκτός από 2 ερωτήσεις, κάτι που σημαίνει πρακτικά ότι το 92.3% των ερωτήσεων της κλίμακας συμβάλλουν στην εσωτερική της συνοχή. Το ίδιο συμβαίνει και με την κλίμακα της εκληφθείσας απόδοσης του προσωπικού και με την κλίμακα της ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Στην περίπτωση της κλίμακας της εκληφθείσας ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, μόνο μια ερώτηση συμβάλλει στην αύξηση της

συνάφειας alpha της συνολικής κλίμακας, δηλαδή το 96.2% των ερωτήσεων της κλίμακας συμβάλλουν στην εσωτερική της συνοχή.

Η καταλληλότητα και εγκυρότητα των κλιμάκων στον ελληνικό πληθυσμό επιβεβαιώνεται και με τους μέσους όρους της κλίμακας αν παραληφθεί η συγκεκριμένη ερώτηση, που είναι όλοι μικρότεροι από τον μέσο όρο της συνολικής κλίμακας. Το ίδιο επιβεβαιώνεται και με την διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η συγκεκριμένη ερώτηση αλλά και με την τυπική απόκλιση, αφού είναι μικρότερες από την συνολική διακύμανση της κλίμακας και στην συνολική απόκλιση.

Γ. Συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα

Η συγκλίνουσα εγκυρότητα αφορά το κατά πόσο ένας δείκτης σχετίζεται (συγκλίνουν) ισχυρά με κάποιους άλλους που σχεδιάστηκαν προκειμένου να περιγράψουν (εναλλακτικά του όρου μετρήσουν) την ίδια εννοιολογική κατασκευή. Ο Churchill ο οποίος ανέπτυξε την πιο γνωστή και χρησιμοποιημένη μεθοδολογία στον χώρο της εκτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών, προτείνει να προσδιορίσουμε αν οι συσχετίσεις μεταξύ δυο διαφορετικών δεικτών της ίδιας μεταβλητής είναι υψηλότερες από τις συσχετίσεις μεταξύ των δεικτών αυτής της μεταβλητής και κάθε άλλης μεταβλητής³⁶⁶.

Η αξιοπιστία μιας κλίμακας, όπως εκτιμάται με τον συντελεστή Cronbach's alpha, αντανακλά τον βαθμό συνεκτικότητας (cohesiveness) μεταξύ των ερωτήσεων της κλίμακας και αποτελεί έναν έμμεσο δείκτη συγκλίνουσας εγκυρότητας. Στην παρούσα έρευνα, οι συντελεστές αξιοπιστίας των κλιμάκων που χρησιμοποιήσαμε –όπως ήδη έχει αναφερθεί– ήταν υψηλοί. Συνεπώς, αυτοί οι αριθμοί συνιστούν μια έμμεση ένδειξη της συγκλίνουσας εγκυρότητάς τους.

Μια πιο ισχυρή μέθοδος, αποδεικτική της συγκλίνουσας εγκυρότητας μιας κλίμακας, είναι το αν και κατά πόσο οι ερωτήσεις των κλιμάκων φορτίζουν πράγματι στους παράγοντες που αναμέναμε να φορτίζουν μέσα από την παραγοντική ανάλυση. Ρίχνοντας μια ματιά στις συνάφειες των ερωτήσεων με την συνολική κλίμακα, επιβεβαιώνουμε τη συγκλίνουσα εγκυρότητα των κλιμάκων που χρησιμοποιήσαμε.

Στον πίνακα 1, περιέχονται όλοι οι συντελεστές συσχέτισης των δεδομένων που αναφέρονται στις συνολικές κλίμακες του ερωτηματολογίου, προκειμένου να αναζητήσουμε και να επιβεβαιώσουμε την διακρίνουσα και την συγκλίνουσα εγκυρότητά τους. Ο πίνακας 1, επιβεβαιώνει την διακρίνουσα εγκυρότητα των κλιμάκων μας που εκτιμούν την συνολική ικανοποίηση, την συνολική εκληφθείσα ποιότητα και την συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών, καθώς σχετίζονται ισχυρότερα μεταξύ τους. Αναλυτικότερα, οι 3 ερωτήσεις της κλίμακας εκτίμησης της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας σχετίζονται ισχυρότερα μεταξύ τους (.867, .873 και .896 αντίστοιχα) παρά με τις ερωτήσεις των υπολοίπων κλιμάκων (π.χ. της συνολικής ικανοποίησης και της συνολικής εκπλήρωσης των προσδοκιών).

Κατ' αντιστοιχία, οι 4 ερωτήσεις της κλίμακας εκτίμησης της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από την φροντίδα σχετίζονται ισχυρότερα μεταξύ τους διακύμανση από .464 έως .770) παρά με τις ερωτήσεις των υπολοίπων κλιμάκων. Το ίδιο συμβαίνει και με τις 4 ερωτήσεις της κλίμακας για την εκτίμηση της συνολικής εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών από την φροντίδα που σχετίζονται ισχυρότερα μεταξύ τους διακύμανση από .504 έως .675) παρά με τις ερωτήσεις των υπολοίπων κλιμάκων. Όλα αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την διακρίνουσα εγκυρότητα των κλιμάκων μας.

Βέβαια στο σημείο αυτό, θα πρέπει να επισημάνουμε την απουσία διακύμανσης στα δεδομένα η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε μικρότερες συσχετίσεις που αποτελούν δείκτη για την εκτίμηση της εγκυρότητας των αντίστοιχων κλιμάκων⁴⁸⁷.

Πίνακας 1

	ΠΠ	ΣΕΠΦ	ΣΕΠΠΦ	ΣΕΠΝΦ	ΣΙΦ	ΣΙΦΑ	ΣΠΦ	ΣΙΝΦ	ΣΕΠΡΦ	ΣΕΠΡΦΑ	ΣΕΠΡΙΦ	ΣΕΠΡΝΦ
ΣΕΠΦ	.498											
ΣΕΠΠΦ	.430	.873										
ΣΕΠΝΦ	.500	.896	.867									
ΣΙΦ	.641	.530	.480	.534								
ΣΙΦΑ	.373	.319	.310	.361	.514							
ΣΠΦ	.516	.505	.514	.515	.739	.464						
ΣΙΝΦ	.678	.519	.501	.574	.770	.508	.754					
ΣΕΠΡΦ	.364	.279	.261	.324	.450	.328	.408	.516				
ΣΕΠΡΦΑ	.288	.301	.285	.343	.400	.646	.431	.508	.601			
ΣΕΠΡΙΦ	.329	.221	.240	.216	.369	.214	.493	.438	.675	.504		
ΣΕΠΡΝΦ	.481	.368	.311	.402	.436	.338	.418	.637	.664	.627	.675	
ΠΝ	.601	.523	.413	.535	.536	.326	.472	.549	.363	.271	.260	.391

ΣΕΠΦ: Συνολική Εκληφθείσα Ποιότητα της Φροντίδας.

ΣΕΠΠΦ: Συνολική Εκληφθείσα Ποιότητα της Ιατρικής Φροντίδας.

ΣΕΠΝΦ: Συνολική Εκληφθείσα Ποιότητα της Νοσηλευτικής Φροντίδας.

ΣΙΦ: Συνολική Ικανοποίηση από την παρεχόμενη Φροντίδα.

ΣΙΦΑ: Συνολική Ικανοποίηση από το Φαγητό.

ΣΠΦ: Συνολική Ικανοποίηση από την παρεχόμενη Ιατρική Φροντίδα.

ΣΙΝΦ: Συνολική Ικανοποίηση από την παρεχόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα.

ΣΕΠΡΦ: Συνολική Εκπλήρωση των Προσδοκιών από την παρεχόμενη Φροντίδα.

ΣΕΠΡΦΑ: Συνολική Εκπλήρωση των Προσδοκιών από το Φαγητό.

ΣΕΠΡΙΦ: Συνολική Εκπλήρωση των Προσδοκιών από την παρεχόμενη Ιατρική Φροντίδα.

ΣΕΠΡΝΦ: Συνολική Εκπλήρωση των Προσδοκιών από την παρεχόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα.

ΠΠ: Πρόθεση να Προτείνω το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό μου.

ΠΝ: Πρόθεση να Νοσηλευτώ ξανά στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Δ. Προβλέπουσα και συντρέχουσα εγκυρότητα

Οι ερευνητές που ασχολούνται με την εκτίμηση της ικανοποίησης στον τομέα των υπηρεσιών γενικά και στον τομέα της φροντίδας υγείας, ειδικά, ταυτοποιούν την προβλέπουσα και συντρέχουσα εγκυρότητα της κλίμακάς τους χρησιμοποιώντας ως κριτήριο την απάντηση στις ερωτήσεις: «θα προτείνατε το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποιον φίλο ή γνωστό σας;» και «θα θέλατε στο μέλλον να νοσηλευτείτε ξανά στο ίδιο νοσοκομείο;». Ο Sitzia J. βασισμένος σε μια ανάλυση 195 σχετικών ερευνών⁴¹, αναφέρει ότι το πρώτο κριτήριο μας δίνει μια μέση συνάφεια $r = .51$.

Βασισμένοι στο πρώτο κριτήριο, «θα προτείνατε το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποιον φίλο ή γνωστό σας;» διαπιστώσαμε ότι οι συντελεστές συσχέτισης κυμαίνονται μεταξύ .373 έως .678 για την συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα (μέση $r = .552$). Στην περίπτωση των κλιμάκων που εκτιμούν την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας οι συντελεστές συσχέτισης κυμαίνονται μεταξύ .430 έως .500 για την συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα (μέση $r = .476$). Για τις κλίμακες που εκτιμούν την συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα οι συντελεστές συσχέτισης κυμαίνονται μεταξύ .288 έως .481 για την συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα (μέση $r = .365$).

Οι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί μέχρι σήμερα με την εκτίμηση της ποιότητας και της ικανοποίησης από την χρήση μιας υπηρεσίας, εκτιμούν την προβλέπουσα και συντρέχουσα εγκυρότητα χρησιμοποιώντας τον έλεγχο με την ανάλυση ANOVA της ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την πρόθεση των ασθενών να ξανανοσηλευτούν ή να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους. Από τα αποτελέσματα του πίνακα 2, διαπιστώνουμε μια άριστη προσαρμογή του μοντέλου για κάθε κλίμακα, ως προς την πρόθεση των ασθενών να νοσηλευτούν ξανά στο μέλλον στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ή να το προτείνουν σε κάποιον γνωστό τους και επιβεβαιώνεται η προβλέπουσα και συντρέχουσα εγκυρότητά τους.

Από την άλλη μεριά, διαπιστώνουμε ότι η ΣΙΦ (Συνολική Ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική Φροντίδα) αποτελεί τον ισχυρότερο και αδιαφιλονίκητο προβλεπτικό δείκτη όχι μόνο της πρόθεσης των ηλικιωμένων ασθενών να προτείνουν το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους, αλλά και της πρόθεσής τους να ξανανοσηλευτούν σε αυτό.

Πίνακας 2

ANOVA τεστ για την εκτίμηση της προβλέπουσας εγκυρότητας των συνολικών κλιμάκων

<i>Κλίμακα</i>	<i>Πρόθεση να νοσηλευθεί ξανά στο συγκεκριμένο νοσοκομείο</i>	<i>Πρόθεση να προτείνει το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό</i>
	<i>F. ratio</i>	<i>F. ratio</i>
ΣΕΠΦ	84.932 (.000)	84.675 (.000)
ΣΕΠΦΦ	51.912 (.000)	57.318 (.000)
ΣΕΠΝΦ	103.488 (.000)	87.643 (.000)
ΣΣΕΠΦ	62.693 (.000)	111.882 (.000)
ΣΣΕΠΦΑ	20.347 (.000)	45.635 (.000)
ΣΣΕΠΦΦ	28.239 (.000)	55.751 (.000)
ΣΣΕΠΝΦ	66.225 (.000)	157.764 (.000)
ΣΙΦ	120.794 (.000)	218.038 (.000)
ΣΙΦΑ	20.908 (.000)	42.285 (.000)
ΣΠΦ	80.632 (.000)	93.567 (.000)
ΣΙΝΦ	140.260 (.000)	280.582 (.000)
ΣΕΠΡΦ	65.283 (.000)	79.557 (.000)
ΣΕΠΡΦΑ	24.423 (.000)	33.727 (.000)
ΣΕΠΡΙΦ	25.132 (.000)	49.175 (.000)
ΣΕΠΡΝΦ	82.460 (.000)	167.925 (.000)
ΣΙΝΒ	83.657 (.000)	75.877 (.000)
26 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	19.053 (.000)	16.657 (.000)

2.4.4. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το Kolmogorov-Smirnov D test έδειξε για όλους τους δείκτες, ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (2-tailed $p = .000$) ανάμεσα στην κατανομή του δείγματος και στην κανονική, αφού το επίπεδο σημαντικότητας p είναι μικρότερο του .05, που σημαίνει ότι το δείγμα μας δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή.

Γενικά περιγραφικά στοιχεία

Το κριτήριο «επιλογής» του νοσοκομείου από τον ηλικιωμένο ασθενή ποικίλει και διαφοροποιείται μεταξύ των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Επαρχίας και των Αθηνών. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών, επισκέφτηκε το συγκεκριμένο νοσοκομείο επειδή ήταν κοντά στο σπίτι τους, επειδή εφημέρευε, γιατί έχουν ξανανοσηλευτεί και τους άρεσε, διότι έχει καλούς γιατρούς, για την φήμη του ότι προσφέρει καλή ποιότητα φροντίδας και γιατί είχαν κάποιον γνωστό γιατρό, προέρχονταν από τα νοσοκομεία της Επαρχίας. Αντιθέτως, η πλειοψηφία των ασθενών, των οποίων το κριτήριο ήταν η σύσταση ενός γνωστού, ή συγγενή και η φήμη ότι έχει ένα καλό νοσηλευτικό προσωπικό, προέρχονταν από τα νοσοκομεία των Αθηνών.

Ομαδοποιώντας τους ασθενείς σε 3 ηλικιακές ομάδες, διαπιστώσαμε ότι το 50.9% των ασθενών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών, επισκέφτηκαν το συγκεκριμένο νοσοκομείο επειδή εφημέρευε, ενώ το 15.9% επειδή ήταν κοντά στο σπίτι τους (εύκολη πρόσβαση ή γιατί είναι το μοναδικό στην περιοχή ή την πόλη για τα επαρχιακά νοσοκομεία) και όχι κατόπιν επιλογής με βάση κάποιο κριτήριο ποιότητας. Το 30.3% των ασθενών ηλικίας 75-84 ετών γιατί εφημέρευε και το 22% γιατί είχαν ξανάρθει και ήταν ικανοποιημένοι από την φροντίδα. Το 30.8% των ασθενών ηλικίας 85 ετών και πάνω, επισκέφτηκε το νοσοκομείο διότι είχε ξανανοσηλευτεί στο παρελθόν και είχε μείνει ευχαριστημένο, ενώ το 23.1% επειδή εφημέρευε. Κατά γενική ομολογία λοιπόν, το «ασφαλέστερο κριτήριο» για τη νοσηλεία των ηλικιωμένων σε ένα νοσοκομείο είναι η εφημερία του. Βεβαίως, το 87% των ασθενών που απάντησαν ότι νοσηλεύονται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο διότι είναι κοντά στο σπίτι τους, προήλθε από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και ο πραγματικός λόγος είναι ότι δεν υπάρχει άλλο στην πόλη τους. Έσπευσαν να μας τονίσουν ότι για απλές και επείγουσες περιπτώσεις προτιμούν το νοσοκομείο της πόλης τους, αλλά για πιο δύσκολες περιπτώσεις και για προγραμματισμένη νοσηλεία, επιλέγουν ένα νοσοκομείο των Αθηνών. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 15.3% των ασθενών μας που δήλωσε ότι μένει μόνιμα στην Επαρχία, νοσηλεύτηκε στα δυο νοσοκομεία των Αθηνών του δείγματός μας.

Δεν υπήρξε διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την ποσοστιαία κατανομή του κριτηρίου επιλογής του νοσοκομείου, ($\chi^2 = 8.174$ $df = 8$ $p = .417$). Από το σύνολο των ασθενών του δείγματος, το 35.5% εισήχθη στο νοσοκομείο μετά από προγραμματισμένο ραντεβού για νοσηλεία, ενώ το 64.5% ως επείγουσα περίπτωση. Το 96.7% των ασθενών που επέλεξαν το συγκεκριμένο νοσοκομείο γιατί εφημέρευε, εισήχθησαν ως επείγουσα περίπτωση. Το 83.7% των ασθενών που απάντησαν ότι προτίμησαν το συγκεκριμένο νοσοκομείο επειδή είχαν γνωστό γιατρό, το 54.5% αυτών που ισχυρίστηκαν ότι το έκαναν λόγω της φήμης ότι προσφέρει καλή ποιότητα φροντίδας, το 78.9% όσων πιστεύουν ότι έχει καλούς γιατρούς, το 77.3% αυτών που είπαν μετά από σύσταση γνωστού τους, εισήχθησαν στο νοσοκομείο μετά από προγραμματισμένο ραντεβού.

Προκειμένου να εκτιμήσουμε το βάρος που αποδίδουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς σε μια συγκεκριμένη διάσταση της φροντίδας τους στο νοσοκομείο, τους ζητήσαμε να απαντήσουν στο ερώτημα: «τι θεωρείτε πιο σπουδαίο στην φροντίδα που σας παρέχεται στον χώρο του νοσοκομείου;». Οι περισσότεροι ασθενείς έδειξαν μια αδυναμία να επιλέξουν μια απάντηση και μετά από επιμονή μας τις περισσότερες φορές επέλεξαν μια, εκτός από 24 ασθενείς που

κατηγορηματικά, επέλεξαν όλες τις απαντήσεις. Για τον λόγο αυτό, η επιλογή «όλα», απεικονίζεται στον πίνακα 1, ως ξεχωριστή μεταβλητή. Έτσι, όπως διαπιστώνουμε από τα αποτελέσματα του πίνακα 1, ο ηλικιωμένος ασθενής θεωρεί το ενδιαφέρον του προσωπικού για την κατάσταση της υγείας του και την ίδια την φροντίδα του, το πιο σπουδαίο στην διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο. Ακολουθούν ο σεβασμός του προσωπικού, η ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση από το προσωπικό, η ενημέρωση από το προσωπικό για την εξέλιξη της νόσου και για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων, η ευγένεια του προσωπικού, η επικοινωνία με το προσωπικό, οι ανέσεις του Τμήματος και τέλος το φαγητό. Διαπιστώνουμε λοιπόν, ότι οι ασθενείς επενδύουν στην διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας.

Πίνακας 1

Ποσοστά απαντήσεων στο ερώτημα τι θεωρούν οι ασθενείς σημαντικότερο στη φροντίδα που τους παρέχεται

Σπουδαιότητα	N	%
1. Η επικοινωνία με το προσωπικό	27	7.1
2. Η ευγένεια του προσωπικού	32	8.4
3. Το φαγητό	2	0.5
4. Οι ανέσεις του Τμήματος (δωμάτιο, καθαριότητα)	24	6.3
5. Η ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού	49	12.9
6. Το ενδιαφέρον του προσωπικού	107	28.2
7. Ο σεβασμός από το προσωπικό	76	20.0
8. Η ενημέρωση από το προσωπικό	39	10.3
9. Όλα	24	6.3
Σύνολο	380	100.0

Διαπιστώνουμε μια διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στο τι θεωρούν πιο σημαντικό στην φροντίδα τους στο νοσοκομείο, ως προς το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκαν και συνεπώς ως προς το αντίστοιχο νομό της Ελλάδος. Έτσι, από τα αποτελέσματα του πίνακα 2, διαπιστώνουμε ότι για τους ηλικιωμένους ασθενείς από το νομό Λαρίσης, το σημαντικό στην φροντίδα τους και άρα αυτό που θεωρούν ως ποιότητα της φροντίδας είναι το ενδιαφέρον του προσωπικού (34.4%) και έπεται η ψυχολογική υποστήριξη που προσφέρει το προσωπικό (18.8%). Για τους ασθενείς από την Θεσσαλονίκη, η σημαντικότερη διάσταση της ποιότητας της φροντίδας είναι η ενημέρωση από το προσωπικό για την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας τους (30.5%) και έπεται το ενδιαφέρον του προσωπικού (22%). Σε ό,τι αφορά τους ασθενείς της Ρόδου και των υπολοίπων Δωδεκανήσων, προεξάρχουν το δεδηλωμένο ενδιαφέρον του προσωπικού (35.7%) και η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών από το προσωπικό (33.3%). Για τους ασθενείς της Λαμίας και των αγροτικών περιοχών της, η ποιότητα της φροντίδας είναι συνυφασμένη με τις ανέσεις του νοσοκομείου, όπως η κτιριακή υποδομή και η καθαριότητα (50%). Ακολουθεί το ενδιαφέρον του προσωπικού (28.6%). Για τους ασθενείς του νομού Αιτωλοακαρνανίας, η ποιότητα συνυφαίνεται μέσα από το έμπρακτο ενδιαφέρον του προσωπικού (28.6%), τον σεβασμό (22.4%) και την ευγένεια του προσωπικού (22.4%). Για τους ασθενείς από τη Κρήτη, η ποιότητα της φροντίδας σχετίζεται με τον σεβασμό από το προσωπικό (30.4%) και την ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού (17.4%). Τέλος, για τους ασθενείς των Αθηνών, οι σημαντικές διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας είναι το ενδιαφέρον και ο σεβασμός του προσωπικού.

Πίνακας 2

Διαφορά στα ποσοστά σημαντικότητας των διαστάσεων της φροντίδας ως προς το νοσοκομείο και κατ' επέκταση του νομού στον οποίο ανήκει

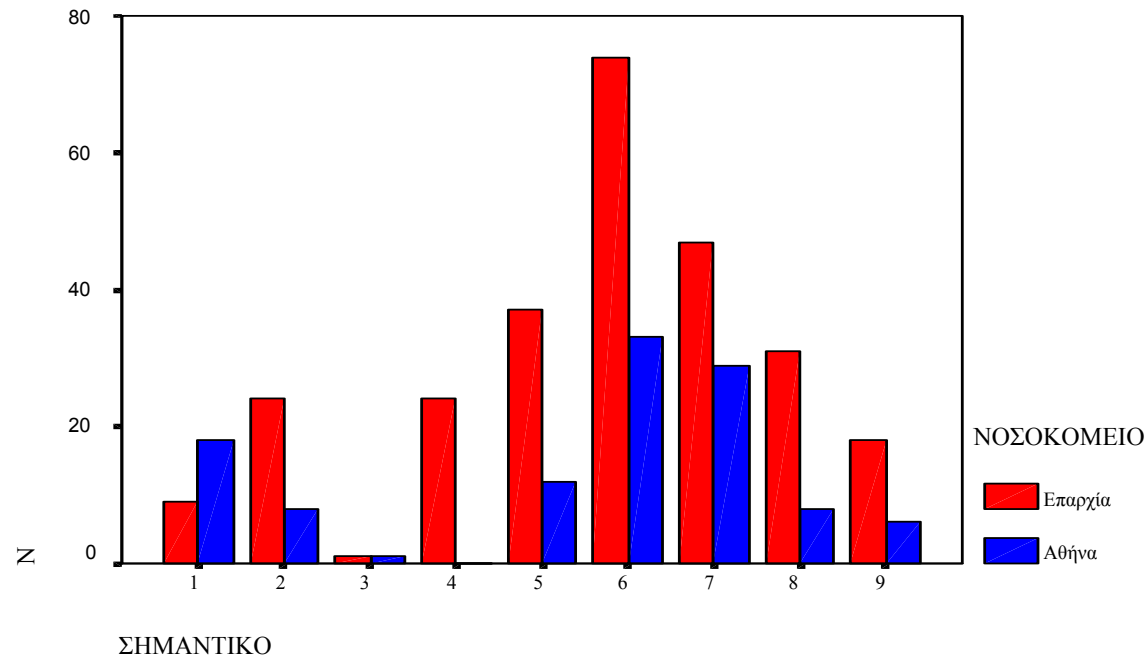
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΙΟ ΣΠΟΥΔΑΙΟ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	Σύνολο
Λάρισα	N	4	4	-	2	12	22	7	6	7	64
	% στο νοσοκομείο	6.3%	6.3%	-	3.1%	18.8%	34.4%	10.9%	9.4%	10.9%	100.0%
	% στην σπουδαιότητα	14.8%	12.5%	-	8.3%	24.5%	20.6%	9.2%	15.4%	29.2%	16.8%
	% του συνόλου	1.1%	1.1%	-	.5%	3.2%	5.8%	1.8%	1.6%	1.8%	16.8%
Θεσσαλονίκη	N	-	7	-	-	3	13	12	18	6	59
	% στο νοσοκομείο	-	11.9%	-	-	5.1%	22.0%	20.3%	30.5%	10.2%	100.0%
	% στην σπουδαιότητα	-	21.9%	-	-	6.1%	12.1%	15.8%	46.2%	25.0%	15.5%
	% του συνόλου	-	1.8%	-	-	.8%	3.4%	3.2%	4.7%	1.6%	15.5%
Ρόδος	N	2	-	-	2	14	15	6	1	2	42
	% στο νοσοκομείο	4.8%	-	-	4.8%	33.3%	35.7%	14.3%	2.4%	4.8%	100.0%
	% στην σπουδαιότητα	7.4%	-	-	8.3%	28.6%	14.0%	7.9%	2.6%	8.3%	11.1%
	% του συνόλου	.5%	-	-	.5%	3.7%	3.9%	1.6%	.3%	.5%	11.1%
Αγία Όλγα	N	4	2	1	-	7	14	15	6	6	55
	% στο νοσοκομείο	7.3%	3.6%	1.8%	-	12.7%	25.5%	27.3%	10.9%	10.9%	100.0%
	% στην σπουδαιότητα	14.8%	6.3%	50.0%	-	14.3%	13.1%	19.7%	15.4%	25.0%	14.5%
	% του συνόλου	1.1%	.5%	.3%	-	1.8%	3.7%	3.9%	1.6%	1.6%	14.5%
Λαμία	N	-	1	-	14	-	8	4	-	1	28
	% στο νοσοκομείο	-	3.6%	-	50.0%	-	28.6%	14.3%	-	3.6%	100.0%
	% στην σπουδαιότητα	-	3.1%	-	58.3%	-	7.5%	5.3%	-	4.2%	7.4%
	% του συνόλου	-	.3%	-	3.7%	-	2.1%	1.1%	-	.3%	7.4%
Αγρίνιο	N	3	11	-	3	4	14	11	3	-	49
	% στο νοσοκομείο	6.1%	22.4%	-	6.1%	8.2%	28.6%	22.4%	6.1%	-	100.0%
	% στην σπουδαιότητα	11.1%	34.4%	-	12.5%	8.2%	13.1%	14.5%	7.7%	-	12.9%
	% του συνόλου	.8%	2.9%	-	.8%	1.1%	3.7%	2.9%	.8%	-	12.9%
Τζάνειο	N	14	6	-	-	5	19	14	2	-	60
	% στο νοσοκομείο	23.3%	10.0%	-	-	8.3%	31.7%	23.3%	3.3%	-	100.0%
	% στην σπουδαιότητα	51.9%	18.8%	-	-	10.2%	17.8%	18.4%	5.1%	-	15.8%
	% του συνόλου	3.7%	1.6%	-	-	1.3%	5.0%	3.7%	.5%	-	15.8%

Κρήτη	N	-	1	1	3	4	2	7	3	2	23
	% στο νοσοκομείο	-	4.3%	4.3%	13.0%	17.4%	8.7%	30.4%	13.0%	8.7%	100.0%
	% στην σπουδαιότητα	-	3.1%	50.0%	12.5%	8.2%	1.9%	9.2%	7.7%	8.3%	6.1%
	% του συνόλου	-	.3%	.3%	.8%	1.1%	.5%	1.8%	.8%	.5%	6.1%
Σύνολο	N	27	32	2	24	49	107	76	39	24	380
	% στο νοσοκομείο	7.1%	8.4%	.5%	6.3%	12.9%	28.2%	20.0%	10.3%	6.3%	100.0%
	% στην σπουδαιότητα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% του συνόλου	7.1%	8.4%	.5%	6.3%	12.9%	28.2%	20.0%	10.3%	6.3%	100.0%

Η αρίθμηση έχει γίνει σύμφωνα με τον πίνακα 2

Εικόνα 1

Γραφική απεικόνιση των ποσοστών σημαντικότητας των διαστάσεων της φροντίδας στα νοσοκομεία των Αθηνών και της Επαρχίας



Υπάρχει μια διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στο τι θεωρούν πιο σημαντικό στην φροντίδας τους στο νοσοκομείο, ως προς το αν νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία των Αθηνών ή της Επαρχίας. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 2 και στην εικόνα 1 όπου απεικονίζονται γραφικά τα στοιχεία του πίνακα 2, από το σύνολο των 265 ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Επαρχίας, η συντριπτική πλειοψηφία (27.9%) θεωρεί ως σημαντικότερη διάσταση της φροντίδας το ενδιαφέρον του προσωπικού και μόνο ένας θεωρεί σημαντική την ποιότητα του φαγητού (0.4%). Και για τους 115 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία των Αθηνών, η σημαντικότερη διάσταση της φροντίδας είναι το ενδιαφέρον του προσωπικού (28.7%) και λιγότερο η ποιότητα του φαγητού (N= 1. 0.9%).

Από το σύνολο των ασθενών, το 57.9% είχαν ξανανοσηλευτεί κάποια φορά τα τελευταία δυο χρόνια σε νοσοκομείο (πίνακας 3).

Πίνακας 3
Συχνότητα επισκέψεων στα νοσοκομεία τα τελευταία 2 χρόνια

	N	%
Πρώτη φορά στην ζωή μου	29	7.6
Καμιά φορά	131	34.5
Μια φορά	109	28.7
Δυο φορές	42	11.1
Πάνω από 3 φορές	69	18.2
Σύνολο	380	100.0

Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2 = 85.421$ $df = 32$ $p = .000$) ανάμεσα στην συχνότητα επισκέψεων των ασθενών σε νοσοκομεία τα τελευταία δυο χρόνια και στο κριτήριο για την επιλογή τους. Έτσι, το 79.5% των ασθενών που επέλεξαν το συγκεκριμένο νοσοκομείο επειδή είχαν ξανανοσηλευτεί και είχαν μείνει ικανοποιημένοι, είχαν νοσηλευτεί τα τελευταία δυο χρόνια πάνω από μια φορά. Η πλειοψηφία των ασθενών που δήλωσαν ότι επισκέφτηκαν το συγκεκριμένο νοσοκομείο επειδή έχει φήμη ότι προσφέρει καλή ποιότητα φροντίδας (72.7%) είχαν νοσηλευτεί τα τελευταία δυο χρόνια μια ή και περισσότερες φορές. Το 73.7% των ασθενών που επέλεξαν το νοσοκομείο διότι έχει καλούς γιατρούς και το 66.7% διότι έχει καλό νοσηλευτικό προσωπικό, έχει ξανανοσηλευτεί 2 φορές τα τελευταία χρόνια. Το 51.7% των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο για πρώτη φορά στην ζωή τους, απάντησαν ότι το επέλεξαν επειδή εφημέρευε.

Από τους 380 ασθενείς του δείγματος, οι 231 (60.8%) δεν πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα που τους αναγκάζει να κάνουν συχνή χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, ενώ οι 149 (39.2%) πάσχουν. Οι 147 ασθενείς (38.7%) δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, ενώ οι 233 (61.3%) υποβλήθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο.

Το προφίλ των ασθενών που δείχνουν έναν βαθμό εξάρτησης από την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού

Οι 133 ασθενείς (35%) δεν δέχθηκαν καμιά βοήθεια κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο για τις καθημερινές τους δραστηριότητες (προσωπική υγιεινή σώματος, φαγητό). Οι 103 (27.1%) απάντησαν ότι δέχθηκαν λίγη βοήθεια, οι 68 (17.9%) αρκετή βοήθεια και οι 76 (20%) πολύ βοήθεια. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και της βοήθειας που δέχθηκαν. Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και των Αθηνών που δέχθηκαν βοήθεια ($\chi^2 = 20.733$, $df = 3$, $p = .000$). Έτσι, από τους 265 ασθενείς από τα

νοσοκομεία της Επαρχίας, οι 104 (39.2%) δεν δέχθηκαν καμιά βοήθεια και από τους 115 ασθενείς των Αθηνών οι 29 (25.2%) δεν δέχθηκαν καμιά βοήθεια. Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας που δέχθηκε κάποια βοήθεια την χαρακτήρισε πολύ (22.6%), ενώ από τα νοσοκομεία των Αθηνών χαρακτηρίστηκε λίγη(41.7%).

Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην βοήθεια που δέχθηκαν οι ασθενείς και στην χειρουργική επέμβαση ($r=.380$, $p=.000$). Έτσι, υπήρξε διαφορά ($\chi^2=62.996$ $df=3$ $p=.000$) στην βοήθεια που δέχθηκαν οι ασθενείς ανάμεσα σε αυτούς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση και σε αυτούς που δεν υποβλήθηκαν, αφού το 77.7% των χειρουργημένων χρειάστηκαν κάποια βοήθεια. Το 55.1% των ασθενών που δεν υποβλήθηκαν σε επέμβαση δεν δέχθηκε καμιά βοήθεια. Το 89.7% των ασθενών που δέχθηκαν αρκετή βοήθεια και το 80.3% αυτών που δέχθηκαν πολύ βοήθεια, είχαν χειρουργηθεί κατά την διάρκεια νοσηλείας τους στο νοσοκομείο.

Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην βοήθεια που δέχθηκαν οι ασθενείς μεταξύ αυτών που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα και όχι ($\chi^2=16.040$ $df=3$ $p=.001$). Το 66.4% των ασθενών που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα έχει μεγαλύτερη εξάρτηση από τη νοσηλευτική βοήθεια. Σημαντική διαφορά υπήρξε και μεταξύ όσων εισήχθησαν σας επείγουσα περίπτωση και σαν προγραμματισμένη ($\chi^2=18.183$ $df=3$ $p=.000$), με το 64.1% των πρώτων να δέχεται κάποια βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό. Το 82.9% των ασθενών που έχει μεγάλο βαθμό εξάρτησης από τη νοσηλευτική βοήθεια (δέχθηκε πολύ), νοσηλεύτηκαν σαν επείγουσα περίπτωση.

Υπήρξε μια συσχέτιση του βαθμού εξάρτησης από τη νοσηλευτική βοήθεια με την μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ($r=.233$, $p=.000$). Έτσι, όσο αυξάνεται η διάρκεια νοσηλείας, που αποτελεί έμμεσο δείκτη της βαρύτητας της νόσου του ασθενή ή της εξέλιξής της, τόσο αυξάνεται και η εξάρτηση των ασθενών αυτών από την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 4

Μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) και ληφθείσα βοήθεια

Βοήθεια	N	ΜΔΝ	SD
Καμιά	133	7.05	4.69
Λίγη	103	9.49	6.39
Αρκετή	68	8.01	3.67
Πολύ	76	8.89	3.21

Όπως διαπιστώνουμε στον πίνακα 4, αυτοί οι οποίοι δέχθηκαν λίγη βοήθεια, που αριθμητικά είναι οι περισσότεροι από αυτούς που δέχθηκαν κάποια βοήθεια, είχαν και την μεγαλύτερη μέση διάρκεια νοσηλείας. Πάντως την μικρότερη ΜΔΝ είχαν όσοι δεν δέχθηκαν καμιά βοήθεια.

Στην ερώτηση αν έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, οι 168 (44.2%) ασθενείς απάντησαν αποφαστικά και οι 212 (55.8%) καταφατικά. Από αυτούς που απάντησαν καταφατικά, οι 92 (44%) απάντησαν ότι ξανανοσηλεύτηκαν μια φορά, οι 54 (25.8%) δυο φορές, οι 23 (11%) τρεις φορές, οι 20 (9.6) τέσσερις φορές, οι 7 (3.3%) πέντε φορές, οι 10 (4.8%) έξι φορές, ο ένας (0.5%) οκτώ φορές και οι δυο (1%) δέκα φορές.

Παρατηρώντας τον πίνακα 5, διαπιστώνουμε ότι το 62.6% των ασθενών από τα νοσοκομεία της επαρχίας είχαν νοσηλευτεί ξανά στο νοσοκομείο στο οποίο λήφθηκε η συνέντευξη, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς των δυο νοσοκομείων της Αθήνας ήταν 37.4%. Το 78.3% των ασθενών που απάντησαν ότι είχαν νοσηλευτεί ξανά στο συγκεκριμένο νοσοκομείο προέρχονταν από τα νοσοκομεία της επαρχίας, που ήταν

αναμενόμενο αφού συνήθως ήταν και το μοναδικό στο νομό ή την πόλη οπότε δεν είχαν άλλη επιλογή. Την ίδια στιγμή, μόνο το 40% των ασθενών της Αθήνας είχαν νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, ενώ το 41.1% των ασθενών που δήλωσαν ότι δεν είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν, προέρχονταν από τα νοσοκομεία των Αθηνών.

Πίνακας 5

Ποσοστά ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και των Αθηνών που έχουν νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο

Νοσοκομείο		ΟΧΙ	ΝΑΙ	Σύνολο
Επαρχία	N	99	166	265
	% στο νοσοκομείο	37.4%	62.6%	100.0%
	% στη νοσηλεία	58.9%	78.3%	69.7%
	% συνόλου	26.1%	43.7%	69.7%
Αθήνα	N	69	46	115
	% στο νοσοκομείο	60.0%	40.0%	100.0%
	% στη νοσηλεία	41.1%	21.7%	30.3%
	% συνόλου	18.2%	12.1%	30.3%
Σύνολο	N	168	212	380
	% στο νοσοκομείο	44.2%	55.8%	100.0%
	% στη νοσηλεία	100.0%	100.0%	100.0%
	% συνόλου	44.2%	55.8%	100.0%

$\chi^2 = 16.668$ $df=1$ $p=.000$. Fisher's Exact Test: Exact Sig.(2-sided)=.000

Το t-test έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση συχνότητα νοσηλείας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ($t= 2.937$, $df= 207$, $p= .003$) με τους ασθενείς από τα επαρχιακά νοσοκομεία να δείχνουν μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων για νοσηλεία ($M= 2.44 \pm 1.73$) σε σχέση με τους ασθενείς των νοσοκομείων της Αθήνας ($M= 1.63 \pm 1.16$).

Προκειμένου να εκτιμήσουμε την αποτελεσματικότητα της νοσηλείας όπως την αξιολογεί ο ίδιος ο ασθενής υποβάλλαμε την ακόλουθη ερώτηση: «κατά την διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο πόσο έχουν βελτιωθεί τα συμπτώματα για τα οποία εισαχθήκατε;». Προτιμήσαμε να ρωτήσουμε τους ασθενείς πόσο βελτιώθηκαν τα συμπτώματα και όχι η συνολική κατάσταση τους, γιατί -όπως διαπιστώσαμε και στην ποιοτική μελέτη- οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν συγκεκριμένες προσδοκίες του τύπου: «θέλω να σταματήσω να πονάω, θέλω να αρχίσω να τρώω, θέλω να μπορώ να πατήσω το πόδι μου για να πάω στο μπάνιο». Αργότερα, μόλις εκπληρώσουν αυτές τις βραχυπρόθεσμες προσδοκίες τους, «τείνουν» προς την έκφραση: «θέλω να γίνω καλά». Με την επιλογή αυτής της ερώτησης, είμαστε περισσότερο έγκυροι ότι εκτιμούμε πράγματι την βελτίωση της κατάστασης του ηλικιωμένου ασθενή. Από το σύνολο, λοιπόν, των ασθενών, οι 12 (3.2%) απάντησαν ότι δεν βελτιώθηκαν καθόλου τα συμπτώματά τους, οι 66 (17.4%) απάντησαν λίγο, οι 153 (40.3%) αρκετά και οι 149 (39.2%) πολύ.

Η βελτίωση των συμπτωμάτων των ηλικιωμένων ασθενών σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($t= .198$ $p= .000$) με την βοήθεια που δέχθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό, που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η βοήθεια τόσο μεγάλη ήταν και η βελτίωση των συμπτωμάτων. Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη βελτίωση των συμπτωμάτων των ασθενών για τα οποία εισήχθησαν στο νοσοκομείο, ως προς την βοήθεια που δέχθηκαν οι από το νοσηλευτικό προσωπικό ($\chi^2 = 21.840$, $df=9$, $p=.009$). Έτσι, το 48.7% των ασθενών που δέχθηκαν πολύ βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό, δήλωσε ότι βελτιώθηκαν πολύ τα συμπτώματά του. Το 75% των ασθενών που δήλωσε ότι δεν βελτιώθηκαν καθόλου τα συμπτώματά του δεν δέχθηκε καμιά βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό.

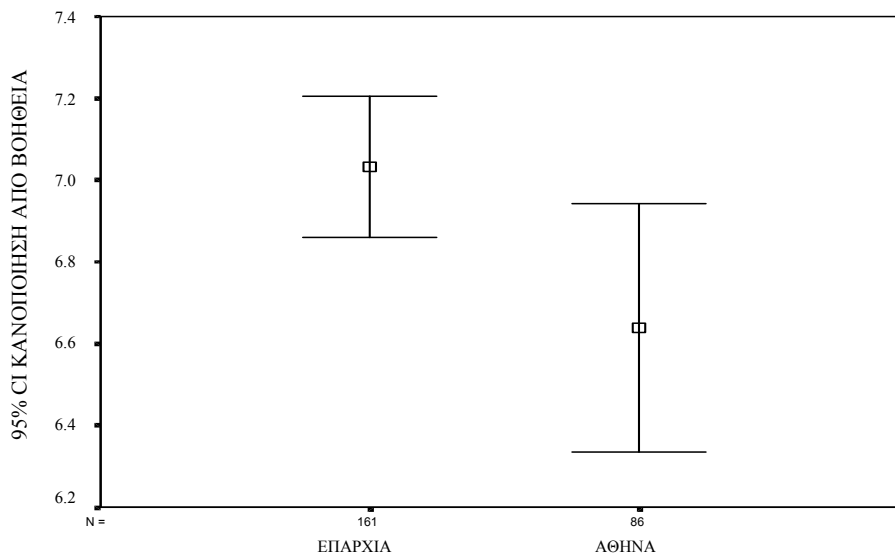
Στατιστική ανάλυση των συνολικών κλιμάκων (global scales) που χρησιμοποιήθηκαν

Η ικανοποίηση και το προφίλ των ασθενών που εξαρτώνται από την καθημερινή βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού

Προκειμένου να εκτιμήσουμε με έγκυρο τρόπο την συνολική ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών από την βοήθεια που δέχθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο, ρωτήσαμε μόνο τους ασθενείς που δέχθηκαν κάποια βοήθεια. Από τους 247 λοιπόν ασθενείς που απάντησαν θετικά, προκύπτει μια μέση τιμή 6.89 ± 1.24 . Αναλυτικότερα, οι 96 (38.9%) ήταν πολύ ικανοποιημένοι, οι 88 (35.6%) αρκετά ικανοποιημένοι, οι 25 (10.1%) λίγο ικανοποιημένοι, οι 17 (6.9%) απλά ικανοποιημένοι και οι 21 (8.5%) ουδέτεροι (ούτε ικανοποιημένοι, ούτε δυσαρεστημένοι). Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλευτική βοήθεια σε Αθήνα και Επαρχία. Το 34.9% των ασθενών από τα νοσοκομεία της Αθήνας δήλωσε αρκετά ικανοποιημένο και το 33.7% πολύ ικανοποιημένο, το 8.1% λίγο ικανοποιημένο, το 8.1% απλά ικανοποιημένο και 15.1% ουδέτερο. Από την άλλη πλευρά, το 41.6% των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας δήλωσε πολύ ικανοποιημένο, το 36% αρκετά ικανοποιημένο, το 11.2% λίγο ικανοποιημένο, το 6.2% απλά ικανοποιημένο και το 5% ουδέτερο. Στην εικόνα 2, διακρίνουμε την αύξουσα ικανοποίηση στους ασθενείς από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και την διαφορά στις μέσες τιμές της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική βοήθεια ($t= 2.396$, $df= 245$, $p= .017$) μεταξύ των ασθενών από την Επαρχία ($N= 161$, $M= 7.03 \pm 1.11$) και από την Αθήνα ($N= 86$, $M= 6.64 \pm 1.41$) με τους πρώτους να είναι πιο ικανοποιημένοι.

Εικόνα 2

Ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλευτική βοήθεια σε Επαρχία και Αθήνα



Η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το νοσοκομείο ($r= .216$ $p= .001$). Ειδικότερα, οι πιο ικανοποιημένοι ασθενείς προέρχονταν από το νοσοκομείο της Ρόδου, όπως βλέπουμε στον πίνακα 6.

Πίνακας 6

Μέσες τιμές ικανοποίησης από τη νοσηλευτική βοήθεια σε όλα τα νοσοκομεία

Νοσοκομείο	N	M (sd)
Λάρισα	44	6.11 ± 1.13
Θεσσαλονίκη	40	7.03 ± 0.97
Ρόδος	12	7.83 ± 0.39
Αγία Όλγα	31	6.74 ± 1.44
Λαμία	10	7.00 ± 1.25
Αγρίνιο	39	7.64 ± 0.74
Τζάνειο	55	6.58 ± 1.41
Κρήτη	16	7.50 ± 0.63

Η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια σχετίζεται αρνητικά με τα χρόνια εκπαίδευσης ($r = -.229$ $p = .000$) των ασθενών, που σημαίνει ότι αυξάνεται όσο μειώνονται τα χρόνια εκπαίδευσης. Όπως διαπιστώνουμε και από τα στοιχεία του πίνακα 7, οι ασθενείς με 8-13 χρόνια εκπαίδευσης έχουν μικρότερη μέση τιμή ικανοποίησης από τη νοσηλευτική βοήθεια, σε αντίθεση με τους αναλφάβητους και αυτούς με 2-7 χρόνια εκπαίδευσης.

Πίνακας 7

Μέσες τιμές ικανοποίησης από τη νοσηλευτική βοήθεια και επίπεδο εκπαίδευσης

Χρόνια Εκπαίδευσης	N	M (sd)
0	42	7.24 ± 0.98
2-7	149	7.03 ± 1.11
8-13	42	6.21 ± 1.52
> 13	14	6.50 ± 1.51

Η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια σχετίζεται αρνητικά και από την παρουσία χρόνιας νόσου που αναγκάζει τους ασθενείς να χρησιμοποιούν συχνά τις νοσοκομειακές υπηρεσίες ($r = -.164$ $p = .010$). Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της ικανοποίησης ($t = 2.944$, $df = 245$, $p = .004$), με τους ασθενείς που δεν πάσχουν από κάποιο νόσημα που τους αναγκάζει σε συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού (7.08 ± 1.08) σε σχέση με αυτούς που πάσχουν (6.62 ± 1.39).

Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ ($N = 74$) εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι (7.28 ± 0.88) σε σχέση με τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ (6.82 ± 1.39 , $t = 2.380$, $df = 139$, $p = .019$), τους ασφαλισμένους του Δημοσίου (6.51 ± 1.44 , $t = 3.794$, $df = 129$, $p = .000$), τους ασφαλισμένους του ΤΕΒΕ (6.14 ± 2.04 , $t = 2.834$, $df = 79$, $p = .006$) και του ΝΑΤ (6.71 ± 0.76 , $t = 3.009$, $df = 100$, $p = .003$).

Όσο μεγαλύτερη είναι η παρεχόμενη βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό, τόσο μεγάλη είναι και η ικανοποίηση των ασθενών από αυτήν ($r = .308$ $p = .000$). υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα ποσοστά των ασθενών που δέχθηκαν βοήθεια και στα ποσοστά της ικανοποίησής τους από αυτήν ($\chi^2 = 33.757$ $df = 8$ $p = .000$). Έτσι, το 50% των ασθενών που δήλωσε πολύ ικανοποιημένο δέχθηκε και πολύ βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό. Το 63.2% των ασθενών που δέχθηκαν πολύ βοήθεια δήλωσε και πολύ ικανοποιημένο. Η πλειοψηφία των ασθενών που δέχθηκε λίγη βοήθεια (39.8%) δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι από αυτήν. Το ίδιο και οι ασθενείς που δέχθηκαν αρκετή

βοήθεια (41.2%). Το t-test έδειξε ότι αυτοί που δέχθηκαν πολύ βοήθεια ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι (7.38 ± 1.05) από (1) αυτούς που δέχθηκαν λίγη βοήθεια (6.56 ± 1.33) καθώς $t = -4.438$ $p = .000$ και (2) από αυτούς που δέχθηκαν αρκετή βοήθεια (6.85 ± 1.11) καθώς $t = -2.943$ $p = .000$. Εξάλλου, συμφώνησαν περισσότερο με την άποψη ότι η ιατρική φροντίδα που τους παρασχέθηκε ήταν ποιοτική ($t = -2.165$ $p = .033$).

Πίνακας 8

Σύγκριση μέσων τιμών κλιμάκων μεταξύ των ασθενών που δέχθηκαν πολύ και λίγη βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό

ΚΛΙΜΑΚΑ	Πολύ βοήθεια		Λίγη βοήθεια		t-test (Sig.)
	N	M (SD)	N	M (SD)	
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας	76	3.09 (± 1.16)	103	2.74 (± 1.16)	2.019 (.045)
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας	76	3.26 (± 0.93)	100	2.64 (± 1.20)	3.378 (.001)
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας	75	3.28 (± 1.02)	103	2.74 (± 1.17)	3.216 (.002)
Συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα	76	6.89 (± 1.51)	103	5.95 (± 1.87)	3.612 (.000)
Συνολική ικανοποίηση από το φαγητό	74	6.26 (± 2.11)	103	5.28 (± 1.92)	3.198 (.002)
Συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα	76	7.22 (± 0.96)	103	6.58 (± 1.28)	3.670 (.000)
Συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα	76	7.22 (± 1.28)	103	6.31 (± 1.52)	4.238 (.000)

Αναζητώντας το προφίλ των ηλικιωμένων ασθενών που ζητούν και δέχονται την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού στις καθημερινές δραστηριότητες υγιεινής και διαβίωσης, αν ρίξουμε μια ματιά στον πίνακα 9, θα διαπιστώσουμε ότι όσοι δέχθηκαν πολύ βοήθεια και άρα έχουν έναν βαθμό εξάρτησης από αυτήν, συμφωνούν απόλυτα (11.1%) με την άποψη ότι το προσωπικό φροντίδας υγείας θα πρέπει να αποφασίζει για την εξέλιξη της φροντίδας τους χωρίς να τους ρωτά τι είναι καλύτερο για αυτούς. Αυτή η απάντηση πρακτικά αποτελεί το δεύτερο επίπεδο ετεροπροσδιορισμού αυτής της ομάδας των ασθενών. Βλέποντας τον πίνακα 8, διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς που δέχθηκαν πολύ βοήθεια είναι και περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που δέχθηκαν λίγη. Όλες αυτές οι παρατηρήσεις, συνάδουν στο συμπέρασμα ότι ο βαθμός εξάρτησης των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σχετίζεται και καθορίζει την ικανοποίηση των ασθενών από αυτήν.

Πίνακας 9

Ποσοστά ασθενών που πιστεύουν στον πατερναλιστικό ρόλο του προσωπικού και δέχθηκαν κάποια ή καμιά βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό

ΑΠΟΦΑΣΗ		Βοήθεια				Σύνολο
		Καμιά	Λίγη	Αρκετή	Πολύ	
<i>Δεν ξέρω</i>	N	4	11	7	5	27
	% στην απόφαση	14.8%	40.7%	25.9%	18.5%	100.0%
	% στην βοήθεια	3.0%	10.7%	10.3%	6.6%	7.1%
	% σύνολο	1.1%	2.9%	1.8%	1.3%	7.1%
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	N	44	16	3	1	64
	% στην απόφαση	68.8%	25.0%	4.7%	1.6%	100.0%
	% στην βοήθεια	33.1%	15.5%	4.4%	1.3%	16.8%
	% σύνολο	11.6%	4.2%	.8%	.3%	16.8%
<i>Διαφωνώ</i>	N	19	19	10	7	55
	% στην απόφαση	34.5%	34.5%	18.2%	12.7%	100.0%
	% στην βοήθεια	14.3%	18.4%	14.7%	9.2%	14.5%
	% σύνολο	5.0%	5.0%	2.6%	1.8%	14.5%
<i>Συμφωνώ</i>	N	32	35	29	21	117
	% στην απόφαση	27.4%	29.9%	24.8%	17.9%	100.0%
	% στην βοήθεια	24.1%	34.0%	42.6%	27.6%	30.8%
	% σύνολο	8.4%	9.2%	7.6%	5.5%	30.8%
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	N	34	22	19	42	117
	% στην απόφαση	29.1%	18.8%	16.2%	35.9%	100.0%
	% στην βοήθεια	25.6%	21.4%	27.9%	55.3%	30.8%
	% σύνολο	8.9%	5.8%	5.0%	11.1%	30.8%
<i>Σύνολο</i>	N	133	103	68	76	380
	% στην απόφαση	35.0%	27.1%	17.9%	20.0%	100.0%
	% στην βοήθεια	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% σύνολο	35.0%	27.1%	17.9%	20.0%	100.0%

$\chi^2 = 71.398$ $df = 12$ $p = .000$

Η ενσυνείδητη απόφαση του ασθενή για μη πληροφορημένη συναίνεση

Προκειμένου να εκτιμήσουμε την ενσυνείδητη θέση των ασθενών στο σύστημα της «φροντίδας» ζητήσαμε να μας απαντήσουν στην δήλωση: «πιστεύω ότι πρέπει να αποφασίζει το προσωπικό για την φροντίδα μου χωρίς να με ρωτά γιατί αυτοί γνωρίζουν τι είναι καλύτερο για εμένα». Πρακτικά, αυτή η δήλωση αποτελεί αποδοχή του πατερναλιστικού ρόλου του προσωπικού φροντίδας υγείας, με το επιχείρημα του πιο ειδικού και αποτελεί μια ευθεία απάντηση σε όσους ερευνητές ενσωματώνουν στα ερωτηματολόγια τους ερωτήσεις που περιγράφουν την συμμετοχή των ασθενών στην φροντίδα τους, χωρίς να τους ρωτήσουν προηγουμένως αν όντως επιθυμούν συμμετοχή σε αυτήν! Από το σύνολο των 380 ασθενών, οι 27 (7.1%) απάντησαν *δεν ξέρω*, οι 64 (16.8) *διαφωνώ απόλυτα*, οι 55 (14.5%) *διαφωνώ*, οι 117 (30.8%) *συμφωνώ* και οι 117 (30.8%) *συμφωνώ απόλυτα*. Συνεπώς, η μεγάλη πλειοψηφία (61.6%) των ασθενών, αρνείται την συμμετοχή στην φροντίδα του, καλυπτόμενο από έναν *μανδύα* άγνοιας και το 31.3% αποδέχεται τον ρόλο του. Το εύρημα αυτό, αποτελεί μια διαφοροποίηση των Ελλήνων ασθενών από τους Αμερικανούς, προβάλλει την ανάγκη στάθμισης των κλιμάκων σε κάθε πληθυσμό και επιβεβαιώνει την εξάρτηση των ηλικιωμένων ασθενών από το προσωπικό φροντίδας υγείας. Το χ^2 test δεν έδειξε καμιά

στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων μεταξύ των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και των Αθηνών, σκιαγραφώντας το προφίλ του έλληνα ηλικιωμένου ασθενή.

Η άποψη αυτή φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με:

- τα χρόνια εκπαίδευσης ($r = -.227, p = .000$): όσο αυξάνονται τα χρόνια εκπαίδευσης των ασθενών, τόσο περισσότερο αναγνωρίζουν τον συμμετοχικό τους ρόλο στην παρεχόμενη φροντίδα και συνεπώς διαφωνούν με τον πατερναλισμό του προσωπικού. Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών σε σχέση με τα χρόνια εκπαίδευσης ($\chi^2 = 58.652, df = 24, p = .000$). Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ασθενών (66.7%) που απάντησε *δεν ξέρω*, είχαν από 2-7 χρόνια εκπαίδευσης, το 61.7% των ίδιων ασθενών, δεν αποδέχθηκαν τον συμμετοχικό τους ρόλο, σε αντίθεση με τους ασθενείς με πάνω από 13 χρόνια εκπαίδευσης. Από τους 234 ασθενείς που απλά συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με τη μη συμμετοχή τους στην φροντίδα, οι 156 (66.6%) είχαν από 2-7 χρόνια εκπαίδευσης.
- το επάγγελμα που ασκούσαν πριν την συνταξιοδότηση ($r = -.152, p = .003$): υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών σε σχέση με το επάγγελμά τους ($\chi^2 = 35.553, df = 12, p = .000$). Η πλειοψηφία των αγροτών (69.3%) δεν αποδέχεται το δικαίωμα στην πληροφορημένη συναίνεση και ακολουθούν οι χειρώνακτες (64.6%), οι γυναίκες που δήλωσαν οικιακά (63.6%) και οι μη χειρώνακτες (38%).
- το αν υποβλήθηκαν ή όχι σε χειρουργική επέμβαση ($r = .149, p = .004$): υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών σε σχέση με το αν υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση ($\chi^2 = 10.002, df = 4, p = .040$). Από τους 147 ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, οι 57 (38.8%) ζητούν την πληροφορημένη συναίνεση στην φροντίδα, οι 79 (53.7%) δεν την επικαλούνται και οι 11 (7.5%) δηλώνουν *δεν ξέρω*. Από τους 233 που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, οι 62 (26.6%) ζητούν την πληροφορημένη συναίνεση, οι 155 (66.6%) όχι και οι 16 (6.9%) δεν ξέρουν.
- την βοήθεια που δέχθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό ($r = .252, p = .000$): υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών σε σχέση με την βοήθεια που δέχθηκαν ($\chi^2 = 71.398, df = 12, p = .000$). Πιο συγκεκριμένα, από τους 133 ασθενείς που δεν δέχθηκαν καμιά βοήθεια, οι 66 (49.7%) δεν αποδέχονται την πληροφορημένη συναίνεση, οι 63 (47.4%) την αποδέχονται και οι 4 (3%) απάντησαν *δεν ξέρω*. Από τους 103 ασθενείς που δέχθηκαν λίγη βοήθεια, οι 57 (55.4%) δεν την αποδέχονται, οι 35 (33.9%) την αποδέχονται και οι 11 (10.7%) απάντησαν *δεν ξέρω*. Από τους 68 ασθενείς που δέχθηκαν αρκετή βοήθεια, οι 48 (70.5%) δεν την αποδέχονται, οι 13 (19.1%) την αποδέχονται και οι 7 (10.3%) απάντησαν *δεν ξέρω*. Τέλος, από τους 67 ασθενείς που δέχθηκαν πολύ βοήθεια, οι 63 (82.9%) δεν αποδέχονται την πρακτική της πληροφορημένης συναίνεσης, οι 8 (3.1%) την αποδέχονται και οι 5 απάντησαν *δεν ξέρω*.
- την ικανοποίηση από την βοήθεια αυτή ($r = .238, p = .000$): υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών σε σχέση με την ικανοποίηση από την βοήθεια που δέχθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό ($\chi^2 = 55.670, df = 16, p = .000$). Από το σύνολο των 247 ασθενών, οι 70 (28.3%) που δεν επιθυμούν την πληροφορημένη συναίνεση ήταν πολύ ικανοποιημένοι, έναντι 16 ασθενών (6.5%) που την επιθυμούν. Ρίχνοντας μια ματιά στον πίνακα 10, διαπιστώνουμε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($t = -4.027, df = 166, p = .000$) ανάμεσα στην μέση ικανοποίηση των ασθενών που συμφωνούν απόλυτα με την μη πληροφορημένη συναίνεση ($N = 83, 7.35 \pm 0.98$) και σε αυτούς που απλά συμφωνούν ($N = 85, 6.68 \pm 1.16$).

Πίνακας 10

Μέση ικανοποίηση από τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού και μη πληροφορημένη συναίνεση των ασθενών

Μη πληροφορημένη συναίνεση	Ικανοποίηση	
	N	M (sd)
Συμφωνά απόλυτα	83	7.35 ± 0.98
Συμφωνώ	85	6.68 ± 1.16
Διαφωνώ	36	6.83 ± 1.30
Διαφωνώ απόλυτα	20	6.35 ± 1.42
Δεν ξέρω	23	6.61 ± 1.62

Το ενσυνείδητο δικαίωμα του ασθενή για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας

Η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στον χώρο του νοσοκομείου, είναι έγκυρη στον βαθμό που ο ίδιος ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον ρόλο του στο σύστημα περίθαλψης και αναγνωρίζει το δικαίωμα αξιολόγησης της φροντίδας. Για τον λόγο αυτό, ζητήσαμε από τους ασθενείς να δηλώσουν αν συμφωνούν ή όχι με την πρόταση: «οι ασθενείς θα πρέπει να κρίνουν την φροντίδα που τους παρέχεται». Αποφύγαμε να αναφέρουμε τον όρο ποιότητα της φροντίδας διότι όπως προαναφέραμε προκαλεί σύγχυση στον ηλικιωμένο ασθενή και τον ωθεί προ τις ακραίες θετικές απαντήσεις. Από το σύνολο των 380 ασθενών, η συντριπτική πλειοψηφία (N= 292, 76.9%) αποδέχεται το δικαίωμα στην αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, ένα μικρό ποσοστό (N= 51, 13.5%) το αρνείται και 37 ασθενείς (9.7%) απάντησαν *δεν ξέρω*.

Από την στατιστική ανάλυση προκύπτει ότι η απάντηση στην συγκεκριμένη ερώτηση, σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με:

1. την γεωγραφική προέλευση του νοσοκομείου (Επαρχίας ή Αθηνών) ($r = -.133$, $p = .010$). Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών σε σχέση με το νοσοκομείο προέλευσής τους ($\chi^2 = 11.990$, $df = 2$, $p = .002$). Από το σύνολο των 265 ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, οι 216 (81.5%) αντιλαμβάνονται το δικαίωμά τους στην αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, οι 26 (9.8%) δεν το αποδέχονται ισχυριζόμενοι ότι δεν είναι «ειδικοί» και οι 23 (8.7%) απάντησαν *δεν ξέρω*. Τα αντίστοιχα ποσοστά των 115 ασθενών από τα νοσοκομεία της Αθήνας είναι: 66.1% (N= 76), 21.7% (N= 25) και 12.2% (N= 14). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς από την Επαρχία απέφυγαν την αρνητικά φορτισμένη απάντηση «*διαφωνώ απόλυτα*».
2. την ηλικία ($r = -.272$, $p = .000$) του ασθενή. Έτσι, όσο αυξάνεται η ηλικία των ασθενών τόσο λιγότερο αποδέχονται το ενσυνείδητο δικαίωμά τους στην αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας.
3. την ηλικιακή ομάδα ($r = -.219$, $p = .000$). Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν ($\chi^2 = 33.627$, $df = 4$, $p = .000$). Ειδικότερα, από τους 26 ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 85+, οι 10 (38.5%) αναγνωρίζουν το δικαίωμά τους στην αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας, οι 10 (38.5%) δεν την αναγνωρίζουν, ενώ οι 6 (23.1%) προτιμούν να απαντήσουν *δεν ξέρω*. Από τους 115 ασθενείς ηλικιακής ομάδας 75-84 ετών, η συντριπτική πλειοψηφία (N= 82, 71.3 %) αποδέχεται τον κεντρικό τους

ρόλο στην αξιολόγηση της φροντίδας, οι 15 (13%) δεν τον αποδέχονται και οι 18 (15.7%) απαντούν δεν ξέρω. Από τους 239 ασθενείς ηλικιακής ομάδας 65-74 ετών, οι 200 (83.7%) αναγνωρίζουν ως δικαίωμά τους την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας τους, οι 26 (10.9%) δεν το αναγνωρίζουν και οι 13 (5.4%) προτιμούν να απαντήσουν *δεν ξέρω*. Από τους ασθενείς που απάντησαν «*διαφωνώ απόλυτα*», κανένας δεν προήλθε από την ηλικιακή ομάδα 85 και άνω, ετών. Οι περισσότεροι ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών (66.7%).

Εκτίμηση της συνολικής διαμορφούμενης στάσης των ηλικιωμένων ασθενών

Προκειμένου να εκτιμήσουμε την συνολική στάση και συμπεριφορά που διαμορφώνουν οι ασθενείς μέσα από την διαδικασία της αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας που τους παρέχεται, ζητήσαμε να μας απαντήσουν στις ακόλουθες δυο ερωτήσεις: (1) «*θα ήθελα στο μέλλον να νοσηλευτώ ξανά στο ίδιο νοσοκομείο*». Αυτή η δήλωση αντικατοπτρίζει την τάση προς μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (πρόθεση) σαν αποτέλεσμα μιας διαδικασίας επεξεργασίας των «*γεγονότων*» που συνιστούν αυτό που ο ασθενής εκλαμβάνει ως ποιότητας της φροντίδας που του παρέχεται. (2) «*θα πρότεινα αυτό το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό μου*». Και αυτή η ερώτηση βασίζεται στην ίδια λογική, καθώς παριστά την τάση του ασθενή να προτείνει σε κάποιον άλλον ένα νοσοκομείο που διαθέτει εκείνα χαρακτηριστικά που εκπληρώνουν τις ανάγκες του ασθενή. Από το σύνολο των 380 ασθενών, όπως φαίνεται και στον πίνακα 11, η συντριπτική πλειοψηφία (N= 319. 84%) απαντά ότι προτίθεται να επισκεφτεί ξανά το συγκεκριμένο νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύονταν κατά την λήψη της συνέντευξης. Αρκετοί ασθενείς (N= 45. 11.8%) διατήρησαν ουδέτερη στάση και λίγοι (N= 16. 4.2%) απάντησαν αρνητικά. Από το σύνολο των 380 ασθενών (πίνακας 14), η συντριπτική πλειοψηφία (N= 330. 86.9%) των ασθενών, απάντησε ότι προτίθενται να προτείνουν το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους, οι 22 (5.8%) διατήρησαν ουδέτερη στάση και οι 28 (7.3%) απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 11

Συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις που εκτιμούν την πρόθεση των ασθενών να ξανανοσηλευτούν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και να το προτείνουν σε άλλους

Απάντηση	Επανανοσηλεία		Πρόταση	
	N	%	N	%
Σίγουρα ναι	183	48.2	212	55.8
Πιθανώς ναι	136	35.8	118	31.1
Δεν ξέρω	45	11.8	22	5.8
Πιθανώς όχι	1	0.3	15	3.9
Σίγουρα όχι	15	3.9	13	3.4
Σύνολο	380	100	380	100

Η στατιστική ανάλυση, ανέδειξε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην πρόθεση των ηλικιωμένων ασθενών να ξανανοσηλευτούν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και:

- να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους ($r = .601, p = .000$). Από το σύνολο των ασθενών που απάντησαν ότι προτίθενται σίγουρα να ξανανοσηλευτούν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το 74.1% προτίθεται σίγουρα να το προτείνει και σε κάποιον γνωστό τους.

Υπόθεση 1: Δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στα ποσοστά των ασθενών που δηλώνουν την πρόθεσή τους να ξανανοσηλευτούν στο νοσοκομείο και σε αυτών που δηλώνουν την πρόθεσή τους να το προτείνουν σε κάποιον γνωστό

Αποτέλεσμα: Απόρριψη

Μετά την διχοτόμηση των απαντήσεων σε καταφατικές και αποφατικές, η ανάλυση χ^2 , απορρίπτει τη μηδενική υπόθεση ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στα ποσοστά των ασθενών που δηλώνουν την πρόθεσή τους να ξανανοσηλευτούν στο νοσοκομείο και σε αυτών που δηλώνουν την πρόθεσή τους να το προτείνουν σε κάποιον γνωστό ($\chi^2=108.334$, $df=1$, $p=.000$, Fisher's Exact Test (2-sided)=.000).

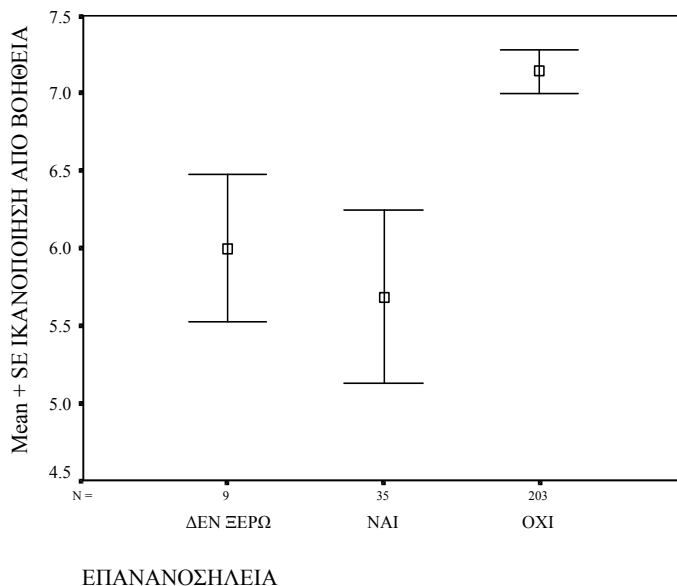
- στον τόπο μόνιμης κατοικίας των ασθενών ($r=.133$, $p=.010$). Δεν υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών σε σχέση με τον τόπο μόνιμης κατοικίας τους ($\chi^2=9.457$, $df=4$, $p=.051$).
- στην ικανοποίηση από την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού ($r=.562$, $p=.000$).

Υπόθεση 2: Όσο μεγαλύτερη είναι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη νοσηλευτική βοήθεια, τόσο μεγάλη είναι και η πρόθεσή τους να ξανανοσηλευτούν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Με την ανάλυση ANOVA ($F=58.438$, $p=.000$) απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή, δεν διαφέρουν και επιβεβαιώνεται η υπόθεση 2. Το Kruskal Wallis Test που ελέγχει την ομοιογένεια των κατανομών της ικανοποίησης των ασθενών από την βοήθεια που ζήτησαν από το νοσηλευτικό προσωπικό, για την πρόθεσή τους να ξανανοσηλευτούν ή όχι στο ίδιο νοσοκομείο μας οδηγεί στο ίδιο συμπέρασμα ($\chi^2=78.225$, $df=3$, $p=.000$) δηλαδή στην απόρριψη της υπόθεσης της ισότητας της κατανομής της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική βοήθεια που δέχθηκαν, στην πρόθεσή τους να ξανανοσηλευτούν. Οι ασθενείς που δηλώνουν ότι σίγουρα προτίθενται να νοσηλευτούν στο μέλλον στο συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι οι πιο ικανοποιημένοι με μια μέση ικανοποίηση 7.59 ± 0.61 , ακολουθούν αυτοί που δήλωσαν ότι πιθανώς ναι (6.59 ± 1.14), ενώ αυτοί που δήλωσαν ότι πιθανώς δεν θα επιλέξουν το ίδιο νοσοκομείο για να νοσηλευτούν στο μέλλον, έδειξαν μια μέση ικανοποίηση 5.69 ± 1.64 .

Το t-test δείχνει μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=-7.932$, $df=201$, $p=.000$) στο επίπεδο ικανοποίησης από τη νοσηλευτική βοήθεια, ακόμη και ανάμεσα στους ασθενείς που θα ξανανοσηλευτούν σίγουρα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο στο μέλλον (6.59 ± 1.14) και σε αυτούς που πιθανώς θα ξανανοσηλευτούν (7.59 ± 0.61). Στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=-$



κατανομών της ικανοποίησης των ασθενών από την βοήθεια που ζήτησαν από το νοσηλευτικό προσωπικό, για την πρόθεσή τους να ξανανοσηλευτούν ή όχι στο ίδιο νοσοκομείο μας οδηγεί στο ίδιο συμπέρασμα ($\chi^2=78.225$, $df=3$, $p=.000$) δηλαδή στην απόρριψη της υπόθεσης της ισότητας της κατανομής της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική βοήθεια που δέχθηκαν, στην πρόθεσή τους να ξανανοσηλευτούν. Οι ασθενείς που δηλώνουν ότι σίγουρα προτίθενται να νοσηλευτούν στο μέλλον στο συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι οι πιο

3.511, $df=124$, $p=.001$) υπήρξε και ανάμεσα σε αυτούς που δήλωσαν ότι δεν ξέρουν αν θα ξανανοσηλευτούν στο μέλλον σε αυτό το νοσοκομείο (5.69 ± 1.64) και σε αυτούς που δηλώνουν ότι πιθανώς θα νοσηλευτούν (6.59 ± 1.14).

- στην ενσυνείδητη απαίτηση των ασθενών για πληροφορημένη συναίνεση ($r=.103$, $p=.044$ για $p<0.05$). Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών σε σχέση με την ενσυνείδητη απαίτηση για πληροφορημένη συναίνεση στην φροντίδα ($\chi^2=27.804$, $df=16$, $p=.033$). Αναλυτικότερα, από το σύνολο των ασθενών που απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα με την μη πληροφορημένη συναίνεσή τους στον σχεδιασμό και την παροχή της φροντίδας, η μεγάλη πλειοψηφία (59.8%) δηλώνει ότι σίγουρα θα ήθελε να νοσηλευτεί στο μέλλον στο ίδιο νοσοκομείο, ακολουθούν αυτοί που δήλωσαν ότι δεν ξέρουν αν θα πρέπει να συμμετέχουν στην φροντίδα τους (55.6%), αυτοί που διαφωνούν απόλυτα (48.4%), αυτοί που πιστεύουν στην πληροφορημένη συναίνεση (43.6%) και τέλος αυτοί που συμφωνούν με την μη πληροφορημένη συναίνεση (36.8%). Από αυτούς που απάντησαν ότι πιθανώς θα επιλέξουν το ίδιο νοσοκομείο αν παραστεί ανάγκη στο μέλλον, το μεγαλύτερο ποσοστό (66.2%) συμφωνεί απλά ή απόλυτα με την μη πληροφορημένη συναίνεση. Από αυτούς που δήλωσαν ότι δεν ξέρουν αν θα ξαναεπιλέξουν το ίδιο νοσοκομείο στο μέλλον, το 35.6% συμφωνεί με την μη πληροφορημένη συναίνεση στην φροντίδα. Τέλος, από αυτούς που ισχυρίζονται ότι δεν ξέρουν αν θα επιλέξουν στο μέλλον το συγκεκριμένο νοσοκομείο, η μεγάλη πλειοψηφία (60%) συμφωνεί απλά ή απόλυτα με την πληροφορημένη συναίνεση,
- στην ηλικιακή ομάδα ($r=.102$, $p=.048$ για $p<0.05$). Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση, σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν ($\chi^2=11.459$, $df=8$, $p=.177$).
- στην βελτίωση των συμπτωμάτων για τα οποία εισήλθαν στο νοσοκομείο ($r=.227$, $p=.000$). Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση, σε σχέση με την βελτίωση των συμπτωμάτων τους ($\chi^2=57.128$, $df=12$, $p=.000$). Οι ασθενείς που δήλωσαν κατηγορηματικά ότι δεν πρόκειται να επισκεφτούν στο μέλλον το συγκεκριμένο νοσοκομείο, είχαν και την μικρότερη βελτίωση στην συμπτωματολογία για την οποία εισήχθησαν στο νοσοκομείο (66.7%). Από αυτούς που απάντησαν με ουδέτερο τρόπο, το 60% είχε αρκετή ή πολύ βελτίωση. Από αυτούς που απάντησαν ότι πιθανώς θα νοσηλευτούν στο μέλλον στο ίδιο νοσοκομείο, το 80.2% έτυχε από αρκετή έως πολύ βελτίωση των συμπτωμάτων του και τέλος, από αυτούς που απαντούν κατηγορηματικά ότι θα επιλέξουν το ίδιο νοσοκομείο στο μέλλον, το 87.4% είχε από αρκετή έως πολύ βελτίωση των συμπτωμάτων του.

Η στατιστική ανάλυση, ανέδειξε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην πρόθεση των ηλικιωμένων ασθενών να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους και:

- στην ηλικία ($r=.145$, $p=.005$) που σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των ασθενών, αυξάνεται και η τάση τους να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους.
- στην ηλικιακή ομάδα ($r=.173$, $p=.001$). Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση, σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν ($\chi^2=28.808$, $df=8$, $p=.000$). Όλοι οι ασθενείς ηλικιακής ομάδας άνω των 85 ετών, προτίθενται να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους (φίλο, συγγενή). Από τους ασθενείς ηλικίας μεταξύ 75 και 84 ετών, το 10.5% δεν πρόκειται να προτείνει το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό, το 7% είναι ουδέτερο ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (82.7%) θα το προτείνει. Σε ό,τι αφορά τους ασθενείς που ανήκουν στην

ηλικιακή ομάδα από 65 έως 74 ετών, το 6.7% δεν πρόκειται να προτείνει το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό, το 5.9 % είναι ουδέτερο ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (87.4%) θα το προτείνει.

- στα χρόνια εκπαίδευσης ($r = -.163$, $p = .001$), που σημαίνει ότι όσο αυξάνονται τα χρόνια εκπαίδευσης, τόσο λιγότερο οι ασθενείς τείνουν να προτείνουν το νοσοκομείο. Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση, σε σχέση με τα χρόνια εκπαίδευσης ($p = .001$). Το 81.1% των αναλφάβητων, προτίθεται να προτείνει το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό του, ενώ το 10.3% δεν προτίθεται. Το 90.1% των ασθενών με 8-13 χρόνια εκπαίδευσης, προτίθενται να το προτείνουν. Αυτοί που προτίμησαν να διατηρήσουν μια ουδέτερη στάση, είναι κυρίως αυτοί με 2-7 χρόνια εκπαίδευσης (54.5%) και αναλφάβητοι (22.7%).
- στο μηνιαίο εισόδημα ($r = -.106$, $p = .044$ για $p < 0.05$). Όσο αυξάνεται το μηνιαίο εισόδημα, τόσο λιγότερη πιθανότητα πρότασης του νοσοκομείου υπάρχει.
- στον τόπο μόνιμης κατοικίας των ασθενών ($r = .145$, $p = .005$). Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση, σε σχέση με τον τόπο της μόνιμης κατοικίας τους ($\chi^2 = 16.607$, $df = 4$, $p = .002$). Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που δήλωσαν κατηγορηματικά ότι δεν πρόκειται να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους, (92.3%) διαμένουν μόνιμα στην Επαρχία. Το ίδιο συμβαίνει και με τους ασθενείς που δήλωσαν κατηγορηματικά ότι προτίθενται να προτείνουν το νοσοκομείο (84%). Από το σύνολο των ασθενών που διαμένουν μόνιμα στην Επαρχία, το 7% δεν πρόκειται να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους, το 4% απαντά ουδέτερα και το 82.7% πρόκειται να το προτείνει. Για τους ασθενείς που διαμένουν μόνιμα στην Αθήνα, το 8.8% δεν προτίθεται να προτείνει το νοσοκομείο, το 12.5% διατηρεί ουδέτερη στάση και το 78.8% θα το προτείνει σε κάποιον γνωστό του.
- στο αν ζουν με την οικογένειά τους ή μόνοι τους ($r = .154$, $p = .003$). Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση, σε σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο ζουν ($\chi^2 = 35.486$, $df = 16$, $p = .003$). Η πλειοψηφία των ασθενών που προτίθεται σε καμιά περίπτωση να προτείνει το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό (84.6%), ζουν σε οικογένεια (με τον σύζυγο και τα παιδιά) ή με τον σύζυγο. Το ίδιο συμβαίνει και με αυτούς που πρόκειται με βεβαιότητα να προτείνουν το νοσοκομείο (77.3%). Από το σύνολο των ασθενών που ζουν μόνοι τους, το 86% προτίθεται να προτείνει το νοσοκομείο και το 8.1% το αντίθετο. Τα αντίστοιχα ποσοστά γι' αυτούς που ζουν με κάποιον συγγενή τους είναι 60% και 0%, για όσους ζουν σε οίκο ευγηρίας 100% και 0%, για όσους ζουν με τον/την σύντροφό τους είναι 83.7% και 10.8% και τέλος, για εκείνους που ζουν με τα παιδιά τους και τον/την σύντροφό τους είναι 89.7% και 5.1%.
- στην ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια ($r = .513$, $p = .000$). Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση, σε σχέση με την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη νοσηλευτική βοήθεια ($\chi^2 = 95.861$, $df = 16$, $p = .000$).

Υπόθεση 3: Όσο μεγαλύτερη είναι και η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη νοσηλευτική βοήθεια, τόσο μεγάλη είναι και η πρόθεσή τους να προτείνουν το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Με την ανάλυση ANOVA ($F= 38.386$, $p= .000$) απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή, δεν διαφέρουν και επιβεβαιώνεται η υπόθεση 3. Το Kruskal Wallis test, επιβεβαιώνει το ίδιο αποτέλεσμα ($\chi^2= 78.225$, $df= 3$, $p= .000$).

- την βελτίωση των συμπτωμάτων ($r= .158$, $p= .002$). Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση, σε σχέση με την βελτίωση των συμπτωμάτων τους για τα οποία εισήχθησαν στο νοσοκομείο ($\chi^2= 41.871$, $df= 12$, $p= .000$). Από το σύνολο των ασθενών που δεν είδαν καμιά βελτίωση στην συμπτωματολογία τους κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, όλοι προτίθενται να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους. Από τους 302 ασθενείς που δήλωσαν ότι βελτιώθηκαν τα συμπτώματά τους αρκετά ή πολύ, οι 272 (90%) προτίθενται να προτείνουν το νοσοκομείο.

Εκτίμηση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο

Προκειμένου να ανιχνεύσουμε τους ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη και νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, χρησιμοποιήσαμε την κλίμακα GDS που σταθμίστηκε σε ελληνικό πληθυσμό από τους Fountoulakis K.N. et al. (1999). Από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι 146 ηλικιωμένοι ασθενείς σε σύνολο 380 ασθενών, έπασχαν από κατάθλιψη δηλαδή ένα ποσοστό 38.4%. Υπήρξε, όπως ήταν αναμενόμενο, μια στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο σκορ στην κλίμακα ($t= -26.246$, $df= 378$, $p= .000$) ανάμεσα στους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη (8.43 ± 2.33) και σε αυτούς που δεν πάσχουν (2.90 ± 1.76). Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2=16.740$, $df=1$ $p=.000$. Fisher's Exact Test $p=.000$) ως προς τα ποσοστά των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη μεταξύ ανδρών (41.8%) και γυναικών (58.2%).

Πίνακας 12

Διαφορά στα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ ανδρών και γυναικών

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		ΦΥΛΟ		
		Γυναίκα	Ανδρας	Σύνολο
ΟΧΙ	N	86	148	234
	% στην κατάθλιψη	36.8%	63.2%	100.0%
	% στο φύλο	50.3%	70.8%	61.6%
	% του συνόλου	22.6%	38.9%	61.6%
ΝΑΙ	N	85	61	146
	% στην κατάθλιψη	58.2%	41.8%	100.0%
	% στο φύλο	49.7%	29.2%	38.4%
	% του συνόλου	22.4%	16.1%	38.4%
ΣΥΝΟΛΟ	N	171	209	380
	% στην κατάθλιψη	45.0%	55.0%	100.0%
	% στο φύλο	100.0%	100.0%	100.0%
	% του συνόλου	45.0%	55.0%	100.0%

Από το σύνολο των 171 γυναικών του δείγματος, οι 85 (49.7%) έπασχαν από κατάθλιψη, ενώ από τα σύνολο των 209 ανδρών οι 61 (29.2%) έπασχαν (πίνακας 12). Στον πίνακα 13, βρίσκονται η συχνότητα απαντήσεων των ασθενών στις 15 ερωτήσεις της κλίμακας GDS.

Πίνακας 13

Συχνότητα και ποσοστά απαντήσεων των ασθενών στις ερωτήσεις της GDS κλίμακας

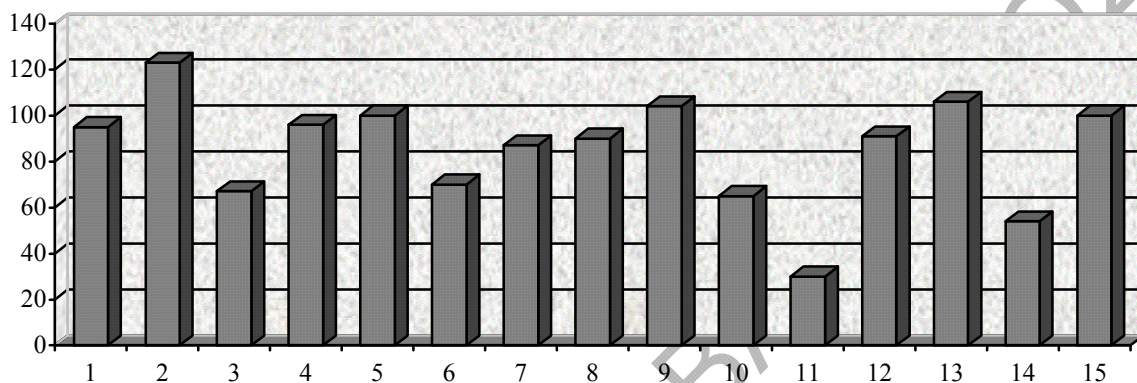
ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ (%)	ΟΧΙ (%)
1. Είστε βασικά ευχαριστημένος με τη ζωή σας;	303 (79.7)	77 (20.3)
2. Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;	223 (58.7)	157 (41.3)
3. Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;	91 (23.9)	289 (76.1)
4. Βαριέστε συχνά;	114 (30)	266 (70)
5. Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;	225 (59.2)	155 (40.8)
6. Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;	120 (31.6)	260 (68.4)
7. Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;	250 (65.8)	130 (34.2)
8. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;	124 (32.6)	256 (67.4)
9. Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα;	195 (51.3)	185 (48.7)
10. Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ό τι οι άλλοι;	111 (29.2)	269 (70.8)
11. Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός τώρα;	326 (85.8)	54 (14.2)
12. Αισθάνεστε άχρηστος έτσι όπως είστε τώρα;	131 (34.5)	249 (65.5)
13. Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια;	181 (47.6)	199 (52.4)
14. Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;	68 (17.9)	312 (82.1)
15. Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;	207 (54.5)	173 (45.5)

Το προφίλ του έλληνα ασθενή που πάσχει από κατάθλιψη

Από τα αποτελέσματα της εικόνας 3, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των καταθλιπτικών ασθενών έχουν εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά τους (ερ. 2, N= 123), προτιμούν να μένουν στο σπίτι τους παρά να βγαίνουν έξω και να κάνουν διάφορα καινούρια πράγματα (ερ.9, N= 104), ενώ δεν είναι στα κέφια τους τον περισσότερο καιρό (ερ. 5, N= 100).

Εικόνα 3

Ραβδόγραμμα με την συχνότητα απαντήσεων των καταθλιπτικών ασθενών στις 15 ερωτήσεις της GDS που βαθμολογούνται με 1



Από την στατιστική ανάλυση φαίνεται ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με:

- * την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει ο ασθενής ($r = .132$, $p = .010$) και την ηλικία του ($r = .109$, $p = .033$). Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους καταθλιπτικούς και μη ασθενείς, ως προς την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν ($\chi^2 = 11.994$, $df = 2$, $p = .002$). Αναλυτικότερα, από το σύνολο των 239 ασθενών ηλικίας από 65-74 ετών, οι 80 (33.5%) έπασχαν από κατάθλιψη. Από τους 115 ασθενείς ηλικίας από 75-84 ετών, οι 59 (51.3%) έπασχαν και από τους 26 ασθενείς ηλικίας άνω των 85 ετών έπασχαν οι 7 (26.9%).
- * την οικογενειακή κατάστασή του. Η βαθμολογία (σκορ) των ασθενών στην GDS κλίμακα, σχετίζεται με την οικογενειακή κατάστασή τους ($r = -.229$, $p = .000$). Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους καταθλιπτικούς και μη ασθενείς, ως προς την οικογενειακή κατάσταση ($\chi^2 = 19.110$, $df = 3$, $p = .000$), με πρώτους τους παντρεμένους και ακολούθως τους χήρους. Η ανάλυση ANOVA ($F = 8.121$, $p = .000$), έδειξε ότι τη μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα GDS επιτυγχάνουν οι χήροι (6.30 ± 3.42) και ακολουθούν οι χωρισμένοι (5.70 ± 4.16), οι ανύπαντροι (4.82 ± 3.12) και τέλος οι παντρεμένοι (4.46 ± 3.16).
- * το φύλο του ασθενή. Η βαθμολογία (σκορ) των ασθενών στην GDS κλίμακα, σχετίζεται με φύλο τους ($r = -.210$, $p = .000$). Το t-test έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην βαθμολογία των δυο φύλων ($t = 3.000$, $df = 378$, $p = .003$) με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές (5.59 ± 3.57) σε σχέση με τους άνδρες (4.56 ± 3.09) και βέβαια μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2 = 16.740$, $df = 1$, $p = .000$) στον επιπολασμό της κατάθλιψης, μεταξύ των δυο φύλων, με προβάδισμα των γυναικών (N= 85, 49.7%), έναντι των ανδρών (N= 61, 29.2%).
- * το επάγγελμα του ασθενή πριν την συνταξιοδότησή του ($r = -.104$, $p = .042$). Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους καταθλιπτικούς και μη

ασθενείς, ως προς το επάγγελμα πριν την συνταξιοδότηση ($\chi^2=17.978$, $df=3$ $p=.003$), με προβάδισμα των αγροτών και έπονται όσοι ασχολούνταν με τα οικιακά, οι χειρώνακτες και τέλος οι μη χειρώνακτες,

- * τον τόπο της μόνιμης κατοικίας τους ($r= -.123$, $p= .017$). Συγκεκριμένα, από τους 146 ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, οι 106 (72.6%) ζουν μόνιμα στην Επαρχία και οι 40 (27.4%) στην Αθήνα. Από τους 300 ασθενείς που ζουν μόνιμα στην Επαρχία, οι 106 (35.6%) πάσχουν από κατάθλιψη και από τους 80 που ζουν μόνιμα στην Αθήνα, οι 40 (50%). Δεν εμφανίζεται μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολογία των ασθενών στην κλίμακα GDS ($t= 0.671$, $df= 378$, $p= .502$), μεταξύ αυτών που ζουν μόνιμα στην Επαρχία και αυτών στην Αθήνα.
- * το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον τους ($r= -.117$, $p= .023$). Το ίδιο συμβαίνει και με την βαθμολογία (σκορ) των ασθενών στην GDS κλίμακα ($r= -.160$, $p= .002$). Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους καταθλιπτικούς και μη ασθενείς, ως προς το οικογενειακό περιβάλλον ($\chi^2=24.371$, $df=4$ $p=.000$), με τον επιπολασμό της κατάθλιψης να είναι μεγαλύτερος σε αυτούς που ζουν μόνοι τους. Η μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα, παρατηρήθηκε σε αυτούς που ζουν με τους συγγενείς τους (8.00 ± 4.64) και η μικρότερη σε αυτούς που ζουν σε οίκο ευγηρίας (3.00) που ήταν τέσσερις ασθενείς. Αυτοί που ζουν με την οικογένειά τους σημείωσαν αναλογικά μεγαλύτερη βαθμολογία (4.89 ± 3.19) σε σχέση με αυτούς που ζουν με τον σύντροφό τους (4.27 ± 3.34).
- * την παρουσία χρόνιας νόσου που τους αναγκάζει να επισκέπτονται συχνά το νοσοκομείο ($r= .319$, $p= .023$). Το ίδιο συμβαίνει και με την βαθμολογία (σκορ) των ασθενών στην GDS κλίμακα ($r= .296$, $p= .000$). Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους καταθλιπτικούς και μη ασθενείς, ως προς την παρουσία μιας χρόνιας νόσου που αναγκάζει τους ασθενείς να επισκέπτονται συχνά το νοσοκομείο ($\chi^2=33.398$, $df=1$ $p=.000$). Έτσι, από τους 146 ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, οι 84 (57.5%) πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα που τους αναγκάζει να εισάγονται συχνά στο νοσοκομείο. Εξάλλου, από τους 149 ασθενείς που πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα, οι 84 (56.4%) πάσχουν από κατάθλιψη. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση βαθμολογία στην GDS κλίμακα ($t= -6.989$, $df= 378$, $p= .000$), με τους ασθενείς που πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα να σημειώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία (6.44 ± 3.59) σε σχέση με αυτούς που δεν πάσχουν (4.12 ± 2.85).
- * την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του ασθενή, με αυτούς που ανήκουν στην κατώτερη τάξη να αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (43.7%) σε σχέση με αυτούς που ανήκουν στην ανώτερη (31.2%).
- * την αίτηση των ασθενών για βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό, για τις καθημερινές τους δραστηριότητες ($r= .141$, $p= .006$). Το ίδιο συμβαίνει και με την βαθμολογία (σκορ) των ασθενών στην GDS κλίμακα ($r= .124$, $p= .016$) δηλαδή όσο αυξάνεται η βαθμολογία στην κλίμακα τόσο αυξάνεται και η βοήθεια που ζήτησαν οι ασθενείς. Από τους ασθενείς που ζήτησαν αρκετή βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό, το 57.4% έπασχε από κατάθλιψη. Σε όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις, η πλειοψηφία δεν έπασχε από κατάθλιψη.
- * την ενσυνείδητη απόφαση του ασθενή για μη πληροφορημένη συναίνεση ($r= -.132$ $p= .010$). Στους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη η σχετική πλειοψηφία τους (33.6%) συμφωνεί με την μη πληροφορημένη συναίνεση στην φροντίδα τους, ενώ σε αυτούς που δεν πάσχουν η πλειοψηφία (34.2%) συμφωνεί απόλυτα με την μη πληροφορημένη συναίνεση. Η πλειοψηφία των ασθενών που συνηγορεί υπέρ της πληροφορημένης συναίνεσης, είναι ασθενείς που δεν πάσχουν από κατάθλιψη (64.1%).

Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους καταθλιπτικούς και μη καταθλιπτικούς ως προς:

- * τα χρόνια εκπαίδευσης ($\chi^2=20.313$, $df=6$ $p=.002$) με μεγαλύτερα ποσοστά σε αυτούς που είναι αναλφάβητοι ή έχουν από 2-7 χρόνια εκπαίδευσης,
- * το τι θεωρούν σημαντικότερο οι ασθενείς στην φροντίδα τους ($\chi^2=27.130$, $df=8$ $p=.001$). Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών (23.3%), θεωρεί πιο σημαντικό τον σεβασμό της προσωπικότητάς τους από το προσωπικό, ακολουθεί η ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού (20.5%) και το έμπρακτο ενδιαφέρον του προσωπικού (18.5%). Για τους ασθενείς που δεν πάσχουν από κατάθλιψη, το σκηνικό είναι πολύ διαφορετικό, αφού θεωρούν ως σημαντικότερη διάσταση της ποιότητας της φροντίδας το ενδιαφέρον του προσωπικού (34.2%), ακολουθούν ο σεβασμός του προσωπικού (17.9%) και η ευγένεια του προσωπικού (9.4%),
- * την πρόθεσή τους να ξανανοσηλευτούν στο μέλλον στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ($\chi^2=9.972$, $df=4$ $p=.041$). Πιο συγκεκριμένα, το 53.3% των ασθενών που απάντησαν ότι σίγουρα δεν θα επισκεφτούν στο μέλλον ξανά το συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν έπασχαν από κατάθλιψη. Το ίδιο και αυτοί που απάντησαν πιθανώς όχι (100%), πιθανώς ναι (69.1%) και σίγουρα ναι (60.7%). Αντίθετα, η πλειοψηφία (55.6%) αυτών που απάντησαν δεν ξέρω, έπασχαν από κατάθλιψη. Από το σύνολο των 146 καταθλιπτικών ασθενών, η πλειοψηφία (49.3%) απάντησε ότι σίγουρα θα ξαναεπισκεφτεί το νοσοκομείο στο μέλλον αν χρειαστεί. Το ίδιο συνέβη και με αυτούς που δεν πάσχουν από κατάθλιψη ($N=47.4\%$). Δεν υπήρξε ανάλογη στατιστικά σημαντική διαφορά στην πρόθεση των ασθενών να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους.

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ καταθλιπτικών ασθενών και μη ως προς το ενσυνείδητο δικαίωμά τους να αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται. Ωστόσο, από το σύνολο των ασθενών που απάντησαν ότι δεν ξέρουν αν πρέπει να αξιολογούν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, το 51.4% έπασχαν από κατάθλιψη και μεταξύ αυτών που αρνούνται κατηγορηματικά αυτό το δικαίωμα, το 55.6% έπασχε από κατάθλιψη. Η πλειοψηφία των ασθενών (58.2%) που υπερασπίζονται σχετικά ή απόλυτα (67.6%) το δικαίωμα στην αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, δεν έπασχαν από κατάθλιψη. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο σκορ στην κλίμακα GDS μεταξύ των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας (5.21 ± 3.33) και των Αθηνών (4.61 ± 3.39). Ωστόσο, όπως βλέπουμε στον πίνακα 14, υπάρχει μια σημαντική διακύμανση στο μέσο σκορ μεταξύ των νοσοκομείων, με τους ασθενείς από το νοσοκομείο της Λαμίας να έχει την μικρότερη βαθμολογία και τους ασθενείς από την Κρήτη την μεγαλύτερη.

Πίνακας 14

Μέσο σκορ στην κλίμακα GDS των ασθενών στα διάφορα νοσοκομεία

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΜΕΣΟ ΣΚΟΡ
Λάρισα	4.27 ± 3.13
Θεσσαλονίκη	5.71 ± 2.83
Ρόδος	6.48 ± 3.18
Αγία Όλγα	5.07 ± 3.24
Λαμία	3.68 ± 1.81
Αγρίνιο	4.86 ± 4.03
Τζάνειο	4.18 ± 3.50
Κρήτη	6.83 ± 3.60

Εξάλλου, υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στο επιπολασμό της κατάθλιψης μεταξύ των νοσοκομείων ($\chi^2= 23.379$ $df= 7$ $p= .001$), όπως φαίνεται στον πίνακα 15.

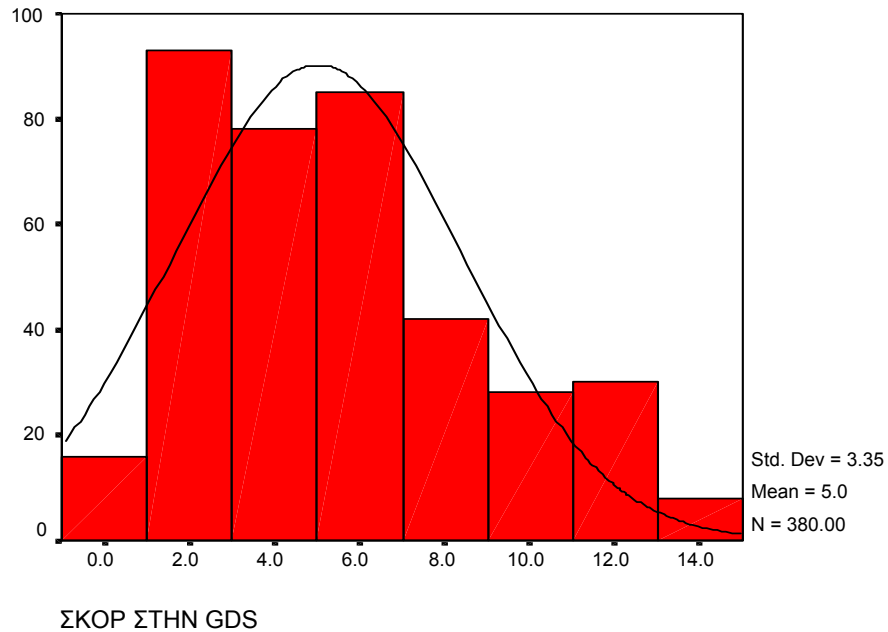
Πίνακας 15
Διαφορά στα ποσοστά κατάθλιψης ανά νοσοκομείο

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ			
	OXI	ΝΑΙ	Σύνολο	
Λάρισα	N	44	20	64
	% στο νοσοκομείο	68.8%	31.3%	100.0%
	% στην κατάθλιψη	18.8%	13.7%	16.8%
	% του συνόλου	11.6%	5.3%	16.8%
Θεσσαλονίκη	N	32	27	59
	% στο νοσοκομείο	54.2%	45.8%	100.0%
	% στην κατάθλιψη	13.7%	18.5%	15.5%
	% του συνόλου	8.4%	7.1%	15.5%
Ρόδος	N	18	24	42
	% στο νοσοκομείο	42.9%	57.1%	100.0%
	% στην κατάθλιψη	7.7%	16.4%	11.1%
	% του συνόλου	4.7%	6.3%	11.1%
Αγία Όλγα	N	36	19	55
	% στο νοσοκομείο	65.5%	34.5%	100.0%
	% στην κατάθλιψη	15.4%	13.0%	14.5%
	% του συνόλου	9.5%	5.0%	14.5%
Λαμία	N	23	5	28
	% στο νοσοκομείο	82.1%	17.9%	100.0%
	% στην κατάθλιψη	9.8%	3.4%	7.4%
	% του συνόλου	6.1%	1.3%	7.4%
Αγρίνιο	N	35	14	49
	% στο νοσοκομείο	71.4%	28.6%	100.0%
	% στην κατάθλιψη	15.0%	9.6%	12.9%
	% του συνόλου	9.2%	3.7%	12.9%
Τζάνειο	N	38	22	60
	% στο νοσοκομείο	63.3%	36.7%	100.0%
	% στην κατάθλιψη	16.2%	15.1%	15.8%
	% του συνόλου	10.0%	5.8%	15.8%
Κρήτη	N	8	15	23
	% στο νοσοκομείο	34.8%	65.2%	100.0%
	% στην κατάθλιψη	3.4%	10.3%	6.1%
	% του συνόλου	2.1%	3.9%	6.1%
Σύνολο	N	234	146	380
	% στο νοσοκομείο	61.6%	38.4%	100.0%
	% στην κατάθλιψη	100.0%	100.0%	100.0%
	% του συνόλου	61.6%	38.4%	100.0%

Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα 15, στο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης ανιχνεύουμε τους περισσότερους καταθλιπτικούς ασθενείς (18.5%) και στο νοσοκομείο της Λαμίας τους λιγότερους (3.4%).

Σχήμα 1

Ιστόγραμμα συχνότητας της ολικής βαθμολογίας στην GDS κλίμακα



Στο σχήμα 1, απεικονίζεται η κατανομή της συνολικής βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα GDS. Παρατηρούμε ότι οι περισσότερες τιμές βρίσκονται στα αριστερά της κατανομής, επομένως έχουμε μια ελαφρά ασύμμετρη αριστερή κατανομή.

Εκτίμηση της συνολική εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας

Για την εκτίμηση της εκληφθείσας από τον ασθενή ποιότητας της συνολικής φροντίδας, της συνολικής ιατρικής και της συνολικής νοσηλευτικής, χρησιμοποιήθηκε η αντίστοιχη κλίμακα των 3 ερωτήσεων που αναφέρονται στην αρχή του ειδικού μέρους. Όπως διαπιστώνουμε από τα αποτελέσματα του πίνακα 16, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών συμφωνεί ότι ήταν ποιοτική η συνολική φροντίδα (83.5%) που τους προσφέρθηκε, η συνολική ιατρική (83.5%) και η συνολική νοσηλευτική (82.3%).

Πίνακας 16
Ποσοστά απαντήσεων στις κλίμακες εκτίμησης της συνολικής
εκκληφθείσας ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας

Κλίμακα	Απάντηση	N	%
ΣΕΠΦ	Δεν ξέρω	35	9.2
	Διαφωνώ απόλυτα	10	2.6
	Διαφωνώ	18	4.7
	Συμφωνώ	183	48.2
	Συμφωνώ απόλυτα	134	35.3
ΣΕΠΠΦ	Δεν ξέρω	32	8.5
	Διαφωνώ απόλυτα	11	2.9
	Διαφωνώ	19	5.0
	Συμφωνώ	180	47.7
	Συμφωνώ απόλυτα	135	35.8
ΣΕΠΠΝΦ	Δεν ξέρω	35	9.2
	Διαφωνώ απόλυτα	9	2.4
	Διαφωνώ	23	6.1
	Συμφωνώ	160	42.2
	Συμφωνώ απόλυτα	152	40.1

ΣΕΠΦ: Συνολική Εκκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας

ΣΕΠΠΦ: Συνολική Εκκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας

ΣΕΠΠΝΦ: Συνολική Εκκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας

Εκτίμηση της συνολικής ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας

Για την εκτίμηση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, χρησιμοποιήσαμε την κλίμακα των 4 ερωτήσεων που παρουσιάστηκε στην αρχή του ειδικού μέρους. Από τα στοιχεία του πίνακα 17, συμπεραίνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων ασθενών (90.3%) είναι ικανοποιημένοι από την συνολική φροντίδα που παρέχεται στο νοσοκομείο κατά την διάρκεια της παραμονής τους σε αυτό, το 6.6% δηλώνουν ουδέτεροι και μόλις το 0.8% καθόλου ικανοποιημένοι. Το 2.4% δήλωσε αδιάφορο.

Αυτή η θετική εικόνα διαφοροποιείται πολύ σε ό,τι αφορά την ικανοποίηση από τα χαρακτηριστικά της ποιότητας του παρεχόμενου φαγητού, οπότε και το 79.3% των ασθενών δηλώνουν ικανοποιημένοι, το 9% ουδέτεροι, το 9.6% δυσαρεστημένοι και το 2.1% αδιάφοροι. Η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα αποτελεί πηγή ικανοποίησης για το 95.6% των ασθενών και δυσαρέσκειας μόλις για το 0.5%. Το ίδιο περίπου συμβαίνει και με τη νοσηλευτική φροντίδα η οποία αποτελεί πηγή ικανοποίησης για την πλειοψηφία των ασθενών (94%) και μη ικανοποίησης για το 2.9% των ασθενών.

Πίνακας 17

Ποσοστά απαντήσεων στις κλίμακες εκτίμησης της συνολικής ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας

Κλίμακα	Απάντηση	N	%
ΣΙΦ	Αδιάφορος	9	2.4
	Καθόλου ικανοποιημένος	3	.8
	Ουδέτερος	25	6.6
	Απλά ικανοποιημένος	47	12.4
	Λίγο ικανοποιημένος	43	11.3
	Αρκετά ικανοποιημένος	123	32.4
	Πολύ ικανοποιημένος	130	34.2
ΣΙΦΑ	Αδιάφορος	8	2.1
	Πολύ δυσαρεστημένος	3	.8
	Δυσαρεστημένος	3	.8
	Καθόλου ικανοποιημένος	30	8.0
	Ουδέτερος	34	9.0
	Απλά ικανοποιημένος	73	19.4
	Λίγο ικανοποιημένος	62	16.5
	Αρκετά ικανοποιημένος	83	22.1
	Πολύ ικανοποιημένος	80	21.3
ΣΠΦ	Δυσαρεστημένος	2	.5
	Ουδέτερος	15	3.9
	Απλά ικανοποιημένος	35	9.2
	Λίγο ικανοποιημένος	35	9.2
	Αρκετά ικανοποιημένος	137	36.1
	Πολύ ικανοποιημένος	156	41.1
ΣΙΝΦ	Αδιάφορος	3	.8
	Καθόλου ικανοποιημένος	11	2.9
	Ουδέτερος	9	2.4
	Απλά ικανοποιημένος	41	10.8
	Λίγο ικανοποιημένος	33	8.7
	Αρκετά ικανοποιημένος	115	30.3
	Πολύ ικανοποιημένος	168	44.2

ΣΙΦ: Συνολική Ικανοποίηση από την φροντίδα

ΣΙΦΑ: Συνολική Ικανοποίηση από το Φαγητό

ΣΠΦ: Συνολική Ικανοποίηση από την Ιατρική Φροντίδα

ΣΙΝΦ: Συνολική Ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική Φροντίδα

Εκτίμηση της συνολική εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας

Για την εκτίμηση της συνολικής εκπλήρωσης των προσδοκιών από την παρεχόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα των 4 ερωτήσεων που παρουσιάστηκε στην αρχή του ειδικού μέρους. Οι ασθενείς φαίνεται να διαμορφώνουν κάποιες «γενικές» προσδοκίες, η εκπλήρωση των οποίων διαφοροποιείται ανάλογα με το αν ο βαθμός απόδοσής του ταυτίζεται με το αξιολογικό τους σύστημα. Επισκοπώντας τον πίνακα

18, διαπιστώνουμε ότι για την σχετική πλειοψηφία των ασθενών (39.7%), η συνολική φροντίδα ήταν καλή όπως την προσδοκούσαν οι ασθενείς. Για το φαγητό, φαίνεται οι προσδοκίες να είναι χαμηλότερες, αφού η πλειοψηφία (35.4%) απάντησε ότι υπήρξε μέτριο όπως το περίμεναν. Η εικόνα διαφοροποιείται κατά πολύ αναφορικά με την εκπλήρωση των προσδοκιών από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα (το 58.7% απάντησε ότι ήταν καλή όπως την περίμεναν) και τη νοσηλευτική (το 50.3% απάντησε ότι ήταν καλή όπως την περίμεναν).

Πίνακας 18

Ποσοστά απαντήσεων στις κλίμακες εκτίμησης της συνολικής εκπλήρωσης των προσδοκιών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας

Κλίμακα	Απάντηση	N	%
ΣΕΠΦ	Χειρότερη από αυτό που περίμενα	22	5.8
	Κακή όπως την περίμενα	18	4.7
	Μέτρια όπως την περίμενα	100	26.3
	Καλή όπως την περίμενα	151	39.7
	Καλύτερη από αυτήν που περίμενα	89	23.4
ΣΕΠΦΑ	Χειρότερο από αυτό που περίμενα	23	6.1
	Κακό όπως το περίμενα	44	11.7
	Μέτριο όπως το περίμενα	133	35.4
	Καλό όπως το περίμενα	119	31.6
	Καλύτερο από αυτό που περίμενα	57	15.2
ΣΕΠΠΦ	Χειρότερη από αυτό που περίμενα	24	6.3
	Κακή όπως την περίμενα	9	2.4
	Μέτρια όπως την περίμενα	46	12.1
	Καλή όπως την περίμενα	223	58.7
	Καλύτερη από αυτήν που περίμενα	78	20.5
ΣΕΠΗΦ	Χειρότερη από αυτό που περίμενα	20	5.3
	Κακή όπως την περίμενα	12	3.2
	Μέτρια όπως την περίμενα	58	15.3
	Καλή όπως την περίμενα	191	50.3
	Καλύτερη από αυτήν που περίμενα	99	26.1

ΣΕΠΦ: Συνολική Εκπλήρωση Προσδοκιών από την φροντίδα

ΣΕΠΦΑ: Συνολική Εκπλήρωση Προσδοκιών από το Φαγητό

ΣΕΠΠΦ: Συνολική Εκπλήρωση Προσδοκιών από την Ιατρική Φροντίδα

ΣΕΠΗΦ: Συνολική Εκπλήρωση Προσδοκιών από τη Νοσηλευτική Φροντίδα

Εκτίμηση της συνολικής συγκριτικής με τα άλλα νοσοκομεία ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας

Στις ερωτήσεις αυτές, απάντησαν μόνο όσοι ασθενείς έχουν προηγούμενη εμπειρία από την χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών. Η πλειοψηφία των ασθενών (πίνακας 19) έκρινε ότι η ποιότητα της συνολικής φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής ήταν καλύτερη ή η ίδια καλή με τα υπόλοιπα νοσοκομεία στα οποία έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν, με εξαίρεση το φαγητό για το οποίο η απάντηση ήταν πως υπήρξε το ίδιο μέτριο με τα άλλα νοσοκομεία.

Πίνακας 19

Ποσοστά απαντήσεων στις κλίμακες εκτίμησης της συνολικής συγκριτικής με τα άλλα νοσοκομεία ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας

Κλίμακα	Απάντηση	N	%
ΣΣΠΦ	Χειρότερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία	24	6.4
	Η ίδια κακή με τα άλλα νοσοκομεία	16	4.2
	Η ίδια μέτρια με τα άλλα νοσοκομεία	95	25.2
	Η ίδια καλή με τα άλλα νοσοκομεία	141	37.4
	Καλύτερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία	101	26.8
ΣΣΠΦΑ	Χειρότερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία	28	7.5
	Η ίδια κακή με τα άλλα νοσοκομεία	39	10.4
	Η ίδια μέτρια με τα άλλα νοσοκομεία	128	34.1
	Η ίδια καλή με τα άλλα νοσοκομεία	111	29.6
	Καλύτερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία	69	18.4
ΣΣΠΙΦ	Χειρότερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία	19	5.0
	Η ίδια κακή με τα άλλα νοσοκομεία	10	2.7
	Η ίδια μέτρια με τα άλλα νοσοκομεία	52	13.8
	Η ίδια καλή με τα άλλα νοσοκομεία	197	52.3
	Καλύτερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία	99	26.3
ΣΣΠΝΦ	Χειρότερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία	18	4.8
	Η ίδια κακή με τα άλλα νοσοκομεία	15	4.0
	Η ίδια μέτρια με τα άλλα νοσοκομεία	60	15.9
	Η ίδια καλή με τα άλλα νοσοκομεία	171	45.4
	Καλύτερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία	113	30.0

ΣΣΠΦ: Συνολική Συγκριτική ποιότητα φροντίδας

ΣΣΠΦΑ: Συνολική Συγκριτική ποιότητα Φαγητού

ΣΣΠΙΦ: Συνολική Συγκριτική ποιότητα Ιατρικής Φροντίδας

ΣΣΠΝΦ: Συνολική Συγκριτική ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας

Το 83.5% των ηλικιωμένων ασθενών, χαρακτήρισαν ποιοτική την συνολική παρεχόμενη φροντίδα, το 83.5% την συνολική παρεχόμενη ιατρική φροντίδα και το 82.3% την συνολική παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

Στον πίνακα 20, παραθέτουμε μια συγκριτική παρουσίαση των ποσοστών των θετικών, αρνητικών απαντήσεων των ασθενών στις συνολικές κλίμακες και όσων απάντησαν ουδέτερος, δεν ξέρω και αδιάφορος. Διαπιστώνουμε ότι οι συνολικές «θετικές» προσδοκίες των ασθενών από την φροντίδα, την ιατρική και τη νοσηλευτική, εκπληρώθηκαν, ενώ η συνολική ικανοποίηση των ασθενών ήταν πολύ μεγαλύτερη ακόμη και από την ίδια την εκπλήρωση των προσδοκιών.

Πίνακας 20

Συγκριτική παρουσίαση των ποσοστών των απαντήσεων των ασθενών στις συνολικές κλίμακες (global scales)

	ΣΕΠΡΦ	ΣΕΠΦ	ΣΣΕΠΦ	ΣΙΦ
(+)	89.4%	83.5%	89.4%	90.3%
(-)	10.5%	7.3%	10.6%	0.7%
ΟΥΔ.	-	-	-	6.6%
ΑΔ	-	-	-	2.4%
ΔΞ	-	9.2%	-	-
	ΣΕΠΡΙΦ	ΣΕΠΠΦ	ΣΣΕΠΠΦ	ΣΠΦ
(+)	91.3%	83.5%	92.4%	95.6%
(-)	8.7%	8%	7.6%	0.5%
ΟΥΔ.	-	-	-	3.9%
ΑΔ	-	-	-	-
ΔΞ	-	8.5%	-	-
	ΣΕΠΡΝΦ	ΣΕΠΝΦ	ΣΣΕΠΝΦ	ΣΙΝΦ
(+)	91.7%	82.3%	91.3%	94%
(-)	8.3%	8.5%	8.7%	2.9%
ΟΥΔ.	-	-	-	2.4%
ΑΔ	-	-	-	0.7%
ΔΞ	-	9.2%	-	-

Εκτίμηση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους

Τα χαρακτηριστικά του πόνου που αισθάνθηκαν οι ασθενείς

Στην ερώτηση αν είχαν οι ασθενείς κάποια αποκλειστική νοσοκόμα να τους φροντίζει, οι 93 (24.5%) απάντησαν θετικά. Από αυτούς, οι 6 (6.5%) την είχαν την πρωινή βάρδια, οι 83 (89.2%) την απογευματινή και οι 4 (4.3%) την βραδινή. Από το σύνολο των 380 ασθενών, οι 89 (23.4%) δήλωσαν ότι δεν πόνεσαν καθόλη την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, σε αντίθεση με τους 291 ασθενείς (76.6%) που πόνεσαν. Ο πόνος συνήθως σχετιζόταν χρονικά με την χειρουργική επέμβαση κάτι που επιβεβαιώνεται και από την στατιστική ανάλυση, αφού υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στον πόνο μεταξύ εκείνων που χειρουργήθηκαν κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο και σε αυτούς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση ($\chi^2=30.936$ $df=2$ $p=.000$. Fisher's Exact Test $p=.000$). Έτσι, σύμφωνα με τον πίνακα 21, το 69.1% των ασθενών που πόνεσαν είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Πίνακας 21

Διαφορά στα ποσοστά των ασθενών που πόνεσαν κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο μεταξύ ως προς το αν υποβλήθηκαν ή όχι σε χειρουργική επέμβαση

ΕΠΕΜΒΑΣΗ	ΠΟΝΟΣ			
	OXI	NAI	Σύνολο	
OXI	N	57	90	147
	% στην επέμβαση	38.8%	61.2%	100.0%
	% στον πόνο	64.0%	30.9%	38.7%
	% του συνόλου	15.0%	23.7%	38.7%
NAI	N	32	201	233
	% στην επέμβαση	13.7%	86.3%	100.0%
	% στον πόνο	36.0%	69.1%	61.3%
	% του συνόλου	8.4%	52.9%	61.3%
Σύνολο	N	89	291	380
	% στην επέμβαση	23.4%	76.6%	100.0%
	% στον πόνο	100.0%	100.0%	100.0%
	% του συνόλου	23.4%	76.6%	100.0%

Ρωτήσαμε τους ασθενείς πόσο πόνεσαν κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο και μας απάντησαν πάρα πολύ οι 122 (41.4%), πολύ οι 112 (38%), λίγο οι 51 (17.3%), πολύ λίγο οι 7 (1.8%) και καθόλου οι 3 (1%). 5 ερωτήσεις εκτιμούν κατά πόσο ο πόνος που αισθάνθηκαν οι ασθενείς κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο επηρέασε βασικές πτυχές της ζωής τους. Στον πίνακα 22 παριστάνονται οι μέσες τιμές των διαστάσεων της ζωής του ασθενών που έχει επηρεάσει ο πόνος τους και όπως φαίνεται περισσότερο έχει επηρεάσει τις καθημερινές τους δραστηριότητες και την ψυχική τους διάθεση.

Πίνακας 22

Μέσες τιμές των δραστηριοτήτων που επηρέασε ο πόνος

	Μέση τιμή	SD	Εύρος
Ένταση πόνου κατά τη λήψη της συνέντευξης	1.50	1.45	0-5
Ένταση του πόνου κατά την παραμονή στο νοσοκομείο	3.16	0.87	0-4
Επίδραση του πόνου:			
στην δραστηριότητα	3.12	1.00	0-4
στην ψυχική διάθεση	2.97	1.04	0-4
στο περπάτημα	2.73	1.24	0-4
στις σχέσεις με τους άλλους	1.52	1.28	0-4
στον ύπνο	2.74	1.04	0-4

Όσο αυξάνεται το σκορ των ασθενών στην κλίμακα GDS, τόσο δηλώνουν περισσότερο ότι ο πόνος επηρέασε την δραστηριότητά τους ($r = .166$ $p = .004$), την ψυχική τους διάθεση ($r = .320$ $p = .000$), τις σχέσεις τους με τους άλλους ($r = .188$ $p = .001$) και τον ύπνο τους ($r = .267$ $p = .000$). Βρέθηκε ότι οι ασθενείς που υποφέρουν από κατάθλιψη, ισχυρίζονται ότι ο πόνος επηρέασε περισσότερο την δραστηριότητά τους ($t = -2.663$, $df = 290$, $p = .008$) (3.32 ± 0.88),

την ψυχική τους διάθεση ($t = -4.172$, $df = 290$, $p = .000$) (3.29 ± 0.79), τις σχέσεις τους με τους άλλους ($t = -1.998$, $df = 290$, $p = .047$) (1.71 ± 1.28) και τον ύπνο τους ($t = -3.275$, $df = 290$, $p = .001$) (2.99 ± 0.92). Όσο μικρότερη επίδραση έχει ο πόνος των ασθενών στην ψυχική τους διάθεση ($r = -.165$, $p = .005$) και στον ύπνο τους ($r = -.174$, $p = .003$) τόσο μεγάλη είναι η ικανοποίησή τους από την διαχείρισή του πόνου τους. Όσο μικρότερη επίδραση έχει ο πόνος στον ύπνο των ασθενών τόσο μεγάλη είναι και η ικανοποίησή τους από την διαχείριση του πόνου τους από τη νοσηλεύτρια ($r = -.155$, $p = .008$). Όσοι ζουν μόνιμα στην Αθήνα ($t = 4.266$, $df = 290$, $p = .000$) δηλώνουν ότι ο πόνος τους επηρέασε περισσότερο τις σχέσεις τους με τους άλλους (2.14 ± 1.06) σε σχέση με αυτούς που ζουν μόνιμα στην Επαρχία (1.36 ± 1.29).

Η ένταση του πόνου που αισθάνθηκαν οι ασθενείς κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο, σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία ($r = .186$, $p = .001$), την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν ($r = .172$, $p = .003$), την παρουσία χρόνιας νόσου ($r = .195$, $p = .001$) με αυτούς που πάσχουν να πονούν περισσότερο και με την βαθμολογία (σκορ) των ασθενών στην κλίμακα GDS ($r = .217$, $p = .000$). Στον πίνακα 23 επιχειρείται μια σύγκριση των σημαντικότερων αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και των πορισμάτων άλλων ερευνητών που στάθμισαν την κλίμακα στην δική τους χώρα. Όπως μπορούμε να διακρίνουμε, οι ασθενείς μας, πονούσαν συγκριτικά λιγότερο κατά την διάρκεια της λήψης της συνέντευξης (εμείς χρησιμοποιήσαμε μια κλίμακα 0-5 έναντι της κλίμακας 0-10 που χρησιμοποίησαν οι άλλοι ερευνητές) και ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τον τρόπο διαχείρισης του πόνου τους από τον γιατρό.

Πίνακας 23

Συγκριτική παρουσίαση των χαρακτηριστικών του δείγματος της παρούσας έρευνας με τις υπόλοιπες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η APS

	<i>Παρούσα μελέτη</i>	<i>McNeill J.A. et al. (1998)</i>	<i>Ward & Gordon 1996</i>	<i>Miaskowski et al. 1994</i>
Δείγμα	380	157	217	72
Φύλο				
Γυναίκες	171	80	91	14
Άνδρες	209	76	118	58
Ηλικία	73.07 ± 6.04	59 ± 15.7	45 ± 16.3	-
Αίσθηση πόνου	76.6%	78%	94%	-
Πόνος τώρα	1.50 ± 1.45	4.26 ± 3.08	3.62 ± 2.36	4.25 ± 2.93
Ένταση πόνου	3.16 ± 0.87	5.58 ± 2.45	-	-
Συνολική ικανοποίηση	6.93 ± 1.38	4.77 ± 1.20	-	-
Ικανοποίηση από νοσηλεύτρια	6.99 ± 1.37	5.03 ± 1.26	5.37 ± 1.02	-
Ικανοποίηση από γιατρό	7.06 ± 1.11	5.34 ± 1.11	5.10 ± 1.29	-

Με βάση τα στοιχεία του πίνακα 24, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών είναι ικανοποιημένοι, γενικά, από τον τρόπο διαχείρισης του πόνου τους από το προσωπικό (92.8%), από το νοσηλευτικό (92.1%) και το ιατρικό (96.3%) προσωπικό.

Πίνακας 24

Ποσοστά απαντήσεων των ασθενών στις κλίμακες εκτίμησης της συνολικής ικανοποίησης από την διαχείριση του πόνου τους

Κλίμακα	Απάντηση	N	%
ΣΠ	Αδιάφορος	1	.3
	Δυσανεστημένος	1	.3
	Καθόλου ικανοποιημένος	13	4.5
	Ουδέτερος	6	2.1
	Απλά ικανοποιημένος	17	5.8
	Λίγο ικανοποιημένος	28	9.6
	Αρκετά ικανοποιημένος	102	34.9
	Πολύ ικανοποιημένος	124	42.5
ΣΠΠ	Πολύ δυσανεστημένος	1	.3
	Δυσανεστημένος	1	.3
	Καθόλου ικανοποιημένος	10	3.4
	Ουδέτερος	11	3.8
	Απλά ικανοποιημένος	15	5.1
	Λίγο ικανοποιημένος	28	9.6
	Αρκετά ικανοποιημένος	88	30.1
	Πολύ ικανοποιημένος	138	47.3
ΣΠΠΙ	Δυσανεστημένος	1	.3
	Καθόλου ικανοποιημένος	3	1.0
	Ουδέτερος	7	2.4
	Απλά ικανοποιημένος	19	6.5
	Λίγο ικανοποιημένος	28	9.6
	Αρκετά ικανοποιημένος	112	38.4
	Πολύ ικανοποιημένος	122	41.8

ΣΠ: Συνολική Ικανοποίηση από την Διαχείριση του πόνου

ΣΠΠ: Συνολική Ικανοποίηση από την Διαχείριση του πόνου από το νοσηλευτή

ΣΠΠΙ: Συνολική Ικανοποίηση από την Διαχείριση του πόνου από τον γιατρό

Η ικανοποίηση των ασθενών από την συνολική διαχείριση του πόνου τους σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με:

- την ένταση του πόνου που αισθάνθηκαν ($r = .265$ $p = .000$).
- την ύπαρξη αποκλειστικής νοσοκόμας ($r = .180$ $p = .002$). Συγκεκριμένα, υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($t = -2.903$, $df = 290$, $p = .004$) στην μέση ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους, με τους έχοντες μια αποκλειστική νοσοκόμα να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (7.28 ± 1.02) σε σχέση με τους μη έχοντες (6.78 ± 1.49).
- το νοσοκομείο ($r = .423$ $p = .000$). Οι ασθενείς από το νοσοκομείο του Αγρινίου ήταν οι πιο ικανοποιημένοι.
- το αν ο ασθενής νοσηλεύθηκε σε νοσοκομείο της Επαρχίας ή της Αθήνας ($r = .307$ $p = .000$). Ειδικότερα, υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($t = -3.694$, $df = 290$, $p = .000$) στην μέση ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου, με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία των Αθηνών να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι ($7.38 \pm$

1.19) σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Επαρχίας (6.74 ± 1.41).

- την συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική βοήθεια που δέχθηκαν ($r = .272$ $p = .000$),
- την πρόθεση των ασθενών να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους ($r = .238$ $p = .000$). Η ανάλυση ANOVA έδειξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους, διάγει αύξουσα όσο τείνουν να συστήσουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους ($F = 5.778$, $p = .000$), με τους ασθενείς που απαντούν ότι σίγουρα δεν πρόκειται να προτείνουν το νοσοκομείο να έχουν μια μέση ικανοποίηση 5.75 ± 1.14 , αυτούς που απαντούν πιθανώς όχι 6.07 ± 1.44 , αυτούς που απαντούν πιθανώς ναι 6.81 ± 1.47 και αυτούς που απαντούν σίγουρα ναι 7.15 ± 1.29 .

Η ικανοποίηση των ασθενών από την συνολική διαχείριση του πόνου τους από τη νοσηλεύτρια, σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με:

- την ένταση του πόνου που αισθάνθηκαν ($r = .220$ $p = .000$). Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($t = -2.365$, $df = 290$, $p = .019$) στην μέση ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους από τη νοσηλεύτρια, με τους έχοντες μια αποκλειστική νοσοκόμα να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (7.27 ± 1.09) σε σχέση με τους μη έχοντες (6.86 ± 1.46).
- το νοσοκομείο ($r = .506$ $p = .000$). Οι ασθενείς από το νοσοκομείο του Αγρινίου ήταν οι πιο ικανοποιημένοι.
- το αν ο ασθενής νοσηλεύθηκε σε νοσοκομείο της Επαρχίας ή της Αθήνας ($r = .249$ $p = .000$). Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($t = -2.669$, $df = 290$, $p = .008$) στην μέση ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου από τη νοσηλεύτρια, με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία των Αθηνών να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (7.31 ± 1.34) σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Επαρχίας (6.85 ± 1.36).
- την συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική βοήθεια που δέχθηκαν ($r = .306$ $p = .000$).
- την απόφαση του ασθενή για πληροφορημένη συναίνεση ($r = .201$ $p = .000$). Η ανάλυση ANOVA έδειξε ότι υπάρχει διαφορά στις μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή. Συγκεκριμένα, η ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους από τη νοσηλεύτρια, είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς που δεν επιθυμούν την πληροφορημένη συναίνεση στην φροντίδα ($F = 5.962$, $p = .000$).
- την πρόθεση των ασθενών να νοσηλευθούν ξανά στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ($r = .220$ $p = .000$). Η ανάλυση ANOVA έδειξε ότι υπάρχει διαφορά στις μέσες τιμές και ειδικότερα ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους από τη νοσηλεύτρια, αυξάνεται όσο αυξάνεται η τάση τους να ξανανοσηλευτούν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ($F = 3.665$, $p = .006$). Έτσι, για τους ασθενείς που απάντησαν ότι αποκλείουν το ενδεχόμενο να νοσηλευτούν στο μέλλον στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, η μέση ικανοποίηση ήταν 6.00 ± 0.78 , για όσους απάντησαν πιθανώς όχι ήταν 6.80 ± 1.86 , για όσους απάντησαν πιθανώς ναι ήταν 6.84 ± 1.28 και για όσους απάντησαν σίγουρα ναι ήταν 7.25 ± 1.25 .
- την πρόθεση των ασθενών να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους ($r = .281$ $p = .000$). Η ανάλυση ANOVA έδειξε ότι υπάρχει διαφορά στις μέσες τιμές και ειδικότερα ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους από τη νοσηλεύτρια, αυξάνεται όσο τείνουν να συστήσουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους ($F = 9.470$,

$p = .000$), με τους ασθενείς που απαντούν ότι σίγουρα δεν πρόκειται να προτείνουν το νοσοκομείο να έχουν μια μέση ικανοποίηση 5.33 ± 1.87 , αυτούς που απαντούν πιθανώς όχι 6.13 ± 1.46 , αυτούς που απαντούν πιθανώς ναι 6.81 ± 1.41 και αυτούς που απαντούν σίγουρα ναι 7.29 ± 1.17 .

Η ικανοποίηση των ασθενών από την συνολική διαχείριση του πόνου τους από τον γιατρό, σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με:

- την ένταση του πόνου που αισθάνθηκαν ($r = .253$ $p = .000$).
- το νοσοκομείο ($r = .478$ $p = .000$). Οι ασθενείς από το νοσοκομείο του Αγρινίου ήταν οι πιο ικανοποιημένοι.
- το αν ο ασθενής νοσηλεύθηκε σε νοσοκομείο της Επαρχίας ή της Αθήνας ($r = .275$ $p = .000$). Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($t = -3.489$, $df = 290$, $p = .001$) στην μέση ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου από τον γιατρό, με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία των Αθηνών να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (7.41 ± 1.04) σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Επαρχίας (6.92 ± 1.11).
- την απόφαση του ασθενή για πληροφορημένη συναίνεση ($r = .176$ $p = .003$). Η ανάλυση ANOVA έδειξε ότι υπάρχει διαφορά στις μέσες τιμές και ειδικότερα ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους από τον γιατρό, είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς που δεν επιθυμούν την πληροφορημένη συναίνεση στην φροντίδα ($F = 4.412$, $p = .002$).
- την πρόθεση των ασθενών να νοσηλευθούν ξανά στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ($r = .167$ $p = .004$). Η ανάλυση ANOVA έδειξε ότι υπάρχει διαφορά στις μέσες τιμές και ειδικότερα ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους από τον γιατρό, αυξάνεται όσο αυξάνεται η τάση τους να ξανανοσηλευτούν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ($F = 3.903$, $p = .004$). Έτσι, για τους ασθενείς που απάντησαν ότι αποκλείουν το ενδεχόμενο να νοσηλευτούν στο μέλλον στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, η μέση ικανοποίηση ήταν 6.14 ± 1.03 , για όσους απάντησαν πιθανώς όχι ήταν 6.85 ± 1.59 , για όσους απάντησαν πιθανώς ναι ήταν 7.03 ± 0.93 και για όσους απάντησαν σίγουρα ναι ήταν 7.23 ± 1.02 .
- την πρόθεση των ασθενών να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους ($r = .294$ $p = .000$). Η ανάλυση ANOVA έδειξε ότι υπάρχει διαφορά στις μέσες τιμές και ειδικότερα ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους από τον γιατρό, αυξάνεται όσο τείνουν να συστήσουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους ($F = 13.438$, $p = .000$), με τους ασθενείς που απαντούν ότι σίγουρα δεν πρόκειται να προτείνουν το νοσοκομείο να έχουν μια μέση ικανοποίηση 5.75 ± 1.22 , αυτούς που απαντούν πιθανώς όχι 5.87 ± 1.25 , αυτούς που απαντούν πιθανώς ναι 6.95 ± 1.13 και αυτούς που απαντούν σίγουρα ναι 7.36 ± 0.82 .

Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση ικανοποίηση ($t = 3.083$, $df = 290$, $p = .002$) μεταξύ των ασθενών που έχουν ξανανοσηλευτεί στο συγκεκριμένο νοσοκομείο (6.88 ± 1.25) και αυτών που το επισκέπτονται για πρώτη φορά (7.28 ± 0.88). Στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε και στην μέση ικανοποίηση μεταξύ των ασθενών που ζουν μόνιμα στην Αθήνα και αυτών στην Επαρχία, με τους πρώτους να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την διαχείριση του πόνου τους ($t = 3.111$, $df = 290$, $p = .002$) (7.42 ± 1.00), από τη νοσηλεύτρια ($t = 2.338$, $df = 290$, $p = .020$) (7.36 ± 1.14) και από τον γιατρό ($t = 2.289$, $df = 290$, $p = .023$) (7.36 ± 1.01), σε σχέση με τους ασθενείς που ζουν μόνιμα στην Επαρχία (6.81 ± 1.44) (6.89 ± 1.41) (6.99 ± 1.13). Όπως διαπιστώνουμε στον πίνακα 32, οι πιο ικανοποιημένοι ασθενείς από την διαχείριση πόνου τους προέρχονται από το νοσοκομείο του

Αγρινίου και οι λιγότερο ικανοποιημένοι από το νοσοκομείο της Λάρισας. Στον πίνακα 25, υπάρχουν οι συσχετίσεις των κλιμάκων που εκτιμούν την ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους, από τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια και της έντασης του πόνου που αισθάνθηκαν με τις συνολικές κλίμακες του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 25

Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων και των κλιμάκων εκτίμησης της ικανοποίησης από την διαχείριση του πόνου των ασθενών

<i>Κλίμακα</i>	<i>Ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου</i>	<i>Ικανοποίηση από την ανταπόκριση του γιατρού</i>	<i>Ικανοποίηση από την ανταπόκριση του νοσηλευτή</i>
ΣΕΠΠΦ	-	.187 (p= .001)	.191 (p= .001)
ΣΕΠΝΦ	.124 (p= .035)	-	.229 (p= .000)
ΣΙΦ	.359 (p= .000)	.375 (p= .000)	.424 (p= .000)
ΣΠΦ	.398 (p= .000)	.385 (p= .000)	.397 (p= .000)
ΣΙΝΦ	.389 (p= .000)	.364 (p= .000)	.448 (p= .000)
ΣΙΑΝ	.861 (p= .000)	.826 (p= .000)	
ΣΙΑΙ	.822 (p= .000)	-	-
Πόνος κατά την διάρκεια λήψης της συνέντευξης			
ΣΕΠΝΦ		-.185 (p= .001)	
ΣΙΦ		-.144 (p= .013)	
ΣΙΝΦ		-.150 (p= .010)	

Επίδραση του πόνου στην ικανοποίηση και την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας

Ο πόνος κατά την διάρκεια λήψης της συνέντευξης φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με την συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αφού $r = -.144$ ($p = .013$ για $p < .05$). Σε μια ανάλογη έρευνα³⁵³, η συσχέτιση ήταν πιο ισχυρή αφού ο συντελεστής συσχέτισης ήταν $r = -.25$ ($p = .008$). Η ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών από την συνολική διαχείριση του πόνου τους (6.93 ± 1.38) και από τον τρόπο που τον αντιμετώπισε το νοσηλευτικό (6.99 ± 1.37) και το ιατρικό προσωπικό (7.06 ± 1.11) ήταν μεγάλη, δεδομένου ότι το 92.8% των ασθενών ήταν γενικά ικανοποιημένο από την διαχείριση του πόνου του από το προσωπικό, το 92.1% με την ανταπόκριση της νοσηλεύτριας και το 96.3% με την ανταπόκριση του γιατρού. Σε αντίστοιχη έρευνα⁴⁸⁸ τα ποσοστά ήταν 94.8%, 91.7% και 90.8%.

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, έδειξε ότι η συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα, αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τον τρόπο που η νοσηλεύτρια αντιμετώπισε τον πόνο τους. Ακολουθούν το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκαν (Επαρχίας και Αθήνας) -με τους ασθενείς από τα νοσοκομεία της Αθήνας να δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι- το φύλο και η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Αυτές οι μεταβλητές ερμηνεύουν το 25.6% της παρατηρούμενης διακύμανσης των τιμών της ικανοποίησης από την διαχείριση του πόνου από τη νοσηλεύτρια ($R = .506$, $R^2 = .256$, $Adj.R^2 = .245$, $SE = .119$).

Στον πίνακα 26 επιχειρείται μια συγκριτική παρουσίαση των μέσων τιμών των ασθενών στις συνολικές κλίμακες και από τα 8 νοσοκομεία.

Πίνακας 26

Μέσες τιμές και σταθερές αποκλίσεις των απαντήσεων στις γενικές κλίμακες σε κάθε νοσοκομείο

Ερώτηση	1	2	3	4	5	6	7	8
ΣΕΠΦ	2.91 ± 1.08	2.80 ± 1.14	3.52 ± 0.59	2.95 ± 1.39	2.68 ± 1.25	3.08 ± 1.19	2.73 ± 1.27	3.48 ± 0.51
ΣΕΠΠΦ	2.92 ± 1.12	2.63 ± 1.17	3.62 ± 0.49	2.89 ± 1.41	2.68 ± 1.25	3.20 ± 0.98	2.88 ± 1.18	3.52 ± 0.51
ΣΕΠΠΝΦ	3.00 ± 1.06	2.71 ± 1.16	3.62 ± 0.49	2.93 ± 1.40	2.68 ± 1.25	3.20 ± 1.29	2.78 ± 1.29	3.57 ± 0.51
ΣΙΦ	5.97 ± 1.36	6.68 ± 1.25	7.10 ± 1.12	6.58 ± 2.02	6.86 ± 1.33	7.29 ± 1.02	6.08 ± 2.24	6.65 ± 1.64
ΣΙΦΑ	5.72 ± 1.30	5.03 ± 1.85	6.05 ± 1.75	5.73 ± 1.94	6.73 ± 1.37	7.14 ± 1.37	5.47 ± 1.88	5.14 ± 2.63
ΣΠΦ	6.27 ± 1.14	6.92 ± 1.16	7.48 ± 0.80	7.20 ± 1.19	7.43 ± 0.84	7.43 ± 1.00	6.65 ± 1.31	7.22 ± 0.80
ΣΙΝΦ	6.23 ± 1.08	6.75 ± 1.46	7.33 ± 1.05	7.07 ± 1.59	7.00 ± 1.63	7.61 ± 0.84	6.50 ± 1.78	7.30 ± 0.88
ΣΙΒ	5.95 ± 1.71	7.02 ± 0.93	7.83 ± 0.39	6.74 ± 1.44	7.00 ± 1.25	7.64 ± 0.74	6.58 ± 1.41	7.50 ± 0.63
ΣΙΑΠ	5.92 ± 1.33	6.62 ± 1.35	7.18 ± 0.85	7.37 ± 1.34	7.17 ± 0.92	7.67 ± 0.77	7.40 ± 1.07	6.00 ± 2.13
ΣΙΑΠΠ	6.13 ± 1.07	6.80 ± 1.01	6.91 ± 1.27	7.42 ± 1.08	7.00 ± 1.14	7.65 ± 0.69	7.40 ± 1.03	7.42 ± 0.51
ΣΙΑΠΠΝ	5.96 ± 1.30	6.24 ± 1.65	7.36 ± 0.90	7.26 ± 1.52	7.17 ± 0.92	7.73 ± 0.67	7.35 ± 1.19	7.58 ± 0.51

- 1: Λάρισα.
- 2: Θεσσαλονίκη
- 3: Ρόδος
- 4: Αγία Όλγα
- 5: Λαμία
- 6: Αγρίνιο
- 7: Τζάνειο
- 8: Κρήτη

Βελτίωση των συμπτωμάτων του ασθενή και συνολική ικανοποίηση

Το t-test έδειξε ότι υπάρχει μια διαφοροποίηση στις μέσες τιμές των απαντήσεων των ασθενών στις κλίμακες που εκτιμούν την συνολική ικανοποίηση, την συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών και την συνολική συγκριτική, με τα υπόλοιπα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας. Ρίχνοντας μια ματιά στον πίνακα 28, οι ασθενείς που δήλωσαν ότι βελτιώθηκαν πολύ τα συμπτώματά τους, επιτυγχάνουν μεγαλύτερες τιμές σε όλες τις κλίμακες.

Η βελτίωση των συμπτωμάτων του ηλικιωμένου ασθενή κατά την διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με:

- τη συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας ($r=.193$ $p=.000$), της ιατρικής φροντίδας ($r=.187$ $p=.000$) και της νοσηλευτικής φροντίδας ($r=.148$ $p=.004$). Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών από την φροντίδα ($\chi^2= 53.262$, $df= 12$, $p= .000$), την ιατρική ($\chi^2= 68.952$, $df= 12$, $p= .000$) και τη νοσηλευτική ($\chi^2= 44.149$, $df= 12$, $p= .000$) ως προς την βελτίωση των συμπτωμάτων τους.
- τη συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($r=.382$ $p=.000$), από την ιατρική φροντίδα ($r=.305$ $p=.000$) και από τη νοσηλευτική φροντίδα ($r=.296$ $p=.000$).

Υπόθεση 4: Όσο μεγαλύτερη είναι η βελτίωση των συμπτωμάτων των ασθενών κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, τόσο μεγαλύτερη η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής και τόσο υψηλότερη και η ικανοποίησή τους από την συνολική παρεχόμενη φροντίδα, την ιατρική και τη νοσηλευτική.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Με την ανάλυση ANOVA, όπως φαίνεται στον πίνακα 27, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή, δεν διαφέρουν και επιβεβαιώνεται η υπόθεση 4. Το ίδιο αποτέλεσμα μας δίνει και η δοκιμασία Kruskal-Wallis.

Πίνακας 27

Επίπεδα σημαντικότητας για τον παράγοντα βελτίωση των συμπτωμάτων

Επίπεδο σημαντικότητας	ΣΕΠΦ	ΣΕΠΠΦ	ΣΕΠΝΦ	ΣΙΦ	ΣΠΦ	ΣΙΝΦ
p	.002	.012	.031	.000	.000	.000

- τη συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την παρεχόμενη φροντίδα ($r=.258$ $p=.000$), από την ιατρική ($r=.267$ $p=.000$) και τη νοσηλευτική φροντίδα ($r=.208$ $p=.000$). Η ανάλυση ANOVA ($F= 7.634$, $p= .000$), έδειξε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η βελτίωση των συμπτωμάτων που αναφέρουν οι ασθενείς, τόσο μεγάλη είναι και η εκπλήρωση των προσδοκιών τους. Οι ασθενείς που απάντησαν ότι η παρεχόμενη φροντίδα ήταν μέτρια όπως την περίμεναν και κακή όπως την περίμεναν, είχαν και την μικρότερη βελτίωση. Το ίδιο συνέβη και με την ιατρική ($F= 7.965$, $p= .000$) φροντίδα. Σε ό,τι αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα ($F= 4.228$, $p= .002$) τα πράγματα διαφοροποιούνται, αφού οι ασθενείς που απάντησαν ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν κακή όπως την περίμεναν και χειρότερη από αυτή που περίμεναν είχαν την μικρότερη βελτίωση.

Πίνακας 28

Διαφορά στις μέσες τιμές στις συνολικές κλίμακες ανάμεσα στους ασθενείς που βελτιώθηκαν αρκετά και πολύ τα συμπτώματα για τα οποία νοσηλεύονται

Βελτίωση	Αρκετή		Πολύ		t-test (Sig.)
	N	M (SD)	N	M (SD)	
Συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα	153	6.42 (± 1.50)	149	7.21 (± 1.12)	-5.181 (.000)
Συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από τη φροντίδα	153	2.59 (± 1.07)	149	3.01 (± 1.00)	-3.455 (.001)
Συνολική συγκριτική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας	151	2.67 (± 1.17)	148	3.04 (± 0.94)	-3.025 (.003)
Συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα	153	6.82 (± 1.06)	149	7.42 (± 0.91)	-5.197 (.000)
Συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την ιατρική φροντίδα	153	2.66 (± 1.03)		3.13 (± 0.88)	-4.313 (.000)
Συνολική συγκριτική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας	151	2.75 (± 0.97)	148	3.22 (± 0.92)	-4.295 (.000)
Συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα	153	6.81 (± 1.25)	149	7.29 (± 1.24)	-3.340 (.001)
Συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα	153	2.84 (± 0.96)	149	3.12 (± 0.88)	-2.690 (.008)
Συνολική συγκριτική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας	151	2.90 (± 1.01)	148	3.12 (± 0.84)	-2.060 (.040)

- τη συνολική συγκριτική με τα άλλα νοσοκομεία απόδοση της φροντίδας ($r=.248$ $p=.000$), της ιατρικής ($r=.299$ $p=.000$) και της νοσηλευτικής φροντίδας ($r=.156$ $p=.002$). Η ανάλυση ANOVA ($F= 8.376$, $p= .000$), έδειξε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η βελτίωση των συμπτωμάτων που αναφέρουν οι ασθενείς, τόσο μεγάλη είναι και η εκπλήρωση των προσδοκιών τους. Οι ασθενείς που απάντησαν ότι η παρεχόμενη φροντίδα ήταν το ίδιο κακή με τα άλλα νοσοκομεία, είχαν και την μικρότερη βελτίωση. Αναφορικά με την ιατρική ($F= 10.645$, $p= .000$) φροντίδα, οι ασθενείς που απάντησαν ότι η παρεχόμενη φροντίδα ήταν το ίδιο μέτρια και το ίδιο κακή με τα άλλα νοσοκομεία, είχαν την μικρότερη βελτίωση. Σε ό,τι αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα ($F= 3.518$, $p= .008$) τα πράγματα διαφοροποιούνται, αφού οι ασθενείς που απάντησαν ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν το ίδιο κακή και χειρότερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία, είχαν την μικρότερη βελτίωση.

Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τις συνολικές κλίμακες (global scales) του ερωτηματολογίου

A. Φύλο

Το φύλο των ασθενών δεν φαίνεται να σχετίζεται με τις απαντήσεις τους στις συνολικές χρησιμοποιηθείσες κλίμακες, εκτός (1) από την περίπτωση της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας, με τις γυναίκες να συμφωνούν λιγότερο ότι η ιατρική φροντίδα ήταν ποιοτική. Την ίδια στιγμή, το ποσοστό των γυναικών που απάντησαν *δεν ξέρω*, ήταν διπλάσιο από αυτό των ανδρών, (2) από την συνολική ικανοποίηση από την αντιμετώπιση του πόνου τους ($r = -.159$, $p = .007$), την ικανοποίηση από τον τρόπο που οι νοσηλεύτριες αντιμετώπισαν τον πόνο τους ($r = -.188$, $p = .001$) και την επίδραση που είχε ο πόνος στις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή ($r = -.127$, $p = .031$). Το t-test (πίνακας 29) έδειξε ότι υπήρξε μια διαφοροποίηση στις μέσες τιμές των απαντήσεων των ασθενών στις συνολικές κλίμακες, με τις γυναίκες να είναι περισσότερο ικανοποιημένες από την διαχείριση του πόνου τους γενικά και από τη νοσηλεύτρια ειδικά.

Πίνακας 29

Διαφορές στις μέσες τιμές των συνολικών κλιμάκων μεταξύ ανδρών και γυναικών

	Ανδρες		Γυναίκες		t-test (Sig.)
	N	M (SD)	N	M (SD)	
Συνολική ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου	150	6.73 (± 1.50)	142	7.15 (± 1.21)	2.632 (.009)
Συνολική ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου από τη νοσηλεύτρια	150	6.71 (1.55)	142	7.27 (1.08)	3.604 (.000)

Η δοκιμασία χ^2 έδειξε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = .032$), μεταξύ των δυο φύλων, στα ποσοστά των απαντήσεων στην κλίμακα της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Έτσι, από το σύνολο των γυναικών, το 78% συμφωνεί ότι η συνολική παρεχόμενη ιατρική φροντίδα ήταν ποιοτική, το 10.7% διαφωνεί και το 11.2% απάντησε *δεν ξέρω*. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες, είναι 88%, 5.7% και 6.2%.

B. Ηλικία

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι η ηλικία των ασθενών στατιστικά σημαντικά σχετίζεται με τα ακόλουθα:

- την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ($r = -.101$ $p = .045$ για $p < .05$), της ιατρικής φροντίδας ($r = -.155$ $p = .003$) και της νοσηλευτικής φροντίδας ($r = -.118$ $p = .022$ για $p < .05$).
- την συνολική συγκριτική με τα υπόλοιπα νοσοκομεία ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας ($r = -.191$ $p = .000$). Οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς ισχυρίστηκαν ότι η συνολική φροντίδα στο νοσοκομείο ήταν καλή όπως την περίμεναν, ενώ οι σχετικά νεότεροι ότι ήταν καλύτερη από αυτό που περίμεναν.

Ταξινομήσαμε τις ηλικίες των ασθενών σε τρεις ομάδες (65-74, 75-84 και 85+) και διαπιστώσαμε ότι η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει ο ασθενής σχετίζεται με:

- την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας ($r = -.104$ $p = .044$),
- την συνολική συγκριτική με τα υπόλοιπα νοσοκομεία ποιότητα της ιατρικής φροντίδας ($r = -.112$ $p = .030$).

Υπήρξε μια διαφορά στην μέση ικανοποίηση από την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού ($p = .010$), μεταξύ των ασθενών ηλικιακής ομάδας 75-84 και > 85 ετών, με τους τελευταίους να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, χωρίς να διαφοροποιείται το ύψος της βοήθειας που δέχθηκαν. Το ίδιο συνέβη και με την μέση συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τον τρόπο που ο γιατρός αντιμετώπισε τον πόνο τους ($p = .026$). Είναι εξάλλου οι ασθενείς που πόνεσαν σημαντικά περισσότερο από αυτούς μεταξύ 75-84 ετών.

Υπόθεση 5: Υπάρχει διαφορά στις μέσες τιμές στην συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και στην συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα, το φαγητό, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα, μεταξύ των 3 ηλικιακών ομάδων.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή για την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας και για την συνολική ικανοποίηση από το φαγητό.

Με την ανάλυση ANOVA, όπως φαίνεται στον πίνακα 30, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή, δεν διαφέρουν και επιβεβαιώνεται η υπόθεση 5. Το ίδιο αποτέλεσμα μας δίνει και η δοκιμασία Kruskal-Wallis.

Πίνακας 30

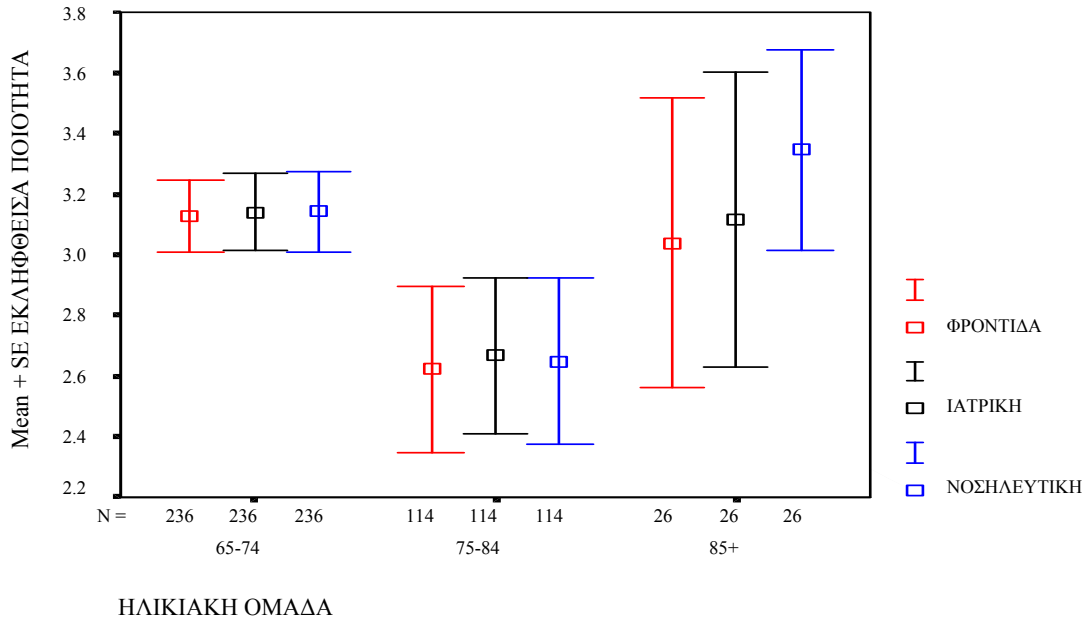
Επίπεδα σημαντικότητας για τον παράγοντα ηλικιακή ομάδα

Επίπεδο σημαντικότητας	ΣΕΠΦ	ΣΕΠΠΦ	ΣΕΠΝΦ	ΣΙΦ	ΣΙΦΑ	ΣΠΦ	ΣΙΝΦ
p	.000	.001	.000	.121	.036	.955	.235

Στην εικόνα 4, υπάρχει μια σχηματική αναπαράσταση των παραπάνω ευρημάτων. Το t-test, έδειξε ότι οι ασθενείς ηλικιακής ομάδας 75-84 ετών, δήλωσαν περισσότερο ότι η συνολική φροντίδα, η ιατρική και η νοσηλευτική ήταν ποιοτικές.

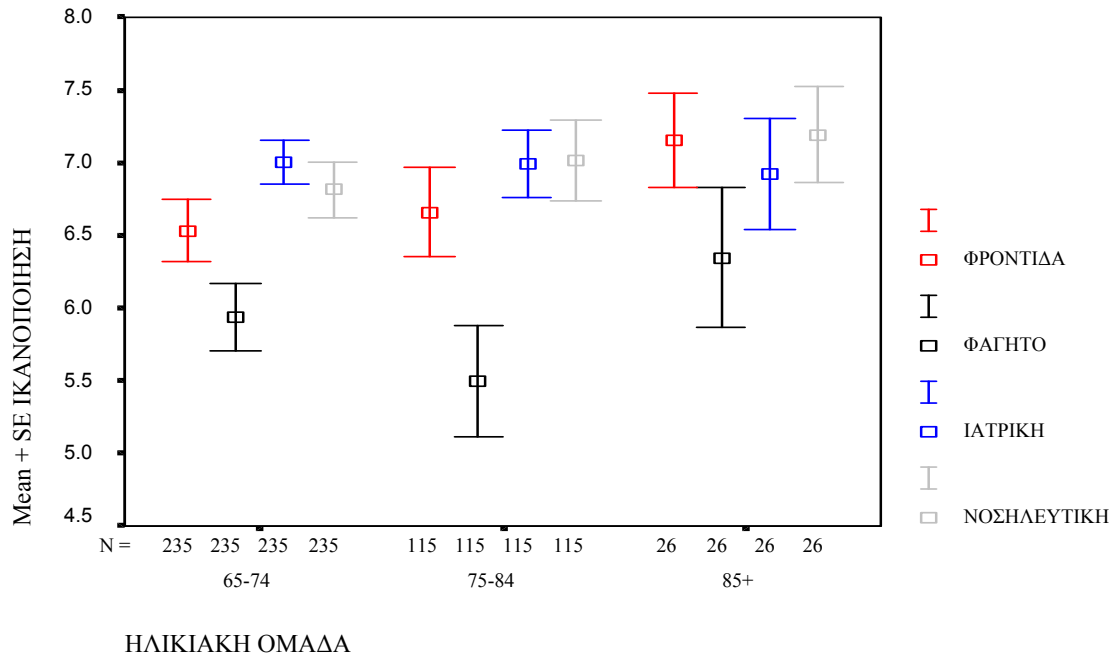
Εικόνα 4

Η μέση εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, της ιατρικής και νοσηλευτικής ανά ηλικιακή ομάδα



Εικόνα 5

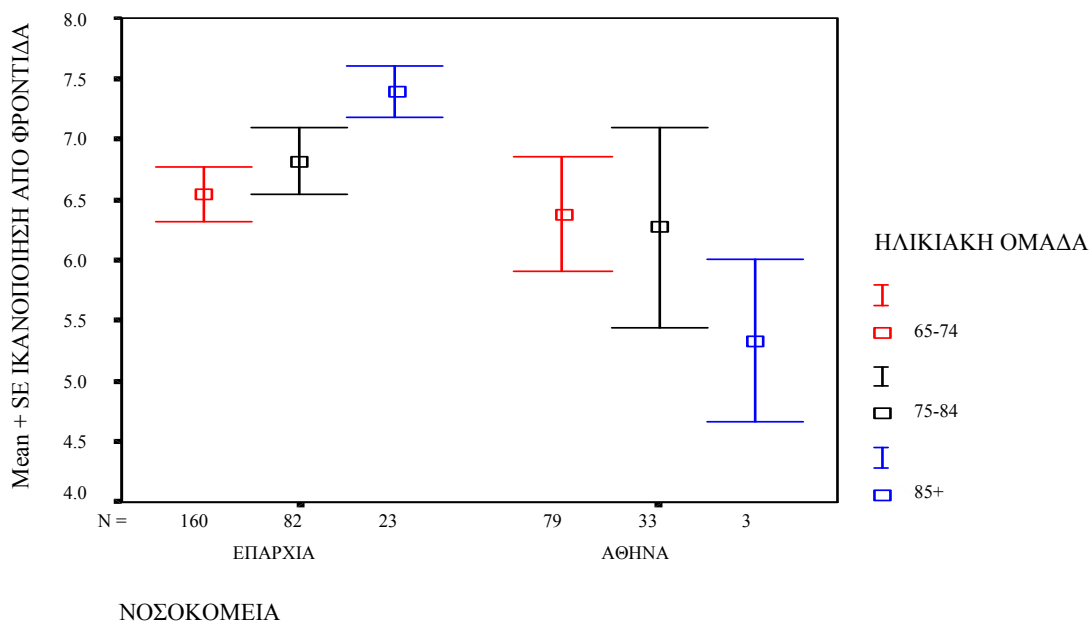
Η μέση ικανοποίηση από τη φροντίδα, το φαγητό, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα ανά ηλικιακή ομάδα



Όπως βλέπουμε στην εικόνα 5, η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, διαφοροποιείται ακόμα και μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων των ασθενών που προέρχονται από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και των Αθηνών. Πιο συγκεκριμένα, βλέπουμε ότι στην επαρχία υπάρχει μια αύξουσα ικανοποίηση, όσο αυξάνεται η ηλικιακή ομάδα, ενώ στην Αθήνα συμβαίνει ακριβώς το ανάποδο.

Εικόνα 6

Η μέση ικανοποίηση των ασθενών μεταξύ Επαρχίας και Αθήνας ανά ηλικιακή ομάδα



Χρόνια εκπαίδευσης

Τα χρόνια εκπαίδευσης των ασθενών του δείγματος σχετίζονται με:

- την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ($r = -.123$ $p = .017$), της παρεχόμενης ιατρικής ($r = -.112$ $p = .030$) και της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ($r = -.164$ $p = .001$). Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνουν τα χρόνια εκπαίδευσης του ασθενή, τόσο μειώνεται η εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας.
- την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($r = -.212$ $p = .000$), το φαγητό ($r = -.173$ $p = .001$), την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα ($r = -.186$ $p = .000$) και την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ($r = -.251$ $p = .000$). Η ανάλυση ANOVA, έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των χρόνων εκπαίδευσης και της μέσης ικανοποίησης από την συνολική φροντίδα ($F = 7.273$, $p = .000$), το φαγητό ($F = 3.868$, $p = .001$), την ιατρική ($F = 3.992$, $p = .001$) και τη νοσηλευτική φροντίδα ($F = 15.127$, $p = .000$). Οι αναλφάβητοι είναι οι πιο ικανοποιημένοι ασθενείς από την συνολική φροντίδα, το φαγητό την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα. Αντίθετα, οι λιγότερο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς με 8-13 χρόνια εκπαίδευσης.
- την συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα ($r = -.149$ $p = .004$), το φαγητό ($r = -.152$ $p = .003$) και τη νοσηλευτική φροντίδα ($r = -.124$ $p = .016$). Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στις κλίμακες συνολικής εκπλήρωσης των προσδοκιών από την συνολική φροντίδα ($\chi^2 = 68.666$, $df = 24$, $p = .000$), το φαγητό ($\chi^2 = 85.219$, $df = 24$, $p = .000$), την ιατρική ($\chi^2 = 62.401$, $df = 24$, $p = .000$) και τη νοσηλευτική φροντίδα ($\chi^2 = 63.740$, $df = 24$, $p = .000$) ως προς τα χρόνια εκπαίδευσης. Η πλειοψηφία των ασθενών που απάντησε ότι η φροντίδα ήταν χειρότερη από αυτή που περίμεναν (59.1%) είναι οι ασθενείς με 2-7 χρόνια εκπαίδευσης και ακολουθούν οι αναλφάβητοι (31.8%) και αυτοί με 8-13 χρόνια εκπαίδευσης (9.1%). Κανένας από τους υπόλοιπους ασθενείς δεν διατύπωσε αυτή την απάντηση. Αυτοί που απάντησαν ότι ήταν κακή όπως την περίμεναν ήταν οι ασθενείς με 8-13 χρόνια εκπαίδευσης (44.4%), με 2-7 χρόνια εκπαίδευσης (38.9%). Η πλειοψηφία των

αναλφάβητων υποστήριξε ότι η φροντίδα ήταν καλή όπως την περίμεναν (41.4%), το ίδιο και η πλειοψηφία των ασθενών με 2-7 χρόνια εκπαίδευσης (38.3%) και >13 χρόνια εκπαίδευσης (61.5%). Η πλειοψηφία των ασθενών με 8-13 χρόνια εκπαίδευσης ότι ήταν μέτρια όπως την περίμεναν. Οι ασθενείς με >13 χρόνια εκπαίδευσης είπαν ότι η φροντίδα ήταν καλύτερη από αυτή που περίμεναν. Για την πλειοψηφία των αναλφάβητων (32.8%), των ασθενών με 2-7 χρόνια εκπαίδευσης (39.8%) και 8-13 (100%), το φαγητό ήταν μέτριο όπως το περίμεναν. Για την πλειοψηφία όλων των κατηγοριών εκπαίδευσης, η ιατρική φροντίδα ήταν καλή όπως την περίμεναν. Από αυτούς που είπαν ότι η ιατρική φροντίδα ήταν χειρότερη από αυτή που περίμεναν, ήταν ασθενείς με 2-8 χρόνια εκπαίδευσης (70.8%), όπως και αυτοί που ισχυρίστηκαν ότι ήταν μέτρια όπως την περίμεναν (87%). Αυτοί που απάντησαν ότι ήταν κακή όπως την περίμεναν ήταν ασθενείς με 8-13 χρόνια εκπαίδευσης (66.7%). Το ίδιο συνέβη και με τη νοσηλευτική φροντίδα και την ιατρική φροντίδα.

- την συνολική συγκριτική με τα άλλα νοσοκομεία εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα ($r = -.110$ $p = .032$), το φαγητό ($r = -.135$ $p = .009$) και τη νοσηλευτική φροντίδα ($r = -.102$ $p = .048$). Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στις κλίμακες συνολικής συγκριτικής με τα άλλα νοσοκομεία απόδοσης της συνολικής φροντίδας ($\chi^2 = 67.551$, $df = 24$, $p = .000$), του φαγητού ($\chi^2 = 93.350$, $df = 24$, $p = .000$), της ιατρικής ($\chi^2 = 65.874$, $df = 24$, $p = .000$) και της νοσηλευτικής φροντίδα ($\chi^2 = 54.671$, $df = 24$, $p = .000$) ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης. Η πλειοψηφία των αναλφάβητων ασθενών (41.4%), των ασθενών με 2-8 χρόνια εκπαίδευσης (38%), με 8-13 χρόνια (34.3%) και με > 13 χρόνια (38.5%) απάντησαν ότι η παρεχόμενη φροντίδα ήταν το ίδιο καλή με των άλλων νοσοκομείων. Η πλειοψηφία των ασθενών με >13 χρόνια εκπαίδευσης απάντησαν ότι ήταν το ίδιο μέτρια με των άλλων νοσοκομείων. Η πλειοψηφία των ασθενών με 2-7 χρόνια εκπαίδευσης (39.1%), απάντησαν ότι το φαγητό ήταν το ίδιο μέτριο με των άλλων νοσοκομείων, των αναλφάβητων (37.9%) και των ασθενών με >13 χρόνια εκπαίδευσης (75%) ότι ήταν καλύτερο σε σχέση με των άλλων νοσοκομείων και των πανεπιστημιακής ότι ήταν καλό όπως και των άλλων νοσοκομείων. Για όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης, η ιατρική φροντίδα ήταν καλύτερη ή η ίδια καλή με των άλλων νοσοκομείων. Το ίδιο ισχύει και για τη νοσηλευτική φροντίδα.

Οικογενειακή κατάσταση

Η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών σχετίζεται με την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας ($r = .113$ $p = .029$ για $p < 0.05$) και την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ($r = -.109$ $p = .034$ για $p < 0.05$). Την μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα εκτίμησης της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, σημείωσαν οι έγγαμοι ασθενείς (3.14 ± 1.01), ακολουθούν οι άγαμοι (2.91 ± 0.30) και οι χήροι (2.75 ± 1.34), ενώ οι διαζευγμένοι σημείωσαν την μικρότερη (1.40 ± 1.51) λόγω μεγαλύτερου ποσοστού απαντήσεων *δεν ξέρω*. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα αναφορικά με τις κλίμακες για την εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας.

Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στις κλίμακες της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας ($\chi^2 = 45.561$, $df = 12$, $p = .000$), της ιατρικής ($\chi^2 = 42.580$, $df = 12$, $p = .000$) και της νοσηλευτικής φροντίδα ($\chi^2 = 56.421$, $df = 12$, $p = .000$) ως προς την οικογενειακή κατάσταση. Ειδικότερα, το 40% των διαζευγμένων ασθενών απάντησαν *δεν ξέρω*, το 30% διαφωνεί ότι η παρεχόμενη φροντίδα ήταν ποιοτική και το 30% συμφωνεί. Η πλειοψηφία των χήρων ασθενών (76.9%), συμφωνεί με ότι η φροντίδα ήταν ποιοτική, το ίδιο και οι έγγαμοι (88%) και οι άγαμοι (90.9%). Από το σύνολο των ασθενών που προτίμησαν να απαντήσουν *δεν ξέρω*, η πλειοψηφία ήταν χήροι

(45.7%), από αυτούς που διαφώνησαν απόλυτα, το 40% ήταν χήροι, το 40% έγγαμοι και το 20% διαζευγμένοι, αλλά κανένας έγγαμος. Από το σύνολο των ασθενών που διαφωνούσαν, το 61.1% ήταν έγγαμοι, το 27.8% χήροι και από 5.6% άγαμοι και διαζευγμένοι. Το 30% των διαζευγμένων ασθενών απάντησαν *δεν ξέρω*, το 30% διαφωνεί ότι η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα ήταν ποιοτική και το 40% συμφωνεί. Η πλειοψηφία των χήρων ασθενών (75%), συμφωνεί με ότι η ιατρική φροντίδα ήταν ποιοτική, το ίδιο και οι έγγαμοι (88.%) και οι άγαμοι (100%). Από το σύνολο των ασθενών που προτίμησαν να απαντήσουν *δεν ξέρω*, η πλειοψηφία ήταν έγγαμοι (46.9%) και χήροι (43.8%), από αυτούς που διαφώνησαν απόλυτα, το 27.3% ήταν χήροι, το 54.5% έγγαμοι και το 18.2% διαζευγμένοι, αλλά κανένας έγγαμος. Από το σύνολο των ασθενών που διαφωνούσαν για την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, το 52.16% ήταν χήροι, το 42.1% έγγαμοι, το 5.3% διαζευγμένοι και κανένας άγαμος. Σε ό,τι αφορά την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, το 50% των διαζευγμένων ασθενών απάντησαν *δεν ξέρω*, το 30% διαφωνεί ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ήταν ποιοτική και το 20% συμφωνεί. Η πλειοψηφία των χήρων ασθενών (78.7%), συμφωνεί ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν ποιοτική, το ίδιο και οι έγγαμοι (86.%) και οι άγαμοι (90.9%). Από το σύνολο των ασθενών που προτίμησαν να απαντήσουν *δεν ξέρω*, η πλειοψηφία ήταν έγγαμοι (45.7%) και χήροι (40%), από αυτούς που διαφώνησαν απόλυτα, το 44.4% ήταν χήροι, το 33.3% έγγαμοι και το 22.2% διαζευγμένοι, αλλά κανένας έγγαμος. Από το σύνολο των ασθενών που διαφωνούσαν για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, το 69.6% έγγαμοι, το 21.7% χήροι, το 4.3% διαζευγμένοι και το 4.3% άγαμοι.

Η ανάλυση ANOVA, έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της μέσης ικανοποίησης από την συνολική φροντίδα ($F=15.496$, $p=.000$), την ιατρική ($F=2.825$, $p=.039$) και τη νοσηλευτική φροντίδα ($F=5.716$, $p=.001$) όχι όμως και το φαγητό ($F=0.849$, $p=.468$). Όπως βλέπουμε και στον πίνακα, οι πιο ικανοποιημένοι από την φροντίδα ήταν οι έγγαμοι και οι χήροι. Το ίδιο συμβαίνει και με την ικανοποίηση από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα.

Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στις κλίμακες της συνολικής συγκριτικής με τα άλλα νοσοκομεία ποιότητας της φροντίδας ($\chi^2=45.561$, $df=12$, $p=.000$), της ιατρικής ($\chi^2=25.715$, $df=12$, $p=.012$) και της νοσηλευτικής φροντίδας ($\chi^2=58.910$, $df=12$, $p=.000$) ως προς την οικογενειακή κατάσταση. Η πλειοψηφία των χήρων ασθενών απάντησαν ότι η φροντίδα (44.3%), η ιατρική φροντίδα (59.4%) και η νοσηλευτική φροντίδα (56.6%) ήταν η ίδια καλή σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία. Η πλειοψηφία των διαζευγμένων ασθενών απάντησαν ότι η φροντίδα (40%), και η νοσηλευτική φροντίδα (40%) ήταν η ίδια κακή με των υπολοίπων νοσοκομείων, ενώ η ιατρική φροντίδα (50%) ήταν η ίδια καλή με των άλλων νοσοκομείων. Η πλειοψηφία των έγγαμων ασθενών απάντησαν ότι η φροντίδα (33.6%), η ιατρική φροντίδα (47.6%) και η νοσηλευτική φροντίδα (40.4%) ήταν η ίδια καλή σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία. Το ίδιο συνέβη και με τους άγαμους με αντίστοιχα ποσοστά 54.5%, 90.9% και 72.7%. Οι πιο καυστικοί ήταν πάλι οι έγγαμοι ασθενείς.

Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στις κλίμακες της συνολικής εκπλήρωσης των προσδοκιών της φροντίδας ($\chi^2=54.335$, $df=12$, $p=.000$), της ιατρικής ($\chi^2=24.983$, $df=12$, $p=.015$) και της νοσηλευτικής φροντίδας ($\chi^2=62.224$, $df=12$, $p=.000$) ως προς την οικογενειακή κατάσταση. Η πλειοψηφία των χήρων ασθενών απάντησαν ότι η φροντίδα (36.1%), η ιατρική φροντίδα (60.2%) και η νοσηλευτική φροντίδα (59.3%) ήταν καλή όπως την περίμεναν. Η πλειοψηφία των διαζευγμένων ασθενών απάντησαν ότι η φροντίδα (60%) και η ιατρική φροντίδα (50%) ήταν καλή όπως την περίμεναν, ενώ για το 40% ήταν καλή όπως την περίμεναν. Η πλειοψηφία των έγγαμων ασθενών απάντησαν ότι η φροντίδα (63.6%), η ιατρική φροντίδα (56.6%) και η νοσηλευτική φροντίδα (45.8%) ήταν καλή όπως την περίμεναν. Το ίδιο συνέβη και με τους άγαμους με

αντίστοιχα ποσοστά 90.9%, 100% και 81.8%. Οι πιο καυστικοί ήταν πάλι οι έγγαμοι ασθενείς.

Επάγγελμα

Το επάγγελμα των ασθενών μας πριν την συνταξιοδότηση σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με:

- ❖ την συνολική ικανοποίηση από το φαγητό ($r = -.151$ $p = .003$) και
- ❖ την συνολική συγκριτική με τα άλλα νοσοκομεία εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα ($r = -.134$ $p = .009$).

Δεν παρατηρήθηκε καμιά στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της βαθμολογίας των ασθενών στις κλίμακες εκτίμησης της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, ως προς το επάγγελμά τους, παρά μόνο αναφορικά με την εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ($t = 2.048$, $df = 144$, $p = .042$), με τις γυναίκες που δήλωσαν οικιακά να έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία (3.14 ± 1.11) έναντι των μη χειρωνακτών ασθενών (2.72 ± 1.31). Οι χειρωνακτες, σημειώνουν αναλογικά την μεγαλύτερη βαθμολογία. Με την ανάλυση ANOVA, όπως βλέπουμε στον πίνακα 31, αποδεχόμαστε την μηδενική υπόθεση ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στις εξαρτημένες μεταβλητές ΣΕΠΦ, ΣΕΠΠΦ και ΣΕΠΝΦ, δεν διαφέρουν. Αντίθετα, απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στις εξαρτημένες μεταβλητές ΣΙΦ, ΣΙΦΑ, ΣΠΦ και ΣΙΝΦ, δεν διαφέρουν. Οι αγρότες εξέφρασαν την μεγαλύτερη ικανοποίηση από την συνολική φροντίδα και από τη νοσηλευτική φροντίδα, οι γυναίκες που ασχολούνταν με τα οικιακά την μεγαλύτερη ικανοποίηση από το φαγητό και την ιατρική φροντίδα.

Πίνακας 31

Επίπεδα σημαντικότητας για τον παράγοντα επάγγελμα

Επίπεδο σημαντικότητας	ΣΕΠΦ	ΣΕΠΠΦ	ΣΕΠΝΦ	ΣΙΦ	ΣΙΦΑ	ΣΠΦ	ΣΙΝΦ
p	.257	.390	.176	.121	.036	.955	.235

Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στις κλίμακες της συνολικής εκπλήρωσης των προσδοκιών από την φροντίδα ($\chi^2 = 40.457$, $df = 12$, $p = .000$), από το φαγητό ($\chi^2 = 27.588$, $df = 12$, $p = .006$), από την ιατρική ($\chi^2 = 56.456$, $df = 12$, $p = .000$) και τη νοσηλευτική φροντίδα ($\chi^2 = 38.403$, $df = 12$, $p = .000$) ως προς το επάγγελμα. Η πλειοψηφία των γυναικών που ασχολούνταν με τα οικιακά (60.2%) και των αγροτών (35.6%) και των μη χειρωνακτών (39.7%) απάντησαν ότι η φροντίδα ήταν καλή όπως την περίμεναν, σε αντίθεση με τους χειρωνακτες (30.8%) που απάντησαν ότι ήταν καλύτερη από αυτή που περίμεναν. Η πλειοψηφία των γυναικών που ασχολούνταν με τα οικιακά (39.8%), των χειρωνακτών (30.5%) και των μη χειρωνακτών (39.3%), απάντησαν ότι το φαγητό ήταν καλό όπως το περίμεναν, ενώ των αγροτών (32.1%) ότι ήταν μέτριο όπως το περίμεναν. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών από όλες τις επαγγελματικές ομάδες απάντησαν ότι η ιατρική φροντίδα ήταν καλή όπως την περίμεναν. Το ίδιο συμβαίνει και με τη νοσηλευτική φροντίδα, με μικρότερα όμως ποσοστά.

Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στις κλίμακες της συνολικής συγκριτικής με τα άλλα νοσοκομεία ποιότητας της φροντίδας ($\chi^2 = 50.160$, $df = 12$, $p = .000$), του φαγητού ($\chi^2 = 33.353$, $df = 12$, $p = .001$), της ιατρικής ($\chi^2 =$

54.950, $df=12$, $p=.000$) και της νοσηλευτικής φροντίδας ($\chi^2=34.924$, $df=12$, $p=.000$) ως προς το επάγγελμα. Η πλειοψηφία των γυναικών που ασχολούνταν με τα οικιακά (55.2%), των αγροτών (39.6%) και των μη χειρωνακτών (37.9%) απάντησαν ότι η φροντίδα ήταν η ίδια καλή με τα άλλα νοσοκομεία, σε αντίθεση με τους χειρωνακτές (37.4%) που απάντησαν ότι ήταν καλύτερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία. Η πλειοψηφία των γυναικών που ασχολούνταν με τα οικιακά (34.5%), των αγροτών (47.5%) και των χειρωνακτών (29%) απάντησαν ότι το φαγητό ήταν το ίδιο μέτριο με τα άλλα νοσοκομεία, ενώ των χειρωνακτών (39.3%) ότι ήταν το ίδιο καλό με τα άλλα νοσοκομεία. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών από όλες τις επαγγελματικές ομάδες απάντησαν ότι η ιατρική φροντίδα ήταν το ίδιο καλή με τα άλλα νοσοκομεία. Το ίδιο συμβαίνει και με τη νοσηλευτική φροντίδα, με μικρότερα όμως ποσοστά.

Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση των ασθενών

Η αναζήτηση συσχετίσεων ανάμεσα στις μεταβλητές και το μηνιαίο εισόδημα του ασθενή –ως προσδιοριστικού παράγοντα της κοινωνικής του τάξης- είναι η παράμετρος που έχει μελετηθεί ελάχιστα. Χωρίσαμε τους ασθενείς σε αυτούς κάτω του ορίου φτώχειας (130.000 δραχμές το μήνα) και σε αυτούς άνω του ορίου. Οι πρώτοι αντιπροσωπεύουν την «χαμηλή» κοινωνική τάξη και οι δεύτερη την «ανώτερη». Από την στατιστική ανάλυση βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική τάξη και:

- την προέλευση του ασθενή, αν προέρχεται δηλαδή από νοσοκομεία της Επαρχίας ή των Αθηνών ($r=.274$, $p=.000$). Συγκεκριμένα, το 80.1% των ασθενών χαμηλής κοινωνικό-οικονομικής τάξης, προέρχονται από τα νοσοκομεία της Επαρχίας. Το 45.5% των ασθενών ανώτερης τάξης προέρχονταν από τα νοσοκομεία των Αθηνών.
- την συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια που δέχθηκαν ($r=-.225$, $p=.001$). Το 39.8% των ασθενών χαμηλής τάξης δεν ζήτησαν καμιά βοήθεια. Από αυτούς η πλειοψηφία (22.3%) ζήτησε πολύ βοήθεια. Το 31.8% των υψηλής τάξης, δεν δέχθηκαν καμιά βοήθεια. Από αυτούς, το 37% ζήτησε λίγη βοήθεια. Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση ικανοποίηση ($t=3.051$, $df=227$, $p=.003$) από τη νοσηλευτική βοήθεια, με τους ασθενείς από την χαμηλή τάξη ($N=124$), οι οποίοι και ζήτησαν μεγαλύτερη βοήθεια, να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (7.11 ± 1.15) από τους ασθενείς ($N=105$) ανώτερης τάξης (6.61 ± 1.35).
- την απόφαση για πληροφορημένη συναίνεση στην φροντίδα ($r=-.152$, $p=.004$). Ειδικότερα, το 67% των ασθενών από την χαμηλή τάξη, διαφωνεί με το ενσυνείδητο δικαίωμα στην πληροφορημένη συναίνεση. Το 28.6% συμφωνεί. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους ασθενείς ανώτερης τάξης είναι 52% και 28.9%.
- την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($r=-.157$, $p=.003$). Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση ικανοποίηση ($t=3.811$, $df=358$, $p=.000$) με τους ασθενείς από την χαμηλή τάξη να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (6.86 ± 1.30) από της ανώτερης (6.19 ± 2.00).
- την συνολική ικανοποίηση από το φαγητό ($r=-.190$, $p=.000$). Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση ικανοποίηση ($t=3.386$, $df=354$, $p=.001$) με τους ασθενείς από την χαμηλή τάξη να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (6.06 ± 1.80) από της ανώτερης (5.39 ± 1.90).
- την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα ($r=-.202$, $p=.000$). Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση ικανοποίηση ($t=3.994$, $df=358$, $p=$

.001) με τους ασθενείς από την χαμηλή τάξη να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (7.19 ± 1.03) από της ανώτερης (6.70 ± 1.31).

- την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ($r = -.183$, $p = .000$). Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση ικανοποίηση ($t = 3.980$, $df = 358$, $p = .000$) με τους ασθενείς από την χαμηλή τάξη να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (7.14 ± 1.16) από της ανώτερης (6.54 ± 1.71).
- την κατάθλιψη ($r = -.127$, $p = .016$ για $p < 0.05$). Από το σύνολο των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη, το 65.2% προέρχονται από την χαμηλή τάξη. Από το σύνολο των ασθενών χαμηλής τάξης, το 43.7% πάσχει από κατάθλιψη, ενώ για τους ασθενείς ανώτερης τάξης, το ποσοστό είναι 31.2%.
- την επίδραση που είχε ο πόνος που αισθάνθηκε ο ασθενής στην ψυχική του διάθεση ($r = .135$, $p = .025$ για $p < 0.05$). Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση επίδραση του πόνου ($t = -2.033$, $df = 273$, $p = .043$) με τους ασθενείς από την χαμηλή τάξη να δηλώνουν ότι τους επηρέασε λιγότερο (2.88 ± 1.05) σε σχέση με τους ασθενείς ανώτερης (3.13 ± 1.00).

Άλλοι παράγοντες

Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία των Αθηνών ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την συνολική διαχείριση του πόνου τους, σε σχέση με αυτούς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Επαρχίας.

Οι ασθενείς που θεώρησαν την *ψυχολογική υποστήριξη* του προσωπικού, ως την σημαντικότερη διάσταση της ποιοτικής φροντίδας, ήταν οι πιο ικανοποιημένοι από την συνολική παρεχόμενη φροντίδα και την συνολική νοσηλευτική φροντίδα. Όπως διαπιστώσαμε στην παρούσα έρευνα, μεγάλο είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών που θεωρούν σημαντική την ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού και την έχουν ανάγκη λόγω της κατάθλιψής τους, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι την ζητούν κιόλας. Αυτό είναι ένα από τα σημαντικότερα σημεία που διαφοροποιούν τους ηλικιωμένους από τους νεότερους ασθενείς για τους οποίους οι Joos et al. διαπίστωσαν ότι ζητούν περισσότερη ψυχολογική υποστήριξη σε σχέση με τους ηλικιωμένους ασθενείς.

Η *μέση διάρκεια νοσηλείας*, σχετίζεται αρνητικά με την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας ($r = -.134$ $p = .009$), χωρίς να συμβαίνει το ίδιο και με την συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, που επιβεβαιώνει για άλλη μια φορά ότι η στάση των ηλικιωμένων ασθενών απέναντι στην ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, διαφοροποιείται από την ικανοποίηση από αυτήν. Οι ασθενείς με την μεγαλύτερη μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν αγρότες, ή χειρώνακτες, τα τελευταία δυο χρόνια έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο για πάνω από 3 φορές, υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, δέχθηκαν λίγη βοήθεια, είχαν από καθόλου έως λίγη βελτίωση των συμπτωμάτων για τα οποία εισήχθησαν στο νοσοκομείο, προτίμησαν να απαντήσουν ότι δεν ξέρουν αν η φροντίδα, η ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα ήταν ποιοτικές, απάντησαν ότι η φροντίδα, το φαγητό και η ιατρική φροντίδα ήταν καλύτερα από αυτό που περίμεναν, αλλά και από των υπολοίπων νοσοκομείων και ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν η ίδια μέτρια με των υπολοίπων νοσοκομείων.

Η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια και από την συνολική παρεχόμενη φροντίδα, διαφοροποιούνται ως προς τον δείκτη *ασφαλιστικός φορέας* στον οποίο ανήκει ο ασθενής, με τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ (που ζήτησαν και την μεγαλύτερη βοήθεια) να είναι οι πιο ικανοποιημένοι από την βοήθεια και τους ασφαλισμένους του NAT να είναι οι πιο ικανοποιημένοι από την συνολική φροντίδα.

Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με την *προέλευση του νοσοκομείου* και συγκεκριμένα, οι ασθενείς της Ρόδου ήταν οι πιο ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική

βοήθεια, οι ασθενείς της Ρόδου, της Λαμίας, του Αγρινίου και της Κρήτης ήταν οι πιο ικανοποιημένοι από την συνολική ιατρική φροντίδα, οι ασθενείς της Λαμίας και του Αγρινίου από το φαγητό. Επειδή η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το πώς σχετίζεται η ικανοποίηση

Έλεγχος υποθέσεων συσχετίσεων των συνολικών κλιμάκων

Υπόθεση 6: Οι ασθενείς οι οποίοι δηλώνουν ότι έχουν εκπληρωθεί οι προσδοκίες τους από την συνολική παρεχόμενη φροντίδα είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Υπόθεση 7: Οι ασθενείς οι οποίοι δηλώνουν ότι συνολική παρεχόμενη φροντίδα ήταν καλύτερη σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Υπόθεση 8: Οι ασθενείς οι οποίοι δηλώνουν ότι το φαγητό του νοσοκομείου ήταν καλύτερο από αυτό που περίμεναν είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Υπόθεση 9: Οι ασθενείς οι οποίοι δηλώνουν ότι έχουν εκπληρωθεί οι προσδοκίες τους από την συνολική παρεχόμενη ιατρική φροντίδα είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Υπόθεση 10: Οι ασθενείς οι οποίοι δηλώνουν ότι η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα ήταν καλύτερη σε σχέση με αυτή στα άλλα νοσοκομεία, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους ασθενείς.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Υπόθεση 11: Οι ασθενείς οι οποίοι δηλώνουν ότι η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα ήταν καλύτερη σε σχέση με αυτή στα άλλα νοσοκομεία, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους ασθενείς.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Υπόθεση 12: Οι ασθενείς που δηλώνουν ότι η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα ήταν καλύτερη σε σχέση με αυτή στα άλλα νοσοκομεία, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους ασθενείς.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Υπόθεση 13: Οι ασθενείς που δηλώνουν ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ήταν καλύτερη σε σχέση με αυτή στα άλλα νοσοκομεία, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους ασθενείς.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Υπόθεση 14: Οι ασθενείς που δηλώνουν ότι η παρεχόμενη φροντίδα είναι ποιοτική, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους υπόλοιπους ασθενείς.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Οι ασθενείς που απαντούν δεν ξέρω, στην ερώτηση: «*αισθάνομαι ότι η συνολική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο νοσοκομείο είναι ποιοτική*» είναι γενικά ικανοποιημένοι. Από τα ανοικτά σχόλια αυτών των ασθενών, συμπεραίνουμε ότι αισθάνονται «*αναρμόδιοι*» για να εκτιμήσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, ωστόσο, είναι ικανοποιημένοι. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι από αυτούς τους 35 ασθενείς, οι 20 πιστεύουν ότι θα πρέπει το προσωπικό να αποφασίζει για την φροντίδα τους χωρίς να τους ρωτά, οι 7 απαντούν ότι δεν ξέρουν και μόλις 8 ασθενείς διαφωνούν με την παραπάνω άποψη. Συνεπώς επιβεβαιώνεται η εκληφθείσα «*αδυναμία*» των ασθενών να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται. Οι ασθενείς που δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι με την συνολική παρεχόμενη φροντίδα, ισχυρίζονται ότι ήταν ποιοτική η φροντίδα που τους προσφέρθηκε, φανερώνοντας την αδυναμία αυτών των ασθενών να αξιολογήσουν την παρεχόμενη φροντίδα.

Υπόθεση 15: Οι ασθενείς που ζήτησαν και έλαβαν την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού από την οποία είναι πολύ ικανοποιημένοι, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι και από την συνολική παρεχόμενη φροντίδα σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Πίνακας 32

Επίπεδα σημαντικότητας στην ανάλυση ANOVA για τις υποθέσεις

Επίπεδο σημαντικότητας	ΥΠ.6	ΥΠ.7	ΥΠ.8	ΥΠ.9	ΥΠ.10	ΥΠ.11	ΥΠ.12	ΥΠ.13	ΥΠ.14	ΥΠ.15
p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

Υπόθεση 16: Όσο περισσότερη είναι η βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό που δέχθηκαν οι ασθενείς τόσο υψηλότερη και η ικανοποίησή τους από την βοήθεια αυτή.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Με την ανάλυση ANOVA, ($p = .000$) απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στις εξαρτημένες μεταβλητές, δεν διαφέρουν και αποδεχόμαστε την υπόθεση 17. Το ίδιο προκύπτει και με την δοκιμασία Kruskal-Wallis H.

Υπόθεση 17: Όσο περισσότερες φορές έχει επισκεφτεί ένας ασθενής το συγκεκριμένο νοσοκομείο, τόσο μεγαλύτερη είναι η εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, της ιατρικής, της νοσηλευτικής φροντίδας και η συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα, το φαγητό, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα.

Αποτέλεσμα: Μερική αποδοχή. Αποδοχή μόνο για την ΣΕΠΦ, ΣΕΠΦ και την ΣΕΠΝΦ

Σύμφωνα με την ανάλυση ANOVA, απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στις εξαρτημένες μεταβλητές ΣΕΠΦ, ΣΕΠΦ, ΣΕΠΝΦ δεν διαφέρουν και την αποδεχόμαστε στην περίπτωση της ΣΙΦ, ΣΙΦΑ, ΣΠΦ και ΣΙΝΦ. Το ίδιο προκύπτει και με την δοκιμασία Kruskal-Wallis H.

Πίνακας 33

Επίπεδα σημαντικότητας για τον παράγοντα αριθμός εισαγωγών στο νοσοκομείο

Επίπεδο σημαντικότητας	ΣΕΠΦ	ΣΕΠΦ	ΣΕΠΝΦ	ΣΙΦ	ΣΙΦΑ	ΣΠΦ	ΣΙΝΦ
p	.006	.040	.032	.510	.088	.614	.214

Η επίδραση της κατάθλιψης στην ικανοποίηση, την εκπλήρωση των προσδοκιών, την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας και την συγκριτική ποιότητα της φροντίδας

Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην παρουσία ή όχι κατάθλιψης και:

- * την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας ($r = -.166$, $p = .001$). Το ίδιο συμβαίνει και με την βαθμολογία (σκορ) των ασθενών στην GDS κλίμακα ($r = -.106$, $p = .039$). Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας μεταξύ καταθλιπτικών και μη καταθλιπτικών ασθενών ($\chi^2 = 16.727$, $df = 4$, $p = .002$). Αναλυτικότερα, από το σύνολο των καταθλιπτικών ασθενών, το 76.7% συμφωνεί ότι η φροντίδα που τους προσφέρθηκε ήταν ποιοτική, το 8.2% διαφωνεί και το 15.1% απάντησε δεν ξέρω. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς είναι: 87.6% για την συμφωνία, 6.8% για την διαφωνία και 5.6% για το δεν ξέρω. Οι ασθενείς που απάντησαν δεν ξέρω, σημείωσαν και την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα (6.11 ± 2.85), ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως συμφωνούν απόλυτα ότι η φροντίδα ήταν ποιοτική (4.84 ± 3.47) και απλά συμφωνούν (4.93 ± 3.28) σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία.
- * την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας ($r = -.137$, $p = .008$). Το ίδιο συμβαίνει και με την βαθμολογία (σκορ) των ασθενών στην GDS κλίμακα ($r = -.126$, $p = .014$). Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην συνολική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών ($\chi^2 = 11.556$, $df = 4$, $p = .021$). Αναλυτικότερα, από το σύνολο των καταθλιπτικών ασθενών, το 78.1% συμφωνεί ότι η ιατρική φροντίδα που τους προσφέρθηκε ήταν ποιοτική, το 8.3% διαφωνεί και το 13.7% απάντησε δεν ξέρω. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς είναι: 87% για την συμφωνία, 7.8% για την διαφωνία και 5.2% για το δεν ξέρω. Οι ασθενείς που απάντησαν δεν ξέρω, σημείωσαν και την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα (6.09 ± 2.86), ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως συμφωνούν απόλυτα ότι η φροντίδα ήταν ποιοτική (5.04 ± 3.42) και απλά συμφωνούν (4.74 ± 3.42) σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία.
- * την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ($r = -.155$, $p = .002$). Το ίδιο συμβαίνει και με την βαθμολογία (σκορ) των ασθενών στην GDS κλίμακα ($r = -.125$, $p = .015$). Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας μεταξύ καταθλιπτικών και

μη ασθενών ($\chi^2= 16.983$, $df= 4$, $p= .002$). Αναλυτικότερα, από το σύνολο των καταθλιπτικών ασθενών, το 77.4% συμφωνεί ότι η νοσηλευτική φροντίδα που τους προσφέρθηκε ήταν ποιοτική, το 7.5% διαφωνεί και το 15.1% απάντησε δεν ξέρω. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς είναι: 85.4% για την συμφωνία, 9% για την διαφωνία και 5.6% για το δεν ξέρω. Οι ασθενείς που απάντησαν δεν ξέρω, σημείωσαν και την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα (6.11 ± 2.85), ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως συμφωνούν απόλυτα ότι η φροντίδα ήταν ποιοτική (4.84 ± 3.47) και απλά συμφωνούν (4.93 ± 3.28) σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία.

- * την συνολική ικανοποίηση των ασθενών από το φαγητό ($r= -.213$, $p= .000$). Το ίδιο συμβαίνει και με την βαθμολογία (σκορ) των ασθενών στην GDS κλίμακα ($r= -.168$, $p= .001$). όπως βλέπουμε στον πίνακα , οι καταθλιπτικοί ασθενείς σημειώνουν στατιστικά μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης από το φαγητό. Οι ασθενείς που απάντησαν ότι είναι δυσαρεστημένοι από το φαγητό, σημείωσαν και την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα (8.00 ± 5.20). Το ίδιο και οι ασθενείς που απάντησαν «καθόλου ικανοποιημένος» (6.27 ± 3.32) και «ουδέτερος» (6.03 ± 3.87). Αν σκεφτούμε ότι το κατώφλι για την κατάθλιψη είναι ένα σκορ 6-7, διαπιστώνουμε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι πιο καυστικοί σε ό,τι αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας του φαγητού. Οι ασθενείς που απάντησαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι (4.71 ± 3.63) και αρκετά ικανοποιημένοι (4.19 ± 2.75) σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία.

Στο δείγμα των καταθλιπτικών ασθενών, η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ($r= .924$, $p= .000$) αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, έναντι της ιατρικής ($r= .860$, $p= .000$). Στο δείγμα των μη καταθλιπτικών η αντίστοιχη συσχέτιση για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι $r= .875$ ($p= .000$) και για την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας είναι $r= .872$ ($p= .000$). Στον συνολικό πληθυσμό, οι συσχετίσεις ήταν $r= .896$ ($p= .000$) και $r= .873$ ($p= .000$). Το ίδιο αποτέλεσμα επιβεβαιώνει και η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, στην οποία η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας και ανεξάρτητες είναι η εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας. Η ανάλυση για το σύνολο των ασθενών, δείχνει ότι η ποιότητα της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας ερμηνεύουν το 88.1% της μεταβλητότητας της ποιότητας της φροντίδας ($F= 1384.093$, $p < 0.001$), με την ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας να αποτελεί τον κυριότερο προβλεπτικό δείκτη ($\beta= .526$, $t= 14.697$, $p= .000$), έναντι της ιατρικής φροντίδας ($\beta= .445$, $t= 12.447$, $p= .000$).

Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς:

- * που προέρχονται μόνο από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, ισχυρίστηκαν λιγότερο πως η συνολική φροντίδα και η νοσηλευτική ήταν ποιοτικές, ενώ εκπληρώθηκαν περισσότερο οι προσδοκίες τους από την φροντίδα και τη νοσηλευτική,
- * που προέρχονται μόνο από τα νοσοκομεία των Αθηνών, ισχυρίστηκαν λιγότερο ότι η συνολική φροντίδα, η ιατρική και η νοσηλευτική ήταν ποιοτικές, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από την συνολική φροντίδα, το φαγητό και την ιατρική φροντίδα, εκπληρώθηκαν λιγότερο οι προσδοκίες τους από την φροντίδα, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα, ενώ πίστεψαν ότι η φροντίδα, το φαγητό, ήταν μέτρια όπως των υπολοίπων νοσοκομείων και η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα η ίδια καλή με των υπολοίπων νοσοκομείων. Την ίδια στιγμή, εκδήλωσαν μικρότερη πρόθεση να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους ή να ξανανοσηλευτούν στο μέλλον αν παραστεί ανάγκη,
- * που εισήχθησαν στο νοσοκομείο ως επείγουσα περίπτωση σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, δηλαδή θεώρησαν

λιγότερο σημαντικές τις διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις σε σχέση με αυτούς που εισήχθησαν μετά από προγραμματισμό ($p = .002$). Αυτό το εύρημα σε συνδυασμό με τις χαμηλότερες προσδοκίες των ίδιων ασθενών ($p = .025$), μας κάνει να απεικασούμε ότι η επιδίωξη του ασθενή, με της επείγουσα κατάσταση, να γίνει «καλά», επισκιάζει όλα τα υπόλοιπα, επειδή μάλλον βρίσκεται μπροστά σε μια απρόοπτη κατάσταση,

- * που έχουν από 2-7 χρόνια εκπαίδευσης, θεωρούν –σε σχέση με τους αναλφάβητους– περισσότερο σημαντικά τα ακόλουθα: την ενσυναίσθηση του προσωπικού ($p = .041$), την αποκάλυψη της αλήθειας ($p = .003$), την ευγένεια του προσωπικού ($p = .002$), τον σεβασμό της ατομικότητάς τους από τον γιατρό ($p = .000$) και τον σεβασμό από το προσωπικό, της παρουσίας και του ενδιαφέροντος του συγγενή τους ($p = .009$),

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 34, υπήρξε διαφοροποίηση στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, με τους καταθλιπτικούς να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι. Οι ασθενείς που απάντησαν «αδιάφορος», σημείωσαν και την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα (6.78 ± 3.49), ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως είναι πολύ ικανοποιημένοι (4.98 ± 3.49) αρκετά ικανοποιημένοι (4.68 ± 3.22) και λίγο ικανοποιημένοι (3.86 ± 3.10) σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία. Όπως διαπιστώνουμε και στην εικόνα 7, υπήρξε μια σημαντική διαφορά στην μέση ικανοποίηση από την φροντίδα, μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών από τα νοσοκομεία των Αθηνών σε αντίθεση με τα νοσοκομεία της Επαρχίας.

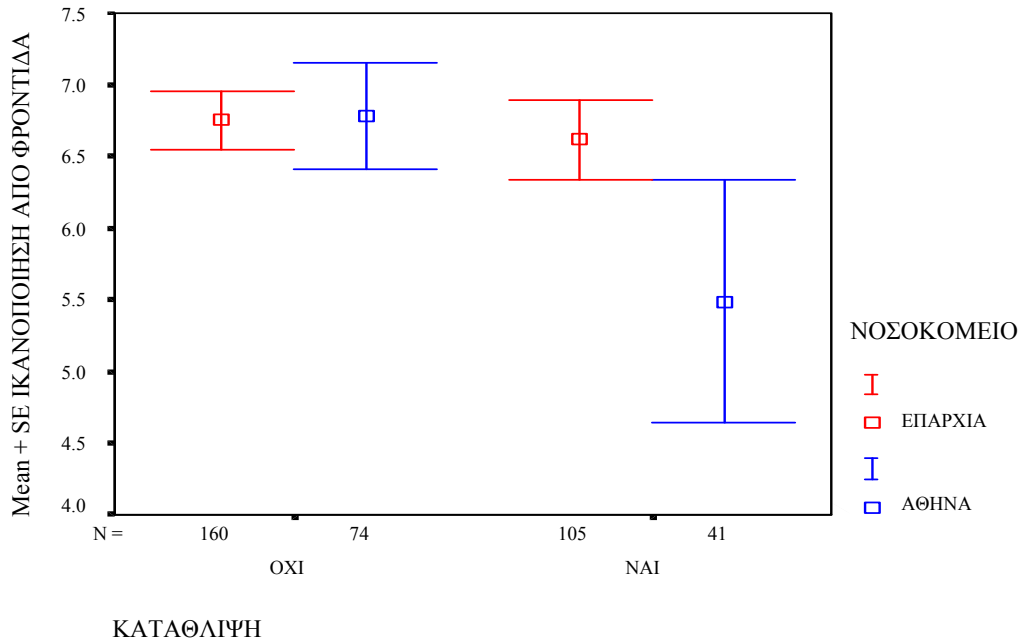
Πίνακας 34

Διαφορές στις μέσες τιμές των συνολικών κλιμάκων μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών

	Μη καταθλιπτικοί		Καταθλιπτικοί		t-test (Sig.)
	N	M (SD)	N	M (SD)	
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας	234	3.13 (± 1.03)	146	2.73 (± 1.30)	3.378 (.001)
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας	231	3.13 (± 1.02)	146	2.73 (± 1.28)	2.933 (.004)
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας	233	3.16 (± 1.06)	146	2.78 (± 1.32)	3.105 (.002)
Συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα	234	6.76 (± 1.38)	146	6.30 (± 1.94)	2.715 (.007)
Συνολική ικανοποίηση από το φαγητό	230	6.10 (± 1.69)	146	5.42 (± 2.01)	3.516 (.000)

Εικόνα 7

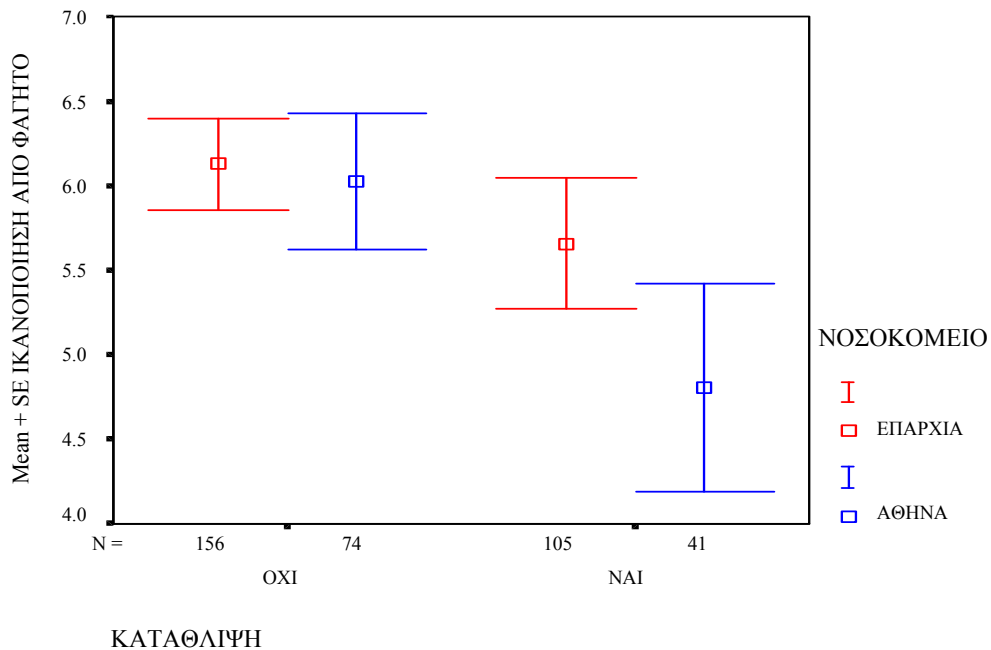
Μέσες τιμές της συνολικής ικανοποίησης από την φροντίδα, μεταξύ καταθλιπτικών και μη από τα νοσοκομεία των Αθηνών και της Επαρχίας



Σε ό,τι αφορά την συνολική ικανοποίηση από το φαγητό, διαπιστώνουμε από την εικόνα, ότι υπάρχει διαφορά στην μέση ικανοποίηση μεταξύ καταθλιπτικών και μη, αλλά και μεταξύ καταθλιπτικών και των μη καταθλιπτικών, ξεχωριστά, από τα νοσοκομεία των Αθηνών και της Επαρχίας.

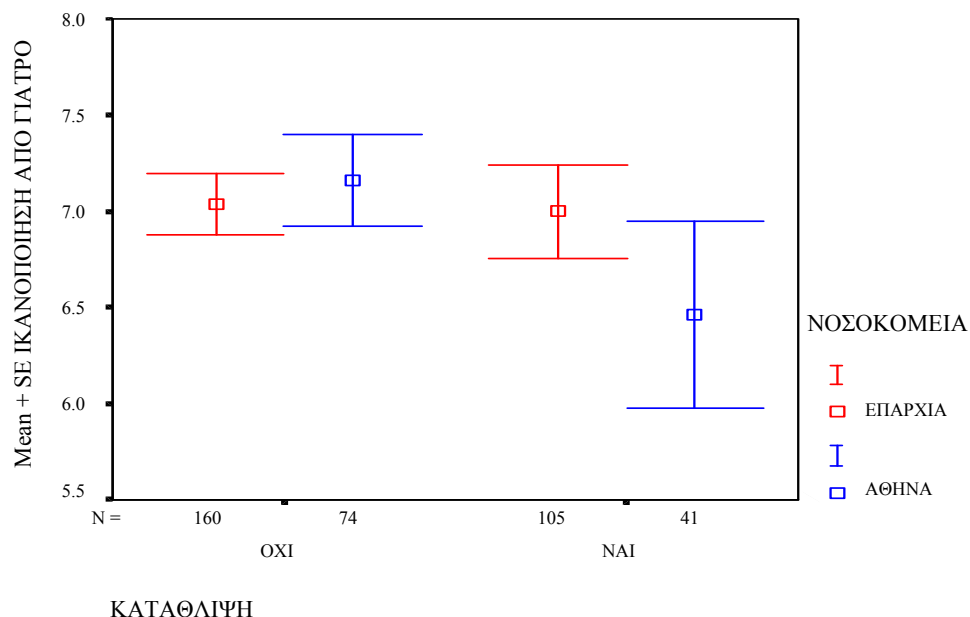
Εικόνα 8

Μέσες τιμές της συνολικής ικανοποίησης από το φαγητό, μεταξύ καταθλιπτικών και μη από τα νοσοκομεία των Αθηνών και της Επαρχίας



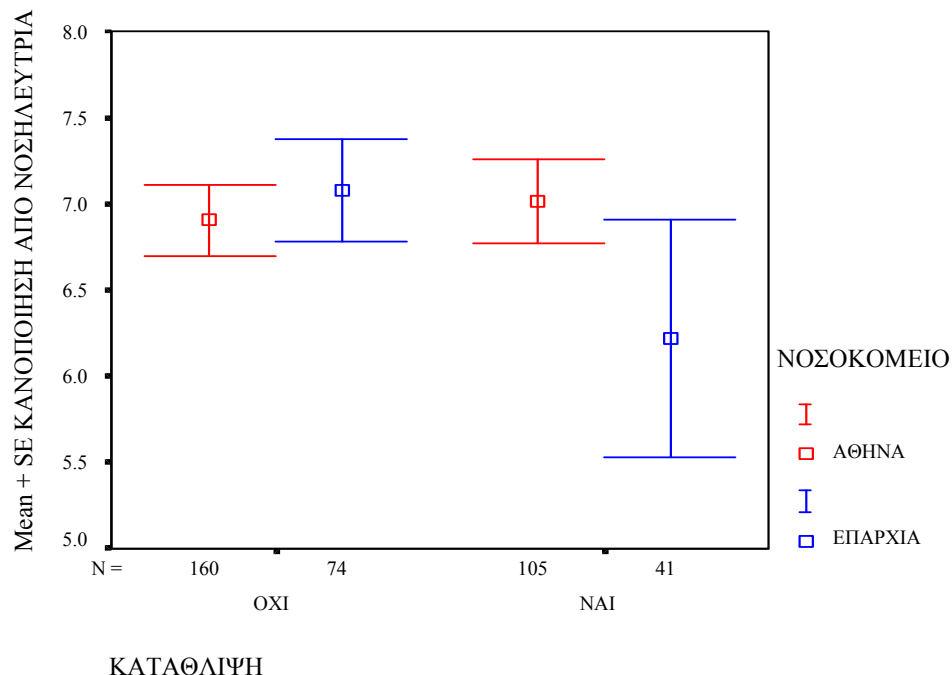
Εικόνα 9

Μέσες τιμές της συνολικής ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα, μεταξύ καταθλιπτικών και μη από τα νοσοκομεία των Αθηνών και της Επαρχίας



Εικόνα 10

Μέσες τιμές της συνολικής ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα, μεταξύ καταθλιπτικών και μη από τα νοσοκομεία των Αθηνών και της Επαρχίας



Δεν παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών ($\chi^2= 7.442$, $df= 4$, $p= .114$). Αναλυτικότερα, από το σύνολο των καταθλιπτικών ασθενών, η πλειοψηφία (46.6%) απάντησε ότι η συνολική φροντίδα ήταν καλή όπως την περίμεναν. Το ίδιο και οι μη καταθλιπτικοί ασθενείς (35.5%). Οι ασθενείς που απάντησαν ότι η φροντίδα ήταν κακή όπως την περίμεναν, σημείωσαν και την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα (6.94 ± 3.90),

ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως η φροντίδα ήταν χειρότερη από αυτή που περίμεναν (4.05 ± 3.67) και μέτρια όπως την περίμεναν (4.71 ± 3.11) σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία.

Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά της συνολικής συγκριτικής με τα υπόλοιπα νοσοκομεία εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών ($\chi^2 = 11.391$, $df = 4$, $p = .023$). Η πλειοψηφία των καταθλιπτικών ασθενών ($N = 60$, 41.1%) και των μη καταθλιπτικών ($N = 81$, 35.1%) υποστήριξαν ότι η φροντίδα που προσφέρθηκε από το συγκεκριμένο νοσοκομείο, ήταν η ίδια καλή με τα υπόλοιπα νοσοκομεία. Το 62.5% των ασθενών που απάντησαν ότι η συνολική φροντίδα ήταν η ίδια κακή με τα υπόλοιπα νοσοκομεία, έπασχαν από κατάθλιψη. Στις λοιπές περιπτώσεις υπήρχε σαφές προβάδισμα των μη καταθλιπτικών ασθενών. Οι ασθενείς που απάντησαν ότι η φροντίδα ήταν η ίδια κακή με των υπολοίπων νοσοκομείων, σημείωσαν και την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα (6.19 ± 3.54), ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως η φροντίδα ήταν χειρότερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία (4.54 ± 4.00) και η ίδια μέτρια με τα υπόλοιπα νοσοκομεία (4.76 ± 3.30) σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία.

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της συνολικής εκπλήρωσης των προσδοκιών από το φαγητό, μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών ($\chi^2 = 3.942$, $df = 4$, $p = .414$). Και σε αυτή την περίπτωση, οι ασθενείς που απάντησαν ότι το φαγητό ήταν κακό όπως το περίμεναν, σημείωσαν την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα (6.64 ± 3.68), ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως το φαγητό ήταν καλύτερο από αυτό που περίμεναν (4.25 ± 3.08) και χειρότερο από αυτό που περίμεναν (4.93 ± 3.21) σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία.

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της συνολικής με τα άλλα νοσοκομεία εκληφθείσας ποιότητας του φαγητού, μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών ($\chi^2 = 2.364$, $df = 4$, $p = .669$). Οι ασθενείς που απάντησαν ότι το φαγητό ήταν το ίδιο κακό με των άλλων νοσοκομείων, σημείωσαν την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα (6.64 ± 3.75), ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως το φαγητό ήταν καλύτερο σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία (4.58 ± 3.38) και χειρότερο σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία (4.57 ± 3.72) σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία.

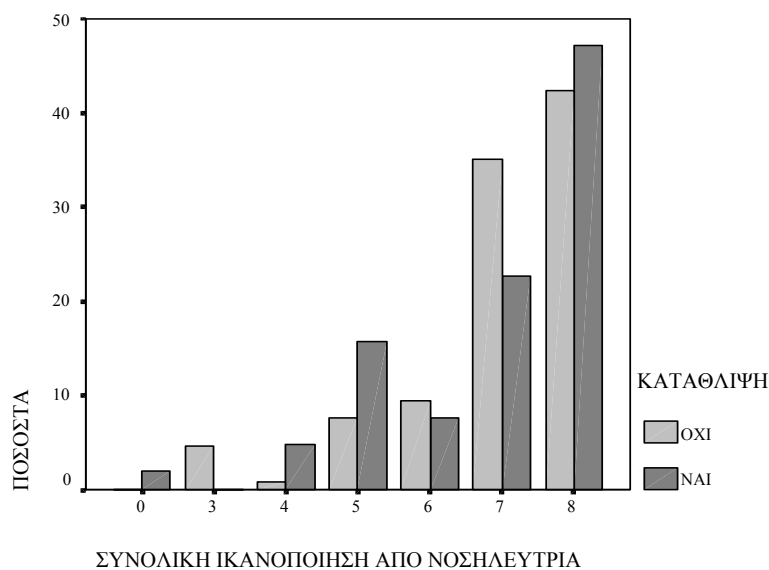
Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της συνολικής ικανοποίησης από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα, μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών ($\chi^2 = 13.655$, $df = 5$, $p = .018$). Η πλειοψηφία των καταθλιπτικών ασθενών (43.2%), απάντησε ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα, ενώ η πλειοψηφία των μη καταθλιπτικών ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι. Από το σύνολο των ασθενών που απάντησαν ότι είναι δυσαρεστημένοι με την ιατρική φροντίδα, όλοι (100%) έπασχαν από κατάθλιψη. Η πλειοψηφία των ασθενών που απάντησε ότι είναι «ουδέτεροι» ήταν καταθλιπτικοί (53.3%). Στις υπόλοιπες απαντήσεις η πλειοψηφία είναι οι μη καταθλιπτικοί ασθενείς.

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της συνολικής εκπλήρωσης των προσδοκιών από την ιατρική φροντίδα, μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών ($\chi^2 = 8.931$, $df = 4$, $p = .063$). Έτσι, η πλειοψηφία των καταθλιπτικών (61.6%) και των μη (56.8%) απάντησαν ότι η ιατρική φροντίδα ήταν καλή όπως την περίμεναν. Οι ασθενείς που απάντησαν ότι η ιατρική φροντίδα ήταν κακή όπως την περίμεναν, σημείωσαν την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα (6.33 ± 2.12), ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως ήταν κακή όπως την περίμεναν (4.74 ± 3.45) και καλύτερη από αυτή που περίμεναν (4.27 ± 2.94) σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία.

Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της συνολικής με τα άλλα νοσοκομεία εκληφθείσας ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών ($\chi^2 = 9.622$, $df = 4$, $p = .047$). Η πλειοψηφία των καταθλιπτικών (49.3%) και των μη (54.1%) απάντησαν ότι η ιατρική φροντίδα ήταν το ίδιο καλή με τα υπόλοιπα νοσοκομεία. Από το σύνολο των ασθενών που

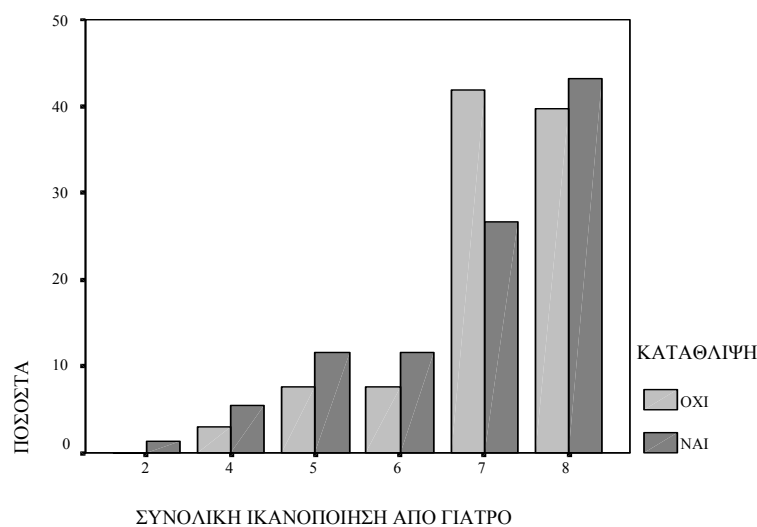
απάντησαν πως η ιατρική φροντίδα ήταν το ίδιο κακή με τα άλλα νοσοκομεία, το 80% έπασχαν από κατάθλιψη. Στις άλλες απαντήσεις η μεγαλύτερη αναλογία ήταν μη καταθλιπτικοί ασθενείς. Οι ασθενείς που απάντησαν ότι η ιατρική φροντίδα ήταν το ίδιο κακή με τα άλλα νοσοκομεία, σημείωσαν την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα (6.40 ± 2.01), ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως ήταν το ίδιο καλή με τα άλλα νοσοκομεία (5.00 ± 3.16) και χειρότερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία (4.89 ± 4.45) σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία.

Υπήρξε διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της συνολικής ικανοποίησης από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών. Η πλειοψηφία των καταθλιπτικών (47.3%) και των μη καταθλιπτικών ασθενών (42.3%) απάντησαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Από το σύνολο των ασθενών που απάντησαν ότι είναι «αδιάφοροι» όλοι έπασχαν από κατάθλιψη, ενώ από το σύνολο αυτών που ισχυρίστηκαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι, όλοι δεν έπασχαν από κατάθλιψη. Οι ασθενείς που σημείωσαν την μικρότερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα, ήταν αυτοί που απάντησαν ότι αισθάνονται απλά ικανοποιημένοι (3.73 ± 3.33).



ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
OXI
NAI

σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της συνολικής εκπλήρωσης των προσδοκιών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών ($\chi^2 = 14.969$, $df = 6$, $p = .005$). Η πλειοψηφία των καταθλιπτικών (52.7%) και των μη καταθλιπτικών ασθενών (48.7%) απάντησαν ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ήταν καλή όπως την περίμεναν. Από το σύνολο των ασθενών που απάντησαν ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν κακή όπως την περίμεναν, το 75% έπασχε από κατάθλιψη. Οι ασθενείς που σημείωσαν την μικρότερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα, ήταν αυτοί που απάντησαν ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν μέτρια όπως την περίμεναν (4.09 ± 3.04).



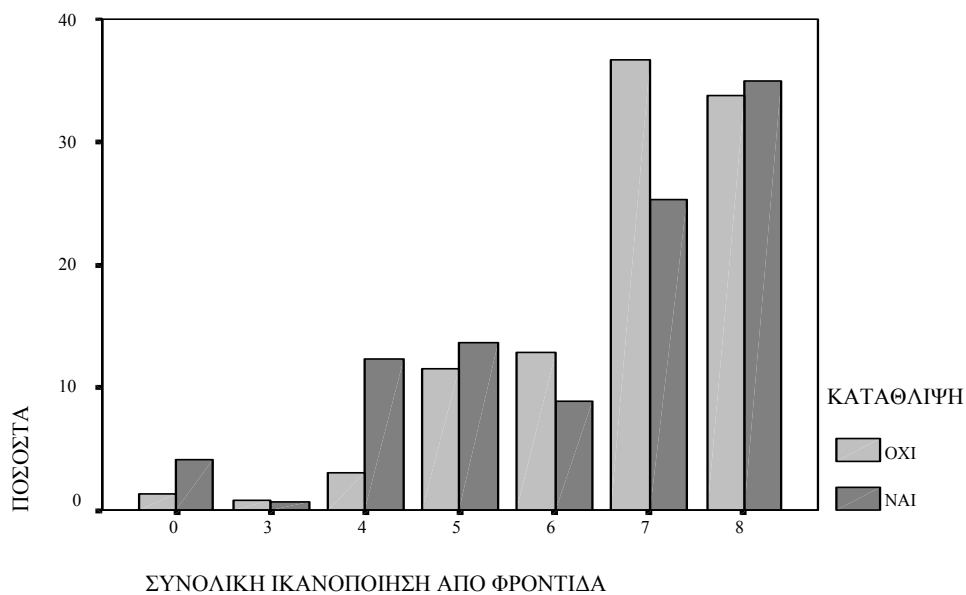
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
OXI
NAI

που σημείωσαν την μικρότερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα, ήταν αυτοί που απάντησαν ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν μέτρια όπως την περίμεναν (4.09 ± 3.04).

Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της συνολικής συγκριτικής με τα άλλα νοσοκομεία εκληφθείσας ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών ($\chi^2= 21.605$, $df= 4$, $p= .000$). Η πλειοψηφία των καταθλιπτικών (48.6%) και των μη καταθλιπτικών ασθενών (43.3%) απάντησαν ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ήταν η ίδια καλή με τα άλλα νοσοκομεία. Η πλειοψηφία (61.1%) των ασθενών που απάντησαν ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν χειρότερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία και η ίδια κακή με τα άλλα νοσοκομεία (66.7%), έπασχαν από κατάθλιψη. Οι ασθενείς που σημείωσαν την μικρότερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα, ήταν αυτοί που απάντησαν ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν η ίδια μέτρια με τα άλλα νοσοκομεία (3.70 ± 3.09).

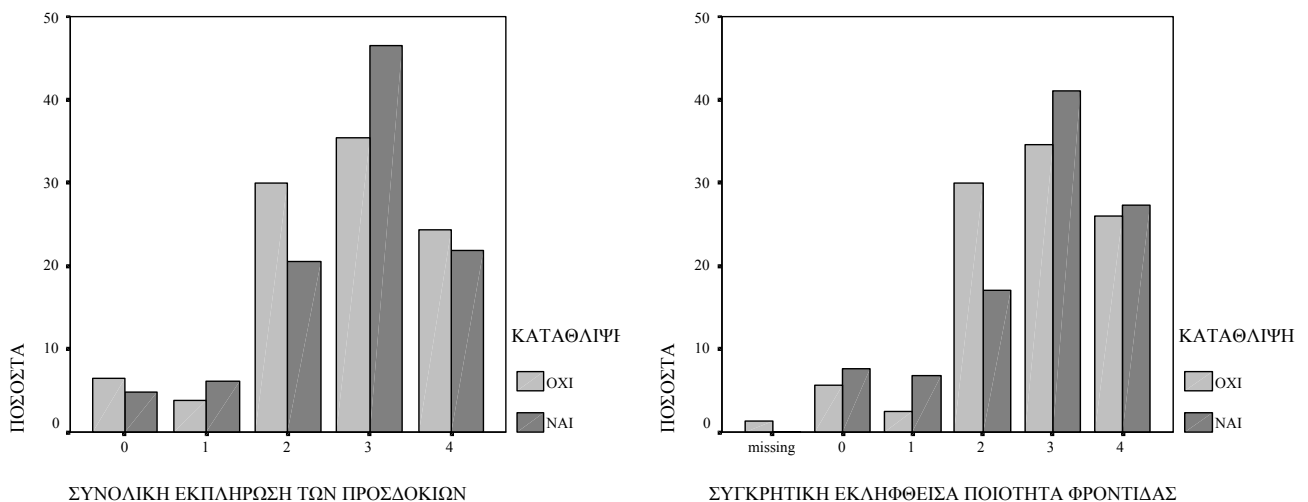
Εικόνα 11

Ραβδόγραμμα με τα ποσοστά των απαντήσεων των καταθλιπτικών και μη ασθενών



Εικόνα 12

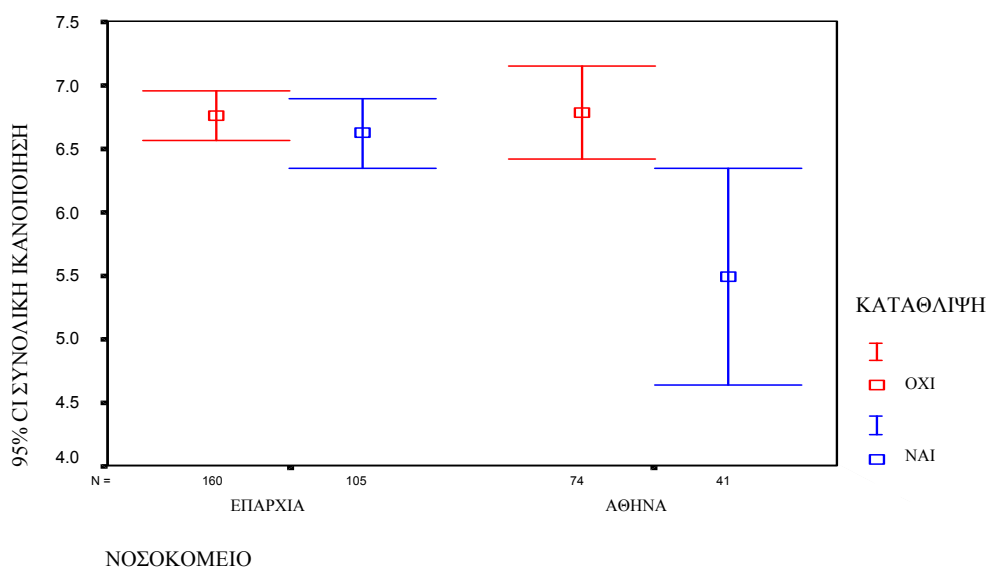
Ραβδόγραμμα με τα ποσοστά των απαντήσεων των καταθλιπτικών και μη ασθενών



Στην εικόνα 13, φαίνεται μια διαφορά στην μέση ικανοποίηση των καταθλιπτικών ασθενών που προέρχονται από νοσοκομεία των Αθηνών και της Επαρχίας, σε αντίθεση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς.

Εικόνα 13

Συνολική ικανοποίηση και κατάθλιψη μεταξύ των ασθενών από την Επαρχία και την Αθήνα



Προκειμένου να διερευνήσουμε αυτήν την διαφοροποίηση, όπως παρουσιάζεται εικόνα 13, μελετήσαμε ξεχωριστά τα δυο δείγματα: από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και των Αθηνών και διαπιστώσαμε τα ακόλουθα:

A. Νοσοκομεία Επαρχίας:

Από τα αποτελέσματα του Mann-Whitney U απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές στις μεταβλητές του πίνακα 35.

Πίνακας 35

Διαφορές στις μέσες τιμές των συνολικών κλιμάκων μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών που προέρχονται από τα νοσοκομεία της Επαρχίας

	Μη καταθλιπτικοί		Καταθλιπτικοί		Z ¹
	N	M (SD)	N	M (SD)	
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας	160	3.16 (± 0.98)	105	2.86 (± 1.17)	.020
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας	159	3.19 (± 1.02)	105	2.92 (± 1.20)	.044
Συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα	160	2.54 (± 1.17)	105	2.84 (± 1.05)	.019
Συνολική συγκριτική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας	157	2.63 (± 1.16)	105	2.86 (± 1.16)	.046
Συνολική εκπλήρωση προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα	160	2.74 (± 1.06)	105	2.94 (± 1.08)	.030

¹ Mann-Whitney U

B. Νοσοκομεία Αθηνών:

Από τα αποτελέσματα του Mann-Whitney U απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές στις μεταβλητές του πίνακα 36.

Πίνακας 36

Διαφορές στις μέσες τιμές των συνολικών κλιμάκων μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών που προέρχονται από τα νοσοκομεία της Αθήνας

	Μη καταθλιπτικοί		Καταθλιπτικοί		Z ¹
	N	M (SD)	N	M (SD)	
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας	74	3.08 (± 1.13)	41	2.39 (± 1.55)	.017
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας	74	3.09 (± 1.12)	41	2.51 (± 1.49)	.029
Συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας	74	3.09 (± 1.16)	41	2.41 (± 1.53)	.013
Συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα	74	6.78 (± 1.59)	41	5.49 (± 2.72)	.024
Συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα	74	2.97 (± 0.79)	41	2.51 (± 0.93)	.010
Συνολική συγκριτική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας	74	2.97 (± 0.76)	41	2.44 (± 1.10)	.012
Συνολική ικανοποίηση από το φαγητό	74	6.03 (± 1.74)	41	4.80 (± 1.96)	.001
Συνολική συγκριτική εκληφθείσα ποιότητα του φαγητού	74	2.69 (± 0.92)	41	2.37 (± 0.89)	.050
Συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα	74	7.16 (± 1.03)	41	6.46 (± 1.55)	.030
Συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την ιατρική φροντίδα	74	3.18 (± 0.60)	41	2.80 (± 0.81)	.010
Συνολική συγκριτική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας	74	3.19 (± 0.57)	41	2.83 (± 0.83)	.013
Συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα	74	3.18 (± 0.67)	41	2.80 (± 0.95)	.045
Συνολική συγκριτική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας	74	3.20 (± 0.68)	41	2.76 (± 1.04)	.026
Πρόθεση να προτείνουν το νοσοκομείο	74	3.43 (± 0.72)	41	2.90 (± 1.20)	.032
Πρόθεση να ξανανοσηλευτούν	74	3.41 (± 0.68)	41	3.00 (± 1.00)	.038

¹ Mann-Whitney U

Η επίδραση των προσδοκιών στην ικανοποίηση των ασθενών και στην εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδα

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε μια ισχυρή θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα:

1. στην συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα και στην εκπλήρωση των αντιστοιχών προσδοκιών τους από αυτήν ($r = .450$ $p = .000$):

το ίδιο συνέβη ανάμεσα στην ικανοποίηση από το φαγητό και στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών από αυτό ($r = .514$ $p = .000$), ανάμεσα στην συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα και στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών από το φαγητό του νοσοκομείου ($r = .400$ $p = .000$), ανάμεσα στην συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα και στην εκπλήρωση των προσδοκιών τους από αυτήν ($r = .493$ $p = .000$), ανάμεσα στην συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και στην συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από αυτήν ($r = .637$ $p = .000$). Αθροίζοντας τις απαντήσεις των ασθενών στις 26 ερωτήσεις της κλίμακάς μας, διαπιστώσαμε μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία των ηλικιωμένων ασθενών στην εκπλήρωση των προσδοκιών τους από κάθε ερώτηση και στην αντίστοιχη ικανοποίηση ($r = .702$ $p = .000$). Αυτό σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η εκπλήρωση των ασθενών από την φροντίδα τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίησή τους από αυτήν,

2. στην συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα και την συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητά της ($r = .406$ $p = .000$):

το ίδιο συνέβη ανάμεσα στην συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα του φαγητού και στην ικανοποίηση από αυτό ($r = .606$ $p = .000$), ανάμεσα στην συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και στην συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($r = .327$ $p = .000$), ανάμεσα στην συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και στην συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($r = .427$ $p = .000$), ανάμεσα στην συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και στην ικανοποίηση από αυτήν ($r = .463$ $p = .000$). Διαπιστώνουμε λοιπόν, ότι ο ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης της συνολικής ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα, είναι η άποψη που σχηματίζει ο ασθενής για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας του συγκεκριμένου νοσοκομείου, σε σύγκριση με των άλλων νοσοκομείων που έχει επισκεφτεί, έχει ακούσει ή φαντάζεται,

3. ανάμεσα στην συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και στην συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από αυτήν ($r = .860$ $p = .000$),

Το Wilcoxon test έδειξε ότι τα δυο δείγματα διαφέρουν στατιστικά σημαντικά στα ακόλουθα: (1) η συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας ήταν μεγαλύτερη από την συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από αυτήν ($p = .023$), (2) η συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα ήταν μεγαλύτερη από την συγκριτική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ($p = .000$),

Σχέση ικανοποίησης και συγκριτικής εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε μια ισχυρή θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα:

1. στην συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας και στην ικανοποίηση από αυτήν ($r = .406$ $p = .000$),
2. στην συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα του φαγητού και στην ικανοποίηση από αυτό ($r = .606$ $p = .000$),
3. στην συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και στην ικανοποίηση από αυτήν ($r = .463$ $p = .000$),
4. στην συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και στην συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($r = .427$ $p = .000$),
5. στην συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και στην συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($r = .327$ $p = .000$).

Σχέση ικανοποίησης από τη συνολική φροντίδα και ικανοποίησης από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, έδειξε μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα:

1. στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από το φαγητό και στην συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα ($r = .514$ $p = .000$). Το Wilcoxon Test έδειξε ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα είναι μεγαλύτερη από την συνολική ικανοποίηση από το φαγητό που προσφέρθηκε στο νοσοκομείο ($p = .000$).
2. στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από το φαγητό και στην συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα ($r = .739$ $p = .000$). Το Wilcoxon Test έδειξε ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα είναι μεγαλύτερη από την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($p = .000$).
3. στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα και την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($r = .770$ $p = .000$). Το Wilcoxon Test έδειξε ότι η συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο είναι μεγαλύτερη από την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($p = .000$).
4. στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από στην παρεχόμενη ιατρική φροντίδα και την συνολική ικανοποίηση από το φαγητό ($r = .464$ $p = .000$). Το Wilcoxon Test έδειξε ότι η συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο είναι μεγαλύτερη από την συνολική ικανοποίηση από το φαγητό ($p = .000$).
5. στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από στην διαχείριση του πόνου τους και στην συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($r = .359$ $p = .000$). Το Wilcoxon test έδειξε ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών, που αισθάνθηκαν κάποιον πόνο κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, από τον τρόπο που τον διαχειρίστηκε το προσωπικό, είναι μεγαλύτερη από την συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα ($p = .000$).
6. στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους από τον γιατρό και στην συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα ($r = .385$ $p = .000$).

- .000). Το Wilcoxon test έδειξε ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών, που αισθάνθηκαν κάποιον πόνο κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, από τον τρόπο που τον διαχειρίστηκε ο γιατρός, είναι μεγαλύτερη από την συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα ($p = .000$).
7. στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους από τη νοσηλεύτρια και στην συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ($r = .448$ $p = .000$). Το Wilcoxon test έδειξε ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών, που αισθάνθηκαν κάποιον πόνο κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, από τον τρόπο που τον διαχειρίστηκε η νοσηλεύτρια, είναι μεγαλύτερη από την συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα ($p = .007$).
 8. στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τον τρόπο που η νοσηλεύτρια διαχειρίστηκε τον πόνο τους και στην ικανοποίησή τους από την συνολική διαχείριση του ($r = .861$ $p = .000$). Ωστόσο το Wilcoxon test δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ($p = .440$).
 9. στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τον τρόπο που ο γιατρός διαχειρίστηκε τον πόνο τους και στην ικανοποίησή τους από την συνολική διαχείριση του ($r = .822$ $p = .000$). Το Wilcoxon test δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ($p = .059$),
 10. στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τον τρόπο που ο γιατρός διαχειρίστηκε τον πόνο τους και στην συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τον τρόπο που η νοσηλεύτρια διαχειρίστηκε τον πόνο τους ($r = .826$ $p = .000$). το Wilcoxon test δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ($p = .172$).

Η συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα φαίνεται να αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της συνολικής ικανοποίησης από την φροντίδα, αφού η συσχέτιση ήταν μεγαλύτερη. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, στην οποία η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα και ανεξάρτητες, είναι η ικανοποίηση από το φαγητό, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα, δείχνει ότι οι 3 ανεξάρτητες μεταβλητές ερμηνεύουν το 59.4% της μεταβλητότητας της συνολικής ικανοποίησης από την φροντίδα, με την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα να είναι ο ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης ($\beta = .491$, $t = 11.213$, $p = .000$) και έπονται η συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα ($\beta = .275$, $t = 6.401$, $p = .000$) και η συνολική ικανοποίηση από το φαγητό ($\beta = .275$, $t = 6.401$, $p = .000$). Βάζοντας στην ανάλυση παλινδρόμησης και την συνολική ικανοποίηση από την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, βλέπουμε ότι βελτιώνεται το μοντέλο, αφού έχουμε μια μεγάλη αύξηση στο ποσοστό της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες (αύξηση του R^2 από .594 σε .715). Έτσι, οι ισχυρότεροι προβλεπτικοί δείκτες, εκ νέου, είναι η συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα, ($\beta = .416$, $t = 7.780$, $p = .000$), η συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια ($\beta = .330$, $t = 7.071$, $p = .000$), η συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα ($\beta = .144$, $t = 2.903$, $p = .004$) και η συνολική ικανοποίηση από το φαγητό ($\beta = .111$, $t = 2.736$, $p = .007$).

Η εκπλήρωση των προσδοκιών, της ποιότητας της φροντίδας -όπως την εκλαμβάνει ο ηλικιωμένος ασθενής- και της ικανοποίησης από την φροντίδα, μελετήθηκαν με τρόπο ανάλογο της μελέτης των *στάσεων* των ασθενών απέναντι στην φροντίδα, σύμφωνα με την κοινωνική ψυχολογία. Προκειμένου να διερευνήσουμε τα παραγωγικά αίτια της μελλοντικής εν δυνάμει συμπεριφοράς των ασθενών, που εκδηλώνεται με την πρόθεση των ασθενών να ξανανοσηλευτούν στο μέλλον στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, ή να το προτείνουν σε κάποιον γνωστό τους, προχωρήσαμε σε ανάλυση συσχετίσεων η οποία έδειξε ότι η πρόθεση των ασθενών να ξανανοσηλευτούν σχετίζεται με:

- την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια που δέχθηκαν ($r = .562$, $p = .000$), με την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα ($r = .549$, $p = .000$), με την ικανοποίηση από την φροντίδα ($r = .536$, $p = .000$), με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα ($r = .472$,

p= .000), την εκληφθείσα ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας (r= .410, p= .000), την εκληφθείσα ποιότητας της συνολικής φροντίδας (r= .376, p= .000), την εκληφθείσα ποιότητας της συνολικής ιατρικής φροντίδας (r= .323, p= .000), την εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα (r= .390, p= .000), από την φροντίδα (r= .363, p= .000) και από την ιατρική φροντίδα (r= .260, p= .000). Συνεπώς:

Εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα → ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα → πρόθεση να ξανανοσηλευτούν

Η ανάλυση παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή την πρόθεση των ασθενών να ξανανοσηλευτούν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και ανεξάρτητες την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, την συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών και την συνολική ικανοποίηση από αυτήν, έδειξε ότι οι 3 ανεξάρτητες μεταβλητές ερμηνεύουν το 35.5% της μεταβλητότητας της πρόθεσης των ασθενών να ξανανοσηλευτούν, με ισχυρότερους προβλεπτικούς δείκτες την εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (beta= .280, t= 5.946, p= .000), την συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα (beta= .274, t= 4.845, p= .000) και την εκπλήρωση των προσδοκιών από αυτήν (beta= .189, t= 3.649, p= .000). Εισάγοντας στο μοντέλο την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, την συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών και την συνολική ικανοποίηση από αυτήν, παρατηρούμε μια μικρή βελτίωση του R², από .355 σε .378.

Αντίστοιχα, η πρόθεση των ασθενών να το προτείνουν σε κάποιον γνωστό τους σχετίζεται με:

- την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα (r= .678, p= .000), με την ικανοποίηση από την φροντίδα (r= .641, p= .000), με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα (r= .516, p= .000), με την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια που δέχθηκαν (r= .513, p= .000), την εκληφθείσα ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας (r= .354, p= .000), την εκληφθείσα ποιότητας της συνολικής φροντίδας (r= .320, p= .000), την εκληφθείσα ποιότητας της συνολικής ιατρικής φροντίδας (r= .295, p= .000), την εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα (r= .485, p= .000), από την φροντίδα (r= .364, p= .000) και από την ιατρική φροντίδα (r= .302, p= .000).

Εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα → ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα → πρόθεση να προτείνουν το νοσοκομείο

Η ανάλυση παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή την πρόθεση των ασθενών να προτείνουν το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους, και ανεξάρτητες την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, την συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών και την συνολική ικανοποίηση από αυτήν, έδειξε ότι οι 3 ανεξάρτητες μεταβλητές ερμηνεύουν το 49.4% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής, με ισχυρότερους προβλεπτικούς δείκτες την συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα (beta= .413, t= 8.258, p= .000), την εκπλήρωση των προσδοκιών από αυτήν (beta= .272, t= 5.907, p= .000) και την εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (beta= .161, t= 3.847, p= .000). Εισάγοντας στο μοντέλο την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, την συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών και την συνολική ικανοποίηση από αυτήν, δεν παρατηρούμε καμιά βελτίωση του R².

Απομονώνοντας το δείγμα των καταθλιπτικών ασθενών, διαπιστώθηκε ότι η πρόθεση των ασθενών να ξανανοσηλευτούν σχετίζεται με:

- με την ικανοποίηση από την φροντίδα (r= .583, p= .000), με την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα (r= .517, p= .000), την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια

που δέχθηκαν ($r = .514$, $p = .000$), με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα ($r = .488$, $p = .000$), την εκληφθείσα ποιότητα της συνολικής φροντίδας ($r = .467$, $p = .000$), την εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ($r = .448$, $p = .000$), την εκληφθείσα ποιότητα της συνολικής ιατρικής φροντίδας ($r = .389$, $p = .000$), την εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα ($r = .352$, $p = .000$), από τη νοσηλευτική φροντίδα ($r = .348$, $p = .000$), και από την ιατρική φροντίδα ($r = .296$, $p = .000$).

Εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα → ικανοποίηση από την φροντίδα → πρόθεση να ξανανοσηλευτούν

Αντίστοιχα, η πρόθεση των καταθλιπτικών ασθενών να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους σχετίζεται με:

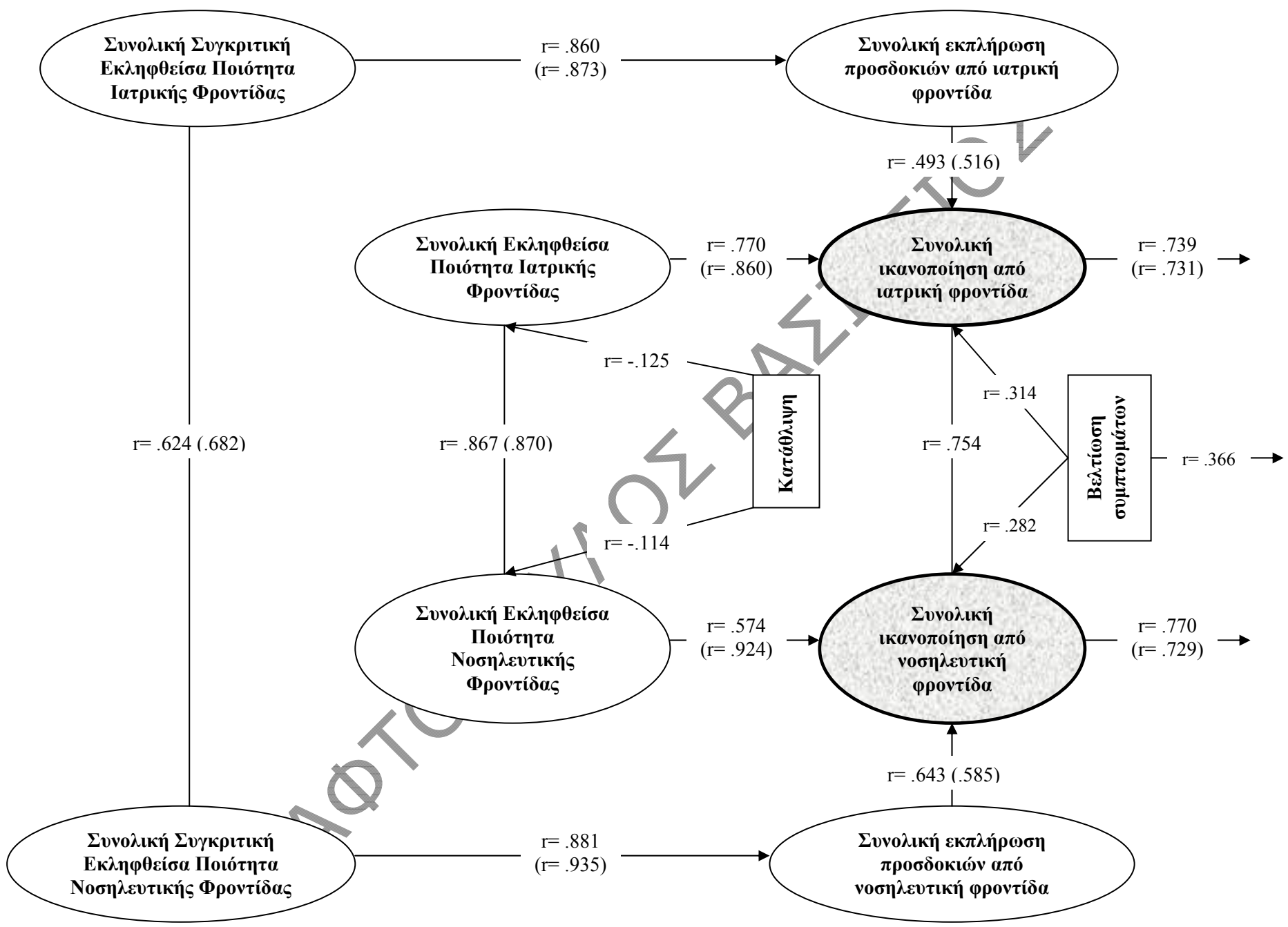
- την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα ($r = .738$, $p = .000$), με την ικανοποίηση από την φροντίδα ($r = .729$, $p = .000$), με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα ($r = .665$, $p = .000$), με την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια που δέχθηκαν ($r = .527$, $p = .000$), εκληφθείσα ποιότητα της συνολικής φροντίδας ($r = .315$, $p = .000$), την εκληφθείσα ποιότητα της συνολικής ιατρικής φροντίδας ($r = .289$, $p = .000$), την εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ($r = .285$, $p = .000$), την εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα ($r = .525$, $p = .000$), από την φροντίδα ($r = .494$, $p = .000$) και από την ιατρική φροντίδα ($r = .432$, $p = .000$).

Εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα → ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα → πρόθεση να προτείνουν το νοσοκομείο

Στο γράφημα που ακολουθεί, φαίνεται η αλληλεπίδραση της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, της εκπλήρωσης των προσδοκιών, της συγκριτικής με τα άλλα νοσοκομεία εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας και της συνολικής ικανοποίησης από την φροντίδα. Στην παρένθεση βρίσκονται οι συντελεστές συσχέτισης για το δείγμα των καταθλιπτικών –μόνο- ασθενών. Ειδικότερα, στην παρούσα έρευνα, αποδεικνύεται η θεωρία¹¹⁷ του Oliver που βασίστηκε στο υπόδειγμα¹⁶¹ των Howard & Sheth:

Προσδοκίες ⇔ εκπλήρωση των προσδοκιών ⇔ ικανοποίηση ⇔ διαμόρφωση στάσης ⇔ πρόθεση να ξανανοσηλευτούν ή να προτείνουν το νοσοκομείο.

Και στην παρούσα έρευνα φαίνεται να επιβεβαιώνεται η σχέση²⁸⁷: *ποιότητα μιας υπηρεσίας ⇔ ικανοποίηση*, η οποία είχε υποστηριχθεί από τους Woodside et al., στον χώρο της φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα, η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική ικανοποίηση των ασθενών και ανεξάρτητη την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, έδειξε ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή ερμηνεύει το 21.2% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής και αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη ($\beta = .460$, $t = 10.068$, $p = .000$), αφού όταν η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας είναι η ανεξάρτητη μεταβλητή ερμηνεύει το 20.7% της μεταβλητότητας ($\beta = .455$, $t = 9.924$, $p = .000$) και όταν η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας είναι η ανεξάρτητη μεταβλητή ερμηνεύει το 16.5% της μεταβλητότητας ($\beta = .407$, $t = 8.623$, $p = .000$). Οι Woodside et al., υποστήριξαν ότι η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας είναι εκείνη που ερμηνεύει το μεγαλύτερο ποσοστό της μεταβλητότητας της συνολικής ικανοποίησης από την φροντίδα με μια τιμή το $t = 9.4$.



ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΤΩΝ 26 ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Εκτίμηση των προσδοκιών από την φροντίδα

Στον πίνακα 37, παρουσιάζονται τα νούμερα από την κλίμακα εκτίμησης των ΠΡΟΣΔΟΚΙΩΝ των ασθενών από την φροντίδα στο νοσοκομείο. Πρόκειται για τις απαντήσεις των ασθενών στην ερώτηση «*περιμένω κατά την διάρκεια της νοσηλείας μου στο νοσοκομείο να...*». Όπως μπορούμε να διακρίνουμε:

- αυτά που αφήνουν αδιάφορους τους περισσότερους ασθενείς είναι οι προσδοκίες από: την *τήρηση του απορρήτου των πληροφοριών που τους αφορούν, από το προσωπικό (ερ.20) και την αίσθηση ότι το Τμήμα στο οποίο νοσηλεύεται, λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο,*
- αυτά για τα οποία οι ασθενείς δηλώνουν ουδέτεροι είναι οι προσδοκίες: *από την τήρηση του επισκεπτηρίου (5) και της ποικιλίας του φαγητού,*
- αυτά που δεν προσδοκούν σε καμιά περίπτωση κάποιοι ασθενείς είναι: *η τήρηση του επισκεπτηρίου και στην ουσία δεν επιθυμούν να τηρείται γιατί τους αρέσει η συντροφιά των άλλων ανθρώπων έστω και αν θορυβούν,*
- αυτά που δεν προσδοκούν οι ασθενείς, είναι: *η ποικιλία (1), το σερβίρισμα (2) και η νοστιμιά του φαγητού (3),*
- αυτά που προσδοκούν περισσότεροι ασθενείς είναι: *να σέβεται το προσωπικό την παρουσία και το ενδιαφέρον του συγγενή τους (25), να έχουν ένα άνετο δωμάτιο και ένα άνετο κρεβάτι (9) και να τους σέβεται ο γιατρός όταν τους εξετάζει (18),*
- αυτά που προσδοκούν με βεβαιότητα οι ασθενείς είναι: *να γνωρίζουν οι νοσηλευτές καλά την δουλειά τους (19) και να βρίσκουν πάντα μια νοσηλεύτρια όταν την χρειάζονται (16).*

Διχοτομώντας τις απαντήσεις των ασθενών σε: *περιμένω και δεν περιμένω,* διαπιστώσαμε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων μεταξύ των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και των Αθηνών, στις εξής ερωτήσεις:

- την αίσθηση εμπιστοσύνης από το προσωπικό ώστε να συζητούν μαζί του πολύ προσωπικά προβλήματα τους (Fisher's Exact Test 2-sided= .009). Αναλυτικότερα, μεταξύ των ασθενών από την Επαρχία, το 7.4% απάντησε ότι δεν το περιμένει και το 92.6% ότι το περιμένει. Αναφορικά με τους ασθενείς από την Αθήνα, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 0.9% και 99.1%.
- την απαίτηση των ασθενών για πληροφορημένη συναίνεση σε οποιαδήποτε παρέμβαση τους αφορά. (Fisher's Exact Test 2-sided= .010). Αναλυτικότερα, μεταξύ των ασθενών από την Επαρχία, το 17.1% απάντησε ότι δεν το περιμένει και το 82.9% ότι το περιμένει. Αναφορικά με τους ασθενείς από την Αθήνα, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 6.7% και 93.3%.

Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών, ως προς το κοινωνικό-οικονομικό τους επίπεδο (Fisher's Exact Test 2-sided= .005), στην ερώτηση αν περιμένουν να τηρείται το επισκεπτήριο. Έτσι, μεταξύ των ασθενών κάτω του ορίου φτώχιας, το 7.4% δεν το περιμένει, ενώ το 92.6% το περιμένει. Για τους ασθενείς άνω του ορίου φτώχιας, τα ποσοστά είναι 0.8% και 99.2%. Παρόμοια στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε και στα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών, ως προς αν εισήχθησαν στο νοσοκομείο ως επείγουσα περίπτωση ή μετά από προγραμματισμένο ραντεβού, στην ερώτηση αν περιμένουν να ζητά το προσωπικό την άδειά τους πριν τους κάνει οποιαδήποτε παρέμβαση (Fisher's Exact Test 2-sided= .002), οπότε και μεταξύ των ασθενών που εισήχθηκε μετά από ραντεβού, το 5.9% δεν το περιμένει, το 94.1% το περιμένει, ενώ για τις επείγουσες περιπτώσεις τα ποσοστά είναι 18.3% και 81.7%.

Πίνακας 37

Συχνότητα και ποσοστά απαντήσεων στις 26 ερωτήσεις της κλίμακας εκτίμησης των *ΠΡΟΣΔΙΟΚΙΩΝ* από την φροντίδα

ΕΡΩΤΗΣΗ	Αδιάφορος		Ουδέτερος		Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	14	3.7	40	10.6	-	-	62	16.4	167	44.3	94	24.9
2	11	2.9	24	6.4	-	-	58	15.4	173	45.9	111	29.4
3	10	2.7	20	5.3	-	-	58	15.4	146	38.7	143	37.9
4	1	0.3	2	0.5	-	-	-	-	169	44.5	208	54.7
5	14	3.7	41	10.8	8	2.1	6	1.6	174	45.8	137	36.1
6	15	3.9	10	2.6	-	-	3	0.8	191	50.3	161	42.4
7	2	0.5	3	0.8	-	-	-	-	177	46.6	198	52.1
8	13	3.4	25	6.6	-	-	6	1.6	158	41.6	178	46.8
9	4	1.1	9	2.4	-	-	3	0.8	206	54.2	158	41.6
10	2	0.5	8	2.1	-	-	-	-	203	53.4	167	43.9
11	-	-	15	3.9	-	-	6	1.6	147	38.7	212	55.8
12	3	0.8	13	3.4	-	-	-	-	175	46.1	189	49.7
13	9	2.4	30	7.9	-	-	18	4.7	170	44.7	153	40.3
14	1	0.3	14	3.7	2	0.5	3	0.8	180	47.4	180	47.4
15	-	-	1	0.3	2	0.5	-	-	162	42.6	215	56.6
16	1	0.3	3	0.8	-	-	-	-	158	41.6	218	57.4
17	-	-	4	1.1	-	-	-	-	196	51.6	180	47.4
18	-	-	7	1.8	-	-	3	0.8	206	54.2	164	43.2
19	-	-	3	0.8	-	-	-	-	128	33.8	248	65.4
20	36	9.5	18	4.7	-	-	1	0.3	177	46.6	148	38.9
21	12	3.2	30	7.9	5	1.3	42	11.1	162	42.6	129	33.9
22	2	0.5	6	1.6	2	0.5	1	0.3	173	45.5	196	51.6
23	-	-	4	1.1	-	-	4	1.1	190	50.0	182	47.9
24	1	0.3	13	3.4	-	-	4	1.1	163	42.9	199	52.4
25	-	-	16	4.2	-	-	2	0.5	211	55.5	151	39.7
26	13	3.4	14	3.7	2	0.5	1	0.3	202	53.2	148	38.9

Με βάση την συνολική βαθμολογία των ασθενών στην κλίμακα των 26 ερωτήσεων, βρέθηκε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από την φροντίδα και έχουν την τάση να θεωρούν λιγότερο σημαντικές τις διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από την κλίμακα. Απομονώνοντας το δείγμα των καταθλιπτικών ασθενών και χρησιμοποιώντας την δοκιμασία Mann-Whitney, διαπιστώσαμε πως οι άνδρες είχαν μεγαλύτερες προσδοκίες αναφορικά με την οργάνωση του Τμήματος ($p = .036$) και την ύπαρξη ενός άνετου δωματίου και κρεβατιού ($p = .015$), ενώ οι γυναίκες σε ό,τι αφορά την παροχή πληροφοριών από τον γιατρό για την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο ($p = .011$). Από αυτό πάλι το δείγμα, συμπεράναμε ότι οι ασθενείς από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, είχαν υψηλότερες προσδοκίες σχετικά με την τήρηση του επισκεπτηρίου ($p = .006$), την ύπαρξη ενός άνετου δωματίου και κρεβατιού ($p = .001$), την διασφάλιση ενός καλού ύπνου που δεν θα διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού ($p = .002$), την ένδειξη σεβασμού από το προσωπικό ($p = .045$), την ευγένεια του προσωπικού ($p = .005$), τον σεβασμό της ατομικότητάς τους από τον γιατρό όταν τους εξετάζει ($p = .031$), την τήρηση του απορρήτου των προσωπικών τους δεδομένων ($p = .038$), την συμβουλευτική διάσταση του έργου του γιατρού ($p = .005$) και την φροντίδα από το ιατρικό προσωπικό χωρίς να ζητά χρήματα ($p = .031$).

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς που είχαν εισαχθεί στο παρελθόν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, είχαν υψηλότερες προσδοκίες από την φροντίδα σε σχέση με αυτούς που εισάγονταν για πρώτη φορά ($p = .001$) και ειδικότερα σε ό,τι αφορά την ύπαρξη καθαρού δωματίου, την τήρηση του επισκεπτηρίου, την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού το βράδυ, την διασφάλιση ενός καλού και ήσυχου ύπνου, την ενσυναίσθηση του προσωπικού, την αίσθηση εμπιστοσύνης που αποπνέει το προσωπικό, την ευκολία πρόσβασης στην ιατρική φροντίδα όταν υπάρχει ανάγκη, τον σεβασμό της ατομικότητάς του από τον γιατρό, την αίσθηση επιστημονικής επάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού, την τήρηση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων, την συμβουλευτική του προσωπικού και την φροντίδα από τους γιατρούς χωρίς να ζητούν επιπρόσθετη αμοιβή.

Η δοκιμασία Kruskal-Wallis έδειξε ότι καθώς αυξάνεται η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν οι ασθενείς μειώνονται και οι προσδοκίες τους ($p = .046$). την μικρότερη βαθμολογία στην εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας έχουν οι ασθενείς ηλικίας 65-74 ετών και την μεγαλύτερη οι 75-84 ετών. Αυτοί που υποφέρουν από κάποιο χρόνιο νόσημα που τους αναγκάζει να νοσηλεύονται συχνά στο νοσοκομείο, έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τις ερωτήσεις την ποικιλία του φαγητού, την αίσθηση ασφάλειας στο νοσοκομείο, την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού το βράδυ, το ενδιαφέρον του προσωπικού, την αίσθηση εμπιστοσύνης που αποπνέει το προσωπικό, την διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, την πληροφορημένη συμμετοχή στην φροντίδα, την φροντίδα από τους γιατρούς χωρίς να ζητούν επιπρόσθετη αμοιβή, τον σεβασμό από το προσωπικό της παρουσίας και του ενδιαφέροντος του συγγενή τους και την αφιέρωση χρόνου για την λήψη του ιστορικού υγείας.

Εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας

Στον πίνακα 38, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών στην ερώτηση «*πόσο σημαντικό είναι για εσάς να...*». Πρακτικά πρόκειται για μια παράφραση της ερώτησης: «*ποιότητα για εμένα σημαίνει να...*». Επειδή η ποιότητα για τον ηλικιωμένο ασθενή, είναι συνυφασμένη με την αξιολογική του κρίση, δηλαδή με την αξία που προσδίδει σε κάθε παρέμβαση, χρησιμοποιήθηκε η πρώτη ερώτηση.

Οι απαντήσεις των ασθενών του τύπου: «*πάρα πολύ σημαντικό και πολύ σημαντικό*» είναι ενδεικτικές της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας από τους ασθενείς, ενώ οι

υπόλοιπες διαβαθμίσεις είναι λιγότερο ενδεικτικές. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι ασθενείς σχολίαζαν ως εξής: «είναι αρκετά σημαντικό αλλά δεν σημαίνει ποιότητα για εμένα». Αυτό οφείλεται στο ότι ο ίδιος ασθενής βάζει έναν «πήχη», μια ουδό πάνω από την οποία, ο,τιδήποτε συμβαίνει αντανάκλα την εκληφθείσα ποιότητα για τον ασθενή. Αυτή η ουδός, είναι οι απαντήσεις πάνω από το «πολύ σημαντικό». Έτσι, ποιότητα για τον ηλικιωμένο ασθενή σημαίνει:

- να αισθάνεται ότι οι νοσηλευτές/τριες, ξέρουν καλά την δουλειά τους (όταν δίνουν φάρμακα, παίρνουν αίμα ή βάζουν κάποιον ορό) (91.8%),
- να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές/τριες, δεν είναι αδιάφοροι/ες, όταν υποφέρουν (από άγχος ή πόνο) (90.8%),
- να μπορεί να βρει πάντα έναν γιατρό όταν τον χρειάζεται (90.8%),
- να μπορεί να βρει πάντα έναν νοσηλευτή όταν τον χρειάζεται (89.3%),
- να αισθάνεται ασφαλής στο νοσοκομείο (87.6%),
- να τον φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να του ζητά χρήματα (87.4%),
- να διατηρούνται καθαρά το δωμάτιο, οι χώροι υγιεινής και να αλλάζουν συχνά τα σεντόνια (86%),
- να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές/τριες, σέβονται την προσωπικότητά του (85.5%),
- να του αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του (84.5%),
- να τον συμβουλεύουν οι γιατροί τι πρέπει να κάνει για να διατηρεί μια καλή υγεία (83.7%),
- να του μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο (81.1%),
- να του εξηγούν οι γιατροί την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο (79.4%),
- να τον σέβονται οι γιατροί όταν τον εξετάζουν (77.7%),
- να υπάρχουν αρκετές νοσηλεύτριες το βράδυ (75%),
- να έχει έναν καλό και ήσυχο ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού (75%),
- να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στην διάγνωση (73.2%),
- να έχει ένα άνετο δωμάτιο και ένα άνετο κρεβάτι (73.2%),
- να αισθάνεται ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο (72.4%),
- να του εμπνέουν τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσηλευτές/τριες, ώστε να μπορεί να συζητά μαζί τους πολύ προσωπικά του προβλήματα (72.1%),
- να σέβεται το προσωπικό την παρουσία και το ενδιαφέρον του συγγενή του (71.6%),
- να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωσή του μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς (61.1%),
- να είναι νόστιμο το φαγητό (57.3%),
- να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου (57.1%),
- να σερβίρεται ένα ζεστό φαγητό με ωραίο τρόπο (56%),
- να τον ρωτά το προσωπικό πριν κάνει κάποια παρέμβαση (52.8%),
- να υπάρχει μια ποικιλία στο φαγητό (52.5%).

Διχοτομώντας τις απαντήσεις των ασθενών σε: *είναι σημαντικό* και *δεν είναι σημαντικό*, διαπιστώσαμε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων μεταξύ καταθλιπτικών και μη καταθλιπτικών ασθενών στις εξής ερωτήσεις:

Πίνακας 38

Συχνότητα και ποσοστά απαντήσεων στις 26 ερωτήσεις της κλίμακας εκτίμησης της *ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ* της φροντίδας

	0		1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	10	2.7	25	6.6	13	3.4	36	9.5	34	9.0	61	16.2	153	40.6	45	11.9
2	4	1.1	12	3.2	14	3.7	17	4.5	53	14.1	66	17.5	159	42.2	52	13.8
3	4	1.1	10	2.7	6	1.6	26	6.9	49	13.0	66	17.5	148	39.3	68	18.0
4	-	-	-	-	-	-	-	-	34	8.9	19	5.0	157	41.3	170	44.7
5	10	2.6	24	6.3	20	5.3	11	2.9	39	10.3	59	15.5	136	35.8	81	21.3
6	13	3.4	6	1.6	2	0.5	6	1.6	37	9.7	41	10.8	185	48.7	90	23.7
7	-	-	-	-	2	0.5	-	-	27	7.1	18	4.7	198	52.1	135	35.5
8	5	1.3	2	0.5	5	1.3	15	3.9	48	12.6	20	5.3	175	46.1	110	28.9
9	3	0.8	4	1.1	3	0.8	-	-	49	12.9	43	11.3	174	45.8	104	27.4
10	2	0.5	-	-	-	-	7	1.8	51	13.4	35	9.2	180	47.4	105	27.6
11	-	-	2	0.5	-	-	3	0.8	20	5.3	10	2.6	165	43.4	180	47.4
12	3	0.8	-	-	-	-	7	1.8	28	7.4	17	4.5	179	47.1	146	38.4
13	11	2.9	9	2.4	17	4.5	5	1.3	28	7.4	36	9.5	178	47.0	95	25.1
14	1	0.3	1	0.3	4	1.1	-	-	38	10.0	15	3.9	139	36.6	182	47.9
15	-	-	-	-	-	-	-	-	24	6.3	11	2.9	181	47.6	164	43.2
16	1	0.3	-	-	-	-	1	0.3	29	7.6	10	2.6	164	43.2	175	46.1
17	-	-	-	-	-	-	-	-	46	12.1	26	6.8	201	52.9	107	28.2
18	-	-	3	0.8	2	0.5	-	-	55	14.5	25	6.6	207	54.5	88	23.2
19	-	-	-	-	-	-	-	-	14	3.7	17	4.5	148	38.9	201	52.9
20	27	7.1	11	2.9	14	3.7	11	2.9	64	16.8	21	5.5	144	37.9	88	23.2
21	9	2.4	15	3.9	22	5.8	30	7.9	70	18.4	33	8.7	148	38.9	53	13.9
22	-	-	4	1.1	6	1.6	7	1.8	38	10.0	23	6.1	181	47.6	121	31.8
23	2	0.5	1	0.3	-	-	5	1.3	45	11.8	9	2.4	202	53.2	116	30.5
24	5	1.3	5	1.3	4	1.1	-	-	23	6.1	11	2.9	182	47.9	150	39.5
25	1	0.3	12	3.2	-	-	2	0.5	66	17.4	27	7.1	194	51.1	78	20.5
26	14	3.7	10	2.6	3	0.8	8	2.1	37	9.7	30	7.9	212	55.8	66	17.4

- η αίσθηση ότι το Τμήμα λειτουργεί με οργανωμένο τρόπο (Fisher's Exact Test 2-sided= .006). Αναλυτικότερα, μεταξύ των καταθλιπτικών ασθενών, το 5% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 95% ότι είναι. Αναφορικά με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 0.4% και 99.6%.
- την αίσθηση εμπιστοσύνης από το προσωπικό ώστε να συζητούν μαζί του πολύ προσωπικά προβλήματά τους (Fisher's Exact Test 2-sided= .038). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των καταθλιπτικών ασθενών, το 3.5% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 96.5% ότι είναι. Αναφορικά με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 9.3% και 90.7%.
- την αίσθηση που απολαμβάνουν οι ασθενείς ότι ο γιατρός τους αποκαλύπτει όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας τους, όσο δυσάρεστη και αν είναι αυτή (Fisher's Exact Test 2-sided= .008). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των καταθλιπτικών ασθενών, το 3.4% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 96.6% ότι είναι. Σε ό,τι αφορά τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 0.4% και 99.6%.
- να τους φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να ζητά χρήματα (Fisher's Exact Test 2-sided= .000). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των καταθλιπτικών ασθενών, το 6.2% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 93.8% ότι είναι. Σε ό,τι αφορά τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 0.4% και 99.6%.
- τον σεβασμό και το ενδιαφέρον που δείχνει το προσωπικό στον συγγενή τους που τους φροντίζει καθημερινά (Fisher's Exact Test 2-sided= .013). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των καταθλιπτικών ασθενών, το 6.2% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 93.8% ότι είναι. Σε ό,τι αφορά τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 1.3% και 98.7%.
- τον χρόνο που αφιερώνουν οι γιατροί για την λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στην διάγνωση (Fisher's Exact Test 2-sided= .008). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των καταθλιπτικών ασθενών, το 6.8% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 93.2% ότι είναι. Σε ό,τι αφορά τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 1.4% και 98.6%.

Χρησιμοποιώντας την διχοτόμηση, διαπιστώσαμε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων μεταξύ των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και των Αθηνών στις εξής ερωτήσεις:

- την τήρηση του επισκεπτηρίου (Fisher's Exact Test 2-sided= .002). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, το 8.2% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 91.8% ότι είναι. Σε ό,τι αφορά τους ασθενείς από τα νοσοκομεία των Αθηνών, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 20.2% και 79.8%.
- την αίσθηση εμπιστοσύνης από το προσωπικό ώστε να συζητούν μαζί του πολύ προσωπικά προβλήματά τους (Fisher's Exact Test 2-sided= .028). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, το 9% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 91% ότι είναι. Σε ό,τι αφορά τους ασθενείς από τα νοσοκομεία των Αθηνών, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 2.7% και 97.3%.

Χρησιμοποιώντας την διχοτόμηση, διαπιστώσαμε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων μεταξύ των ασθενών διαφορετικής ηλικιακής ομάδας, στις εξής ερωτήσεις:

- να εξηγούν οι γιατροί την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο ($\chi^2 = 8.604$, $df=2$ $p = .014$). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των ασθενών ηλικιακής ομάδας 65-74 ετών, το 0.8% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 99.2%

ότι είναι, μεταξύ των 75-84 ετών, το 5.2% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 94.8% ότι είναι και μεταξύ αυτών άνω των 85 ετών, το 7.7% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 92.3% ότι είναι.

- να σέβεται το προσωπικό την παρουσία και το ενδιαφέρον του συγγενή τους ($\chi^2= 15.736$, $df=2$ $p= .000$). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των ασθενών ηλικιακής ομάδας 65-74 ετών, το 0.4% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 99.6% ότι είναι, μεταξύ των 75-84 ετών, το 7.8% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 92.2% ότι είναι και μεταξύ αυτών άνω των 85 ετών, το 7.7% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 92.3% ότι είναι.

Χρησιμοποιώντας την διχοτόμηση, διαπιστώσαμε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών, στις εξής ερωτήσεις:

- στην επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού την βραδινή βάρδια (Fisher's Exact Test 2-sided= .049). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των ανδρών, το 0.5% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 99.5% ότι είναι, ενώ μεταξύ των γυναικών, το 3.6% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 96.4% ότι είναι.
- την αίσθηση εμπιστοσύνης από το προσωπικό ώστε να συζητούν μαζί του πολύ προσωπικά προβλήματά τους (Fisher's Exact Test 2-sided= .007). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των ανδρών, το 10.4% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 89.6% ότι είναι, ενώ μεταξύ των γυναικών, το 3.0% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 97% ότι είναι.
- να τους φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να ζητά χρήματα (Fisher's Exact Test 2-sided= .044). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των ανδρών, το 3.9% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 96.1% ότι είναι, ενώ μεταξύ των γυναικών, το 0.6% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 99.4% ότι είναι.

Χρησιμοποιώντας την διχοτόμηση, διαπιστώσαμε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων μεταξύ των κατηγοριών των επαγγελματιών που ασκούσαν οι ασθενείς πριν την συνταξιοδότησή τους, στις εξής ερωτήσεις:

- την αίσθηση εμπιστοσύνης από το προσωπικό ώστε να συζητούν μαζί του πολύ προσωπικά προβλήματά τους ($\chi^2= 19.234$, $df=3$ $p= .000$). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν οικιακά, το 3.4% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 96.6% ότι είναι. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους αγρότες είναι 3% και 97%, για τους χειρώνακτες 15.2% και 84.8% και τέλος για τους μη χειρώνακτες 1.8% και 98.2%.
- να προστατεύεται το απόρρητο των ευαίσθητων δεδομένων των ασθενών από το προσωπικό ($\chi^2= 14.075$, $df=3$ $p= .003$). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν οικιακά, το 1.2% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 98.8% ότι είναι. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους αγρότες είναι 3.3% και 96.7%, για τους χειρώνακτες 13.5% και 86.5% και τέλος για τους μη χειρώνακτες 7.3% και 93.7%.

Χρησιμοποιώντας την διχοτόμηση, διαπιστώσαμε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων ανάλογα με την κοινωνικό-οικονομική τους κατάσταση, στις εξής ερωτήσεις:

- την αίσθηση εμπιστοσύνης από το προσωπικό ώστε να συζητούν μαζί του πολύ προσωπικά προβλήματά τους (Fisher's Exact Test 2-sided= .011). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των ασθενών που είναι κάτω του ορίου της φτώχειας, το 4% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 96% ότι είναι. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους ασθενείς που είναι άνω του ορίου, το 11.3% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 88.7% ότι είναι

- την απαίτηση των ασθενών για πληροφορημένη συναίνεση σε οποιαδήποτε παρέμβαση τους αφορά. (Fisher's Exact Test 2-sided= .036). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των ασθενών που είναι κάτω του ορίου της φτώχειας, το 13.6% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 86.4% ότι είναι. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους ασθενείς που είναι άνω του ορίου, το 6.5% απάντησε ότι δεν είναι σημαντικό και το 93.5% ότι είναι.

Οι καταθλιπτικοί διαφοροποιούνται στην εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας ως προς το αν προέρχονται από τα νοσοκομεία των Αθηνών ή της Επαρχίας. Πιο συγκεκριμένα, απομονώνοντας το δείγμα των καταθλιπτικών, διαπιστώσαμε πως αυτοί από την Αθήνα θεώρησαν περισσότερο σημαντικό να αισθάνονται ότι το Τμήμα λειτουργεί με οργανωμένο τρόπο ($p = .020$), σε αντίθεση με τους καταθλιπτικούς από την Επαρχία, που θεώρησαν περισσότερο σημαντικά τα ακόλουθα: να έχουν ένα άνετο δωμάτιο και κρεβάτι ($p = .008$), να έχουν έναν καλό ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού ($p = .001$), να τους μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο ($p = .039$) και να τηρείται το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων τους ($p = .041$).

Δεν παρατηρήθηκε ανάλογη διαφορά μεταξύ των δυο φύλων. Από την άλλη μεριά, μεταξύ των καταθλιπτικών ασθενών, ηλικίας 65-75 και 75-84 ετών, οι 65-74 ετών, θεωρούν περισσότερο σημαντικό να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου ($p = .040$), ενώ οι 75-84, θεωρούν περισσότερο σημαντικό να υπάρχει αρκετό νοσηλευτικό προσωπικό στην βραδινή βάρδια ($p = .008$), να τους εμπνέει εμπιστοσύνη το προσωπικό ($p = .018$), να τους αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας τους ($p = .014$), να μπορούν να βρουν μια νοσηλεύτρια όταν την έχουν ανάγκη ($p = .023$) και να αισθάνονται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει επιστημονική και τεχνική επάρκεια ($p = .020$).

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς που βρίσκονται σε καλύτερη κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, θεωρούν λιγότερο σημαντικό να τους αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάστασή τους, σε σχέση με αυτούς της χαμηλότερης κατάστασης.

Οι ασθενείς με κάποιο χρόνιο νόσημα που τους αναγκάζει σε συχνή χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, διαφοροποιούνται από τους υπόλοιπους που δεν κάνουν συχνή χρήση, στο ότι θεωρούν περισσότερο σημαντικό να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στην διάγνωση ($p = .008$), προφανώς διότι λόγω της χρονιότητας της κατάστασής τους έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως αυτή είναι η ικανή και αναγκαία συνθήκη για μια κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπεία. Αυτοί που δεν πάσχουν από χρόνια νόσο, θεώρησαν περισσότερο σημαντικά: να έχουν ένα άνετο δωμάτιο και κρεβάτι ($p = .009$), την ενσυναίσθηση του προσωπικού ($p = .002$) και την αποκάλυψη όλης της αλήθειας ($p = .019$).

Ο πίνακας 39, περιγράφει την εκληφθείσα, από τον ασθενή, απόδοση της φροντίδας, συνολικά και ξεχωριστά στα νοσοκομεία της Επαρχίας και των Αθηνών. Ζητήθηκε από τον ασθενή να απαντήσει αν πραγματοποιήθηκε η συγκεκριμένη παρέμβαση. Όπως διαπιστώνουμε, η ερώτηση που είχε το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων ότι πράγματι συνέβη ήταν η 19^η, που αφορά την αίσθηση που απολαμβάνει ο ασθενής ότι οι νοσηλευτές/τριες γνωρίζουν καλά την δουλειά τους και ακολουθούν:

- η αίσθηση της ασφάλειας που απολαμβάνει ο ασθενής στο νοσοκομείο (ερ.7^η),
- η φροντίδα που προσφέρει το ιατρικό προσωπικό, χωρίς να ζητά επιπρόσθετη αμοιβή (24^η),
- η διαθεσιμότητα του γιατρού όταν τον χρειάζεται ο ασθενής (15^η),
- ο σεβασμός της ατομικότητας του ασθενή όταν τον εξετάζουν οι γιατροί (18^η),
- ο σεβασμός από το προσωπικό, της παρουσίας και τους ενδιαφέροντος του συγγενή του ασθενή (25^η),
- η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών/τριών όταν τους χρειάζεται ο ασθενής (16^η),

- η αίσθηση που απολαμβάνει ο ασθενής ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρουν (11^η),
- η αίσθηση που απολαμβάνει ο ασθενής ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές γενικά σέβονται την προσωπικότητά του (12^η),
- η συμβουλευτική αγωγής υγείας από τον γιατρό (23^η),
- η ευγένεια του προσωπικού (17^η),
- η επεξήγηση της διάγνωσης και των αποτελεσμάτων των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο (22^η),
- η αίσθηση του ασθενή ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο (6^η),
- η αποκάλυψη όλης της αλήθειας από τον γιατρό (14^η),
- η καθαριότητα του δωματίου, των χώρων υγιεινής και των κλινοσκεπασμάτων (4^η),
- η τήρηση του απορρήτου (20^η),
- η λήψη ενός πλήρους ιστορικού για την διασφάλιση της σωστής διάγνωσης (26^η),
- η αίσθηση εμπιστοσύνης που αποπνέουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές (13^η),
- η διασφάλιση ενός καλού και ήσυχου ύπνου που δεν διακόπτεται από τους θορύβους του προσωπικού (10^η),
- η ύπαρξη ενός άνετου δωματίου και κρεβατιού (9^η),
- η πληροφορημένη συναίνεση και συμμετοχή στην φροντίδα (21^η),
- το σερβίρισμα ενός ζεστού φαγητού με ωραίο τρόπο (2^η),
- η επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού το βράδυ (8^η),
- το σερβίρισμα ενός νόστιμου φαγητού (3^η),
- η τήρηση του επισκεπτηρίου (5^η).

Σε ό,τι αφορά την ποικιλία του φαγητού, το 47.1% απάντησε ότι υπήρξε και το 46.3% ότι δεν υπήρξε.

Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική στα ποσοστά της εκληφθείσας απόδοσης της φροντίδας μεταξύ ανδρών και γυναικών (Fisher's Exact Test 2-sided= .018), σε ό,τι αφορά την τήρηση του επισκεπτηρίου. Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των γυναικών, το 52.2% απάντησε ότι δεν τηρήθηκε, ενώ από το σύνολο των ανδρών, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 39.5%. Παρόμοια στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε και στα ποσοστά της εκληφθείσας απόδοσης της φροντίδας μεταξύ ανδρών και γυναικών (Fisher's Exact Test 2-sided= .031), σε ό,τι αφορά την αίσθηση ασφάλειας στον χώρο του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των γυναικών, το 11.2% απάντησε ότι δεν ένιωσαν ασφαλείς, ενώ από το σύνολο των ανδρών, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 4.8%.

Πίνακας 39

Ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας **ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ** (όπου N= συνέβη, O= δεν συνέβη και ΔΞ= δεν ξέρω)

Ερώτηση	ΑΘΗΝΑ		ΕΠΑΡΧΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ	
	N	%	N	%	N	%
1 (N)	44	38.3	135	51.5	179	47.1
(O)	65	56.5	111	42.4	176	46.3
(ΔΞ)	6	5.2	16	6.0	22	5.8
2 (N)	86	74.8	107	40.8	231	60.8
(O)	23	20.0	145	55.3	130	34.2
(ΔΞ)	6	5.2	10	3.8	16	4.2
3 (N)	66	57.4	132	50.4	198	52.1
(O)	42	36.5	119	45.4	161	42.4
(ΔΞ)	7	6.1	11	4.2	18	4.7

4 (N)	108	93.9	203	76.6	311	81.8
(O)	7	6.1	49	18.5	56	14.7
(ΔE)	0	0	13	4.9	13	3.4
5 (N)	44	38.3	149	56.2	193	50.8
(O)	61	53.0	98	37.0	159	41.8
(ΔE)	10	8.7	18	6.8	28	7.4
6 (N)	111	96.5	206	77.7	317	83.4
(O)	3	2.6	29	10.9	32	8.4
(ΔE)	1	0.9	30	11.3	31	8.2
7 (N)	111	98.3	234	88.3	347	91.3
(O)	1	0.9	28	10.6	29	7.6
(ΔE)	1	0.9	3	1.1	4	1.1
8 (N)	44	38.3	158	59.6	202	53.2
(O)	69	60.0	99	37.4	168	44.2
(ΔE)	2	1.7	8	3.0	10	2.6
9 (N)	84	73.0	179	67.5	263	69.2
(O)	31	27.0	86	32.5	117	30.8
(ΔE)	0	0	0	0	0	0
10 (N)	93	80.9	173	65.3	266	70.0
(O)	20	17.4	90	34.0	110	28.9
(ΔE)	2	1.7	2	0.8	4	1.1
11 (N)	107	93.0	215	81.4	322	84.7
(O)	7	6.1	37	14.0	44	11.6
(ΔE)	1	0.9	12	4.5	13	3.4
12 (N)	109	94.8	213	80.4	322	84.7
(O)	2	1.7	33	12.5	35	9.2
(ΔE)	4	3.5	19	7.2	23	6.1
13 (N)	86	74.8	184	69.4	270	71.1
(O)	24	20.9	60	22.6	84	22.1
(ΔE)	5	4.3	21	7.9	26	6.8
14 (N)	104	90.4	212	80.0	316	83.2
(O)	3	2.6	26	9.8	29	7.6
(ΔE)	8	7.0	27	10.2	35	9.2
15 (N)	108	93.9	227	85.7	335	88.2
(O)	7	6.1	31	11.7	38	10.0
(ΔE)	0	0	7	2.6	7	1.8
16 (N)	99	86.1	226	85.3	325	85.5
(O)	16	13.9	35	13.2	51	13.4
(ΔE)	0	0	4	1.5	4	1.1
17 (N)	109	94.8	210	79.5	319	83.9
(O)	5	4.3	47	17.8	52	13.7
(ΔE)	1	0.9	7	2.7	8	2.1
18 (N)	108	93.9	224	84.5	332	87.4
(O)	5	4.3	33	12.5	38	10.0
(ΔE)	2	1.7	8	3.0	10	2.6
19 (N)	114	99.1	249	94.0	363	95.5
(O)	1	0.9	6	2.3	7	1.8
(ΔE)	0	0	10	3.8	10	2.6
20 (N)	94	81.7	196	74.0	290	76.3
(O)	15	13.0	37	14.0	52	13.7
(ΔE)	6	5.2	32	12.1	38	10.0
21 (N)	97	84.3	137	51.7	234	61.6
(O)	11	9.6	104	39.2	115	30.3
(ΔE)	7	6.1	24	9.1	31	8.2
22 (N)	105	91.3	214	80.8	319	83.9

(Ο)	9	7.8	45	17.0	54	14.2
(ΔΞ)	1	0.9	6	2.3	7	1.8
23 (N)	105	91.3	217	81.9	322	84.7
(Ο)	10	8.7	42	15.8	52	13.7
(ΔΞ)	0	0	6	2.3	6	1.6
24 (N)	110	95.7	228	86.0	338	88.9
(Ο)	4	3.5	27	10.2	31	8.2
(ΔΞ)	1	0.9	10	3.8	11	2.9
25 (N)	109	94.8	218	82.6	327	86.1
(Ο)	4	3.5	29	11.0	33	8.7
(ΔΞ)	2	1.7	17	6.4	19	5.0
26 (N)	85	73.9	199	75.4	284	74.7
(Ο)	26	22.6	32	12.1	58	15.3
(ΔΞ)	4	3.5	33	12.5	37	9.7

Πίνακας 40

Διαφορές στα ποσοστά απαντήσεων των ασθενών από την Αθήνα και την Επαρχία

Ερώτηση	ΑΘΗΝΑ		ΕΠΑΡΧΙΑ		χ ² Fisher's Exact Test p
	N	%	N	%	
1 (N)	44	59.6	135	54.9	.015
(Ο)	65	40.4	111	45.1	
2 (N)	86	78.9	107	42.5	.000
(Ο)	23	21.1	145	57.5	
4 (N)	108	93.9	203	80.6	.001
(Ο)	7	6.1	49	19.4	
5 (N)	44	41.9	149	60.3	.002
(Ο)	61	58.1	98	39.7	
6 (N)	111	97.4	206	87.7	.003
(Ο)	3	2.6	29	12.3	
7 (N)	111	99.1	234	89.3	.000
(Ο)	1	0.9	28	10.7	
8 (N)	44	38.9	158	61.5	.000
(Ο)	69	61.1	99	38.5	
10 (N)	93	82.3	173	65.8	.001
(Ο)	20	17.7	90	34.2	
11 (N)	107	93.9	215	85.3	.023
(Ο)	7	6.1	37	14.7	
12 (N)	109	98.2	213	86.6	.000
(Ο)	2	1.8	33	13.4	
14 (N)	104	97.2	212	89.1	.011
(Ο)	3	2.8	26	10.9	
17 (N)	109	95.6	210	81.7	.000
(Ο)	5	4.4	47	12.8	
18 (N)	108	95.6	224	87.2	.015
(Ο)	5	4.3	33	12.5	
21 (N)	97	89.8	137	56.8	.000
(Ο)	11	10.2	104	43.2	
22 (N)	105	92.1	214	82.6	.017
(Ο)	9	7.9	45	17.4	
24 (N)	110	96.5	228	89.4	.025
(Ο)	4	3.5	27	10.6	
25 (N)	109	96.5	218	88.3	.011

(O)	4	3.5	29	11.7	
26 (N)	85	76.6	199	86.1	.032
(O)	26	23.4	32	13.9	

Όπως διαπιστώνουμε από τα στοιχεία του πίνακα 40, υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των θετικών και αρνητικών απαντήσεων των ασθενών από την Αθήνα και την Επαρχία, στις 18 από τις 26 ερωτήσεις. Αναλυτικότερα, τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων των ασθενών από τα νοσοκομεία των Αθηνών, αφορούσαν τις ερωτήσεις:

- ❖ την ποικιλία του φαγητού,
- ❖ το σερβίρισμα ενός ζεστού φαγητού με ωραίο τρόπο,
- ❖ την καθαριότητα του δωματίου, των χώρων υγιεινής και την συχνή αλλαγή των σεντονιών,
- ❖ την αίσθηση της λειτουργία του Τμήματος με έναν οργανωμένο τρόπο,
- ❖ την αίσθηση ασφάλειας στο νοσοκομείο,
- ❖ την διασφάλιση ενός ήσυχου ύπνου χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού,
- ❖ την ενσυναίσθηση του προσωπικού,
- ❖ τον σεβασμό από το προσωπικό,
- ❖ την αποκάλυψη όλης της αλήθειας από τον γιατρό,
- ❖ την ευγένεια του προσωπικού,
- ❖ τον σεβασμό της ατομικότητάς τους από τον γιατρό όταν τους εξετάζει,
- ❖ την συμμετοχή στην φροντίδα,
- ❖ την πληροφόρηση από τον γιατρό, με απλό και κατανοητό τρόπο,
- ❖ την φροντίδα από το ιατρικό προσωπικό χωρίς την απαίτηση επιπρόσθετης αμοιβής,
- ❖ τον σεβασμό, από το προσωπικό, της παρουσίας και του ενδιαφέροντος του συγγενή τους,

Από την άλλη μεριά, τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, ήταν μεγαλύτερα στις ερωτήσεις που αφορούσαν:

- ❖ την τήρηση του επισκεπτηρίου,
- ❖ την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού το βράδυ,
- ❖ την αφιέρωση αρκετού χρόνου από τον γιατρό για την λήψη ενός ολοκληρωμένου ιστορικού υγείας.

Ενώ δεν υπήρξε καμιά διαφορά μεταξύ των δυο φύλων στην συνολική βαθμολογία στην κλίμακα των προσδοκιών, της εκληφθείσας ποιότητας, της εκληφθείσας απόδοσης και της ικανοποίησης από την φροντίδα, δεν συνέβη το ίδιο και στο δείγμα των καταθλιπτικών, με τους άνδρες να δηλώνουν περισσότερο ότι συνέβησαν οι παρεμβάσεις που περιγράφουν οι 26 ερωτήσεις.

Ο πίνακας 41, παρουσιάζει τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα στις 26 ερωτήσεις της κλίμακας. Η εικόνα 14, αποτελεί μια γραφική απεικόνιση της μέσης ικανοποίησης και της διακύμανσης της και στην εικόνα 15, τα ίδια μεταξύ των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και των Αθηνών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης, οι πηγές ικανοποίησης των ασθενών –με αύξουσα σειρά- είναι:

- η επιστημονική και επαγγελματική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού (19^η),
- η φροντίδα που προσφέρει το ιατρικό προσωπικό, χωρίς να ζητά επιπρόσθετη αμοιβή (24^η),
- η αίσθηση της ασφάλειας που απολαμβάνει ο ασθενής στο νοσοκομείο (ερ.7^η),
- η διαθεσιμότητα του γιατρού όταν τον χρειάζεται ο ασθενής (15^η),
- η αίσθηση που απολαμβάνει ο ασθενής ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρουν (11^η),

- η καθαριότητα του δωματίου, των χώρων υγιεινής και των κλινοσκεπασμάτων (4^η),
- η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών/τριών όταν τους χρειάζεται ο ασθενής (16^η),
- η αποκάλυψη όλης της αλήθειας από τον γιατρό (14^η),
- η αίσθηση που απολαμβάνει ο ασθενής ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές γενικά σέβονται την προσωπικότητά του (12^η),
- ο σεβασμός της ατομικότητας του ασθενή όταν τον εξετάζουν οι γιατροί (18^η),
- η ευγένεια του προσωπικού (17^η),
- ο σεβασμός από το προσωπικό, της παρουσίας και τους ενδιαφέροντος του συγγενή του ασθενή (25^η),
- η συμβουλευτική αγωγής υγείας από τον γιατρό (23^η),
- η επεξήγηση της διάγνωσης και των αποτελεσμάτων των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο (22^η),
- η τήρηση του απορρήτου (20^η),
- η αίσθηση του ασθενή ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο (6^η),
- η διασφάλιση ενός καλού και ήσυχου ύπνου που δεν διακόπτεται από τους θορύβους του προσωπικού (10^η),
- η λήψη ενός πλήρους ιστορικού για την διασφάλιση της σωστής διάγνωσης (26^η),
- η αίσθηση εμπιστοσύνης που αποπνέουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές (13^η),
- η ύπαρξη ενός άνετου δωματίου και κρεβατιού (9^η),
- το σερβίρισμα ενός ζεστού φαγητού με ωραίο τρόπο (2^η),
- η επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού το βράδυ (8^η),
- η πληροφορημένη συναίνεση και συμμετοχή στην φροντίδα (21^η),
- το σερβίρισμα ενός νόστιμου φαγητού (3^η),
- η ποικιλία στο φαγητό,
- η τήρηση του επισκεπτηρίου (5^η).

Ταξινομήσαμε τις απαντήσεις των ασθενών σε τρεις κατηγορίες: αδιάφορος, μη ικανοποιημένος και ικανοποιημένος και προσπαθήσαμε να δούμε αν διαφοροποιούνται τα ποσοστά των απαντήσεων των καταθλιπτικών και μη καταθλιπτικών ασθενών. Το χ^2 έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά απαντήσεων, μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών, σε τρεις ερωτήσεις που είναι οι ακόλουθες:

- η ικανοποίηση από την ενσυναίσθηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ($\chi^2=9.638$, $df=2$, $p=.008$). Συγκεκριμένα, το 97.2% των καταθλιπτικών απάντησε ότι ήταν ικανοποιημένο, το 0.7% μη ικανοποιημένο και το 2.1% αδιάφορο. Στους μη καταθλιπτικούς ασθενείς τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 91.8%, 6.5% και 1.7%.
- η ικανοποίηση από την ευγένεια του προσωπικού ($\chi^2=18.143$, $df=2$, $p=.000$). Ειδικότερα, το 97.1% των καταθλιπτικών απάντησε ότι ήταν ικανοποιημένο, το 2.2% μη ικανοποιημένο και το 0.7% αδιάφορο. Στους μη καταθλιπτικούς ασθενείς τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 83.4%, 15.9% και 0.7%.
- η ικανοποίηση από τον σεβασμό που δείχνουν οι γιατροί όταν εξετάζουν τους ασθενείς ($\chi^2=7.364$, $df=1$, $p=.007$. Fisher's Exact Test (2-sided)=.008). Ειδικότερα, το 97.1% των καταθλιπτικών απάντησε ότι ήταν ικανοποιημένο και το 2.9% μη ικανοποιημένο. Στους μη καταθλιπτικούς ασθενείς τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 89.1%, 10.9%.

Χρησιμοποιώντας μόνο το δείγμα των καταθλιπτικών ασθενών, με την δοκιμασία Mann-Whitney, απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση ότι τα δυο φύλα δεν διαφέρουν ως προς την μέση ικανοποίηση σε 6 ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες δήλωσαν -σταθερά- περισσότερο ικανοποιημένοι από την καθαριότητα του δωματίου και των άλλων χώρων ($p=.031$), από την τήρηση του επισκεπτηρίου ($p=.001$), από την αίσθηση ασφάλειας που απολαμβάνουν στο νοσοκομείο ($p=.017$), από την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού

το βράδυ ($p = .000$), από την ενσυναίσθηση του προσωπικού ($p = .002$) και από την ευκολία να βρουν έναν γιατρό όταν τον χρειάζονται ($p = .007$).

Αθροίζοντας τις απαντήσεις των ασθενών στις 26 ερωτήσεις της κλίμακάς μας, διαμορφώσαμε την βαθμολογία κάθε ασθενή. Από την ανάλυση φάνηκε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα:

- ⇒ στην συνολική βαθμολογία των ηλικιωμένων ασθενών στην κλίμακα των προσδοκιών και στην κλίμακα της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας ($r = .558$ $p = .000$). Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι όσο πιο σημαντικές είναι οι διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις, τόσο περισσότερο ο ηλικιωμένος ασθενής περιμένει να λάβουν χώρα, δηλαδή τόσο μεγαλύτερες είναι και οι προσδοκίες του. Αυτό το εύρημα έρχεται να επιβεβαιώσει τον διαχωρισμό που κάναμε πιο πάνω, περί τις «δέον γενέσθαι» προσδοκίες.
- ⇒ στην συνολική βαθμολογία στην κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης και στην εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας ($r = .482$ $p = .000$). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο απαντά θετικά ο ασθενής στην ερώτηση αν συνέβησαν οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις που περιγράφει η κάθε ερώτηση της κλίμακας των 26 ερωτήσεων, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίηση από αυτές.

Ομαδοποιήσαμε τις απαντήσεις των ασθενών και στις 3 κλίμακες σε 3 ομάδες και υπολογίσαμε την συνολική βαθμολογία του καθενός. Βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα:

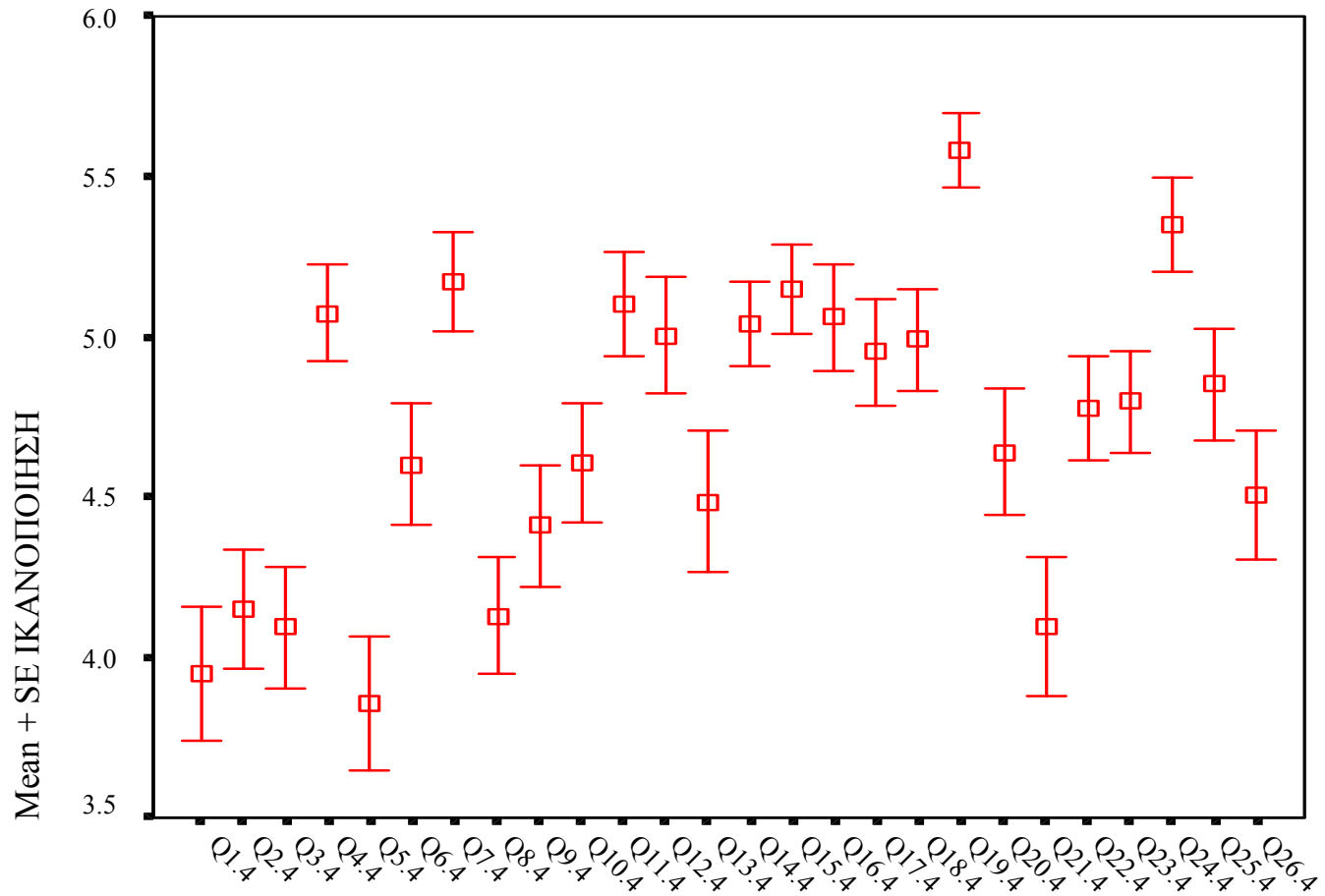
- στην ικανοποίηση και στην εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας ($r = .817$ $p = .000$), που σημαίνει ότι όσο περισσότερες παρεμβάσεις έχουν πραγματοποιηθεί (όσο μεγαλύτερες είναι οι θετικές απαντήσεις σε κάθε μια από τις 26 ερωτήσεις), τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση των ασθενών,
- στο τι θεωρεί σημαντικό ο ηλικιωμένος ασθενής από την φροντίδα του (εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας) και στο τι προσδοκά από αυτήν ($r = .752$ $p = .000$), που σημαίνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών συμπλέουν με αυτό που πρέπει να συμβεί σύμφωνα με το αξιολογικό του σύστημα,
- στο τι θεωρεί σημαντικό ο ασθενής από την φροντίδα του και στο τι πραγματικά συνέβη ($r = .327$ $p = .000$). Αυτό σημαίνει ότι τα περισσότερα που θεωρούν σημαντικά οι ασθενείς έχουν πραγματοποιηθεί,
- στις προσδοκίες των ασθενών και στο αν τελικά πραγματοποιήθηκαν ($r = .183$ $p = .000$). Έτσι, ότι οι περισσότερες από τις προσδοκίες των ασθενών εκπληρώθηκαν,
- στην ικανοποίηση και στην εκληφθείσα ποιότητα ($r = .273$ $p = .000$), που σημαίνει ότι σε όσο περισσότερες παρεμβάσεις ο ηλικιωμένος ασθενής θεωρεί σημαντικές, τόσο περισσότερο απαντά ικανοποιημένος.

Πίνακας 41

Συχνότητα και ποσοστά απαντήσεων στις 26 ερωτήσεις της κλίμακας εκτίμησης της *ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ* από την φροντίδα

	0		1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	18	4.8	41	10.9	50	13.3	42	11.1	58	15.4	57	15.1	75	19.9	36	9.5
2	10	2.7	20	5.3	57	15.1	40	10.6	69	18.3	82	21.8	67	17.8	32	8.5
3	11	2.9	22	5.8	64	17.0	33	8.8	72	19.1	81	21.5	56	14.9	38	10.1
4	3	0.8	3	0.8	31	8.2	14	3.7	62	16.3	75	19.7	148	38.9	44	11.6
5	21	5.5	27	7.1	83	21.8	30	7.9	54	14.2	53	13.9	87	22.9	25	6.6
6	24	6.3	12	3.2	22	5.8	13	3.4	70	18.4	79	20.8	141	37.1	19	5.0
7	6	1.6	5	1.3	16	4.2	22	5.8	54	14.2	66	17.4	160	42.1	51	13.4
8	6	1.6	20	5.3	54	14.2	58	15.3	75	19.7	62	16.3	81	21.3	24	6.3
9	6	1.6	18	4.7	60	15.8	31	8.2	51	13.4	77	20.3	108	28.4	29	7.6
10	7	1.8	19	5.0	44	11.6	22	5.8	45	11.8	98	25.8	111	29.2	34	8.9
11	7	1.8	6	1.6	15	4.0	34	9.0	47	12.4	59	15.6	162	42.7	49	12.9
12	15	3.9	7	1.8	23	6.1	19	5.0	41	10.8	58	15.3	178	46.8	39	10.3
13	32	8.4	27	7.1	23	6.1	27	7.1	41	10.8	47	12.4	142	37.4	41	10.8
14	4	1.1	2	0.5	11	2.9	18	4.7	83	21.8	88	23.2	154	40.5	20	5.3
15	4	1.1	3	0.8	14	3.7	15	3.9	72	18.9	70	18.4	170	44.7	32	8.4
16	3	0.8	13	3.4	25	6.6	17	4.5	53	13.9	73	19.2	136	35.8	60	15.8
17	1	0.3	11	2.9	40	10.5	16	4.2	51	13.4	57	15.0	174	45.8	30	7.9
18	-	-	14	3.7	29	7.6	16	4.2	59	15.5	72	18.9	151	39.7	39	10.3
19	1	0.3	-	-	7	1.8	4	1.1	48	12.6	76	20.0	182	47.9	62	16.3
20	31	8.2	9	2.4	10	2.6	15	3.9	81	21.3	64	16.8	145	38.2	25	6.6
21	32	8.4	43	11.3	20	5.3	17	4.5	72	18.9	59	15.5	118	31.1	19	5.0
22	2	0.5	16	4.2	20	5.3	44	11.6	49	12.9	82	21.6	144	37.9	23	6.1
23	3	0.8	7	1.8	37	9.7	29	7.6	56	14.7	81	21.3	143	37.6	24	6.3
24	11	2.9	-	-	14	3.7	7	1.8	30	7.9	78	20.5	202	53.2	38	10.0
25	14	3.7	10	2.6	20	5.3	17	4.5	67	17.6	58	15.3	176	46.3	18	4.7
26	26	6.8	25	6.6	17	4.5	27	7.1	46	12.1	62	16.3	168	44.2	9	2.4

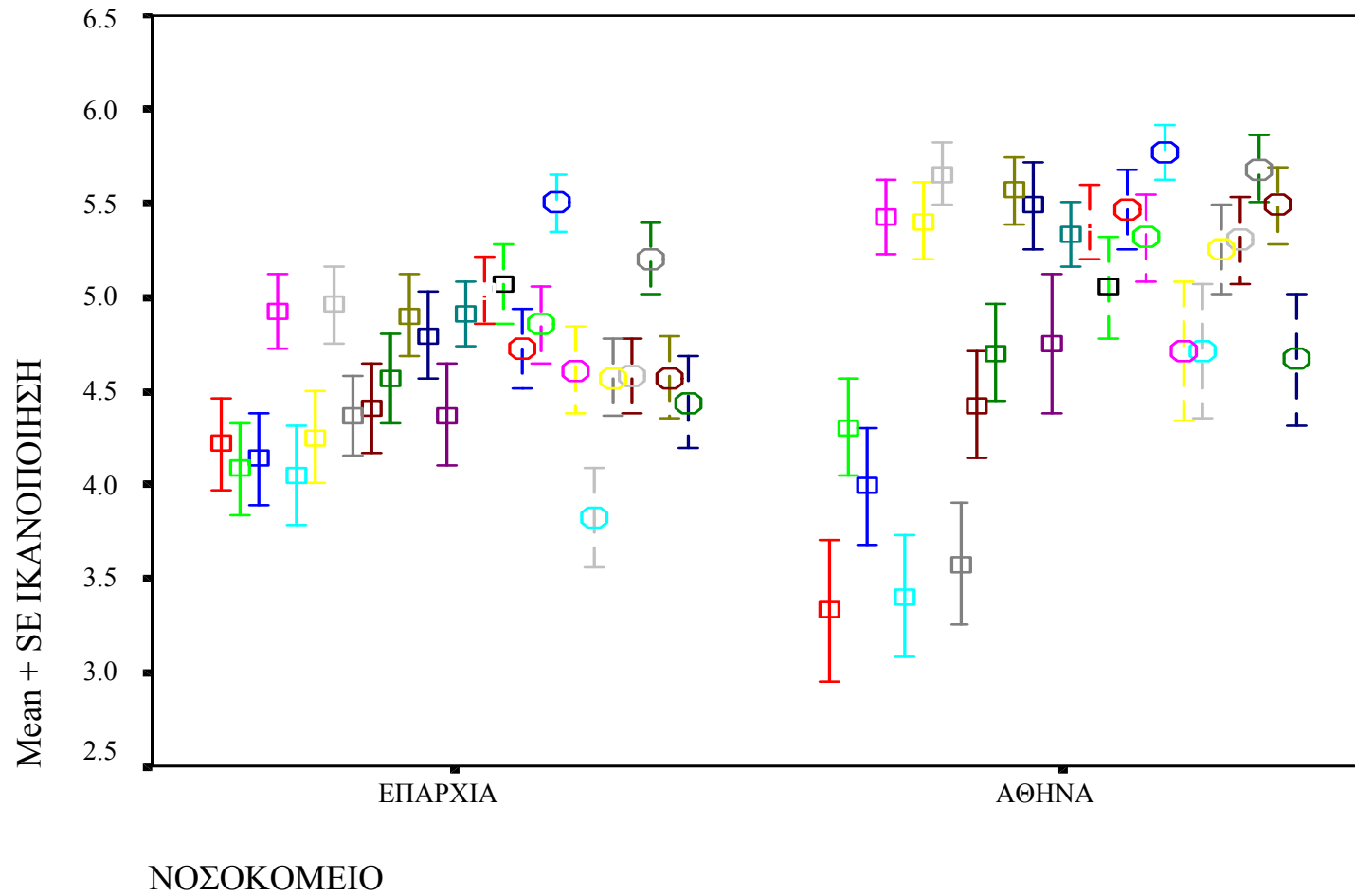
Εικόνα 14
Η μέση ικανοποίηση των ασθενών στις 26 ερωτήσεις της κλίμακας



ΡΑ

Εικόνα 15

Η μέση ικανοποίηση των ασθενών από τα νοσοκομεία των Αθηνών και της Επαρχίας, στις 26 ερωτήσεις της κλίμακας



ΡΑ

Στον πίνακα 42, παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και η σταθερή απόκλιση των 26 ερωτήσεων των κλιμάκων εκτίμησης των προσδοκιών από την φροντίδα, της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας και της ικανοποίησης από αυτήν. Όπως μπορούμε να διακρίνουμε, οι χαμηλότερες, αναλογικά, προσδοκίες των ασθενών, αφορούν την ποικιλία του φαγητού (ερ.1), το σερβίρισμά του (ερ.2), την τήρηση του επισκεπτηρίου (ερ.5), την πληροφορημένη συναίνεση των ασθενών (ερ.21), το απόρρητο (ερ.20) και τη νοστιμιά του φαγητού (ερ.3).

Πίνακας 42

Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις των 26 ερωτήσεων των κλιμάκων
ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΡΟΣΔΟΚΙΩΝ, ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ερώτηση	ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
1	3.62 (± 1.35)	4.86 (± 1.84)	3.94 (± 2.05)
2	3.83 (± 1.21)	5.18 (± 1.54)	4.15 (± 1.81)
3	3.96 (± 1.20)	5.28 (± 1.51)	4.10 (± 1.86)
4	4.52 (± 0.61)	6.22 (± 0.90)	5.07 (± 1.49)
5	3.83 (± 1.41)	5.08 (± 1.89)	3.84 (± 2.03)
6	4.18 (± 1.13)	5.58 (± 1.56)	4.60 (± 1.83)
7	4.48 (± 0.67)	6.14 (± 0.87)	5.17 (± 1.51)
8	4.12 (± 1.27)	5.71 (± 1.39)	4.12 (± 1.74)
9	4.29 (± 0.85)	5.77 (± 1.24)	4.40 (± 1.81)
10	4.36 (± 0.77)	5.83 (± 1.11)	4.60 (± 1.77)
11	4.42 (± 0.87)	6.29 (± 0.91)	5.11 (± 1.58)
12	4.36 (± 0.90)	6.09 (± 1.08)	5.01 (± 1.74)
13	4.02 (± 1.24)	5.50 (± 1.69)	4.45 (± 2.17)
14	4.33 (± 0.88)	6.17 (± 1.11)	5.04 (± 1.28)
15	4.55 (± 0.56)	6.28 (± 0.80)	5.15 (± 1.35)
16	4.54 (± 0.63)	6.26 (± 0.92)	5.07 (± 1.63)
17	4.44 (± 0.61)	5.97 (± 0.91)	4.95 (± 1.60)
18	4.37 (± 0.69)	5.82 (± 1.06)	4.99 (± 1.55)
19	4.63 (± 0.57)	6.41 (± 0.74)	5.59 (± 1.09)
20	3.87 (± 1.52)	5.03 (± 2.04)	4.64 (± 1.88)
21	3.84 (± 1.30)	4.88 (± 1.78)	4.10 (± 2.11)
22	4.43 (± 0.76)	5.89 (± 1.20)	4.79 (± 1.57)
23	4.44 (± 0.63)	5.96 (± 1.09)	4.80 (± 1.55)
24	4.40 (± 0.85)	6.06 (± 1.28)	5.36 (± 1.42)
25	4.27 (± 0.84)	5.60 (± 1.32)	4.84 (± 1.68)
26	4.13 (± 1.13)	5.45 (± 1.63)	4.49 (± 1.96)

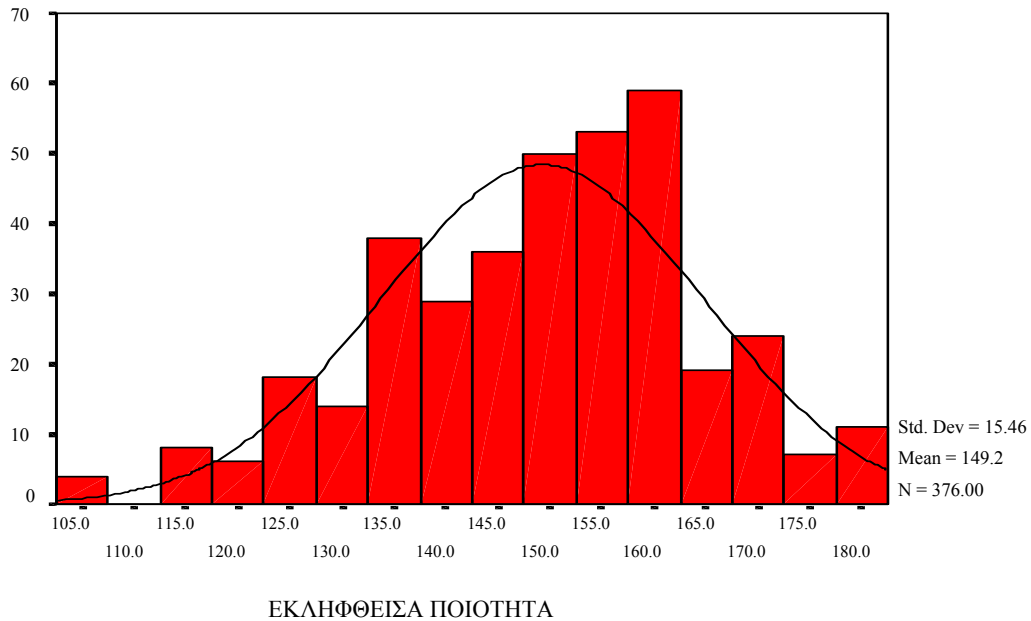
Η μέση τιμή της συνολικής αθροιστικής βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης των προσδοκιών είναι 110.24 ± 14.21 , στην κλίμακα της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας είναι 149.25 ± 15.46 και στην κλίμακα της ικανοποίησης από την φροντίδα είναι 112.94 ± 27.83 . Στην εικόνα 16 φαίνεται το ιστόγραμμα της κλίμακας της εκληφθείσας ποιότητας και στην εικόνα 17 της εκτίμησης των προσδοκιών.

Αθροίζοντας τις απαντήσεις των ασθενών στις 26 ερωτήσεις της κλίμακάς μας, διαμορφώσαμε την βαθμολογία κάθε ασθενή. Από την ανάλυση φάνηκε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία των ηλικιωμένων ασθενών στην κλίμακα των προσδοκιών και στην κλίμακα της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας ($r = .558$ $p = .000$). Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι όσο πιο σημαντικές είναι οι διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις, τόσο περισσότερο ο

ηλικιωμένος ασθενής περιμένει να λάβουν χώρα, δηλαδή τόσο μεγαλύτερες είναι και οι προσδοκίες του. Αυτό το εύρημα έρχεται να επιβεβαιώσει τον διαχωρισμό που κάναμε πιο πάνω, περί τις «δέον γενέσθαι» προσδοκίες.

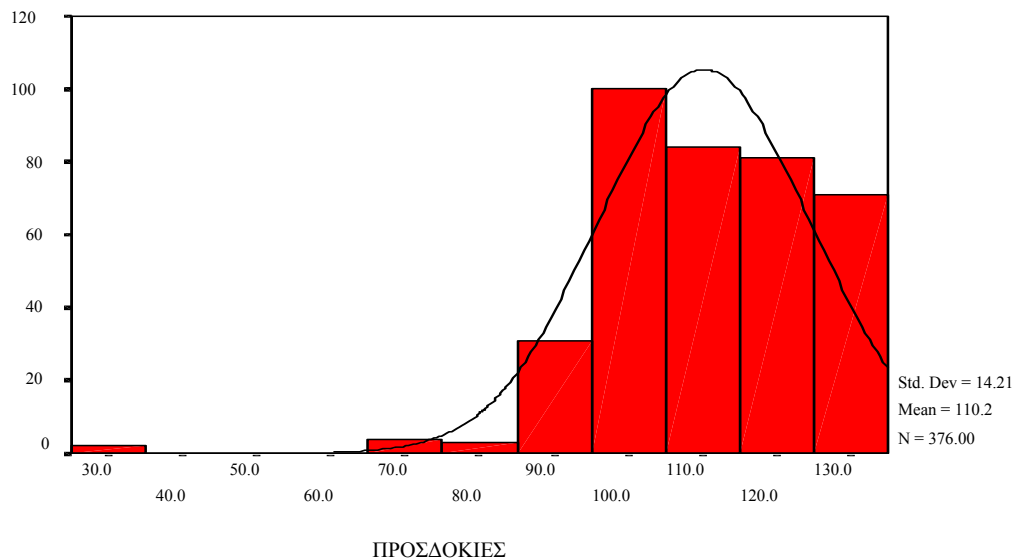
Εικόνα 16

Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας



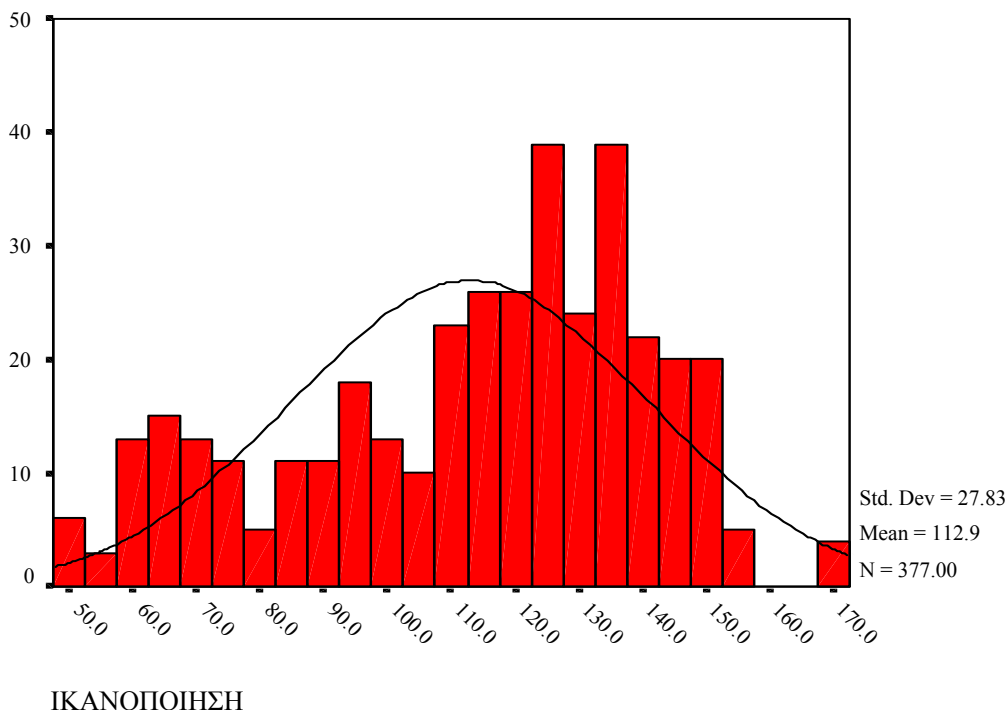
Εικόνα 17

Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας



Εικόνα 18

Ιστόγραμμα συνολικής βαθμολογίας των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της εκληφθείσας ικανοποίησης από την φροντίδα



Η συνολική βαθμολογία των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης των προσδοκιών των ασθενών, σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με:

- το αν ο ασθενής έχει ξανανοσηλευτεί σε νοσοκομείο τα προηγούμενα δυο χρόνια για περισσότερες από μια νύκτες ($r = .157$ $p = .002$). Το t-test δείχνει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση βαθμολογία ($t = -2.596$ $df = 237$ $p = .010$) μεταξύ των ασθενών που δεν νοσηλεύτηκαν καμιά φορά (107.28 ± 15.75) και αυτών που νοσηλεύτηκαν μια (111.97 ± 11.25).
- το αν μπήκε στο νοσοκομείο σαν επείγον ή σαν έκτακτο περιστατικό ($r = -.135$ $p = .009$). Το t-test δείχνει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση βαθμολογία ($t = 2.665$ $df = 374$ $p = .008$) μεταξύ των ασθενών που εισήχθησαν μετά από ραντεβού (112.83 ± 12.46) και ως επείγουσα περίπτωση (108.79 ± 14.93).
- το αν πάσχει από χρόνια νόσο που τον αναγκάζει να νοσηλεύεται συχνά στο νοσοκομείο ($r = .154$ $p = .003$). Το t-test δείχνει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση βαθμολογία ($t = -2.607$ $df = 374$ $p = .010$) μεταξύ των ασθενών που δεν πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα που τους αναγκάζει να επισκέπτονται συχνά το νοσοκομείο (108.83 ± 14.19) και αυτών που πάσχουν (112.59 ± 13.96).
- το αν δέχθηκαν βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό ($r = .214$ $p = .000$). Το t-test δείχνει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση βαθμολογία ($t = -6.114$ $df = 230.592$ $p = .000$) μεταξύ των ασθενών που δεν δέχθηκαν καμιά βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό (103.88 ± 16.61) και αυτών που δέχθηκαν λίγη (115.25 ± 11.63). Διαφορά υπήρξε ($t = 2.498$ $df = 140$ $p = .014$) και μεταξύ των ασθενών που δέχθηκαν αρκετή βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό (114.90 ± 9.59) και αυτών που δέχθηκαν πολύ (110.41 ± 11.63).

- την ικανοποίηση από την βοήθεια αυτή ($r = -.138$ $p = .031$). Όσο μικρότερη είναι η ικανοποίηση αυτή, τόσο μικρότερη είναι και η βαθμολογία.
- το αν έχουν ξανανοσηλευτεί στο παρελθόν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ($r = .139$ $p = .007$). Το t-test δείχνει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση βαθμολογία ($t = -2.902$ $df = 374$ $p = .004$) μεταξύ των ασθενών που δεν έχουν ξανανοσηλευτεί στο παρελθόν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο (107.87 ± 16.61) και αυτών που έχουν ξανανοσηλευτεί (112.11 ± 12.65) και μάλιστα όσο περισσότερες εισαγωγές έχουν οι ασθενείς, τόσο μεγαλύτερη είναι και η βαθμολογία τους ($r = .262$ $p = .000$).
- την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($r = -.166$ $p = .001$).
- την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ($r = -.215$ $p = .000$).
- την συνολική ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου τους γενικά ($r = .164$ $p = .005$), από τη νοσηλεύτρια ($r = -.185$ $p = .002$) και από τον γιατρό ($r = -.162$ $p = .006$).

Η συνολική βαθμολογία των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με:

- τα χρόνια εκπαίδευσή τους ($r = .266$ $p = .000$). Η ανάλυση ANOVA και ειδικότερα η τιμή του F-test= 7.188, $p = .000$, μας οδηγεί στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή, δεν διαφέρουν. Πιο συγκεκριμένα, την μεγαλύτερη μέση βαθμολογία την έχουν οι ασθενείς με πάνω από 13 χρόνια εκπαίδευσης (170.11 ± 15.12) και την μικρότερη οι αναλφάβητοι (139.81 ± 15.89).
- το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδό τους ($r = .142$ $p = .007$). Το t-test δείχνει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση βαθμολογία ($t = -2.723$ $df = 354$ $p = .007$) μεταξύ των ασθενών που είναι κάτω του ορίου της φτώχειας (147.18 ± 16.97) και αυτών που είναι άνω του ορίου (151.71 ± 13.19).
- το αν έχουν ξανανοσηλευτεί σε νοσοκομείο τα προηγούμενα δυο χρόνια για περισσότερες από μια νύκτες ($r = .143$ $p = .005$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = .448$).
- το αν μπήκε στο νοσοκομείο σαν επείγον ή σαν έκτακτο περιστατικό ($r = -.150$ $p = .004$). Το t-test δείχνει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση βαθμολογία ($t = 2.739$ $df = 374$ $p = .006$) μεταξύ των ασθενών που εισήχθησαν μετά από ραντεβού (152.17 ± 15.17) και ως επείγουσα περίπτωση (147.63 ± 15.42).
- το ενσυνείδητο δικαίωμά τους στην αξιολόγηση της φροντίδας ($r = .155$ $p = .003$). Η ανάλυση ANOVA και ειδικότερα η τιμή του F-test= 3.106, $p = .016$, μας οδηγεί στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή δεν διαφέρουν. Όσο περισσότερο οι ασθενείς τείνουν στην ενσυνείδητη αποδοχή του δικαιώματός του, τόσο μεγαλύτερη είναι και η βαθμολογία.
- την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ($r = -.159$ $p = .002$).

Η συνολική βαθμολογία των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης από την φροντίδα, σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με:

- το νοσοκομείο ($r = .293$ $p = .000$). Με την δοκιμασία Kruskal-Wallis, ελέγχεται η ομοιογένεια των κατανομών του δείκτη βαθμολογία στην κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης, για τα 8 νοσοκομεία της μελέτης. Επειδή το $\chi^2 = 116.737$ $df = 7$, $p = .000$, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ισότητας της κατανομής του δείκτη στα διάφορα νοσοκομεία, δηλαδή, η βαθμολογία διαφοροποιείται σε σχέση με το νοσοκομείο (πίνακας 43).

Πίνακας 43

Μέση βαθμολογία στην κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών ανά νοσοκομείο

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Mean Rank
Λάρισα	179.96
Θεσσαλονίκη	58.57
Ρόδος	238.12
Αγία Όλγα	209.27
Λαμία	203.22
Αγρίνιο	246.97
Τζάνειο	199.06
Κρήτη	249.38

- την μέση διάρκεια νοσηλείας ($r = -.224$ $p = .000$). Όσο αυξάνεται η μέση διάρκεια νοσηλείας, τόσο μειώνεται η βαθμολογία.
- το αν ο ασθενής έχει ξανανοσηλευτεί σε νοσοκομείο τα προηγούμενα δυο χρόνια για περισσότερες από μια νύκτες ($r = -.179$ $p = .000$). Η δοκιμασία Mann-Whitney έδειξε ότι τα δυο δείγματα διαφέρουν ως προς τον συγκεκριμένο δείκτη ($p = .011$), με αυτούς που δεν έχουν ξανανοσηλευτεί να σημειώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία (126.44 ± 23.92) σε σχέση με αυτούς που έχουν ξανανοσηλευτεί (113.14 ± 24.85).
- την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια που δέχθηκαν ($r = .260$ $p = .000$).
- την ενσυνείδητη απόφαση του ασθενή για πληροφορημένη ή μη συναίνεση στην φροντίδα ($r = .195$ $p = .000$). Σύμφωνα με το αποτέλεσμα της δοκιμασίας Kruskal-Wallis H, ($p = .004$) απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ισότητας της κατανομής του δείκτη, δηλαδή, η βαθμολογία διαφοροποιείται σε σχέση με το αν ο ασθενής συμφωνεί ή διαφωνεί με την πληροφορημένη του συναίνεση στην διαδικασία της φροντίδας. Έτσι, οι ασθενείς που συμφωνούν με την μη πληροφορημένη τους συναίνεση, έχουν τις μεγαλύτερες βαθμολογίες.
- τον αριθμό των εισαγωγών του στο συγκεκριμένο νοσοκομείο στο παρελθόν ($r = -.360$ $p = .000$).
- την πρόθεσή τους να ξανανοσηλευτούν στο μέλλον στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ($r = .258$ $p = .000$). Σύμφωνα με το αποτέλεσμα της δοκιμασίας Kruskal-Wallis H, ($p = .000$) απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ισότητας της κατανομής του δείκτη, δηλαδή, η βαθμολογία διαφοροποιείται σε σχέση με την πρόθεση των ασθενών να ξανανοσηλευτούν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, με αυτούς που δηλώνουν σίγουρα ναι και πιθανώς ναι να σημειώνουν και την μεγαλύτερη βαθμολογία.
- την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας ($r = .347$ $p = .000$), της ιατρικής ($r = .394$ $p = .000$), και της νοσηλευτικής φροντίδας ($r = .381$ $p = .000$).
- την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα ($r = .380$ $p = .000$), το φαγητό ($r = .448$ $p = .000$), την ιατρική ($r = .361$ $p = .000$) και τη νοσηλευτική φροντίδα ($r = .398$ $p = .000$).
- την συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα ($r = .244$ $p = .000$), το φαγητό ($r = .473$ $p = .000$), την ιατρική ($r = .136$ $p = .000$) και τη νοσηλευτική φροντίδα ($r = .285$ $p = .000$).

- την συνολική συγκριτική με τα άλλα νοσοκομεία ποιότητα της φροντίδας ($r = .190$ $p = .000$), του φαγητού ($r = .454$ $p = .000$) και της νοσηλευτικής φροντίδας ($r = .209$ $p = .000$).
- την πρόθεσή τους να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό ($r = .291$ $p = .000$). Σύμφωνα με το αποτέλεσμα της δοκιμασίας Kruskal-Wallis H, ($p = .000$) απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ισότητας της κατανομής του δείκτη, δηλαδή, η βαθμολογία διαφοροποιείται σε σχέση με την πρόθεση των ασθενών να προτείνουν το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους, με αυτούς που δηλώνουν σίγουρα ναι και πιθανώς ναι να σημειώνουν και την μεγαλύτερη βαθμολογία.
- την συνολική ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου τους γενικά ($r = .434$ $p = .000$), από τη νοσηλεύτρια ($r = .520$ $p = .000$) και από τον γιατρό ($r = .448$ $p = .000$).

Βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση βαθμολογία των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης ($p = .004$), μεταξύ των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Επαρχίας (110.62 ± 30.40) και των Αθηνών (118.23 ± 19.95).

Μετά την διχοτόμηση των απαντήσεων των ασθενών σε *ικανοποιημένους* και *μη ικανοποιημένους*, αθροίσαμε την βαθμολογία των ασθενών σε κάθε έναν από τους 4 παράγοντες που ανέδειξε η παραγοντική ανάλυση. Με την δοκιμασία Kruskal-Wallis H ($p = .004$) απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι οι βαθμολογίες των ασθενών από τα νοσοκομεία των Αθηνών και της Επαρχίας, στους 4 παράγοντες δεν διαφέρουν, μόνο για την περίπτωση του παράγοντα 2. Ειδικότερα, οι ασθενείς από την Αθήνα σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία. Η ίδια δοκιμασία, έδειξε: (1) ότι όσο αυξάνεται η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει ο ασθενής, τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία του στον παράγοντα 1 ($p = .013$), 2 ($p = .014$), 3 ($p = .007$) και 4 ($p = .002$), (2) ότι στον παράγοντα 2 ($p = .000$) την μεγαλύτερη βαθμολογία εμφανίζουν οι μη χειρώνακτες και την μικρότερη οι χειρώνακτες. Το ίδιο συμβαίνει και με τον παράγοντα 4 ($p = .032$), (3) ότι οι ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο μετά από προγραμματισμένο ραντεβού, έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στον παράγοντα 3 ($p = .018$), (4) ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς σημείωσαν την μεγαλύτερη βαθμολογία στον παράγοντα 1 ($p = .006$) και στον παράγοντα 2 ($p = .022$), (5) ότι οι ασθενείς που προτίθενται να ξανανοσηλευτούν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, σημείωσαν την μεγαλύτερη βαθμολογία στον παράγοντα 1 ($p = .003$) και στον παράγοντα 2 ($p = .002$) και (6) ότι οι ασθενείς που απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν αν η φροντίδα ήταν ποιοτική, σημείωσαν την μεγαλύτερη βαθμολογία στους παράγοντες 2 ($p = .011$), 3 ($p = .015$) και 4 ($p = .006$). Ακολουθούν αυτοί που συμφώνησαν ότι ήταν ποιοτική.

Η ανάλυση έδειξε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην μέση διάρκεια νοσηλείας και στην βαθμολογία στους παράγοντες 2 ($r = -.152$, $p = .005$), 3 ($r = -.235$, $p = .000$) και 4 ($r = -.199$, $p = .000$), που σημαίνει πως όσο αυξάνει η διάρκεια νοσηλείας του ασθενή, τόσο μειώνεται η ικανοποίησή του από τις ερωτήσεις που φορτίζουν τους συγκεκριμένους παράγοντες.

Η δοκιμασία Mann-Whitney, έδειξε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά των δεικτών προσδοκίες ($p = .015$) και εκληφθείσα ποιότητα ($p = .008$), ως προς την μεταβλητή: *παρουσία χρόνιου νοσήματος*. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που δήλωσαν ότι κάνουν συχνή χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, έχουν υψηλότερες προσδοκίες από την φροντίδα και έχουν την τάση να θεωρούν περισσότερο σημαντικές όλες τις διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις της κλίμακας, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν κάνουν συχνή χρήση των υπηρεσιών.

Η δοκιμασία Mann-Whitney, έδειξε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά των δεικτών προσδοκίες ($p = .013$) και εκπλήρωση των προσδοκιών ($p = .039$), ως προς την μεταβλητή: *χειρουργική επέμβαση*, που σημαίνει ότι οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, έχουν υψηλότερες προσδοκίες από την

Πίνακας 44

Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις των ερωτήσεων της κλίμακας *ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ* σε κάθε νοσοκομείο της έρευνας

Ερώτηση	ΛΑΡΙΣΑ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	ΡΟΔΟΣ	ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ	ΛΑΜΙΑ	ΑΓΡΙΝΙΟ	ΤΖΑΝΕΙΟ	ΚΡΗΤΗ
1	4.92 ± 1.92	2.34 ± 1.29	4.48 ± 1.57	3.76 ± 1.90	3.85 ± 1.96	5.61 ± 1.34	2.90 ± 2.05	4.05 ± 2.16
2	4.83 ± 2.02	2.15 ± 1.13	4.67 ± 1.87	4.33 ± 1.43	4.22 ± 1.58	4.73 ± 1.59	4.30 ± 1.32	4.38 ± 1.83
3	4.89 ± 1.77	2.08 ± 1.10	4.43 ± 1.63	4.24 ± 1.47	4.48 ± 1.19	5.20 ± 1.73	3.78 ± 1.79	4.10 ± 2.12
4	5.16 ± 1.80	3.63 ± 1.39	5.81 ± 0.97	5.49 ± 1.09	5.04 ± 1.26	4.96 ± 1.32	5.38 ± 1.03	5.61 ± 1.73
5	4.22 ± 2.43	2.63 ± 1.62	5.29 ± 1.13	3.62 ± 1.68	3.96 ± 1.95	4.14 ± 2.18	3.17 ± 1.75	4.83 ± 1.87
6	4.67 ± 1.63	2.19 ± 1.98	5.38 ± 1.15	5.27 ± 1.41	4.43 ± 1.69	4.67 ± 1.39	5.52 ± 0.65	5.26 ± 1.68
7	4.94 ± 1.88	3.97 ± 1.60	5.62 ± 0.91	5.58 ± 1.01	4.75 ± 1.60	5.51 ± 1.37	5.73 ± 0.69	5.48 ± 1.95
8	4.23 ± 1.94	3.85 ± 1.66	5.14 ± 1.18	4.38 ± 1.53	4.32 ± 1.52	4.35 ± 1.55	2.80 ± 1.55	4.74 ± 1.86
9	4.50 ± 1.94	2.24 ± 1.06	5.81 ± 1.15	4.84 ± 1.49	4.29 ± 1.33	5.10 ± 1.23	4.05 ± 1.45	5.57 ± 1.95
10	4.88 ± 1.82	2.53 ± 1.60	5.43 ± 1.27	4.62 ± 1.65	4.39 ± 1.50	5.80 ± 0.79	4.78 ± 1.03	4.78 ± 2.21
11	4.83 ± 1.61	3.78 ± 1.76	5.67 ± 1.30	5.53 ± 1.21	4.96 ± 1.67	5.35 ± 1.48	5.61 ± 0.64	5.65 ± 2.01
12	4.78 ± 1.74	3.19 ± 1.86	5.43 ± 1.55	5.27 ± 1.63	5.21 ± 1.34	5.59 ± 1.26	5.72 ± 0.67	5.65 ± 2.06
13	3.66 ± 2.53	2.88 ± 2.18	5.62 ± 1.41	4.98 ± 1.87	4.82 ± 1.42	5.33 ± 1.45	4.47 ± 2.10	4.96 ± 2.23
14	4.52 ± 1.89	4.77 ± 0.99	5.24 ± 0.98	5.27 ± 0.91	5.39 ± 1.07	5.41 ± 1.10	5.40 ± 0.94	5.61 ± 0.99
15	4.59 ± 1.68	4.17 ± 1.45	5.52 ± 0.92	5.56 ± 0.86	5.64 ± 1.13	5.65 ± 1.05	5.27 ± 1.18	5.61 ± 1.27
16	4.80 ± 1.84	3.75 ± 1.67	5.71 ± 1.04	5.45 ± 1.05	5.32 ± 1.33	5.94 ± 1.31	4.70 ± 1.68	5.96 ± 1.15
17	5.06 ± 1.22	2.75 ± 1.56	5.48 ± 1.11	5.31 ± 1.45	4.96 ± 1.32	5.39 ± 1.46	5.63 ± 0.71	5.78 ± 1.20
18	5.06 ± 1.59	2.78 ± 1.31	5.48 ± 1.02	5.15 ± 1.52	5.50 ± 0.69	5.71 ± 0.91	5.50 ± 0.93	5.65 ± 1.07
19	5.28 ± 1.29	4.83 ± 1.35	5.90 ± 0.88	5.69 ± 0.94	5.57 ± 0.69	6.02 ± 0.92	5.87 ± 0.68	5.96 ± 0.88
20	4.61 ± 1.85	3.56 ± 1.96	4.57 ± 1.99	3.80 ± 2.46	5.21 ± 0.88	5.27 ± 1.17	5.57 ± 0.83	5.17 ± 2.10
21	4.27 ± 2.15	1.12 ± 1.05	4.52 ± 1.27	4.24 ± 2.27	4.68 ± 1.33	4.69 ± 1.72	5.17 ± 1.33	5.43 ± 1.12
22	4.14 ± 1.57	2.98 ± 1.29	5.19 ± 1.38	5.04 ± 1.49	5.39 ± 0.74	5.51 ± 1.26	5.48 ± 0.98	5.78 ± 0.80
23	4.38 ± 1.55	3.15 ± 1.60	5.24 ± 0.93	5.07 ± 1.48	5.29 ± 0.85	5.06 ± 1.65	5.55 ± 0.93	5.61 ± 0.94
24	4.92 ± 1.76	4.32 ± 1.78	5.62 ± 0.73	5.65 ± 1.06	5.43 ± 0.63	5.71 ± 1.47	5.73 ± 0.90	6.26 ± 1.05
25	4.34 ± 1.97	2.93 ± 1.85	5.40 ± 0.96	5.31 ± 1.41	5.21 ± 0.79	5.37 ± 1.39	5.65 ± 0.63	5.35 ± 1.03
26	4.30 ± 2.00	2.49 ± 2.08	5.52 ± 0.86	4.98 ± 1.76	5.00 ± 1.09	5.14 ± 1.50	4.32 ± 2.01	5.48 ± 1.24

φροντίδα και δηλώνουν περισσότερο ότι εκπληρώθηκαν οι προσδοκίες τους από την φροντίδα. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι αυτοί οι ασθενείς δέχθηκαν περισσότερη βοήθεια, ζητούν λιγότερο να συμμετάσχουν στον σχεδιασμό της φροντίδας τους -άρα είχαν μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης.

Η δοκιμασία Mann-Whitney, έδειξε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά των δεικτών εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας ($p = .004$), εκπλήρωση των προσδοκιών ($p = .005$), ικανοποίηση από την φροντίδα ($p = .010$) και σταθμισμένη ποιότητα της φροντίδας ($p = .003$) ως προς τις μεταβλητές: *πρόθεση να ξανανοσηλευτούν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο*. Αυτό σημαίνει πως οι ασθενείς που προτίθενται να ξανανοσηλευτούν, έχουν δηλώσει ότι πραγματοποιήθηκαν οι περισσότερες από τις παρεμβάσεις που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (που αποτελεί και κριτήριο προβλέπουσας εγκυρότητας της κλίμακας), έχουν εκπληρώσει σε μεγάλο βαθμό τις προσδοκίες τους και τέλος, έχουν δηλώσει περισσότερο ότι η φροντίδα τους ήταν ποιοτική (δηλαδή συνέβησαν οι παρεμβάσεις που θεωρούν οι ίδιοι σημαντικές). Σε ό,τι αφορά την πρόθεση των ασθενών να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους, το σκηνικό διαφοροποιείται πολύ, αφού δηλώνουν περισσότερο -μόνο- ότι έχουν εκπληρωθεί οι προσδοκίες τους. Αυτό πιθανώς σημαίνει ότι ο ηλικιωμένος ασθενής επεξεργάζεται με διαφορετικό τρόπο αυτά τα δυο μηνύματα. Το να προτείνει το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό είναι ένα απλό γεγονός, χωρίς να χρειάζεται να το επεξεργαστεί αξιολογικά (το κάνει χωρίς να αισθάνεται ευθύνη), σε αντίθεση με την πρόθεσή του να ξαναχρησιμοποιήσει το νοσοκομείο, οπότε και είναι αποτέλεσμα συνθετότερης επεξεργασίας.

Η δοκιμασία Mann-Whitney, έδειξε ότι οι ασθενείς που *ζητούν ή δεν ζητούν την πληροφορημένη συναίνεση στην φροντίδα*, διαφέρουν ως προς τους δείκτες: εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας ($p = .004$), ικανοποίηση από την φροντίδα ($p = .042$), σταθμισμένη ποιότητα της φροντίδας ($p = .001$) και εκπλήρωση των προσδοκιών ($p = .000$). Τα πορίσματα αυτά, δείχνουν ότι οι ασθενείς που δεν επιθυμούν την πληροφορημένη συναίνεση έχουν την τάση να απαντούν θετικά ότι συνέβησαν οι περισσότερες παρεμβάσεις όπως περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις της κλίμακας, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι και έχουν εκπληρώσει περισσότερο τις προσδοκίες τους που είναι το ίδιο υψηλές με τους ασθενείς που επιθυμούν την πληροφορημένη συναίνεση. Προφανώς, αυτοί οι ασθενείς, είναι λιγότερο απαιτητικοί και λιγότερο -δικαιωματικά- αξιολογικοί, ίσως διότι δεν θεωρούν τον εαυτό τους ειδικό να αξιολογήσει την παρεχόμενη φροντίδα.

Η δοκιμασία Mann-Whitney, έδειξε ότι οι αναλφάβητοι ασθενείς και αυτοί με 8-13 χρόνια εκπαίδευσης, διαφέρουν ως προς τους δείκτες: σταθμισμένη ποιότητα της φροντίδας ($p = .011$), και εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα ($p = .043$). Έτσι, οι αναλφάβητοι ασθενείς τείνουν να πιστεύουν περισσότερο ότι η φροντίδα ήταν ποιοτική, ενώ οι ασθενείς με 8-13 χρόνια εκπαίδευσης τείνουν να θεωρούν περισσότερο σημαντικές όλες τις διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις. Οι ασθενείς με υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, τείνουν να θεωρούν περισσότερο σημαντικές όλες τις διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις ($p = .002$).

Η δοκιμασία Wilcoxon, έδειξε τα ακόλουθα: (1) οι ηλικιωμένοι ασθενείς, περιμένουν λιγότερα από όσα θεωρούν σημαντικά στην φροντίδα που τους παρέχεται ($p = .000$), (2) οι προσδοκίες των ασθενών είναι μεγαλύτερες από την ικανοποίησή τους, ($p = .000$), (3) η ικανοποίηση ήταν μεγαλύτερη από την εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα ($p = .000$), (4) η ικανοποίηση των ασθενών είναι μεγαλύτερη από την εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας (από το να πραγματοποιήθηκαν ή όχι οι παρεμβάσεις)

Σχέση της εκληφθείσας απόδοσης της φροντίδας και της ικανοποίησης

Υπόθεση: 18 Από μόνη της η εκληφθείσα απόδοση της παρεχόμενης φροντίδας, αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της ικανοποίησης των ασθενών και μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αυτήν την κλίμακα αντί της κλίμακας εκτίμησης της ικανοποίησης.

Αποτέλεσμα: Πλήρης αποδοχή

Προκειμένου να δούμε αν η κλίμακα της εκληφθείσας απόδοσης της φροντίδας ερμηνεύει μεγαλύτερη μεταβλητότητας της ικανοποίησης των ασθενών από την φροντίδα, προβήκαμε σε μια σειρά από αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης, στην οποία η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η βαθμολογία των ασθενών στην κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης (των 26 ερωτήσεων) και όταν ανεξάρτητη μεταβλητή είναι:

- * η βαθμολογία στην *εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας*, ερμηνεύει το 64.5% της μεταβλητότητας στην βαθμολογία της ικανοποίησης ($\beta = .803$, $t = 26.072$, $p = .000$),
- * η βαθμολογία στην *εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας*, ερμηνεύει το 16% της μεταβλητότητας στην βαθμολογία της ικανοποίησης ($\beta = .400$, $t = 8.418$, $p = .000$),
- * η βαθμολογία στην *σταθμισμένη ποιότητα της φροντίδας*, ερμηνεύει το 63.3% της μεταβλητότητας στην βαθμολογία της ικανοποίησης ($\beta = .795$, $t = 25.238$, $p = .000$),
- * η βαθμολογία στην *εκπλήρωση των προσδοκιών της φροντίδας*, ερμηνεύει το 54.6% της μεταβλητότητας στην βαθμολογία της ικανοποίησης ($\beta = .739$, $t = 21.103$, $p = .000$),

Εισάγοντας και τους 4 παράγοντες ως ανεξάρτητες μεταβλητές, κατά βήματα (stepwise) διαπιστώνουμε ότι η εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας αποτελεί τον μοναδικό προβλεπτικό δείκτη της βαθμολογία της ικανοποίησης των ασθενών, αφού ερμηνεύει το 65.2% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (σταθερά $t = 22.104$, $p = .000$, $\beta = .807$, $t = 26.283$, $p = .000$). η εισαγωγή και των άλλων 3 μεταβλητών, βελτιώνει ελάχιστα (3%) το μοντέλο, αλλά η σταθερά δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p = .139$). Από τα αποτελέσματα αυτά, επιβεβαιώνεται η υπόθεση, αφού η εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας, αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της συνολικής ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από τις 26 διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από την κλίμακα που χρησιμοποιήσαμε, αφού ερμηνεύει μεγαλύτερο ποσοστό της μεταβλητότητας. Έτσι, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αυτήν την κλίμακα για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών.

Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η πραγματοποίηση των παρεμβάσεων που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις της κλίμακας αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την διασφάλιση της ικανοποίησης των ασθενών από αυτές. Του λόγου το αληθές, επιβεβαιώνουν και τα αποτελέσματα του πίνακα στο οποίο φαίνεται η μέση ικανοποίηση των ασθενών που απαντούν ότι συνέβη η παρέμβαση (ΝΑΙ), ότι δεν συνέβη (ΟΧΙ), ή ότι δεν ξέρουν αν συνέβη (ΔΕΝ ΞΕΡΩ). Στην τελευταία στήλη του πίνακα υπάρχει η τιμή του F από την ανάλυση ANOVA και το αντίστοιχο επίπεδο σημαντικότητας.

Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον πίνακα, διαπιστώνουμε ότι όλοι οι ασθενείς που απάντησαν ότι συνέβη η συγκεκριμένη παρέμβαση (όπως αυτή αναλύεται στην κάθε ερώτηση) είναι πολύ περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που απάντησαν αρνητικά ή δεν γνώριζαν.

Από την άλλη μεριά, από τη στιγμή που το τι θεωρεί σημαντικό ο ασθενής (εκληφθείσα ποιότητα) στην φροντίδα του, ερμηνεύει το 16% της μεταβλητότητας στην βαθμολογία της ικανοποίησης, φαίνεται να επιβεβαιώνεται και η παρακάτω υπόθεση.

Πίνακας 45
Έλεγχος της υπόθεσης 18

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΑΠΟΔΟΣΗ			F (p value)
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	
1	5.42 ± 1.37	2.39 ± 1.43	4.32 ± 1.70	203.383 (.000)
2	5.13 ± 1.34	2.53 ± 1.27	3.25 ± 1.61	162.720 (.000)
3	5.33 ± 1.29	2.68 ± 1.42	3.22 ± 1.11	178.771 (.000)
4	5.53 ± 1.09	2.88 ± 1.24	3.46 ± 1.20	147.273 (.000)
5	5.14 ± 1.47	2.35 ± 1.35	3.43 ± 2.49	148.237 (.000)
6	5.18 ± 1.19	2.28 ± 1.30	1.10 ± 1.89	203.686 (.000)
7	5.41 ± 1.27	2.55 ± 1.48	3.25 ± 2.22	69.665 (.000)
8	5.21 ± 1.23	2.87 ± 1.39	3.20 ± 1.03	151.291 (.000)
9	5.32 ± 1.21	2.32 ± 1.04	-	546.064 (.000)
10	5.29 ± 1.14	2.97 ± 1.95	3.00 ± 0.82	105.927 (.000)
11	5.41 ± 1.27	3.91 ± 1.91	1.85 ± 1.72	60.788 (.000)
12	5.52 ± 1.18	2.46 ± 1.56	1.78 ± 1.73	175.479 (.000)
13	5.57 ± 1.19	1.89 ± 1.38	1.15 ± 1.71	360.048 (.000)
14	5.24 ± 1.13	3.55 ± 1.70	4.43 ± 1.17	32.048 (.000)
15	5.44 ± 1.04	3.16 ± 1.39	2.29 ± 2.14	96.994 (.000)
16	5.55 ± 1.15	2.08 ± 0.89	4.15 ± 0.50	214.788 (.000)
17	5.49 ± 1.03	2.15 ± 0.80	1.75 ± 1.49	281.107 (.000)
18	5.40 ± 1.10	2.29 ± 1.21	1.60 ± 1.26	180.225 (.000)
19	5.69 ± 0.97	2.57 ± 1.51	4.00 ± 0.82	48.978 (.000)
20	5.08 ± 1.46	4.12 ± 2.14	2.00 ± 2.07	62.516 (.000)
21	5.10 ± 1.31	2.70 ± 2.21	1.74 ± 1.84	112.831 (.000)
22	5.20 ± 1.15	2.67 ± 1.68	2.29 ± 1.70	109.255 (.000)
23	5.25 ± 1.13	2.10 ± 0.87	3.83 ± 1.60	183.399 (.000)
24	5.64 ± 0.90	3.97 ± 2.15	0.73 ± 1.62	137.810 (.000)
25	5.37 ± 1.03	2.27 ± 1.01	0.58 ± 0.77	317.185 (.000)
26	5.42 ± 0.94	2.14 ± 1.41	1.14 ± 1.62	402.937 (.000)

Εκπλήρωση των επιμέρους προσδοκιών μεταξύ των ασθενών από τα νοσοκομεία της Επαρχίας και της Αθήνας

Ο Sixma και οι συνεργάτες του υπολόγισαν την σταθμισμένη ποιότητα της φροντίδας για κάθε στοιχείο της κλίμακάς τους πολλαπλασιάζοντας το μέσο σκορ των ηλικιωμένων ασθενών του δείγματός τους στην ερώτηση: «*τι θεωρείτε σημαντικό στην φροντίδα σας;*», με το ποσοστό των αρνητικών απαντήσεων στην ερώτηση αν πράγματι «*συνέβη*» ό,τι περιμέναμε. Στον πίνακα 46, στην στήλη «*σταθμισμένη ποιότητα*» όσο πιο μικρό είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερη είναι η σταθμισμένη ποιότητα.

Οι περισσότεροι ερευνητές, όπως ο Sixma και οι συνεργάτες του που ασχολήθηκαν με την εκτίμηση της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας από τους ηλικιωμένους ασθενείς που δέχθηκαν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τείνουν να υπολογίζουν την ποιότητα της φροντίδας με έναν καθαρά «*λογιστικό*» τρόπο, προϋποθέτοντας ότι ο ασθενής υποβάλλει την κρίση του σε μια σύνθετη διαδικασία υπολογισμού του κατά πόσο συνέβη μια παρέμβαση που έχει διαφορετικό βαθμό σημαντικότητας γι' αυτόν.

Πίνακας 46
Εκληφθείσα και Σταθμισμένη ποιότητα της φροντίδας

Ερώτηση	ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ (Μέση τιμή)	ΑΠΟΔΟΣΗ (%)	ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ (Μέση τιμή)
1	4.86	46.3	2.25	3.94
2	5.18	34.2	1.77	4.15
3	5.28	42.4	2.23	4.10
4	6.22	14.7	0.91	5.07
5	5.08	41.8	2.12	3.84
6	5.58	8.4	0.47	4.60
7	6.14	7.6	0.46	5.17
8	5.71	44.2	2.52	4.12
9	5.77	30.8	1.77	4.40
10	5.83	28.9	1.68	4.60
11	6.29	11.6	0.73	5.11
12	6.09	9.2	0.56	5.01
13	5.50	22.1	1.21	4.45
14	6.17	7.6	0.47	5.04
15	6.28	10	0.63	5.15
16	6.26	13.4	0.84	5.07
17	5.97	13.7	0.82	4.95
18	5.82	10	0.58	4.99
19	6.41	1.8	0.11	5.59
20	5.03	13.7	0.69	4.64
21	4.88	30.3	1.48	4.10
22	5.89	14.2	0.83	4.79
23	5.96	13.7	0.81	4.80
24	6.06	8.2	0.49	5.36
25	5.60	8.7	0.48	4.84
26	5.45	15.3	0.83	4.49

Αυτήν την ποιότητα εμείς την αποκαλούμε «σταθμισμένη ποιότητα» γιατί έχει ένα βάρος για τον ασθενή, χωρίς πάντα να αξιολογεί την φροντίδα με αυτόν τον τρόπο. Είναι ουσιαστικά μια «προβλέπουσα διάσταση» της πιθανής ικανοποίησης των ασθενών αν δεχτούμε την ύπαρξη μιας γραμμικής σχέσης ανάμεσα στην ποιότητα, την απόδοση της φροντίδας και την ικανοποίηση από αυτήν. Για την εκτίμηση της «σταθμισμένης ποιότητας της φροντίδας» πολλαπλασιάσαμε την βαθμολογία κάθε ασθενή στην κλίμακα εκληφθείσας ποιότητας (τι θεωρούν σημαντικό στην φροντίδα τους) με το αν συνέβη η όχι κάθε παρέμβαση. Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα:

- στην βαθμολογία των ηλικιωμένων στην σταθμισμένη ποιότητα και στην ικανοποίηση από την φροντίδα ($r = .797$ $p = .000$), που σημαίνει ότι η ποιότητα της φροντίδας αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την ικανοποίηση των ασθενών,
- στην βαθμολογία των ηλικιωμένων στην εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα και στην ικανοποίησή τους από αυτήν ($r = .736$ $p = .000$), που σημαίνει ότι η εκπλήρωση των προσδοκιών αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την ικανοποίηση των ασθενών,

- στην βαθμολογία στην εκπλήρωση των προσδοκιών και στην μέση διάρκεια νοσηλείας ($r = -.180$ $p = .000$) και στην εκπλήρωση των προσδοκιών και στην μέση διάρκεια νοσηλείας ($r = -.195$ $p = .000$), που σημαίνει ότι όσο πιο μικρή είναι η μέση διάρκεια νοσηλείας, τόσο μεγαλύτερη είναι η εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών αλλά και η σταθμισμένη ποιότητα της φροντίδας. Αυτό το εύρημα σχετίζεται με γεγονός ότι όσο μεγαλύτερη είναι η μέση διάρκεια νοσηλείας, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να δεχθεί ο ασθενής λιγότερες παρεμβάσεις από όσες προσδοκούν, τόσο περισσότερο αξιολογικοί γίνονται οι ασθενείς λόγω της αύξουσας εμπειρίας τους από την χρήση της υπηρεσίας.

Προκειμένου να εκτιμήσουμε τον βαθμό «εκπλήρωσης των προσδοκιών» των ασθενών από κάθε μια ερώτηση της κλίμακας των 26 ερωτήσεων, πολλαπλασιάσαμε τον μέσο όρο στην κάθε ερώτηση με το ποσοστό εκείνων που απάντησαν «δεν συνέβη». Στην τελευταία στήλη του πίνακα 47, υπάρχουν οι μέσοι όροι της ικανοποίησης των ασθενών σε κάθε ερώτηση.

Πίνακας 47

Εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών στην κλίμακα των 26 ερωτήσεων

Ερώτηση	ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ (Μέση τιμή)	ΑΠΟΔΟΣΗ (%)	ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΠΡΟΣΔΟΚΙΩΝ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ (Μέση τιμή)
1	3.62	46.3	1.67	3.94
2	3.83	34.2	1.30	4.15
3	3.96	42.4	1.68	4.10
4	4.52	14.7	0.66	5.07
5	3.83	41.8	1.60	3.84
6	4.18	8.4	0.35	4.60
7	4.48	7.6	0.34	5.17
8	4.12	44.2	1.82	4.12
9	4.29	30.8	1.32	4.40
10	4.36	28.9	1.26	4.60
11	4.42	11.6	0.51	5.11
12	4.36	9.2	0.40	5.01
13	4.02	22.1	0.89	4.45
14	4.33	7.6	0.33	5.04
15	4.55	10	0.45	5.15
16	4.54	13.4	0.61	5.07
17	4.44	13.7	0.61	4.95
18	4.37	10	0.43	4.99
19	4.63	1.8	0.08	5.59
20	3.87	13.7	0.53	4.64
21	3.84	30.3	1.17	4.10
22	4.43	14.2	0.63	4.79
23	4.44	13.7	0.61	4.80
24	4.40	8.2	0.36	5.36
25	4.27	8.7	0.37	4.84
26	4.13	15.3	0.63	4.49

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αντικείμενο της μελέτης μας απετέλεσε η εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών, από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στο χώρο του νοσοκομείου. Λίγες έρευνες έχουν μελετήσει το φαινόμενο αυτό στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, ενώ οι περισσότερες αφορούν την ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μέχρι σήμερα –με βάση τη μελετηθείσα βιβλιογραφία– δεν έχει αναζητηθεί η πιθανή συζευκτική σχέση της εκπλήρωσης των προσδοκιών, της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, της συγκριτικής, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας και της εκληφθείσας απόδοσης της φροντίδας, με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών.

Τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών

Από το σύνολο των 380 ασθενών άνω των 65 ετών, που νοσηλεύτηκαν σε 10 νοσοκομεία όλης της Ελλάδος,

- το 90.3% είναι ικανοποιημένο από την ποιότητα της συνολικής παρεχόμενης φροντίδας,
- το 79.3% από την ποιότητα του φαγητού που προσφέρθηκε κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους,
- το 95.6% από την ποιότητα της συνολικής παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας και
- το 94% από την ποιότητα της συνολικής παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Τα ποσοστά αυτά είναι σχετικά υψηλά, ωστόσο συνήθη στις αντίστοιχες έρευνες. Ο Fitzpatrick σημειώνει ότι το 80% των ασθενών που συμμετέχουν στις σχετικές έρευνες, εκφράζει την ικανοποίησή του σε οποιαδήποτε ερώτηση τους δίνεται³⁵. Οι Hall & Dornan, στην μετά-ανάλυσή τους, αναφέρουν ότι η συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, κυμαίνεται από 76% έως 84%, αλλά ελάχιστες έρευνες αφορούν ηλικιωμένους ασθενείς αποκλειστικά⁴⁰.

Ο Fitzpatrick R. σημειώνει ότι τα ερωτηματολόγια, θα πρέπει να αποφεύγουν γενικές ερωτήσεις, όπως: «γενικά, είστε ικανοποιημένος με τη νοσηλευτική φροντίδα;» γιατί προκαταβάλλουν τους ασθενείς να απαντήσουν θετικά και εμπεριέχουν μια προκατάληψη αφού οδηγούν σε υπερεκτίμηση της ικανοποίησης^{35,36}. Οι Dixon P. και Carr-Hill R. ισχυρίζονται ότι μόνο οι πολύ δυσαρεστημένοι θα απαντήσουν αρνητικά σε αυτή την ερώτηση³⁷. Πράγματι, οι ηλικιωμένοι ασθενείς, προτιμούν να απαντούν θετικά σε αυτού του τύπου τις ερωτήσεις, είτε διότι η απάντησή τους αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα, είτε διότι φωτογραφίζει το προφίλ τους.

Ο Adams, δίνει την ακόλουθη εξήγηση για τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών: «για τις περισσότερες γυναίκες, που σήμερα πλησιάζουν την ηλικία των 80 ετών, το πρώτο τέταρτο της ζωής τους το έζησαν μέσα στη φτώχεια, την ανέχεια, τη σκληρή δουλειά και την φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας. Δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει λοιπόν, που τα σημερινά τους κριτήρια αναφορικά με το τι επιθυμούν και με το τι τους προσφέρει ικανοποίηση, διαφέρουν εντελώς από τα κριτήρια των νεότερων ασθενών»³⁰⁸. Σε ό,τι αφορά τη Μεγάλη Βρετανία, η εξήγηση που δίδεται στα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών, είναι πως αυτό συμβαίνει διότι έχουν παρακολουθήσει τη διαχρονική εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και θυμούνται ποιες υπηρεσίες διατηρήθηκαν και ποιες εκσυγχρονίστηκαν²²⁹. Από την άλλη μεριά, μπορεί να έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από το σύστημα υγείας.

Στην Ελλάδα, ισχύει μια παρόμοια κατάσταση με αυτήν που περιγράφει ο Adams, με τόσο γλαφυρό τρόπο. Η σημερινή γενιά των ελλήνων ηλικιωμένων ασθενών, έχει ζήσει την διαχρονική μετάβαση του συστήματος περίθαλψης, στην χώρα μας και ειδικότερα: (1) την

πορεία διασφάλισης της προσβασιμότητας (και της ισότητας της προσβασιμότητας) από την εποχή που αυτή ήταν αδύνατη, λόγω έλλειψης νοσοκομείων, ή λόγω προκλητού αποκλεισμού. Είναι χαρακτηριστικό ότι πολλοί μας είπαν: «*σήμερα μπορώ να πάω σε όποιο νοσοκομείο θέλω, χωρίς να χρειάζεται η υπογραφή του βουλευτή..*», (2) την διασφάλιση και βελτίωση της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (απλών ή εξειδικευμένων) και την (3) βελτίωση της κτιριακής και υλικοτεχνικής υποδομής. Ως εκ τούτου οι ηλικιωμένοι ασθενείς –κυρίως οι ασθενείς από τα νοσοκομεία της Επαρχίας- ενοχλούνται λιγότερο από την χαμηλή ποιότητα του φαγητού, των κτιρίων, ακόμη και από τον αριθμό των ασθενών στον ίδιο θάλαμο. Ωστόσο, ενοχλούνται περισσότερο από την ποιότητα της διαπροσωπικής διάστασης της φροντίδας (σεβασμός, ενδιαφέρον, ενσυναίσθηση).

Οι ηλικιωμένοι διαπνέονται από μια «*αγωνία*» να εκφράσουν την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη φροντίδα. Έτσι, επιδεικνύουν ένα αλάργεμα από το να δηλώσουν δυσαρεστημένοι από την φροντίδα, αφού η έκφραση αυτή θεωρείται από τους ίδιους πιο «*φορτισμένη*» από την έκφραση «*είμαι λίγο ή καθόλου ικανοποιημένος*». Εξάλλου, οι σημερινοί ασθενείς των 70 και 80 ετών, προέρχονται από μια γενιά που θεωρεί τους γιατρούς σαν «*ανώτερα όντα*» και τους νοσηλευτές σαν «*αγγέλους του ελέους*». Οι Hall και Dornan, επιχείρησαν να διαχωρίσουν μεταξύ τους, δυο υποθέσεις: η πρώτη, *ότι ανεξάρτητα από την τρέχουσα παρεχόμενη φροντίδα οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι γενικά περισσότερο διστακτικοί στο να εκφράσουν αρνητικές αξιολογικές κρίσεις, σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς, η δεύτερη, ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς φροντίζονται στην πραγματικότητα με έναν πιο επιμελή και εύκολα ανταποκρίσιμο τρόπο*⁴⁰. Αν εκλάβουμε την ικανοποίηση του ηλικιωμένου ασθενή ως ένα «*φυσικό*» φαινόμενο, τότε η δυσαρέσκεια έχει την ιδιότητα του *αλλοτροπισμού* (η ιδιότητα ορισμένων στοιχείων να εμφανίζονται ως απλά σώματα με διαφορετικές μορφές: για παράδειγμα ο άνθρακας παρουσιάζεται και σαν διαμάντι) και είναι *άρρητη*, για να χρησιμοποιήσουμε έναν όρο των μαθηματικών.

Παρόλο που η μαρτυρία ενισχύει αυτούς τους δυο ισχυρισμούς^{313,314}, ο Cohen G. δεν πιστεύει στην αποκλειστικότητά τους, καθώς οι υποθέσεις αυτές, ασκούν κάποια επίδραση στην ικανοποίηση *κάποιων* ασθενών, σε *κάποιες* δομές παροχής φροντίδας υγείας³⁴. Συναινεί στην πρώτη υπόθεση των Hall και Dornan, καθώς η έρευνά του κατέδειξε μια ισχυρή συσχέτιση της ηλικίας με την ικανοποίηση των ασθενών, όχι μόνο από την φροντίδα που του παρέχεται στον χώρο του Νοσοκομείου, αλλά και από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τις δομές που ενσωματώνει. Εμείς συναινούμε με τις απόψεις και των δυο ερευνητών, καθώς η ποιοτική έρευνα έδειξε πως συγκεκριμένοι παράγοντες, όπως τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών, επηρεάζουν την αξιολογική κρίση τους. Οι Lee Y. & Kasper J.D. στην έρευνά τους στην οποία συμμετείχαν 8.859 ηλικιωμένοι ασθενείς που καλύπτονται από το Medicare και ζουν στην κοινότητα, διαπίστωσαν ότι το 90% και παραπάνω των ασθενών δήλωσε ικανοποιημένο ή πολύ ικανοποιημένο από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα³¹⁵.

Στην παρούσα έρευνα, η ικανοποίηση από τις διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας, όπως περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις της κλίμακας, κυμαίνεται από 37.6% έως 96.8% με ένα συνολικό ποσοστό 78.15%. Η δυσαρέσκεια κυμάνθηκε από 2.9% έως 29.7%, με ένα συνολικό ποσοστό 14.54%. Οι McCartain D. et al. αναφέρουν ότι ο κυριότερος λόγος που δεν εκτιμάται η ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών, είναι η αδυναμία συγκέντρωσης ικανοποιητικού αριθμού αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων, λόγω αντικειμενικών δυσκολιών από την πλευρά των ασθενών⁴⁸⁹. Στην έρευνά τους συγκεντρώθηκαν 410 ερωτηματολόγια και η συμπλήρωση έγινε στο σπίτι των ηλικιωμένων, χρησιμοποιώντας την κλίμακα SERVQUAL, την μεθοδολογία της οποίας χρησιμοποιήσαμε και εμείς. Αναφέρουν ότι η συνολική ικανοποίηση στην κλίμακά τους που είχε 7 παράγοντες, κυμάνθηκε από 75% έως 87%, με ένα συνολικό ποσοστό 80.2%. Η δυσαρέσκεια κυμάνθηκε από 13% έως 18% με ένα συνολικό ποσοστό 15.8%.

Η «κοινωνική αποδοχή-ευαρέσκεια» ωθεί τους ασθενείς να αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης από το πραγματικό, διότι πιστεύουν πως μόνο τα θετικά σχόλια είναι ευπρόσδεκτα από τους ερευνητές. Αρκετοί ασθενείς, χρησιμοποιούν τις έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησής τους, ως το ασφαλές μέσο για να κερδίσουν την εύνοια των ερευνητών, ή του προσωπικού, ιδιαίτερα όταν διασφαλίζεται η ανωνυμία τους. Οι περισσότεροι ερευνητές, πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι φειδωλοί στην έκφραση των παραπόνων τους, από φόβο μιας «δικαιολογημένα» χειρότερης φροντίδας στο μέλλον^{256,343}. Η θεωρία του Williams διατείνεται ότι η δυσαρέσκεια εκδηλώνεται μόνο όταν συμβεί ένα ακραίο αρνητικό γεγονός⁴⁶. Ωστόσο, φαίνεται να επισκιάζεται από το φαινόμενο της «ευγνωμοσύνης» των ασθενών προς τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας, που έχει αναγνωριστεί ως συγχυτικός παράγοντας της ικανοποίησης και που στη Μεγάλη Βρετανία παρατηρείται κυρίως στους ηλικιωμένους ασθενείς. Ο Tagliacozzo συμπληρώνει ότι το 68% των ασθενών, δηλώνει πως δεν είναι σε θέση να εκφράσει επιθυμίες, φόβους, ή κρίσεις για το ιατρικό προσωπικό²⁰². Το κριτήριο αυτών των ασθενών είναι ο αυτοέλεγχος, η εξάρτηση από το προσωπικό και η διακριτικότητά τους. Οι Judge και Solomon υποστηρίζουν ότι η δυσαρέσκεια εκφράζεται, σταθερά, για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, τη στιγμή που ασκείται λιγότερη κριτική για τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας⁶.

Η Williams και οι συνεργάτες της διατύπωσαν δυο θεωρίες που εξηγούν την επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους παρά τις δυσκολίες που συνάντησαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους: η πρώτη θεωρία, υποστηρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει αντιμετωπίσει δυσκολίες, στην περίπτωση που οι προσδοκίες του βρίσκονται εκτός καθήκοντος του επαγγελματία φροντίδας υγείας και η δεύτερη θεωρία, υποστηρίζει πως ακόμα και όταν ο ασθενής αισθάνεται πως ο επαγγελματίας φροντίδας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του, εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την φροντίδα που του παρέχεται, εάν αποδεχθεί ότι υπήρξαν άλλοι ελαφρυντικοί παράγοντες που το δικαιολογούν¹³¹. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να είναι η έλλειψη του προσωπικού, ο φόρτος εργασίας, οι χαμηλές αμοιβές κ.α.

Τα υψηλά ποσοστά εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών

Το 83.5% των ηλικιωμένων ασθενών, χαρακτήρισαν ποιοτική την συνολική παρεχόμενη φροντίδα, το 83.5% την συνολική παρεχόμενη ιατρική φροντίδα και το 82.3% την συνολική παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Οι συνολικές «θετικές» προσδοκίες των ασθενών από την φροντίδα, την ιατρική και τη νοσηλευτική, εκπληρώθηκαν, ενώ η συνολική ικανοποίηση των ασθενών ήταν πολύ μεγαλύτερη ακόμη και από την ίδια την εκπλήρωση των προσδοκιών. Για τους περισσότερους ηλικιωμένους ασθενείς και ιδιαίτερα αυτούς που προέρχονταν από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, ο όρος «ποιότητα» είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί και προκαλεί μια σύγχυση. Οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι ασθενείς είναι περισσότερο «επικριτικοί» σε ό,τι αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής, ενώ περίπου ο 1 στους 10 ασθενείς προτίμησε να απαντήσει «δεν ξέρω». Κάποιοι ασθενείς έλεγαν χαρακτηριστικά: «η φροντίδα ήταν καλή αλλά δεν ξέρω αν ήταν ποιοτική». Μέσα από την ποιοτική έρευνα, έγινε κατανοητό ότι ο όρος ποιότητα για τον ηλικιωμένο ασθενή δημιουργεί ένα «νέφος ερμηνείας» και ότι συναρτάται με το αξιολογικό σύστημά του, το οποίο συνυφίνεται από το πόσο σημαντική είναι κάθε διάσταση της φροντίδας για τον ίδιο τον ασθενή, αν και έχει την τάση να θεωρεί τις περισσότερες διαστάσεις της φροντίδας, πολύ έως πάρα πολύ σημαντικές.

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της εκληφθείσας και της συγκριτικής με τα άλλα νοσοκομεία ποιότητας της φροντίδας

Σε ό,τι αφορά τη συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα, εκτός από την περίπτωση της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας, με τις γυναίκες να συμφωνούν λιγότερο ότι η ιατρική φροντίδα ήταν ποιοτική. Την ίδια στιγμή, το ποσοστό των γυναικών που απάντησαν *δεν ξέρω*, ήταν διπλάσιο από αυτό των ανδρών.

Η ηλικία, σχετίζεται αρνητικά με την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, της ιατρικής φροντίδας, της νοσηλευτικής φροντίδας και τη συνολική συγκριτική με τα υπόλοιπα νοσοκομεία ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας, δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο μειώνεται η συνολική εκληφθείσα ποιότητα. Οι Lee Y. & Kasper J.D. στην έρευνά τους παρατήρησαν ότι οι ασθενείς, ηλικίας 65-69 ετών συμφωνούσαν λιγότερο ότι η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα ήταν ποιοτική σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας 80-84 ετών³¹⁵. Στην δική μας έρευνα, οι ασθενείς ηλικίας 75-84 ετών δήλωσαν περισσότερο ότι η συνολική φροντίδα, η ιατρική και η νοσηλευτική ήταν ποιοτικές, σε σχέση με τους ασθενείς 65-74 ετών. Οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς ισχυρίστηκαν ότι η συνολική φροντίδα στο νοσοκομείο ήταν καλή όπως την περίμεναν, ενώ οι σχετικά νεότεροι ότι ήταν καλύτερη από αυτή που περίμεναν.

Τα χρόνια εκπαίδευσης σχετίζονται αρνητικά με την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής. Αυτό πιθανώς σημαίνει ότι οι ασθενείς με τα περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης, αντιλαμβάνονται σαφέστερα την έννοια της ποιότητας της φροντίδας και συνεπώς, μπαίνουν στη διαδικασία αξιολόγησής της, σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 35.3% των ασθενών με τα περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης, απάντησαν ότι δεν ξέρουν αν η φροντίδα ήταν ποιοτική. Όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς, απέφυγαν να απαντήσουν *«δεν ξέρω»*. Αυτό πιθανώς τονίζει ότι οι ασθενείς με τα περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης διστάζουν να απαντήσουν επειδή τοποθετούν την ποιότητα της φροντίδας πολύ ψηλά.

Όσο μεγαλύτερη είναι η *βελτίωση των συμπτωμάτων* των ασθενών κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους –εξαιτίας των οποίων εισήχθησαν στο νοσοκομείο- τόσο μεγαλύτερη είναι και η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και της ιατρικής και της νοσηλευτικής. Επίσης, αναλογικά, τόσο μεγαλύτερη είναι και η συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής. Συνεπώς, η θετική πορεία έκβασης της κατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων ασθενών, προσδιορίζει την άποψη που διαμορφώνουν για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά και για την συγκριτική απόδοση της φροντίδας του συγκεκριμένου νοσοκομείου στο οποίο νοσηλεύτηκαν. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με την μικρότερη βελτίωση των συμπτωμάτων τους, απάντησαν ότι η φροντίδα, η ιατρική και η νοσηλευτική, ήταν το ίδιο κακή με τα άλλα νοσοκομεία. Διαπιστώνουμε λοιπόν, ότι η βελτίωση των συμπτωμάτων των ασθενών, αποτελεί ένα ισχυρό κριτήριο για το πώς αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας του συγκεκριμένου νοσοκομείου αλλά και της νοσοκομειακής περίθαλψης γενικότερα. Η κακή υγεία, επηρεάζει την στάση των ασθενών απέναντι στην ιατρική φροντίδα.

Η *οικογενειακή κατάσταση* σχετίζεται με τη συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής. Οι έγγαμοι ασθενείς και οι άγαμοι είναι αυτοί που ισχυρίζονται περισσότερο ότι η συνολική φροντίδα, η ιατρική και η νοσηλευτική, ήταν ποιοτικές. Δεν υπήρξε ανάλογη διαφοροποίηση αναφορικά με την συγκριτική με τα άλλα νοσοκομεία συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής.

Δεν παρατηρήθηκε καμιά στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της βαθμολογίας των ασθενών στις κλίμακες εκτίμησης της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, ως προς το *επάγγελμά* τους, παρά μόνο αναφορικά με την εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, με τις γυναίκες που δήλωσαν οικιακά να έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία έναντι των μη χειρωνακτών ασθενών. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι το 43.1% των γυναικών που δήλωσαν οικιακά, είναι αναλφάβητες και όπως είδαμε σε προηγούμενη παράγραφο, τα χρόνια εκπαίδευσης σχετίζονται αρνητικά με την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας.

Όσο περισσότερες φορές έχει επισκεφτεί ένας ασθενής το συγκεκριμένο νοσοκομείο, τόσο μεγαλύτερη είναι η εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας. Προφανώς αυτοί οι ασθενείς, έχουν ένα ασφαλέστερο κριτήριο για να αξιολογήσουν αυτά που τους παρέχονται.

Η συνολική *ικανοποίηση των ασθενών από τη διαχείριση του πόνου από το γιατρό*, σχετίζεται θετικά με τη συνολική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, όπως και η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τη διαχείριση του πόνου από τη νοσηλεύτρια με τη συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό το εύρημα, επιβεβαιώνει την άποψη ότι η ικανοποίηση και η αντίστοιχη ποιότητα της φροντίδας όπως την εκλαμβάνει ο ασθενής, δημιουργούν μια συνήχηση.

Κατά γενική ομολογία, για την πλειοψηφία των ηλικιωμένων ασθενών, είτε προέρχονται από την Επαρχία είτε από την Αθήνα, η ποιότητα της φροντίδας συναρτάται πρωταρχικά με το *έμπρακτο ενδιαφέρον όλου του προσωπικού, τις εκδηλώσεις σεβασμού και την ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού*. Μια εναλλακτική εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι οι ηλικιωμένοι πραγματικά επιθυμούν περισσότερο σεβασμό και κατανόηση από το προσωπικό, που είναι εκτός των άλλων, πολύ νεότερο σε ηλικία από αυτούς⁴⁰. Η *ψυχολογική υποστήριξη* των ασθενών ως διάσταση της ποιότητας της φροντίδας όπως την εκλαμβάνει ο ίδιος ο ηλικιωμένος ασθενής, δεν έχει αναζητηθεί, ούτε έχει ερμηνευτεί από την μελετηθείσα ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Στην παρούσα έρευνα, προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε αυτή την παράμετρο και διαπιστώσαμε πως από το σύνολο των ασθενών που ισχυρίστηκαν ότι η σημαντικότερη διάσταση της ποιοτικής φροντίδας είναι η *ψυχολογική υποστήριξη* από το προσωπικό, το 61.2% έπασχε από κατάθλιψη. Από το σύνολο των 146 ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη, οι 34 (23.3%) δήλωσαν ότι η σημαντικότερη διάσταση της ποιοτικής φροντίδας είναι ο *σεβασμός από το προσωπικό* και για τους 30 (20.5%) η *ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού*. Για τους 254 ασθενείς που δεν πάσχουν από κατάθλιψη, η σημαντικότερη διάσταση της ποιοτικής φροντίδας είναι για τους 80, το *ενδιαφέρον του προσωπικού* (34.2%) και ακολουθεί ο *σεβασμός του προσωπικού* (17.9%). Η *ψυχολογική υποστήριξη* του προσωπικού, είναι η πέμπτη επιλογή τους (8.1%). Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, πως η προεξάρχουσα διάσταση της ποιοτικής φροντίδας, όπως την αντιλαμβάνεται ο ηλικιωμένος ασθενής, συναρτάται και ερμηνεύεται από την συναισθηματική του κατάσταση.

Η εκληφθείσα ποιότητα, σχετίζεται με την *τοποθεσία του νοσοκομείου* και συγκεκριμένα, οι ασθενείς του νοσοκομείου Ρόδου και της Κρήτης, είχαν την μεγαλύτερη βαθμολογία στην συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής. Οι ασθενείς της Λαμίας είχαν την χαμηλότερη αναφορικά με την ποιότητα της φροντίδας και οι ασθενείς της Θεσσαλονίκης για την συνολική ποιότητα της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι ασθενείς του νοσοκομείου της Ρόδου, προέρχονται από την ευρύτερη περιοχή των Δωδεκανήσων και είχαν την τάση να *επιστέφουν* το νοσοκομείο, επειδή ήταν καινούργιο και απετέλεσε ένδειξη του έμπρακτου ενδιαφέροντος του Κράτους για την περιφέρεια. Ως εκ τούτου, δεν ήθελαν να δείξουν πιθανή αχαριστία δηλώνοντας ότι η φροντίδα δεν ήταν ποιοτική. Από την άλλη μεριά, είχαν την αίσθηση της οικογενειακής ατμόσφαιρας που οφείλονταν κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι ασθενείς από την

Κρήτη, έπασχαν κυρίως από χρόνια νοσήματα, που τους αναγκάζουν σε συχνή χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου και φαίνεται να έχουν μια σταθερά θετική άποψη γι' αυτό. Οι ασθενείς από το νοσοκομείο της Λαμίας είχαν, αναλογικά με τα υπόλοιπα νοσοκομεία, τα περισσότερα παράπονα από την φροντίδα και το προσωπικό, ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι συναντήσαμε την κάθετη άρνηση της Διοικητικής Διευθύντριας να διεξάγουμε την έρευνα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Στο δείγμα των καταθλιπτικών ασθενών, η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, έναντι της ιατρικής. Το ίδιο συμβαίνει και στο δείγμα των μη καταθλιπτικών.

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών

Η ηλικία των ασθενών δεν βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα, το φαγητό, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα. Δεν υπήρξε επίσης διαφορά στην μέση ικανοποίηση μεταξύ των 3 ηλικιακών ομάδων. Οι Lee Y. & Kasper J.D. παρατήρησαν ότι οι ασθενείς, ηλικίας 65-69 ετών ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας 80-84 ετών³¹⁵. Υπήρξε όμως μια διαφορά στην μέση ικανοποίηση από την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, μεταξύ των ασθενών ηλικιακής ομάδας 75-84 και > 85 ετών, με τους τελευταίους να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, χωρίς να διαφοροποιείται το ύψος της βοήθειας που δέχθηκαν. Το ίδιο συνέβη και με την μέση συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τον τρόπο που ο γιατρός αντιμετώπισε τον πόνο τους. Οι ασθενείς άνω των 85 ετών πόνεσαν σημαντικά περισσότερο από αυτούς μεταξύ 75-84 ετών.

Το φύλο δεν βρέθηκε να επηρεάζει την συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την φροντίδα, την ιατρική, τη νοσηλευτική και τη νοσηλευτική βοήθεια που δέχθηκαν. Αυτή η διαπίστωση, βρίσκει σύμφωνους τους περισσότερους ερευνητές, των οποίων όμως οι έρευνες δεν αφορούσαν αποκλειστικά ηλικιωμένους ασθενείς^{34,40,200,229,315,327-331}. Το φύλο δεν σχετίζεται ούτε και με την συνολική βαθμολογία στην κλίμακά μας των 26 ερωτήσεων. Μια βρετανική μελέτη, παραδέχθηκε ότι οι γυναίκες ασθενείς, διαμαρτύρονται συχνότερα για τον μη σεβασμό της ατομικότητάς τους¹⁷⁷. Οι γυναίκες τείνουν να παραπονούνται πιο συχνά από τους άνδρες και αυτό οφείλεται στο ότι κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας¹⁸⁵, άρα έχουν μεγαλύτερη εμπειρία και ως εκ τούτου, έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας, καθώς και στον διπλό ρόλο των γυναικών: ως φροντιστές υγείας και ως τροφούς^{185,187,190}. Στην παρούσα έρευνα, οι γυναίκες ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από την καθαριότητα του δωματίου, των χώρων υγιεινής και την συχνότητα αλλαγής των σεντονιών, από την τήρηση των ωρών του επισκεπτηρίου, την αίσθηση ασφάλειας που απολαμβάνουν στο νοσοκομείο και το ενδιαφέρον του προσωπικού όταν υποφέρουν από άγχος ή πόνο. Και στην δική μας έρευνα, το 47.4% των γυναικών, κάνει συχνή χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (λόγω χρόνιας νόσου), έναντι του 32.5% των ανδρών. Συνεπώς, φαίνεται να υποστηρίζεται η παραπάνω άποψη, χωρίς όμως να επιβεβαιώνεται ο ισχυρισμός ότι οι γυναίκες έχουν συνολικά μεγαλύτερες προσδοκίες, ή από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας, αφού δεν βρέθηκε διαφορά στην συνολική βαθμολογία τους στις 26 ερωτήσεις που εκτιμούν τις προσδοκίες των ασθενών, ούτε στις 16 που εκτιμούν τις προσδοκίες από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό, έχει ιδιαίτερη σημασία δεδομένου ότι το δείγμα μας είχε μια ομοιογένεια μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τον αριθμό, την ηλικία τους, αλλά και τα χρόνια εκπαίδευσης.

Στην παρούσα έρευνα, το φύλο σχετίζεται με την ικανοποίηση από την συνολική διαχείριση του πόνου των ασθενών και από την συνολική ικανοποίηση της διαχείρισης του πόνου τους από τη νοσηλεύτρια, με τις γυναίκες να είναι περισσότερο ικανοποιημένες. Στις αντίστοιχες έρευνες των McNeill J.A. et al. και των Comley a.l. & DeMeyer E., δεν βρέθηκε

παρόμοια συσχέτιση^{353,354}, ή δεν αναφέρεται. Από τη στιγμή που η ένταση του πόνου που αισθάνθηκαν οι ασθενείς δεν σχετίζεται με το φύλο τους, αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί, λαμβάνοντας υπόψη μας ότι ο πόνος, για την ηλικιωμένη γυναίκα ασθενή, έχει μικρότερη ουδό ανοχής, ενώ συνήθως αποτελεί ένα γυναικείο ζήτημα, και μόνο η *γυναίκα νοσηλεύτρια* μπορεί να την βοηθήσει, ή τουλάχιστον να μεσολαβήσει μεταξύ της ίδιας και του γιατρού για να δοθεί κάποιο αναλγητικό.

Τα *χρόνια εκπαίδευσης* των ασθενών, σχετίζονται αρνητικά με την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, το φαγητό, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα (που είναι και η ισχυρότερη συσχέτιση) και με την συνολική βοήθεια που δέχθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό. Το *χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης*, φαίνεται να σχετίζεται με τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης¹⁷³. Στις ΗΠΑ, οι Anderson και Zimmerman διατείνονται πως το επίπεδο εκπαίδευσης είναι η μόνη μεταβλητή που σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών²³⁶. Ωστόσο, κάτι ανάλογο δεν επιβεβαιώνεται στη Μεγάλη Βρετανία, οπότε και η αιτία της διαφοροποίησης πρέπει να αναζητηθεί σε άλλους συγχυτικούς παράγοντες.

Η *οικογενειακή κατάσταση* των ασθενών σχετίζεται με την συνολική ικανοποίησή τους, με τους ασθενείς σε χηρεία, να είναι οι πιο ικανοποιημένοι από την συνολική παρεχόμενη ιατρική φροντίδα, τη νοσηλευτική και την βοήθεια που δέχθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό. Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ήταν χήρες, εκ των οποίων των 70.4% ζει μόνιμα στην Επαρχία, το 63% έχει από 2-7 χρόνια εκπαίδευσης, το 34.3% ασχολούνταν με τα οικιακά, το 56.5% έχει νοσηλευτεί τα τελευταία δυο χρόνια για περισσότερες από 3 φορές, το 43.5% πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα που το αναγκάζει να επισκέφεται συχνά το νοσοκομείο, το 73.1% εισήλθε ως επείγουσα περίπτωση, το 34.3% δεν δέχθηκε καμιά βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό, το 42.6% απάντησε ότι βελτιώθηκαν πολύ τα συμπτώματά τους, το 73.2% πιστεύει στο δικαίωμα των ασθενών να αξιολογούν την παρεχόμενη φροντίδα, το 87% προτίθεται να προτείνει το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό, το 83.4% προτίθεται να ξανανοσηλευτεί στο συγκεκριμένο νοσοκομείο στο μέλλον και το 55.6% πάσχει από κατάθλιψη.

Το *επάγγελμα* που ασκούσε ο ηλικιωμένος ασθενής πριν την συνταξιοδότηση σχετίζεται με την συνολική ικανοποίηση από το φαγητό, με τις γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά να είναι οι πιο ικανοποιημένες.

Η *κοινωνικό-οικονομική κατάσταση* του ασθενή σχετίζεται αρνητικά με την συνολική ικανοποίηση από φροντίδα, το φαγητό, την ιατρική, τη νοσηλευτική φροντίδα και τη ληφθείσα νοσηλευτική βοήθεια, που σημαίνει ότι οι ασθενείς που είναι σε καλύτερη κοινωνικό-οικονομική κατάσταση είναι λιγότερο ικανοποιημένοι. Το 54.5% αυτών των ασθενών προέρχεται από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, το 66.2% είναι άνδρες, το 74.7% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών, το 55.8% έχει από 2-7 χρόνια εκπαίδευσης, το 47.4% ήταν χειρώνακτες και το 36.4% μη χειρώνακτες, το 37% έχει δεχθεί λίγη βοήθεια, το 52% δεν επιθυμεί την συμμετοχή του στην φροντίδα, το 53.2% δεν έχει ξανανοσηλευτεί στο παρελθόν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και το 44.2% δηλώνει ότι βελτιώθηκαν πολύ τα συμπτώματά του, το 79.9% προτίθεται να ξανανοσηλευτεί στο μέλλον στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το 85.8% προτίθεται να το προτείνει σε κάποιον γνωστό και το 68.8% δεν έπασχε από κατάθλιψη. Η μαρτυρία, όπως αυτή εκφράζεται από τις έρευνες των Williams & Calnan και Harris I.B. et al., υποστηρίζει μια αρνητική συσχέτιση της ικανοποίησης με την κοινωνική τάξη των ασθενών^{176,177,314}, χωρίς να αφορά όμως μόνο ηλικιωμένους ασθενείς.

Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία των Αθηνών ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την συνολική διαχείριση του πόνου τους, σε σχέση με αυτούς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Επαρχίας. Οι ασθενείς που θεώρησαν την *ψυχολογική υποστήριξη* του προσωπικού, ως την σημαντικότερη διάσταση της ποιοτικής φροντίδας, ήταν

οι πιο ικανοποιημένοι από την συνολική παρεχόμενη φροντίδα και την συνολική νοσηλευτική φροντίδα. Όπως διαπιστώσαμε στην παρούσα έρευνα, μεγάλο είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών που θεωρούν σημαντική την ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού και την έχουν ανάγκη λόγω της κατάθλιψής τους, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι την ζητούν κιάλας. Αυτό είναι ένα από τα σημαντικότερα σημεία που διαφοροποιούν τους ηλικιωμένους από τους νεότερους ασθενείς για τους οποίους οι Joos et al. διαπίστωσαν ότι ζητούν περισσότερη ψυχολογική υποστήριξη σε σχέση με τους ηλικιωμένους ασθενείς³¹⁹.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας, σχετίζεται αρνητικά με την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, χωρίς να συμβαίνει το ίδιο και με την συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, που επιβεβαιώνει για άλλη μια φορά ότι η στάση των ηλικιωμένων ασθενών απέναντι στην ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, διαφοροποιείται από την ικανοποίηση από αυτήν. Οι ασθενείς με την μεγαλύτερη μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν αγρότες, ή χειρώνακτες, τα τελευταία δυο χρόνια έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο για πάνω από 3 φορές, υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, δέχθηκαν λίγη βοήθεια, είχαν από καθόλου έως λίγη βελτίωση των συμπτωμάτων για τα οποία εισήχθησαν στο νοσοκομείο, προτίμησαν να απαντήσουν ότι δεν ξέρουν αν η φροντίδα, η ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα ήταν ποιοτικές, απάντησαν ότι η φροντίδα, το φαγητό και η ιατρική φροντίδα ήταν καλύτερα από αυτό που περίμεναν, αλλά και από των υπολοίπων νοσοκομείων και ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν το ίδιο μέτρια με των υπολοίπων νοσοκομείων.

Όσο μεγαλύτερη είναι η βελτίωση των συμπτωμάτων των ασθενών κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο –που αποτελεί έμμεσο δείκτη της κατάστασης της υγείας τους- τόσο μεγαλύτερη και η ικανοποίησή τους από την συνολική παρεχόμενη φροντίδα, την ιατρική και τη νοσηλευτική. Η κατάσταση της υγείας των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίησή τους, καθώς όσο χειρότερη είναι, τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι αισθάνονται^{176,306,320,335-337}. Συγκριτικά όμως με τους υπόλοιπους παράγοντες, το επίπεδο της υγείας και της ευεξίας των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει ελάχιστα την ικανοποίηση των ασθενών^{149,307,338}. Ο Cohen G., βρήκε μια ισχυρή θετική συσχέτιση του πόνου και του ψυχοκοινωνικού επιπέδου υγείας με την ικανοποίησή³⁴, σε αντίθεση με τους Williams S.J. & Calnan M., οι οποίοι δεν αναφέρουν μια ανάλογη συσχέτιση της κατάστασης της υγείας του ασθενή με την ικανοποίησή του, ούτε από τη νοσοκομειακή φροντίδα, ούτε από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας^{22,176,177}. Το ίδιο ισχύει και στις ΗΠΑ¹⁷⁴. Στην έρευνα των Kane et al., οι ασθενείς που είχαν καθυστερημένη ανάρρωση, όπως αυτή εκφράστηκε από τους ίδιους αλλά και από τον αριθμό των ημερών νοσηλείας, υπήρξαν πιο δυσαρεστημένοι από την αποτελεσματικότητα, την τεχνική διάσταση της φροντίδας και την «τέχνη της φροντίδας»¹⁶⁷. Συνεπώς, η κατάσταση της υγείας των ασθενών, απετέλεσε ισχυρό προσδιοριστή της ικανοποίησής τους από την ιατρική φροντίδα. Στην ίδια έρευνα, οι ασθενείς με καλύτερη έκβαση εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από όλες τις διαστάσεις της φροντίδας και μάλιστα η ηλικία φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά. Η ικανοποίηση από την ποιότητα της φροντίδας, σχετίζεται περισσότερο στατιστικά σημαντικά με την έκβαση σε σχέση με την ικανοποίηση από τις ευκολίες που παρέχει το νοσοκομείο. Όλα αυτά, επιβεβαιώνουν ότι η ικανοποίηση του ασθενή πράγματι σχετίζεται με την έκβαση της φροντίδας, αλλά αυτή η συσχέτιση είναι ισχυρότερη για τα απόλυτα αποτελέσματα της φροντίδας. Μάλλον οι ασθενείς κρίνουν βάσει του πως αισθάνονται την δεδομένη στιγμή παρά με βάση την αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους, υποδεικνύοντας ότι ξεχνούν την πρότερα κατάστασή τους.

Η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική βοήθεια και από την συνολική παρεχόμενη φροντίδα, διαφοροποιούνται ως προς το δείκτη ασφαλιστικός φορέας στον οποίο ανήκει ο ασθενής, με τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ (που ζήτησαν και την μεγαλύτερη βοήθεια) να είναι οι πιο ικανοποιημένοι από την βοήθεια και τους ασφαλισμένους του NAT να είναι οι πιο ικανοποιημένοι από την συνολική φροντίδα.

Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με την *τοποθεσία του νοσοκομείου* και συγκεκριμένα, οι ασθενείς της Ρόδου ήταν οι πιο ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική βοήθεια, οι ασθενείς της Ρόδου, της Λαμίας, του Αγρινίου και της Κρήτης ήταν οι πιο ικανοποιημένοι από την συνολική ιατρική φροντίδα, οι ασθενείς της Λαμίας και του Αγρινίου από το φαγητό.

Ο Calnan προτείνει την «μετανόηση» από την μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών στην παραδοχή ότι οι αξιολογήσεις των ασθενών επηρεάζονται από 4 παράγοντες: *τους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς ζητούν την βοήθεια του προσωπικού φροντίδας υγείας, το επίπεδο της προτέρας εμπειρίας από την χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, τις κοινωνικό-πολιτικές αξίες, πάνω στις οποίες βασίζεται το σύστημα περίθαλψης και την προσωπική τους άποψη για την υγεία*³²². Τα ευρήματά μας φαίνεται να συμφωνούν με την άποψη του Calnan. Πιο συγκεκριμένα, οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι ηλικιωμένοι ασθενείς του δείγματός μας ζήτησαν και δέχθηκαν βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό, ήταν:

- η χειρουργική επέμβαση στην οποία υποβλήθηκαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους,
- η παρουσία χρόνιας νόσου που τους αναγκάζει να επισκέπτονται συχνά το νοσοκομείο, που πρακτικά αποτελεί έναν έμμεσο δείκτη της κατάστασης της υγείας τους, αφού οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς, έπασχαν από κάποιο κακόηθες, ή καρδιολογικό νόσημα,
- το επείγον της κατάστασής τους, αφού το 82.9% των ασθενών που έχει έναν μεγάλο βαθμό εξάρτησης από τη νοσηλευτική βοήθεια, νοσηλεύθηκε σαν επείγουσα περίπτωση.

Όσο μεγαλύτερη είναι η *παρεχόμενη βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό*, αντίστοιχη είναι και η ικανοποίησή του από αυτήν. Όσο μεγαλύτερη ήταν η νοσηλευτική βοήθεια την οποία δέχθηκαν, τόσο μεγάλη ήταν και η βελτίωση των συμπτωμάτων που αναφέρουν οι ίδιοι οι ασθενείς.

Αναφορικά με την *προτέρα εμπειρία των ασθενών από το σύστημα περίθαλψης*, το 55.8% απάντησε ότι έχει επισκεφτεί το συγκεκριμένο νοσοκομείο στο παρελθόν, μια φορά (44%), δυο φορές (25.8%) ή και περισσότερες (30.2%). Οι περισσότεροι από αυτούς προέρχονταν από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, αν σκεφτούμε ότι οι επαρχιακές πόλεις στις οποίες ζουν έχουν ένα μόνο νοσοκομείο, σε αντίθεση με τους ασθενείς από τα νοσοκομεία των Αθηνών που έχουν μια εναλλακτική δυνατότητα επιλογών. Οι εμπειρίες του ασθενή από το σύστημα υγείας, φαίνεται να επηρεάζουν την συνολική του ικανοποίηση^{27,125}. Έρευνες σχετικά με την επίδραση του βαθμού χρησιμοποίησης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στην ικανοποίηση του ασθενή, έχουν οδηγήσει σε μικτά αποτελέσματα. Πάντως, οι Fox και Storms, αναφέρουν μια θετική σχέση μεταξύ αυτών των δυο μεταβλητών¹⁷⁴. Άλλοι ερευνητές, δεν βρήκαν σημαντική συσχέτιση³³⁰. Ο Williams υποστηρίζει ότι η προηγούμενη εμπειρία εκτός του συστήματος υγείας, επηρεάζει την αξιολόγηση της φροντίδας τους και τα δεδομένα της έρευνας δείχνουν ότι οι απόψεις των ασθενών για την παρεχόμενη φροντίδα επηρεάζονται εν μέρει από τις σχέσεις τους με τους επαγγελματίες υγείας⁴⁶. Οι ασθενείς ήταν προστατευτικοί, εξαιτίας της εξάρτησής τους από την υπηρεσία και την αμοιβαιότητα της σχέσης τους.

Σε ό,τι αφορά τις *κοινωνικό-πολιτικές αξίες των ασθενών*, θα λέγαμε ότι εκπορεύονται, κατεξοχήν, από το βαθμό συνειδητοποίησης του ρόλου του ηλικιωμένου ασθενή στο σύστημα περίθαλψης, ως «καταναλωτή-χρήστη», πλέον, υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σε αυτό το σημείο ίσως βρίσκεται και η λύση του μυστηρίου των υψηλότερων επιπέδων ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών, σε σύγκριση με τους νεότερους, ηλικιακά. Όπως διαπιστώσαμε από την ανάλυση των δεδομένων, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών (61.6%) επιλέγει το *απολάκτισμα* της πληροφορημένης συναίνεσης στην φροντίδα, δηλαδή αρνείται την συμμετοχή του στον σχεδιασμό της φροντίδας τους, αφού αξιωματικά, αυτή την ευθύνη

την επωμίζεται το προσωπικό. Το συγκεκριμένο εύρημα, όχι μόνο διαφοροποιεί τους έλληνες ασθενείς από τους υπολοίπους, αλλά σηματοδοτεί και μια ηλικιακή ομάδα με συγκεκριμένο προφίλ, στο οποίο προεξάρχει η «εξάρτηση» από την παρεχόμενη φροντίδα. Αυτό το μοντέλο σκέψης φαίνεται να αποτελεί αντανάκλαση του πατερναλισμού των γιατρών που τον αποδέχονται. Ο Cang S. τονίζει τη σχέση ανάμεσα στην εξάρτηση του ασθενή και των συγγενών του από αυτούς που παρέχουν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας³⁴⁸. Έτσι, οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ευγνωμοσύνη και δυσαρέσκεια, ταυτόχρονα, με την ποιότητα της υπηρεσίας που τους προσφέρεται και μπορεί να μην είναι πρόθυμοι να εκφράσουν την δυσαρέσκειά τους, για τον φόβο του ανταγωνισμού με τον ιδιωτικό τομέα και της μελλοντικής εμπειρίας χειρότερων υπηρεσιών.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, ίσως και οι υπόλοιποι, στο βαθμό που λειτουργούν με κάποια νόρμα –έναντι της οποίας αξιολογούν την τρέχουσα πρακτική- προσδίδουν σε κάθε επαγγελματία φροντίδας υγείας έναν «ρόλο». Σε μια έρευνα των Falkum E. & Forbe R, σε 990 Νορβηγούς γιατρούς, στην οποία σταθμίστηκε μια κλίμακα 2 παραγόντων (πατερναλισμός και αυτονομία του ασθενή) το 49.5% συμφωνούσε με την άποψη ότι ο γιατρός είναι ο «ειδικός», ο «λεγάτος»* και θα πρέπει να αποφασίζει για τις περισσότερες κλινικές καταστάσεις που αφορούν τους ασθενείς, ενώ το 41.4% διαφωνούσε⁴⁸⁸. Η γενικότερη πατερναλιστική συμπεριφορά του γιατρού, αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία του, σχετίζεται με την ειδικότητά του (χειρουργοί) και χαρακτηρίζει λιγότερο τους ψυχιάτρους οι οποίοι σημείωσαν την μεγαλύτερη βαθμολογία στον παράγοντα «αυτονομία του ασθενή».

Η Enehaug I.H. τονίζει ότι η συμμετοχή του ασθενή στον σχεδιασμό της φροντίδας του, προϋποθέτει πρωταρχικά, την αλλαγή της στάσης του απέναντι στην φροντίδα γενικότερα και καταλήγει: «όταν ένα άτομο αναλαμβάνει τον «ρόλο» του ασθενή, αισθάνεται αβοήθητο, μη ειδικό και βιώνει μια σύγκρουση συναισθημάτων που το καθιστούν ιδιαίτερα εύάλωτο και αντικείμενο εκμετάλλευσης. Πρακτικά συνειδητοποιεί ότι χάνει την δύναμη που έχει να ελέγχει πράγματα και καταστάσεις. Συνεπώς βρισκόμαστε μπροστά σε μια σύγκρουση ρόλων που αναιρεί τη δυνατότητα μιας επιτυχούς συνεργασίας ασθενή και προσωπικού φροντίδας υγείας»⁴⁸⁹. Τελικά, αυτή η άρνησή της συμμετοχής του ασθενή στην φροντίδα του, δεν αποτελεί μια νόρμα στην συμπεριφορά κυρίως του ασθενή που συνειδητά ή ασυνείδητα προσπαθεί με τα λεγόμενά του να διατηρήσει το «ρόλο» του; Αυτό πιθανώς αποτελεί και μια λογική εξήγηση των υψηλών ποσοστών ικανοποίησης των ασθενών, αφού πιστεύουν ότι λίγες διαστάσεις της φροντίδας είναι σε θέση να αξιολογήσουν. Η έρευνα των Owens και Batchelor έδειξε ότι οι περισσότεροι ασθενείς, εκδήλωσαν έκπληξη όταν ρωτήθηκαν αν συμμετέχουν στον σχεδιασμό της φροντίδας τους, καθώς υποστήριζαν ότι δεν είναι δικός τους αυτός ο ρόλος και μάλιστα το αντιμετωπίζουν με αρνητικό μάτι. Οι Williams et al. καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ολοκληρωτική αποδοχή του πατερναλισμού του επαγγελματία φροντίδας υγείας, συνεπάγεται της παραίτησης του δικαιώματος αξιολόγησης της φροντίδας από τον ασθενή και της συμμετοχής του στην φροντίδα²⁹⁷. Απέδειξαν την σπουδαιότητα της αναζήτησης του ρόλου του ασθενή ως καταναλωτή, καθώς υπάρχουν αναπόδεικτες παραδοχές σχετικά με την ικανοποίηση του ασθενή και ότι οι αξιολογήσεις των ασθενών και τα «πιστεύω» δεν ενσωματώνονται απαραίτητα σε εκφράσεις ικανοποίησης.

Αυτός ο βαθμός εξάρτησης, αναφέρθηκε και στην έρευνά των Ahmed L.B. et al. που διαπίστωσαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι με τον γιατρό ως «ειδικό» που βοηθά τους ασθενείς, σε αντίθεση με τους νεότερους ασθενείς³⁰³. Κανείς δεν πρόκειται να προκαλέσει την παντοδυναμία του γιατρού ή του νοσηλευτή από τους οποίους εξαρτάται η έκβαση της φροντίδας του. Ποιο είναι τελικά το προφίλ των ηλικιωμένων ασθενών που απορρίπτουν την ενεργό συμμετοχή στον σχεδιασμό της φροντίδας τους; Έχουν από 2 έως 7 χρόνια εκπαίδευσης, ασκούσαν το επάγγελμα του αγρότη

* Λεγάτος είναι ο πρεσβευτής του Πάπα.

πριν την συνταξιοδότησή τους, είναι κάτω του ορίου φτώχειας, έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο, έχουν ζητήσει και δεχθεί την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού για τις καθημερινές τους δραστηριότητες από την οποία δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς, δεν υποφέρουν από κατάθλιψη, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τον τρόπο που η νοσηλεύτρια αντιμετώπισε τον πόνο που αισθάνθηκαν κατά τη νοσηλεία τους, από την συνολική παρεχόμενη φροντίδα, την ιατρική και τη νοσηλευτική και δηλώνουν περισσότερο ότι η φροντίδα, η ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα ήταν ποιοτικές.

Η *συνολική ικανοποίηση των ασθενών από το φαγητό* σχετίζεται με την συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα. Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα είναι μεγαλύτερη από την συνολική ικανοποίηση από το φαγητό που προσφέρθηκε στο νοσοκομείο. Το εύρημα αυτό όχι μόνο υποδεικνύει την ανάγκη βελτίωσης του φαγητού στο νοσοκομείο, αλλά αναδεικνύει και το βάρος που προσδίδει ο ασθενής στην φροντίδα.

Η *συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα* σχετίζεται με την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Η συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο είναι μεγαλύτερη από την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Η ανάλυση έδειξε ότι η συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα φαίνεται να αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της συνολικής ικανοποίησης από την φροντίδα. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ²⁷ και η οποία έγινε σε 1455 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε Νοσοκομείο του Dallas, έδειξε πως ο κυριότερος προβλεπτικός δείκτης της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών, είναι η ικανοποίηση από την *παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα* και ιδιαίτερα, η *επικοινωνία με τους ασθενείς* και οι *τεχνικές δεξιότητες* των νοσηλευτών. Ασφαλώς δεν πρόκειται για κάποια νέα διαπίστωση, δεδομένου ότι είχε υποστηριχθεί αυτή η άποψη, 50 χρόνια νωρίτερα, στο Illinois. Ακολούθησαν οι Abramowitz S. et al, που διαπίστωσαν πως η νοσηλευτική φροντίδα συνιστά τον κύριο προσδιοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης του ασθενή από τη νοσηλεία του στο Νοσοκομείο²⁴. Ειδικότερα, οι Abramowitz S. et al, διαπίστωσαν πως η συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα ερμηνεύει το 24% της διακύμανσης της συνολικής ικανοποίησης από την φροντίδα και στη δική μας μελέτη το ποσοστό ήταν 25.6%. Σε καμία από τις έρευνες αυτές δεν συνέβη το ίδιο με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας και αυτό γιατί οι ασθενείς βλέπουν τους νοσηλευτές σαν πρεσβευτές και υπερασπιστές τους. Ο Carman, υποστήριξε ότι στην έρευνά του, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι ο ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης και η σημαντικότερη διάσταση της φροντίδας για τους ασθενείς⁷⁰, κάτι που συνυφαίνεται και στην δική μας έρευνα. Επειδή οι ηλικιωμένοι ασθενείς προσδίδουν στη νοσηλεύτρια τον «ρόλο» του προστάτη και υπερασπιστή τους όλο το 24ωρο (η οποία τους φροντίζει στις καθημερινές τους δραστηριότητες και από την οποία έχουν έναν μεγάλο βαθμό εξάρτησης) και στον γιατρό τον ρόλο του θεράποντα, κάποιες ώρες την ημέρα, η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της συνολικής ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα.

Η *συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους*, σχετίζεται με την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών, από τον τρόπο που διαχειρίστηκε τον πόνο τους το προσωπικό, είναι μεγαλύτερη από την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Αυτό πιθανώς οφείλεται στο γεγονός ότι η αντιμετώπιση του πόνου αποτελεί μόνο μια διάσταση της συνολικής ικανοποίησης από την φροντίδα. Εξάλλου, οι πιο πολλοί ασθενείς μας δεν αισθάνθηκαν έντονο πόνο.

Η *συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους από τον γιατρό*, σχετίζεται με την συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα. Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών -που αισθάνθηκαν κάποιον πόνο κατά την διάρκεια της

παραμονής τους στο νοσοκομείο- από τον τρόπο που τον διαχειρίστηκε ο γιατρός, είναι μεγαλύτερη από την συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα. Το ίδιο συνέβη και με την συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την διαχείριση του πόνου τους από τη νοσηλεύτρια. Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τον τρόπο που το προσωπικό διαχειρίστηκε τον πόνο τους, σχετίζεται με την ικανοποίηση από τον τρόπο που η νοσηλεύτρια διαχειρίστηκε τον πόνο τους και με την συνολική ικανοποίηση από τον τρόπο που ο γιατρός διαχειρίστηκε τον πόνο τους. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, για άλλη μια φορά, ότι η ικανοποίηση από την ανταπόκριση της νοσηλεύτριας, αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της συνολικής ικανοποίησης από την διαχείριση του πόνου τους γενικά.

Προσδοκίες, ικανοποίηση, εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας και απόδοσή της

Επειδή οι προσδοκίες είναι ασταθείς και εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού, οι Thompson & Sunol υπερτονίζουν την ανάγκη διερεύνησης του όρου «προσδοκίες» στον υπό μελέτη πληθυσμό πριν την ανάπτυξη μιας κλίμακας προσδοκιών, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο την εγκυρότητα του περιεχομένου της¹⁵⁰. Πριν απαντήσει λοιπόν κανείς, στην ερώτηση: «η εκπλήρωση των προσδοκιών των ηλικιωμένων ασθενών, αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την διασφάλιση της ικανοποίησής τους και την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας;» θα πρέπει να ορίσει τι σημαίνει ο όρος προσδοκίες για τον ηλικιωμένο ασθενή. Από την ποιοτική έρευνα, αλλά και από τις συνεντεύξεις κατά την ποσοτική έρευνα, φάνηκε ότι οι προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών είναι τετραδιάστατες:

1. αξιολογικές προσδοκίες (αυτό που ο ηλικιωμένος ασθενής θέλει να συμβεί),
2. προβλεπτικές προσδοκίες (αυτό που ο ηλικιωμένος ασθενής περιμένει να συμβεί όσο νοσηλεύεται στο νοσοκομείο),
3. οι προβλεπτικές, προτέρας χρήσης, προσδοκίες (αυτό που ο ηλικιωμένος ασθενής περιμένει να συμβεί όσο νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, σύμφωνα με την εμπειρία του από την παρελθούσα χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας),
4. οι «δέον γενέσθαι» προσδοκίες (αυτό που πρέπει να γίνει) οι οποίες αποτελούν την έκφραση των «πιστεύω» των ασθενών.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς φαίνεται να διαμορφώνουν κάποιες προσδοκίες, χωρίς όμως η εκπλήρωσή τους να αποτελεί πάντα αναγκαία συνθήκη για την διασφάλιση της ικανοποίησής τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι κάποιοι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να διαχωρίσουν το τι πρέπει να τους προσφέρεται κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο και το τι περιμένουν τελικά οι ίδιοι, βασισμένοι σε αυτά που έχουν ακούσει από άλλους ασθενείς, ή γνωρίζουν από την εμπειρία τους από την χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Οι προσδοκίες των ελλήνων ηλικιωμένων ασθενών, αντανακλούν τις επιθυμίες ή τους πόθους τους από την παρεχόμενη φροντίδα, μια διαπίστωση που εναρμονίζεται με το εννοιολογικό υπόδειγμα των Parasuraman et al. Αυτό έγινε σαφές μέσα από την ποιοτική έρευνα και έρχεται να ενισχύσει την άποψη του Carman, ότι οι προσδοκίες των ασθενών βασίζονται σε κάποιες «νόρμες» που σχετίζονται με τις εμπειρίες τους από την προτέρα χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας⁷⁰, μόνο που στην περίπτωση των ηλικιωμένων ασθενών, υπάρχει μεγαλύτερη ανοχή εξαιτίας της επαφής με την διαχρονική εξέλιξη του συστήματος περίθαλψης.

Η πλειοψηφία των ασθενών απάντησε ότι η συνολική παρεχόμενη φροντίδα ήταν καλή όπως την περίμεναν, το φαγητό ήταν μέτριο όπως το περίμεναν, ενώ το τοπίο ξεκαθαρίζεται στην περίπτωση της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας που ήταν καλές όπως τις περίμεναν. Από όλες τις υπηρεσίες, η νοσηλευτική φροντίδα, ήταν αναλογικά καλύτερη από αυτή που περίμεναν οι ασθενείς. Συνεπώς το αποτέλεσμα είναι μια πλειοψηφική «θετική» εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών. Οι προσδιοριστικοί παράγοντες αυτής της θετικής εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών, είναι η βελτίωση των συμπτωμάτων για τα οποία

εισήχθησαν στο νοσοκομείο, τα χρόνια εκπαίδευσής τους (θετική συσχέτιση), η οικογενειακή κατάστασή τους (για τους άγαμους και τους έγγαμους η φροντίδα ήταν καλή όπως την περίμεναν) και το επάγγελμα πριν την συνταξιοδότηση (αγρότες και χειρώνακτες).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε μια ισχυρή θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα:

- * στη συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, το φαγητό, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα και στην εκπλήρωση των αντιστοίχων προσδοκιών τους από αυτές, που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίησή τους,
- * στη συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα, το φαγητό, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα και την συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητά τους. Από την ανάλυση διαπιστώνουμε ότι ο ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης της συνολικής ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα, είναι η άποψη που σχηματίζει ο ασθενής για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας του συγκεκριμένου νοσοκομείου, σε σύγκριση με των άλλων νοσοκομείων που έχει επισκεφτεί, έχει ακούσει ή φαντάζεται,
- * στη συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, εκληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και στην συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από αυτήν,
- * στη συνολική βαθμολογία των ηλικιωμένων ασθενών στην κλίμακα των προσδοκιών και στην κλίμακα της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι όσο πιο σημαντικές είναι οι διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις, τόσο περισσότερο ο ηλικιωμένος ασθενής περιμένει να λάβουν χώρα, δηλαδή τόσο μεγαλύτερες είναι και οι προσδοκίες του. Αυτό το εύρημα έρχεται να επιβεβαιώσει τον διαχωρισμό που κάναμε πιο πάνω, περί τις «δέον γενέσθαι» προσδοκίες,
- * στη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης και στην εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο απαντά θετικά ο ασθενής στην ερώτηση αν συνέβησαν οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις που περιγράφει η κάθε ερώτηση της κλίμακας των 26 ερωτήσεων, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίηση από αυτές,
- * στην ικανοποίηση και στην εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας, που σημαίνει ότι όσο περισσότερες παρεμβάσεις έχουν πραγματοποιηθεί (όσο μεγαλύτερες είναι οι θετικές απαντήσεις σε κάθε μια από τις 26 ερωτήσεις), τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση των ασθενών,
- * στο τι θεωρεί σημαντικό ο ασθενής από την φροντίδα του και στο τι πραγματικά συνέβη. Αυτό σημαίνει ότι τα περισσότερα που θεωρούν σημαντικά οι ασθενείς έχουν πραγματοποιηθεί,
- * στην ικανοποίηση και στην εκληφθείσα ποιότητα, που σημαίνει ότι σε όσο περισσότερες παρεμβάσεις ο ηλικιωμένος ασθενής θεωρεί σημαντικές, τόσο περισσότερο απαντά ικανοποιημένος,
- * στη βαθμολογία των ηλικιωμένων στην σταθμισμένη ποιότητα και στην εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας. Αυτό σημαίνει πως η ποιότητα της φροντίδας συναρτάται με το αν πραγματοποιήθηκαν οι διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφουν οι 26 ερωτήσεις,
- * στη βαθμολογία των ηλικιωμένων στην σταθμισμένη ποιότητα και στην ικανοποίηση από την φροντίδα, που σημαίνει ότι η ποιότητα της φροντίδας αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την ικανοποίηση των ασθενών,
- * στη βαθμολογία των ηλικιωμένων στην εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα και στην ικανοποίησή τους από αυτήν, που σημαίνει ότι η εκπλήρωση των προσδοκιών αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την ικανοποίηση των ασθενών,
- * στη βαθμολογία στην εκπλήρωση των προσδοκιών και στην μέση διάρκεια νοσηλείας και στην εκπλήρωση των προσδοκιών και στην μέση διάρκεια νοσηλείας, που σημαίνει ότι όσο πιο μικρή είναι η μέση διάρκεια νοσηλείας, τόσο μεγαλύτερη είναι η εκπλήρωση των

προσδοκιών των ασθενών αλλά και η σταθμισμένη ποιότητα της φροντίδας. Αυτό το εύρημα σχετίζεται με γεγονός ότι όσο μεγαλύτερη είναι η μέση διάρκεια νοσηλείας, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να δεχθεί ο ασθενής λιγότερες παρεμβάσεις από όσες προσδοκούν, τόσο περισσότερο αξιολογικοί γίνονται οι ασθενείς λόγω της αύξουσας εμπειρίας τους από την χρήση της υπηρεσίας.

Οι ασθενείς που δήλωσαν ότι κάνουν συχνή χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, έχουν υψηλότερες προσδοκίες από την φροντίδα και έχουν την τάση να θεωρούν περισσότερο σημαντικές όλες τις διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις της κλίμακας, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν κάνουν συχνή χρήση των υπηρεσιών. Οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, έχουν υψηλότερες προσδοκίες από την φροντίδα και δηλώνουν περισσότερο ότι εκπληρώθηκαν οι προσδοκίες τους από την φροντίδα. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι αυτοί οι ασθενείς δέχθηκαν περισσότερη βοήθεια, ζητούν λιγότερο να συμμετάσχουν στον σχεδιασμό της φροντίδας τους -άρα είχαν μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης. Οι ασθενείς που προτίθενται να ξανανοσηλευτούν, έχουν δηλώσει ότι πραγματοποιήθηκαν οι περισσότερες από τις παρεμβάσεις που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (που αποτελεί και κριτήριο προβλέπουσας εγκυρότητας της κλίμακας), έχουν εκπληρώσει σε μεγάλο βαθμό τις προσδοκίες τους και τέλος, έχουν δηλώσει περισσότερο ότι η φροντίδας τους ήταν ποιοτική (δηλαδή συνέβησαν οι παρεμβάσεις που θεωρούν οι ίδιοι σημαντικές). Σε ό,τι αφορά την πρόθεση των ασθενών να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους, το σκηνικό διαφοροποιείται πολύ, αφού δηλώνουν περισσότερο -μόνο- ότι έχουν εκπληρωθεί οι προσδοκίες τους. Αυτό πιθανώς σημαίνει ότι ο ηλικιωμένος ασθενής επεξεργάζεται με διαφορετικό τρόπο αυτά τα δυο μηνύματα. Το να προτείνει το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό είναι ένα απλό γεγονός, χωρίς να χρειάζεται να το επεξεργαστεί αξιολογικά (το κάνει χωρίς να αισθάνεται ευθύνη), σε αντίθεση με την πρόθεσή του να ξαναχρησιμοποιήσει το νοσοκομείο, οπότε και είναι αποτέλεσμα συνθετότερης επεξεργασίας.

Οι ασθενείς που δεν επιθυμούν την *πληροφορημένη συναίνεση* έχουν την τάση να απαντούν θετικά ότι συνέβησαν οι περισσότερες παρεμβάσεις όπως περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις της κλίμακας, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι και έχουν εκπληρώσει περισσότερο τις προσδοκίες τους που είναι το ίδιο υψηλές με τους ασθενείς που επιθυμούν την πληροφορημένη συναίνεση. Προφανώς, αυτοί οι ασθενείς, είναι λιγότερο απαιτητικοί και λιγότερο -δικαιωματικά- αξιολογικοί, ίσως διότι δεν θεωρούν τον εαυτό τους ειδικό να αξιολογήσει την παρεχόμενη φροντίδα.

Οι *αναλόγητοι* ασθενείς τείνουν να πιστεύουν περισσότερο ότι η φροντίδα ήταν ποιοτική, ενώ οι ασθενείς με 8-13 χρόνια εκπαίδευσης τείνουν να θεωρούν περισσότερο σημαντικές όλες τις διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις. Οι ασθενείς με υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, τείνουν να θεωρούν περισσότερο σημαντικές όλες τις διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις.

Η κατάθλιψη ως προσδιοριστικός παράγοντας της ικανοποίησης από την φροντίδα

Ένας αριθμός από «κοινωνικό-ψυχολογικά» επιγεννήματα μπορεί να επηρεάζουν τις εκφάνσεις ικανοποίησης των ασθενών και άρα να προσθέτουν ένα σφάλμα στη μέτρηση³⁴². Παράδειγμα θα μπορούσε να αποτελέσει η καταθλιπτική διάθεση των ηλικιωμένων ασθενών, που αποτελεί ένα υπαρκτό σύνθετο φαινόμενο, το οποίο υπάρχει χωρίς να γίνεται εύκολα αντιληπτό. Από την στατιστική ανάλυση φάνηκε ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με την συνολική εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής, με τους καταθλιπτικούς να σημειώνουν μικρότερη βαθμολογία (συμφωνούν λιγότερο ότι η φροντίδα ήταν ποιοτική) και μάλιστα όσο αυξάνεται το σκορ της κατάθλιψης τόσο μειώνεται

και η βαθμολογία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι ασθενείς εκφράζουν την δυσαρέσκειά τους κεκαλυμμένη, πίσω από την ποιότητα της φροντίδας, αφού παρόμοια στατιστικά σημαντική διαφορά δεν υπήρξε σε ό,τι αφορά την συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα, την ιατρική και τη νοσηλευτική.

Οι Hopton et al., χρησιμοποιώντας το Nottingham Health Profile, μελέτησαν 1599 ασθενείς και μίλησαν για μια θετική σχέση ανάμεσα στο επίπεδο της κατάθλιψης και την ηλικία του ασθενή, τον χρόνο αναμονής και τις ψυχολογικές αντιδράσεις, συνεπεία της ενημέρωσης από τον γιατρό²⁰⁰. Το συμπέρασμα είναι ότι η κατάθλιψη, επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή από κάποιες πτυχές της φροντίδας και άρα οι γενικεύσεις θεωρούνται απλοϊκές.

Το πόσο σημαντικό είναι να διερευνήσουμε περαιτέρω τους «παράγοντες» επιγεννήματα της ικανοποίησης των ασθενών, φαίνεται από το γεγονός ότι μεταξύ των ασθενών που προέρχονταν από τα νοσοκομεία των Αθηνών, οι καταθλιπτικοί δήλωσαν σταθερά λιγότερο πως η φροντίδα, η ιατρική και η νοσηλευτική ήταν ποιοτικές, ήταν πολύ λιγότερο ικανοποιημένοι από την φροντίδα, το φαγητό και την ιατρική φροντίδα, εκπληρώθηκαν λιγότερο οι προσδοκίες τους από την φροντίδα, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα, ενώ σημείωσαν μικρότερη μέση βαθμολογία στην συνολική συγκριτική, με τα άλλα νοσοκομεία, ποιότητα της φροντίδας, του φαγητού, της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας (χωρίς όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των απαντήσεων). Η ίδια εικόνα δεν φαίνεται να περιγράφει τους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς που προέρχονται από τα νοσοκομεία των Αθηνών, εκτός από την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας και της νοσηλευτικής, και την συνολική εκπλήρωση των προσδοκιών από την φροντίδα και τη νοσηλευτική.

Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς:

- * συμφώνησαν λιγότερο ότι η παρεχόμενη φροντίδα, η ιατρική και η νοσηλευτική ήταν ποιοτικές. Οι ασθενείς που απάντησαν *δεν ξέρω*, σημείωσαν και την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα, ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως συμφωνούν απόλυτα ότι η φροντίδα ήταν ποιοτική και απλά συμφωνούν σημείωσαν τη μικρότερη βαθμολογία. Το γεγονός ότι από τους καταθλιπτικούς, το 15.1% απάντησε *δεν ξέρω*, σε αντίθεση με το 5.6% των μη καταθλιπτικών, εξηγεί την παρατηρούμενη διαφορά,
- * ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από την συνολική φροντίδα. Οι ασθενείς που απάντησαν «*αδιάφορος*», σημείωσαν και την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα, ενώ οι ασθενείς που απάντησαν πως είναι πολύ ικανοποιημένοι, αρκετά ικανοποιημένοι και λίγο ικανοποιημένοι σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία. Η απάντηση *αδιάφορος*, προσδιορίζει την συναισθηματική κατάσταση του ηλικιωμένου ασθενή και πρακτικά ερμηνεύει ένα μείζον πρόβλημα όλων των ερευνών που εκτιμούν την ικανοποίηση, αφού μέχρι σήμερα δεν έχει αναζητηθεί η αιτία αυτής της απάντησης. Είναι χαρακτηριστικό ότι αυτοί οι ασθενείς συνήθιζαν να απαντούν με «*απόλυτο*» τρόπο: *δεν ξέρω*, *αδιάφορος*, ίσως διότι αυτό που τους ζητήσαμε, δεν είχε σε κάποιο ποσοστό θέση στον «*κυκλοτερή*» τρόπο μα τον οποίο δέχονται τα μηνύματα του περιβάλλοντος. Από την ανάλυση φάνηκε μια σημαντική διαφορά στην μέση ικανοποίηση από την φροντίδα, μεταξύ καταθλιπτικών και μη ασθενών από τα νοσοκομεία των Αθηνών σε αντίθεση με τα νοσοκομεία της Επαρχίας. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί με βάση το προφίλ των ασθενών από την Αθήνα και την Επαρχία.
- * ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από το φαγητό. Οι ασθενείς που απάντησαν ότι είναι δυσαρεστημένοι από το φαγητό, σημείωσαν και την μεγαλύτερη βαθμολογία στην GDS κλίμακα. Το ίδιο και οι ασθενείς που απάντησαν «*καθόλου ικανοποιημένος*» και «*ουδέτερος*». Αν σκεφτούμε ότι το κατώφλι για την κατάθλιψη είναι μια βαθμολογία 6-7, διαπιστώνουμε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι πιο καυστικοί σε ό,τι αφορά την

- αξιολόγηση της ποιότητας του φαγητού. Οι ασθενείς που απάντησαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι και αρκετά ικανοποιημένοι σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία,
- * που προέρχονται μόνο από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, ισχυρίστηκαν λιγότερο πως η συνολική φροντίδα και η νοσηλευτική ήταν ποιοτικές, ενώ εκπληρώθηκαν περισσότερο οι προσδοκίες τους από την φροντίδα και τη νοσηλευτική,
 - * που προέρχονται μόνο από τα νοσοκομεία των Αθηνών, ισχυρίστηκαν λιγότερο ότι η συνολική φροντίδα, η ιατρική και η νοσηλευτική ήταν ποιοτικές, ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από την συνολική φροντίδα, το φαγητό και την ιατρική φροντίδα, εκπληρώθηκαν λιγότερο οι προσδοκίες τους από την φροντίδα, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα, ενώ πίστεψαν ότι η φροντίδα, το φαγητό, ήταν μέτρια όπως των υπολοίπων νοσοκομείων και η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα η ίδια καλή με των υπολοίπων νοσοκομείων. Την ίδια στιγμή, εκδήλωσαν μικρότερη πρόθεση να προτείνουν το νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό τους ή να ξανανοσηλευτούν στο μέλλον αν παραστεί ανάγκη,
 - * έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από τη φροντίδα και έχουν την τάση να θεωρούν λιγότερο σημαντικές τις διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από την κλίμακα. Οι άνδρες είχαν μεγαλύτερες προσδοκίες αναφορικά με την οργάνωση του Τμήματος και την ύπαρξη ενός άνετου δωματίου και κρεβατιού, ενώ οι γυναίκες σε ό,τι αφορά την παροχή πληροφοριών από το γιατρό για τη διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο. Από αυτό πάλι το δείγμα, συμπεράναμε ότι οι ασθενείς από τα νοσοκομεία της Επαρχίας, είχαν υψηλότερες προσδοκίες σχετικά με την τήρηση του επισκεπτηρίου, την ύπαρξη ενός άνετου δωματίου και κρεβατιού, την διασφάλιση ενός καλού ύπνου που δεν θα διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού, την ένδειξη σεβασμού από το προσωπικό, την ευγένεια του προσωπικού, τον σεβασμό της ατομικότητάς τους από τον γιατρό όταν τους εξετάζει, την τήρηση του απορρήτου των προσωπικών τους δεδομένων, την συμβουλευτική διάσταση του έργου του γιατρού και την φροντίδα από το ιατρικό προσωπικό χωρίς να ζητά χρήματα. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς που είχαν εισαχθεί στο παρελθόν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, είχαν υψηλότερες προσδοκίες από τη φροντίδα σε σχέση με αυτούς που εισάγονταν για πρώτη φορά και ειδικότερα σε ό,τι αφορά την ύπαρξη καθαρού δωματίου, την τήρηση του επισκεπτηρίου, την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού το βράδυ, την διασφάλιση ενός καλού και ήσυχου ύπνου, την ενσυναίσθηση του προσωπικού, την αίσθηση εμπιστοσύνης που αποπνέει το προσωπικό, την ευκολία πρόσβασης στην ιατρική φροντίδα όταν υπάρχει ανάγκη, τον σεβασμό της ατομικότητάς του από τον γιατρό, την αίσθηση επιστημονικής επάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού, την τήρηση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων, την συμβουλευτική του προσωπικού και την φροντίδα από τους γιατρούς χωρίς να ζητούν επιπρόσθετη αμοιβή. Καθώς αυξάνεται η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν οι ασθενείς μειώνονται και οι προσδοκίες τους. Την μικρότερη βαθμολογία στην εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας έχουν οι ασθενείς ηλικίας 65-74 ετών και την μεγαλύτερη οι 75-84 ετών. Αυτοί που υποφέρουν από κάποιο χρόνιο νόσημα που τους αναγκάζει να νοσηλεύονται συχνά στο νοσοκομείο, έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τις ερωτήσεις την ποικιλία του φαγητού, την αίσθηση ασφάλειας στο νοσοκομείο, την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού το βράδυ, το ενδιαφέρον του προσωπικού, την αίσθηση εμπιστοσύνης που αποπνέει το προσωπικό, την διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, την πληροφορημένη συμμετοχή στην φροντίδα, την φροντίδα από τους γιατρούς χωρίς να ζητούν επιπρόσθετη αμοιβή, τον σεβασμό από το προσωπικό της παρουσίας και του ενδιαφέροντος του συγγενή τους και την αφιέρωση χρόνου για τη λήψη του ιστορικού υγείας. Οι καταθλιπτικοί υπήρξαν λιγότερο ικανοποιημένοι από την ενσυναίσθηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, από την ευγένεια του προσωπικού και από τον σεβασμό που εκδηλώνουν οι

γιατροί όταν εξετάζουν τους ασθενείς. Η ικανοποίηση των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη, σχετίζεται με το φύλο, αφού οι άνδρες δήλωσαν -σταθερά- περισσότερο ικανοποιημένοι από την καθαριότητα του δωματίου και των άλλων χώρων, από την τήρηση του επισκεπτηρίου, από την αίσθηση ασφάλειας που απολαμβάνουν στο νοσοκομείο, από την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού το βράδυ, από την ενσυναίσθηση του προσωπικού και από την ευκολία να βρουν ένα γιατρό όταν τον χρειάζονται. Επίσης, οι περισσότερες απαντήσεις τους ήταν θετικές σχεδόν σε όλες τις παρεμβάσεις που περιγράφουν οι 26 ερωτήσεις,

- * από την Αθήνα θεώρησαν περισσότερο σημαντικό να αισθάνονται ότι το Τμήμα λειτουργεί με οργανωμένο τρόπο, σε αντίθεση με τους καταθλιπτικούς από την Επαρχία, που θεώρησαν περισσότερο σημαντικά τα ακόλουθα: να έχουν ένα άνετο δωμάτιο και κρεβάτι, να έχουν έναν καλό ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού, να τους μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο και να τηρείται το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων τους. Οι καταθλιπτικοί 65-74 ετών, θεωρούν περισσότερο σημαντικό να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου, ενώ οι 75-84, θεωρούν περισσότερο σημαντικό να υπάρχει αρκετό νοσηλευτικό προσωπικό στη βραδινή βάρδια, να τους εμπνέει εμπιστοσύνη το προσωπικό, να τους αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας τους, να μπορούν να βρουν μια νοσηλεύτρια όταν την έχουν ανάγκη και να αισθάνονται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει επιστημονική και τεχνική επάρκεια,
- * που βρίσκονται σε καλύτερη κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, θεωρούν λιγότερο σημαντικό να τους αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάστασή τους, σε σχέση με αυτούς της χαμηλότερης κατάστασης, μια διαφοροποίηση που αποδίδεται στο γεγονός ότι οι πρώτοι και λόγω του προφίλ τους μας απαντούσαν «δεν βαριέσαι! Δεν χρειάζεται να τα ξέρω όλα μήπως και πληγωθώ περισσότερο» σε αντίθεση με τους ασθενείς που ανήκουν σε χαμηλότερη τάξη και δήλωναν: «πρέπει να ξέρω όλη την αλήθεια για να δω τι μου ξημερώνει!». Πρόκειται δηλαδή για μια διαφορετική κοσμοθεωρία. Ο Cohen G., βρήκε κάποια ανάλογη αρνητική συσχέτιση για ορισμένες παραδοχές, όπως η αίσθηση της προστασίας, ή της αδιαφορίας του προσωπικού³⁴. Ωστόσο για άλλες παραδοχές, όπως η αίσθηση του ασθενή ότι τον φροντίζουν με σεβασμό και αξιοπρέπεια, δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση με την κοινωνική τάξη. Έτσι, δεν αποκλείει την συσχέτιση, απλά πιστεύει ότι το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποίησε δεν είναι τόσο ειδικό.
- * με κάποιο χρόνιο νόσημα που τους αναγκάζει σε συχνή χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, διαφοροποιούνται από τους υπόλοιπους που δεν κάνουν συχνή χρήση, στο ότι θεωρούν περισσότερο σημαντικό να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στη λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στη διάγνωση, προφανώς διότι λόγω της χρονιότητας της κατάστασής τους έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι αυτή είναι η ικανή και αναγκαία συνθήκη για μια κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπεία. Αυτοί που δεν πάσχουν από χρόνια νόσο, θεώρησαν περισσότερο σημαντικά: να έχουν ένα άνετο δωμάτιο και κρεβάτι, την ενσυναίσθηση του προσωπικού και την αποκάλυψη όλης της αλήθειας,
- * που εισήχθησαν στο νοσοκομείο ως επείγουσα περίπτωση σημείωσαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, δηλαδή θεώρησαν λιγότερο σημαντικές τις διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις σε σχέση με αυτούς που εισήχθησαν μετά από προγραμματισμένη εισαγωγή. Αυτό το εύρημα σε συνδυασμό με τις χαμηλότερες προσδοκίες των ίδιων ασθενών, μας κάνει να απεικιάσουμε ότι η επιδίωξη του ασθενή να γίνει «καλά», επισκιάζει όλα τα υπόλοιπα, επειδή μάλλον βρίσκεται μπροστά σε μια απρόοπτη κατάσταση,

* που έχουν από 2-7 χρόνια εκπαίδευσης, θεωρούν –σε σχέση με τους αναλφάβητους- περισσότερο σημαντικά τα ακόλουθα: την ενσυναίσθηση του προσωπικού, την αποκάλυψη της αλήθειας, την ευγένεια του προσωπικού, τον σεβασμό της ατομικότητάς τους από τον γιατρό και τον σεβασμό από το προσωπικό, της παρουσίας και του ενδιαφέροντος του συγγενή τους.

Το μοντέλο: εκπλήρωση των προσδοκιών από τη φροντίδα, εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, ικανοποίηση και στάση των ασθενών

Η εκπλήρωση των προσδοκιών, της ποιότητας της φροντίδας –όπως την εκλαμβάνει ο ηλικιωμένος ασθενής- και της ικανοποίησης από τη φροντίδα, μελετήθηκαν με τρόπο ανάλογο της μελέτης των *στάσεων* των ασθενών απέναντι στη φροντίδα, σύμφωνα με την κοινωνική ψυχολογία. Τα παραγωγικά αίτια της μελλοντικής εν δυνάμει συμπεριφοράς των ασθενών, που εκδηλώνεται με την πρόθεση των ασθενών να ξανανοσηλευτούν στο μέλλον στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, είναι –κατά σειρά πρόβλεψης- η εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, η συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και η εκπλήρωση των προσδοκιών από αυτή. Αυτό το πόρισμα, ταυτίζεται με το υπόδειγμα των Howard & Sheth, που ισχυρίζονται ότι η ικανοποίηση επηρεάζει την πρόθεση του χρήστη μιας υπηρεσίας για μελλοντική χρήση της και έχει τα χαρακτηριστικά μιας ενσυνείδητης στάσης¹⁶¹. Τα υψηλά επίπεδα της εκπλήρωσης των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα, της εκληφθείσας ποιότητάς της και της ικανοποίησης από αυτήν, προβλέπουν την πρόθεσή τους να ξαναχρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Ως εκ τούτου, φαίνεται να επιβεβαιώνεται το υπόδειγμα¹⁶⁴ που ελέγχθηκε από τους Taylor & Baker:

Πρόθεση των ασθενών για επανανοσηλεία στο νοσοκομείο = εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα + εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας + ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Ειδικότερα, στην παρούσα έρευνα, αποδεικνύεται η θεωρία¹¹⁷ του Oliver που βασίστηκε στο υπόδειγμα¹⁶¹ των Howard & Sheth:

Προσδοκίες ⇔ εκπλήρωση των προσδοκιών ⇔ ικανοποίηση ⇔ διαμόρφωση στάσης ⇔ πρόθεση να ξανανοσηλευτούν ή να προτείνουν το νοσοκομείο.

Το υπόδειγμα αυτό φαίνεται να ισχύει και για τους καταθλιπτικούς ασθενείς. Οι Fishbein & Ajzen θεωρούν ότι η πρόβλεψη της πραγματικής συμπεριφοράς, βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την *πρόθεση* του ανθρώπου να εκφράσει αυτή την συμπεριφορά. Μια πρόθεση που εξαρτάται από δυο παραμέτρους: (α) *την στάση προς την ενδεχόμενη συμπεριφορά και (β) την υποκειμενική εκτίμησή του*. Με τον όρο *στάση* προς την ενδεχόμενη συμπεριφορά, εννοείται ότι η διαμορφούμενη στάση (θετική ή αρνητική) εξαρτάται από τις συνέπειες που θα έχει η εκφραζόμενη συμπεριφορά στο ίδιο το άτομο. Με την υποκειμενική εκτίμηση του, το άτομο αξιολογεί αν και κατά πόσο οι άλλοι θα αποδοκίμαζαν ή θα επιδοκίμαζαν τη συμπεριφορά του. Είναι δηλαδή η εκφρασμένη διάσταση της *συμμόρφωσης προς την ομάδα*, αυτού δηλαδή που αποκαλούμε δυναμική της ομάδας. Δηλαδή εάν οι άλλοι – η ομάδα φροντίδας υγείας- είναι σημαντικά πρόσωπα για τον ίδιο, ώστε να επιθυμεί την εκτίμηση και την προστασία τους, τότε τείνει να συμπεριφερθεί ανάλογα με την θέληση των άλλων, όπως την εκτιμά ο ίδιος. Συνεπώς, η στάση του ηλικιωμένου ασθενή προς την ποιότητα της φροντίδας, ή την εκπλήρωση των προσδοκιών του –δηλαδή το τι πιστεύει ο ίδιος, δεν είναι αρκετό για να προβλεφθεί η πραγματική συμπεριφορά του, η οποία προβλέπεται ακριβέστερα από την στάση του προς την έκφραση της συμπεριφοράς, όσο και

από την εκτίμηση της πρόθεσης της ομάδας να την αποδοκιμάσει ή να την επιδοκιμάσει. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν διαμορφώνουν μόνο στάσεις, αλλά και αξίες. Η ερμηνευτική διάσταση του όρου *αξία*, εξαρτάται από την «εντροπία» του όρου *επιθυμητό*, δεδομένου ότι οι αξίες αναφέρονται σε ιδέες και συμπεριφορές που η κοινωνία θεωρεί επιθυμητές. Όλες αυτές οι αξίες, διαμορφώνουν, τελικά, το αξιολογικό σύστημα των ηλικιωμένων ασθενών, το οποίο φαίνεται να εξαρτάται από την ιατρονοσηλευτική επιθυμητότητα του περιεχομένου του.

Και στην παρούσα έρευνα φαίνεται να επιβεβαιώνεται η σχέση: **ποιότητα μιας υπηρεσίας** ⇒ **ικανοποίηση**, η οποία είχε υποστηριχθεί και από άλλους ερευνητές^{116,123,166,287} στον χώρο της φροντίδας υγείας, αλλά και στους χώρους παροχής υπηρεσιών, με την μόνη διαφορά ότι η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ερμηνεύει μεγαλύτερο ποσοστό της μεταβλητότητας της συνολικής ικανοποίησης από τη φροντίδα. Τα πορίσματα και της έρευνά μας, υποστηρίζουν την άποψη ότι η ποιότητα της φροντίδας αποτελεί προαπαιτούμενη κατάσταση για να οδηγήσει στην ικανοποίηση των ασθενών, ωστόσο αυτό δεν σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς «αγοράζουν» ή καλύτερα «επιλέγουν» την ποιοτική φροντίδα, αλλά μάλλον την φροντίδα που τους προσφέρει μεγαλύτερη ικανοποίηση, η οποία με την σειρά της αποτελεί τον προβλεπτικό παράγοντα της μελλοντικής συμπεριφοράς τους. Συνεπώς, ο σχεδιασμός των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, θα πρέπει να γίνει με τρόπο ώστε να μεγιστοποιεί την ικανοποίηση των ασθενών, εστιαζόμενη, κατά σειρά προτεραιότητας, στους παράγοντες *φαγητό, οργάνωση και λειτουργία του Τμήματος, τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες του προσωπικού και φυσικό και τεχνητό περιβάλλον φροντίδας*.

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης, συμπεραίνουμε πως η εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας, αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της συνολικής ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από τις 26 διαστάσεις της φροντίδας που περιγράφονται από την κλίμακα που χρησιμοποιήσαμε, αφού ερμηνεύει μεγαλύτερο ποσοστό της μεταβλητότητας. Έτσι, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αυτή την κλίμακα για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών. Η συγκεκριμένη άποψη^{115,122,367}, υποστηρίχθηκε και από τους Babakus & Boller, Boulding et al. και Cronin & Taylor. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η πραγματοποίηση των παρεμβάσεων που περιγράφονται από τις 26 ερωτήσεις της κλίμακας αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την διασφάλιση της ικανοποίησης των ασθενών.

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Διδακτορική Διατριβή

του

Βασιλείου Γ. Ραφτόπουλου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης, αποτελεί τον κεντρικό αφετηριακό άξονα για τα προγράμματα διασφάλισης της ποιότητας και της βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, συνιστούν τους κύριους χρήστες των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και ως εκ τούτου, η ανάπτυξη και στάθμιση μιας κλίμακας που εκτιμά πως εκλαμβάνουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας είναι σημαντική για τον στρατηγικό σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Υπάρχει ένας διάχυτος προβληματισμός γύρω από τις μελέτες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, ο οποίος εκπορεύεται από την παρουσία μεθοδολογικών και άλλων προβλημάτων που οφείλονται στην έλλειψη ενός εννοιολογικού υποδείγματος και στην περιορισμένη χρήση των τεχνικών της ποιοτικής έρευνας.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν η ανάπτυξη μιας κλίμακας που με οδηγό τις υπάρχουσες κλίμακες θα: (1) είναι έγκυρη και αξιόπιστη και θα εκτιμά την ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στο νοσοκομείο, βασισμένη στην υπάρχουσα βιβλιογραφική μαρτυρία, στα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας και σε ένα αναπτυγμένο εννοιολογικό υπόδειγμα, (2) εκτιμά την εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης, από την οπτική των ηλικιωμένων ασθενών, (3) εκτιμά τις προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών, (4) εκτιμά την εκληφθείσα απόδοση της παρεχόμενης φροντίδας και (5) διερευνήσει αν η κατάθλιψη των ηλικιωμένων ασθενών (με την χρήση της GDS κλίμακας) σχετίζεται με την ικανοποίηση και την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας.

Υλικό και μέθοδος: Αναπτύχθηκε μια κλίμακα, για την ικανοποίηση των ασθενών, 26 ερωτήσεων, χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό μεθοδολογίας ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας. 380 ασθενείς από 8 νοσοκομεία της Ελλάδος συμμετείχαν στην μελέτη (209 άνδρες, 171 γυναίκες). Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 73.07 ± 6.04 χρόνια. Αξιολογήσαμε την κλίμακα χρησιμοποιώντας την παραγοντική ανάλυση και την ανάλυση αξιοπιστίας.

Αποτελέσματα: Η κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών, βρέθηκε να έχει έναν συντελεστή εσωτερικής συνέφειας πολύ μεγάλο (Cronbach's alpha= 0.95). Η παραγοντική ανάλυση, ανέδειξε 4 παράγοντες που ερμηνεύουν το 64.59% της συνολικής

διακύμανσης. Αυτοί οι παράγοντες είναι: οι Τεχνικές και Διαπροσωπικές Δεξιότητες της Φροντίδας, το Φυσικό και Τεχνητό Περιβάλλον της φροντίδας, το Φαγητό και η Οργάνωση και Λειτουργία του Τμήματος. Η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων ασθενών ήταν ικανοποιημένοι από τη συνολική παρεχόμενη νοσοκομειακή περίθαλψη (90.3%), το φαγητό (79.3%), τη συνολική ιατρική φροντίδα (95.6%) και τη συνολική νοσηλευτική φροντίδα (94%). Αντίστοιχα, μεγάλο ποσοστό υποστήριξε ότι η συνολική παρεχόμενη φροντίδα (83.5%), η συνολική ιατρική (83.5%) και η συνολική νοσηλευτική φροντίδα (82.3%) ήταν ποιοτικές. Εξάλλου, το 63.1% των ασθενών απάντησε ότι εκπληρώθηκαν οι προσδοκίες τους από τη συνολική φροντίδα, από το φαγητό (46.8%), από τη συνολική ιατρική (79.2%) και τη συνολική νοσηλευτική φροντίδα (76.4%). Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της εκληφθείσας ποιότητας της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης είναι: (1) η ηλικία, (2) τα χρόνια εκπαίδευσης, (3) η βελτίωση των συμπτωμάτων, (4) η οικογενειακή κατάσταση, (5) η συχνότητα των επισκέψεων στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, (6) η συνολική ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου των ασθενών από το γιατρό και (7) η περιοχή που καλύπτει και ανήκει το νοσοκομείο. Στους ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη, η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί τον ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της συνολικής εκληφθείσας ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης. Από την άλλη μεριά, οι ισχυρότεροι προσδιοριστικοί παράγοντες της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από την φροντίδα είναι: (1) τα χρόνια εκπαίδευσης, (2) η οικογενειακή κατάσταση, (3) το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, (4) η μέση διάρκεια νοσηλείας, (5) η βελτίωση των συμπτωμάτων, (6) η περιοχή που καλύπτει και ανήκει το νοσοκομείο, (7) ο βαθμός εξάρτησης από τη νοσηλευτική φροντίδα, (8) η ικανοποίηση από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα, (9) η συνολική ικανοποίηση από τη διαχείριση του πόνου τους, (10) η εκπλήρωση των συνολικών προσδοκιών από την φροντίδα, (11) η συνολική συγκριτική με τα υπόλοιπα νοσοκομεία εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας και (12) η εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας. Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων ασθενών, σχετίζεται αρνητικά με (α) τη συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας, (β) τη συνολική ικανοποίηση από το φαγητό του νοσοκομείου, (γ) τις προσδοκίες τους από τη φροντίδα και (δ) την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας όπως περιγράφεται από την κλίμακα των 26 ερωτήσεων.

Συμπεράσματα: Το νέο εννοιολογικό υπόδειγμα δοκιμάστηκε και υποστηρίζει τη νέα θεωρία που δέχεται πως: (α) η εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας αποτελεί προϋπόθεση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών, (β) η συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική βοήθεια, η συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και η εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα συνιστούν τους ισχυρότερους προβλεπτικούς δείκτες της συνολικής ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, (γ) η στάση των ηλικιωμένων ασθενών έναντι της νοσοκομειακής περίθαλψης αποτελεί μια λειτουργία των προσδοκιών τους, της εκπλήρωσης των προσδοκιών τους και της ικανοποίησής τους από τη φροντίδα και (γ) η εκληφθείσα απόδοση της φροντίδας αποτελεί ισχυρότερο προβλεπτικό δείκτη της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών, σε σύγκριση με την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας και συνεπώς υποστηρίζεται ο τύπος: Ποιότητα της φροντίδας = Απόδοση της φροντίδας x Εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας.

**NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
NURSING DEPARTMENT**

**ASSESSMENT OF ELDERLY PATIENT SATISFACTION WITH
QUALITY OF HOSPITAL CARE**

Doctoral Dissertation

by

VASILIOS RAFTOPOULOS

SUMMARY

Introduction: Patient satisfaction with quality of hospital care is a dominant concept with respect to the implementation of quality assurance and quality improvement programmes. Elderly patients are the central users of health care services and therefore the development and validation of a scale that assesses how they perceive quality of care is important for strategy planning and evaluation of health care services. The relevance of patient satisfaction studies is often questioned because of conceptual and methodological problems due to the underused qualitative research.

Aim: The aim of this dissertation was to develop a scale that, in comparison with existing patient satisfaction scales would: (1) be valid and reliable, assessing elderly patients satisfaction with quality of hospital care, based on the existing literature evidence, on results of a qualitative research and on a previous developed conceptual framework, (2) measure perceived quality of hospital care (PQHC) from the perspective of elderly patients (3) measure elderly patients expectations (EPE) (4) perceived performance of care (PPC) and (5) explore how elderly patients depression (by using GDS scale) correlates with satisfaction and perceived quality of care.

Sample and Method: We developed the 26-item Elderly Patient Satisfaction Scale (EPSS) by using a combination of qualitative and quantitative research. 380 elderly patients from 8 Greek hospitals participated to the study (209 male, 171 female). The mean age of the sample was 73.07 ± 6.04 years. We evaluated the taxonomy and the feasibility of the scale using factor and reliability analyses.

Results: EPSS was found to be a valid instrument and have a high internal reliability (Cronbach's $\alpha = 0.95$). Factor analysis revealed four factors accounting for the 64.59% of the total variance. These factors are: Technical and Interpersonal care, Tangibles, Food and Department Management and Administration. The vast majority of elderly patients were satisfied with hospital care (90.3%), with food (79.3%), with doctor care (95.6%) and with nursing care (94%). There was also a high perceived quality of hospital care (83.5%), of doctor (83.5%) and nursing care (82.3%) and a high positive disconfirmation of elderly patients expectations from care (63.1%), hospital food (46.8%), medical (79.2%) and nursing care (76.4%). The determinants of perceived quality of hospital care are: (1) age, (2) years of

education, (3) symptoms improvement, (4) marital status, (5) number of times visited the hospital, (6) global satisfaction with pain management from doctor and (7) hospital region. In depressed elderly patients, global perceived quality of nursing care predicts more global perceived quality of hospital care. On the other hand, the determinants of global satisfaction with care are: (1) patients' years of education, (2) marital status, (3) social status, (4) mean duration of hospital care, (5) symptoms improvement, (6) hospital region, (7) level of nursing care dependency, (8) satisfaction with doctor and nursing care, (9) global satisfaction with pain management, (10) disconfirmation of their care expectations, (11) comparative perceived quality of hospital care, (12) perceived care performance. Elderly patients' depression correlates negatively with (a) perceived quality of care, of doctor and nursing care, (b) global satisfaction with care and hospital food, (c) their expectations from care and (d) the 26-items perceived quality of care.

Conclusions: The new conceptual model was tested and provides support to a grounded theory that indicates: (a) perceived quality of care as an antecedent of elderly patient satisfaction, (b) global satisfaction with nursing help, global satisfaction with nursing care, disconfirmation of expectations from nursing care, as the major predictors of global satisfaction from care, (c) that elderly patients' attitude towards hospital care is a function of their expectations, their disconfirmation of these expectations, and their satisfaction with care. Care performance was found to explain more variance in elderly patient satisfaction, than care quality, defined from the formula $\text{Quality of care} = \text{Performance} \times \text{Importance}$.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β. (2001) Θνησιμότητα και νοσηρότητα στους ηλικιωμένους. *Νοσηλευτική*. **40**(2): 31-41.
2. Fitzpatrick R. (1993) Scope and measurement of patient satisfaction. In Fitzpatrick R, Hopkins A. (eds) *Measurement of Patients' Satisfaction with their Care*. London, Royal College of Physicians.
3. Larsen D.L., Attkisson C.C., Hargreaves W.A. & Nguyen T.D. (1979) Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*. **2**: 197-207.
4. Donabedian A. (1987) Guideposts to a conference on quality assessment and assurance. In: Stanahan M. (ed.) *Proceedings of an International Symposium on Quality Assurance in Health Care*. Joint Commission of Hospitals, Chicago, IL.
5. Evanson E. & Whittington D. (1997) Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. **10**(1): 7-19.
6. Judge K. and Solomon M. (1993) Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction. *Journal of Sociologic Policy* **22**: 299.
7. Pollitt C. (1988) Bringing consumers in to performance measurement. *Policy and Politics*. **16**: 77-87.
8. Pollitt C. (1989) Consuming passions. *Health Services Journal*. **99**: 1436-1437.
9. Strasser S., Schweikhart S., Welch G.E. & Burge J.C. (1995) Satisfaction with medical care. *Journal of Health Care Marketing*. **15**(3): 34-43.
10. Evans J.R. & Lindsay W.M. (1996) *The Management and Control of Quality*. St. Paul, MN: West.
11. Garvin D.A. (1988) *Managing Quality: The strategic and competitive edge*. London: Collier MacMillan.
12. Lin B. & Fite D. (1996) Managing a sea of quality information at Ark-La-tex-Aquatics. *National Productivity Review*. **15**(1): 79-85.
13. Kirkpatrick D. (1992) Breaking up IBM. *Fortune*. July 27: 44-58.
14. Jones T.O. & Sasser W.E. (1995) Why satisfied customers defect. *Harvard Business Review*. **73**(6): 88-99.
15. Donabedian A. (1988) The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*. **260**(12): 1743-1748.
16. Souelem O. (1955) Mental patient's attitudes toward mental hospitals. *Journal of Clinical Psychology*. **11**(2): 181-185.
17. Klopfer W.C., Hillson J.S. & Wylie A.A. (1956) Attitudes toward mental hospitals. *Journal of Clinical Psychology*. **12**(4): 361-365.
18. Cartwright A. (1967) *Human Relations and Hospital Care*. Routledge & Kegan Paul. London.
19. Bowling A. (1992) Assessing Health Needs and measuring patient satisfaction. *Nursing Times*. **88**(31): 31-34.
20. Sitzia J. & Wood N., (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*. **45**(12): 1829-1843.
21. Department of Health (1989) *Working for Patients*. HMSO, London
22. Department of Health (1993) *A draft for the conference on the roles and the functions of nurses in the health care system*. Taipei: Department of Health & Nurses' Association of the Republic of China.

23. Batchelor C., Owens D.J., Read M. & Bloor M. (1994) Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. **7**(7): 22-30.
24. Strasser S., & Davis R.M. (1995) *Measuring patient satisfaction for improved patient services*. Management Series. American College of Healthcare Executives.
25. Nelson E.C., Rust R.T., Zahorik A., Rose R.L., Batalden P. & Siemanski B.A. (1992) Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance? *Journal of Health Care Marketing*. **12**(4): 6-13.
26. Mahon P.Y. (1996) An analysis of the concept "patient satisfaction" as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. **24**: 1241-1248.
27. Vuori H. (1987) Patient satisfaction: an attribute of indicator of the quality of health? *Quality Review Bulletin*. **13**(3): 106-108.
28. Steiber S. & Krowinski W. (1990) *Measuring and managing patient satisfaction*. American Hospital Association. Chicago.
29. Jones L, Leneman L. & Maclean U. (1987) *Consumer feedback for the NHS*. King Edward's Hospital Fund for London. London.
30. Doll R. (1973) Prospects for prevention. *British Medical Journal*. **286**: 44-453.
31. Ραφτόπουλος Β. Θεοδοσοπούλου Ε. (2001) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Νοσηλευτική*. **40**(1): 8-23.
32. Marek K. D. (1997) Measuring the effectiveness of nursing care. *Outcomes Management of Nursing Practice*. **1**(1): 8-12.
33. van Campen C.R., Sixma H., Friele R.D., Kerssens J.L., Peters L. (1995) Quality of Care and Patient Satisfaction: A review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review*. **52**(1): 109-133.
34. Cohen G. (1996) Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social. Science. Medicine*. **42**(7): 1085-109.
35. Fitzpatric R. (1991a) Surveys of patient satisfaction. I: important general considerations. *British Medical Journal*. **302**: 887-889.
36. Fitzpatric R. (1991b) Surveys of patient satisfaction. III: important general considerations. *British Medical Journal*. **302**: 1129-1132.
37. Dixon P. & Carr-Hill R. (1989) *The NHS and its economics, III: Costumer feedback surveys-a review of current practice*. York: Center for Health Economics, University of York.
38. Donabedian A. (1980) *Explorations in quality assessment and monitoring. Volume I: the definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
39. Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β. (2002) Ανάπτυξη ενός εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. *Νοσηλευτική* (υπό δημοσίευση στο πρώτο τεύχος του 2002).
40. Hall J.A. & Dornan M.C. (1990) Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science and Medicine* **30**: 811-818.
41. Sitzia J. (1999) How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*. **11**(4): 319-328.
42. Avis M., Bond M. and Arthur A. (1995) Satisfying solutions? A review of some of the unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. **22**, 316-322.
43. Leimkuhler A. and Muller U., (1996) Patient satisfaction-artifact or social fact. *Nervenarzt* **67**, 765-773.

44. Locker D. and Dunt D. (1978) Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science and Medicine*. **12**, 283-292.
45. Fitzpatrick R. and Hopkins A. (1983) Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness*. **5**, 297-305.
46. Williams B. (1994) Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine* **38**(4): 509-516.
47. Avis M., Bond M. & Arhtur A. (1997) Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatients clinics. *Social Science and Medicine*. **44**(1): 85-92.
48. Coyle J. (1997) *Exploring the meaning of dissatisfaction with health care: towards a grounded theory*. Unpublished PhD Thesis. London: South Bank University.
49. Mulcahy L. & Tritter J. (1998) Pathways, pyramids and icebergs? Mapping the links between dissatisfaction and complaints. *Sociology of Health and Illness*. **20**(6): 825-827.
50. Owens J. D., Batchelor C. (1996) Patient satisfaction and the elderly. *Social Science and Medicine* **42**(11): 1483-1491.
51. Altany D.R. (1993) Bad surveys flood the Market. *Industry Week*. Sept. 20, p.12.
52. Mehta CL. (1990) Too many surveys, too many numbers add up to confusion. *Automotive News*. Nov, p.13.
53. Adamson C. (1992) Ineffective: that's the problem with the customer surveys. *Quality Progress*. May p.35-38.
54. Reichheld F.F. (1996) Learning from customer defections. *Harvard Business Review*. **74**(2): 56-69.
55. Fowler F.J. (1993) *Survey research methods*. Newbury Park: GA: SAGE Publications.
56. Hayslip W.R. (1994) Measuring customer satisfaction in Business Markets. *Quality Progress*. April, p.83-87.
57. Etherington B. (1992) Putting customer satisfaction to work. *Business Quarterly Summer*. p.128-131.
58. Churchill G.A. & Peter J.P. (1984) Research design effects on the reliability of rating scales: a meta-analysis. *Journal of marketing research*. **21**: 360-375.
59. Peterson R. (1974) A meta-analysis of Cronbach's Coefficient Alpha. *Journal of consumer research*. **21**(2): 381-391.
60. Allen M.J. & Yen W.M. (1979) *Introduction to measurement theory*. Monterey CA: Brooks/Cole.
61. Flynn B.B., Sakakibara S., Schroeder R.G., Bates K.A., & Flynn E.J. (1990) Empirical research methods in operations management. *Journal of operations management*. **19**(2): 250-284.
62. Parasuraman A., Zeithanl V.A. & Berry L.L. (1988) SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. **64**(1): 12-40.
63. Crosby P.B. (1979) *Quality is free: the art of making quality certain*. New York: New American Library.
64. Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*. **44**: 106-203.
65. Maxwell R.J. (1984) Quality assessment in health. *British Medical Journal*. **288**: 1470-1472.
66. Peters T. (1987) *Thriving on chaos: Handbook for a management revolution*. New York: Knopf.
67. Juran J.M. (1988) *Juran on planning for quality*. New York: Free Press.
68. Gardner D. (1992) Measures of quality. *Series on Nursing Administration*. **3**: 42-58.

69. Mattson J. (1992) A Service Quality Model based on ideal value standard. *International Journal of Service Industry Management*. **3**(3): 18-33.
70. Carman J.M. (1990) Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*. **66**(1): 33-55.
71. Gabbott M. & Hogg G. (1996) The glory of stories: using critical incidents to understand service evaluation in the Primary Health care context. *Journal of Marketing Management*. **12**(6): 493-503.
72. Kahn J.E. (1985) *The right word at the right time*. The Reader's Digest Association Limited. New York, USA.
73. Chaplin J.P. (1981) *Dictionary of Psychology*. New York: Dell Publishing, Co., Inc.
74. Royal College of General Practitioners (1994). In: O. Samuel, J. Grant & D. Irvine. *Quality and audit in general practice: meanings and definitions*. London: Royal College of General Practitioners.
75. Stetler C. (1990) Nursing research and quality care. *Series on Nursing Administration*. **3**: 191-207.
76. Ellis R. & Whittington D. (1993) *Quality assurance in health care: a handbook*. London: Arnold.
77. Steffen G.E. (1988) Quality medical care: a definition. *JAMA*. **260**: 56-61.
78. Lohr K. (1992) *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, DC: National Academy Press.
79. Donabedian, (1990) The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*. **114**: 1115-1118.
80. Maxwell R.J. (1992) Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality Health Care*. 1: 171-177.
81. Health Services Research Group (1992) Quality of care: I. What is quality and how can it be measured? *Canadian Medicine Association Journal*. 146: 2153-2158.
82. O' Leary D.S. & O' Leary M.R. (1992) From quality assurance to quality improvement. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations and Emergency Care. *Emergency Medicine Clinics of North America*. **10**: 477-492.
83. Freeman G. & Hjortdahl P. (1997) What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*. **314**: 1870-1873.
84. Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B. & Richardson W.S. (1996) Evidence based medicine: what is and what it is not. *British Medical Journal*. **312**: 71-72.
85. Wensing M., Grol R., & Smits A. (1994) Quality judgments by patients on general practice care: a literature analysis. *Social Science and Medicine*. **38**: 45-53.
86. Craig N. & Sutton M. (2000) Opportunity costs on trial: new options for encouraging implementation of results from economic evaluations. In A. Haines & A. Donald. *Getting research findings into practice*. London: BMJ Publishing.
87. Birch S. & Gafni A. (1992) Cost-effectiveness/utility analyses. Do current decision rules lead us to where we want to be? *Journal of Health Economics*. **11**: 279-296.
88. Goldstein H. & Spiegelhalter D.J. (1996) League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance. *Journal of Royal Statistic. Society Series. A*. **159**: 385-393.
89. International Organization for Standardization (1990) *Quality Management and Quality System Elements*. Part 2: Guidelines for Services. Geneva: ISO.
90. Bensing J. (1991) *Doctor-Patient Communication and Quality of Care: An observation study into affective and instrumental behavior in general practice*. Utrecht, the Netherlands: NIVEL.

91. Smith C.H. & Armstrong D. (1989) Comparison of criteria derived by Government and patients for evaluating General Practitioner Services. *British Medical Journal*. **299**: 494-6.
92. Potts M.K., Mazucca S.A. & Brandt K.D. (1986) Views of patients and physicians regarding the importance of various aspects of arthritis treatment: correlations with health status and patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*. **8**: 125-34.
93. Batalden P.B. & Nelson E.C. (1991) Hospital quality: patient, physician and employee judgments. *International Journal of Quality Assurance*. **3**: 7-17.
94. Monroe K. & Krishnan R. (1985) The effect of price on subjective product evaluations. In: Jacob Jacoby and Jerry C. Olson (eds) *Perceived Quality*. Lexington Books. pp: 209-232.
95. Parasuraman A., Zeithaml V.A. & Berry L.L. (1985) A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*. (Fall): 41-50.
96. Carpenito L.J. (1991) A lifetime commitment. *Nursing Times*. **87**(48): 53-55.
97. Boss L.A. (1985) Teaching for clinical competence. *Nurse Educator*. **10**(4): 8-12.
98. Ραφτόπουλος Β., Πολυχρονοπούλου Ό., Ευαγγέλου Ε., Λέκκα Δ., Λούκα Ν., Τζήμα Δ. *Αξιολόγηση της ποιότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. 28^ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. 3-5 Μαΐου 2001.
99. Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλας Γ., Κοτρώτσιου Ε., Zarzycka D., Gorajek-Jozwik J. (2001) *Διακρατική μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα και στην Πολωνία (πρώτα αποτελέσματα)*. 28^ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. Λήμνος. 3-5 Μαΐου 2000. www.nurs.uoa.gr/theod/
100. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1995) *Accreditation Manual for Hospitals*. Volume 1, Standards.
101. Mooney G. (2000) Judging goodness must come before judging quality-but what is the good of health care? *International Journal for Quality in Health Care*. **12**(5): 389-394.
102. Abby Ghobadian, Simon Speller and Matthew Jones (1994) Service Quality Concepts and Models. *International Journal of Quality & Reliability Management*. **11**(9): 43-66.
103. Zeithaml V.A. (1988) Consumer perceptions of price, quality and value. A means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*. **52**: 2-22.
104. Crosby, P.B. (1980) *Quality Is Free*, Mentor, McGraw-Hill, New York, NY.
105. Taguchi, G., *Introduction To Quality Engineering*, Asian Productivity Organization, Tokyo, 1986.
106. Deming, W.E. (1986) *Out Of Crisis*, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA.
107. Juran, J.M., Gryna, F.M. and Bingham, R.S. (1974) *Quality Control Handbook*, McGraw-Hill, New York, NY.
108. Feigenbaum, A.V. (1986) *Total Quality Control*, McGraw-Hill, New York, NY.
109. Ishikawa, K. (1985) *What is Total Quality Control? The Japanese Way*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
110. Grocock, J.M. (1986) *The Chain Of Quality: Market Dominance Through Superior Product Quality*, Wiley, Chichester, New York, NY.
111. Lewis, B.R. (1993) Service quality measurement. *Marketing Intelligence and Planning*. **11** (4): 4-12.
112. Holbrook M.B. & Cofman K.P. (1985) Quality and value in the consumption experience: Phaedrus rides again. In: Jacob J. & Olsen J. (eds) *Perceived Quality*. Lexington, MA.

113. Holbrook M.B. (1994) *The nature of customer value: an axiology of services in the consumption experience, in service quality: new directions in theory and practice*. Sage Publications, Newbury Park, CA: 1994.
114. Bolton R.N. & Drew J.H. (1991a) A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*. **55**: 1-9.
115. Boulding W., Kalra A., Staelin R. and Zeithaml V.A. (1993) A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*. **30** (February): 7-27.
116. Cronin Jr, J.J. and Taylor S.A. (1992) Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*. **56**(July): 55-68.
117. Oliver R.L. (1980) A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*. **17**: 460-469.
118. Garvin D.A. (1983) Quality on the line. *Harvard Business Review*. 61(September-October): 65-73.
119. Bitner M.J. (1990) Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*. **54**: 69-82.
120. Rust R.T. & Oliver R.L. (1994) Service quality: insights and managerial implications from the Frontier. In: *Service Quality: new directions in theory and practice*. Sage Publications, Newbury Park, CA.
121. Bitner M.J. & Hubbert A.R. (1994) Encounter satisfaction versus service quality: the consumer's voice. In: Rust R.T. & Oliver R.L. (1994) *Service Quality: new directions in theory and practice*. Sage Publications, Newbury Park, CA.
122. Cronin Jr, J.J. and Taylor S.A. (1994) SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*. **58**(January): 125-131.
123. Oliver R.L. (1993) A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. In: Swartz T.A., Bowen P.E. & Brown S.W. (eds) *Advances in Services Marketing and Management*. Vol 2. JAI Press, Greenwich, CT. pp. 65-85.
124. Patterson P.G. & Lester W.J. (1993) Disconfirmation of expectations and the gap model of service quality: an integrated paradigm. *Journal of Consumer Satisfaction, Satisfaction and Complaining Behavior*. **6**: 90-99.
125. Taylor A.G. & Hausman G.M. (1988) Meaning and measurement of quality nursing care. *Applied Nursing Research*. **1**(2): 84-88.
126. Van Maanen H.M. (1981) Improvement in quality of nursing care: a multinational perspective. In: *Measuring the Quality of Care (Recent Advances in Nursing 10)* (Willis L. D. & Linwood M. E. eds), Churchill Livingstone, New York, pp. 3-42.
127. Redfern S.J. & Norman I.J. (1990) Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing*. **15**: 1260-1271.
128. Koch T. (1992) A review of nursing quality assurance. *Journal of Advanced Nursing*. **17**: 785-794.
129. Pascoe G.C. (1983) Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*. **6**: 185-210.
130. Τεγόπουλος-Φουτράκης (1993) *Ελληνικό Λεξικό*. Αρμονία.
131. Williams B., Coyle J., Healy D. (1998) The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science and Medicine*. **47**(9): 1351-1359.
132. Parasuraman A., Berry L.L. & Zeithaml V.A. (1990) *An empirical examination of relationships in an extended service quality model*. Marketing Science Institute, Cambridge, MA.

133. Langeard E., Bateson J.E.G., Lovelock C.H. & Eiglier P. (1981) *Service marketing: new insights from consumers and managers*. Cambridge, MA: Marketing Science Institute.
134. Parasuraman A. and Zeithaml V.A. (1982) Differential perceptions of suppliers and clients of industrial services. In: Berry L., Shostack G. & Upah G. (eds.) *Emerging Perspectives on Services Marketing*. Chicago: American Marketing. pp: 35-39.
135. Bolton R.N. & Drew J.H. (1991b) A multistage model of customers' assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*. **17**: 375-384.
136. Mazis M.B., Athola O.T. & Klippel R.E. (1975) A comparison of four multi-attitude models in the prediction of customer attitudes. *Journal of Consumer Research*. **2**: 38-52.
137. Churchill G.A. & Surprenant C. (1982) An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*. **19**: 491-504.
138. Woodruff R.B., Cadotte E.R. & Jenkins R.L. (1983) Modeling consumer satisfaction processes using experience-based norms. *Journal of Marketing Research*. **20**: 296-304.
139. Wilde B., Starrin B. & Larsson G. (1993) Quality of Care from a Patient Perspective. A Grounded Theory Study. *Scandinavian Journal of Caring Science*. **7**: 113-120.
140. Glaser B.G. (1978) *Theoretical Sensitivity*. The Sociology Press. San Francisco.
141. Brody D., Miller S., Lerman C., Smith D.G., Lazaro C.G. & Blum M. (1989) The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical Care*. **27**: 1027-1035.
142. von Essen L. & Sjoden P.O. (1991) Patient and staff perceptions of caring: review and replication. *Journal of Advanced Nursing*. **16**: 1363-1374.
143. Hulka B.S., Zyzanski S.J., Cassel J.C. & Thompson S.J. (1971) Satisfaction with medical care in low income population. *Journal of Chronic Diseases*. **24**: 661-673.
144. Risser N. (1975) Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care settings. *Nursing Research*. **24**: 45-52.
145. Ware J.J.E. & Snyder M.K. (1975) Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care*. **13**: 669-682.
146. Henderson V. (1960) *Basic Principles of nursing*. International Council of Nurses. London.
147. Hinshaw A. & Atwood J. (1981) A patient satisfaction instrument: precision by replication. *Nursing Research*. **31**: 170-175.
148. Linder -Pelz S. (1982a) Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*. **16**, 583-589.
149. Linder -Pelz S. (1982b) Towards a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. **16**, 577-604.
150. Thompson A.G.H. and Sunol R., (1995) Expectations as determinants of patient satisfaction-concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care*. **7**, 127-141.
151. Barbeau J. Bradley (1985) Predictive and normative expectations in consumer satisfaction: a utilization of adaptation and comparison levels in a unified framework. In: H. Keith Hunt and Ralph L. Day (eds.). *Conceptual and Empirical Contributions to Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*. Bloomington, IN: Indiana University School of Business.
152. Cadotte, Ernest R., Robert B. Woodruff and Roger L. Jenkins (1987) Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *Journal of Marketing Research*. **24**(August): 305-314.
153. Spreng, R. A. and Olshavsky R. W. (1993) A desires congruency model of consumer satisfaction. *Journal of Academy of Marketing Science*. **21**(Summer): 169-177.
154. Swan J.E. & Trawick's F. (1980) Satisfaction related to predictive vs. desired expectations. In: H. Keith and Ralph L. Day. *Refining concepts and measures of*

- consumer satisfaction and complaining behavior.* (eds.). Bloomington, IN: Indiana University.
155. Westbrook R.A. and Reilly M.D. (1983) Value-percept disparity: an alternative to the disconfirmation of expectations theory of consumer satisfaction. In: Bagozzi R.P. and Tybout A.M. (eds.). *Advances in Consumer Research*. Vol. 10. Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research.
 156. Yi Youjae (1990) A critical review of consumer satisfaction. In: Zeithaml V.A. (eds.). *Review of Marketing*. Chicago, IL: American Marketing Association.
 157. Myers J.H. (1991) Measuring customer satisfaction: is meeting expectations enough? *Marketing Research*. **2**(December): 35-43.
 158. Olshavsky R.W. & Spreng R.A. (1989) A desires as standard model of consumer satisfaction. *Journal of consumer satisfaction, dissatisfaction and complaining behavior*. **2**:49-54.
 159. Sirgy J.M. (1984) A social cognition model of consumer satisfaction/dissatisfaction. *Psychology and Marketing*. **1**(Summer): 27-43.
 160. Swan J.E., Tawick F. & Carol M. (1981) Satisfaction related to predictive, desired expectations: a field study. In: Ralph L. Day & H. Keith Hunt (eds.) *New Findings on Consumer Satisfaction and Complaining behavior*. Bloomington, IN: School of Business, Indiana University. pp: 15-22.
 161. Howard J.A. & Sheth J.N. (1969) *The theory of Buyer Behavior*. New York: John Wiley & Sons Inc.
 162. Blalock, Hubert M. Jr. (1964) *Causal inferences in non-experimental research*. Chapel Hill, North Carolina: University of North Carolina Press.
 163. Olson J.C. & Dover P. (1976) Effects of expectation creation and disconfirmation on belief elements of cognitive structure. In: Beverlee B. Anderson (eds.) *Advances in consumer research*. Chicago: Association for Consumer Research.
 164. Taylor S.A. & Baker T.L. (1994) An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumer's purchase intentions. *Journal of Retailing*. **70**(2): 163-178.
 165. Fishbein M. (1967) *Readings in attitude theory and measurement*. (eds) New York: John Wiley & Sons Inc.
 166. Spreng R.A., MacKenzie S.B. & Olshavsky R.W. (1996) A reexamination of the determinants of consumer satisfaction. *Journal of Marketing*. **60**(July): 15-32.
 167. Kane R.L., Maciejewski M. & Finch M. (1997) The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical Care*. **35**: 714-730.
 168. Fishbein Martin & Icek Ajzen (1975) *Belief, attitude, intention, and behavior*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
 169. Mulcahy L. & Tritter J. (1994) Dissatisfaction, Grievances and Complaints in the NHS. A report to the Wilson Committee, London: South Bank University.
 170. Annandale E. & Hunt K. (1998) Accounts of disagreements with doctors. *Social Science and Medicine*. **46**(1): 119-129.
 171. Tuckett D., Bolton M., Olson C. & Williams A. (1985) *Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. London. Tavistock.
 172. Coyle J. (1999) Exploring the meaning of dissatisfaction with health care: the importance of "personal identity treat". *Sociology of Health and Illness*. **21**: 95-123.
 173. Cartwright A. & Anderson R. (1981) *General Practice Revisited*. London: Tavistock.
 174. Fox J.G. & Storms D.M. (1981) A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Social. Science. Medicine*. **15A**: 557.
 175. Williamson V. (1988) *GP's Services: mothers' views*. Brighton: Brighton Community Health Council.

176. Williams S.J. & Calnan M. (1991a) Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science and Medicine*. **33**: 707-716.
177. Williams S.J. & Calnan M. (1991b) Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Journal of Family Practice*. **8**: 237-242.
178. Coyle J., Calnan M. and Williams J. (1992) *Consumer satisfaction with health care*. Center for Health Service Studies: Canterbury. University of Kent.
179. Aharony L. & Strasser S. (1993) Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review*. **50**(1): 49-79.
180. Thomas L.H., Mccoll E., Priest J., Bond S. & Boys R.J. (1996) Newcastle satisfaction with nursing scales-an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*. **5**(2): 67-72.
181. Hill J. (1997) Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. *Journal of Advanced Nursing*. **25**(2): 347-354.
182. Law M.L. (1997) A telephone survey of day-surgery eye patients. *Journal of Advanced Nursing*. **25**(2): 355-363.
183. Leavey G., King M., Cole E., Hoar A. & Johnsonsabine E. (1997) First-onset psychotic illness patients' and relatives' satisfaction with services. *British Journal of Psychiatry*. **170**: 53-57.
184. Owen C. (1991) Formal complaints against general practitioners: a study of 1.000 cases. *British Journal of General Practice*. **41**: 113-115.
185. Allsop J. (1994) Two sides to every story: complaints' and doctors' perspectives in disputes about medical care in general practice setting. *Law and Policy*. **16**(2): 149-183.
186. Nettleton S. & Harding G. (1995) Protesting patients: a study of complaints submitted to a Family Service Authority. *Sociology of Health and Illness*. **16**(1): 38-61.
187. Mulcahy L., Allsop J. & Shirley C. (1996) *The voices of complainants and GPs in complaints about health care*. Social Science Research Papers. London: South Bank University.
188. Kadzombe A. & Coals J. (1992) Complaints against doctors in an accident and emergency department: a 10-year analysis. *Archives of Emergency Medicine*. **9**: 134-142.
189. Carmel S. (1988) Hospital patients' responses to dissatisfaction. *Sociology of Health and Illness*. **10**: 262-281.
190. Mulcahy L. & Lloyd-Bostock S. (1994) The social psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaint processes. *Law and Policy*. **16**(2): 185-208.
191. Bramadat I.J. and Driedger M. (1993) Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth*. **20**, 22-29.
192. Altschul A. (1982) How far should further education go? *Nursing Mirror*. 7 July, 29-30.
193. Felstiner W.L.F., Abel R.L. & Sarat A. (1981) The emergence and transformations of disputes: naming, blaming, and claiming. *Law and Society Review*. **15**: 631-654.
194. Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B. & Weiner C. (1982) Sentimental work in the technologized hospital. *Sociology of Health and Illness*. **4**(3): 254-278.
195. Paralikas T. (1999) *Schamgefühle betagter Frauen vor männlichem*. Personal. Magisterarbeit. Technische Universität. Berlin.
196. Lyotard J. F. (1993) *Η μεταμοντέρνα κατάσταση*. ΓΝΩΣΗ.
197. Allport G. (1935) *Handbook of social psychology*. Worcester, Mass: Clark U.
198. Rokeach M. (1968) *Beliefs, attitudes and values*. San Francisco: Jossey-Bass.
199. Sherif C.W., Sherif M., & Nebergall R.E. (1965) *Attitude and attitude change*. Philadelphia: Saunders.

200. Hopton J.L., Howie J.G.R. & Porter M.D. (1993) The need for another look at the patient in General practice satisfaction surveys. *Journal of Family Practice*. **10**: 82-87.
201. West, (1976) The physician and the management of childhood epilepsy. In: Wadsworth M. & Robinson D. *Studies in everyday medical life*. Robertson, London.
202. Tagliacozzo D. (1965) The nurse from the patient's point of view. In: Skipper JK, Leonard RC, eds. *Social Interaction and Patient Care*. Lippincott, Philadelphia.
203. Kluckhohn C. (1951) Values and value orientations in the theory of action. In: Parsons T. & Shils E.A.: *Toward a general theory of action*. Cambridge Mass. Harvard.
204. Cohen M.Z. (1987) A historical overview of the phenomenologic movement. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. **19**(1): 31-34.
205. Beck C.T. (1992) The lived experience of postpartum depression: a phenomenological study. *Nursing Research*. **41**(3): 166-170.
206. Omery A. (1983) Phenomenology: a method for nursing research. *Advances in Nursing Science*. **5**(2): 49-63.
207. Ihde D. (1976) *Listening and voice. A phenomenology of sound*. Athens. Oh: Ohio University Press.
208. Spiegelberg H. (1965) *The phenomenological movement: a historical introduction*. The Hague: Martinus Nijhoff.
209. Melia K. (1982) "Tell it as it is"-qualitative methodology and nursing research: understanding the student nurse's world. *Journal of Advanced Nursing*. **7**: 327-335.
210. Salsberry P.J., Smith M. & Oiler C. (1989) Phenomenological research in nursing. Dialogue on a research issue. *Nursing Science Quarterly*. **2**(1): 9-19.
211. Holden R.J. (1991) On applying psychoanalytic explanation in phenomenological research. *International Journal of Nursing Studies*. **28**(4): 387-396.
212. Smith M.C. (1989) Existential-phenomenological foundations in nursing: a discussion of differences. *Nursing Science Quarterly*. **4**(1): 5-6.
213. Swartz T.A. & Brown S.W. (1989) Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional service quality. *Journal of the Academy of Marketing Science*. **17**(Spring): 189-195.
214. Grönroos, C. (1978) A Service Oriented Approach to Marketing of Service. *European Journal of Marketing*, Vol. **12** (8): 588-601.
215. Lehtinen, U. and Lehtinen, J.R., *Service Quality: A Study of Quality Dimensions*, working paper, Service Management Institute, Helsinki, 1992.
216. Gaster, L. (1990) Can Quality Be Measured? *Going Local*, School for Advanced Urban Studies, No. 15, Bristol.
217. National Consumer Council (1986), *Measuring Up – Consumer Assessment of Local Authority Services*, a Guideline Study, London.
218. Grönroos C. (1990) *Service management and marketing: managing the moments of truth in service competition*. Lexington, MA: Lexington Books.
219. Bull A. (1994) Specifying quality in health care. *Journal of management in Medicine*. **8**(2): 5-8.
220. Thompson A. (1993) Inpatients' opinions of the quality of acute hospital care: discrimination as the key to measurement validity. In: Fitzpatrick R. & Hopkins A. *Measurement of patients' satisfaction with their care*. Royal College of Physicians of London.
221. Ware J. E. Jr. Snyder M.K., Wright W.R. and Davies A.R. (1983) Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*. **6**: 247-263.
222. Abdallah F.G. & Levine E. (1965) *Better patient care through nursing research*. Macmillan, New York.

223. Rubin H.R. (1990) Can patients evaluate the quality of hospital care? *Medical Care Review*. **47**: 267-326.
224. Abramowitz S., Cote A. & Berry E. (1987) Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, **13**(4): 122-130.
225. Baker R. (1991) The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with their general practice. *Family Practice*. **8**: 171-177.
226. Meredith P., Emberton M. & Devlin H.B. (1993) What value is the patients' experience of surgery to surgeons? The merits and demerits of patient satisfaction surveys. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. **75**(Suppl.): 72-73.
227. Pascoe G. & Attkisson C. (1983) The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*. **6**: 335-347.
228. Health Policy Advisory Unit (1989) *The Patient Satisfaction Questionnaire*. HPAU, Sheffield.
229. Carr-Hill RA (1992) The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*. **14**(3): 236-249.
230. Greenwood M. (1993) Patients' views of oral day surgery. *British Dental Journal*. **175**: 130-132.
231. Astedt-Kurki P. & Higgman-Laitla A. (1992) Good nursing practice as perceived by clients: a starting point for the development of professional nursing. *Journal of Advanced Nursing*. **17**: 1195-1199.
232. Blanchard C.G., Labrecque M.S., Ruckdeschel J.C. & Blanchard E.B. (1990) Physician behaviors, patient perceptions and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer*. **65**: 186-192.
233. McIver, S. (1992) Obtaining the views of inpatients and users of casualty departments. King's Fund, London.
234. Stimson G. & Webb B. (1975) Going to see the doctor: the consultation process in general practice. Routledge and Kegan Paul, London.
235. Thompson J. (1984) Communicating with patients. In: Fitzpatrick R. (eds) *The Experience of Illness*. Tavistock, London.
236. Anderson LA. & Zimmerman MA. (1993) Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management. *Patient Education and Counseling*. **20**: 27-36.
237. Greenfield S., Kaplan S. & Ware J.E. (1985) Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*. **102**: 520-536.
238. Savage R. & Armstrong D. (1990) Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *British Medical Journal*. **301**: 968-970.
239. Dodd M.J., Dibble S.L. & Thomas M.L. (1992) Outpatient chemotherapy: patients' and family members' concerns and coping strategies. *Public Health Nursing*. **9**: 37-44.
240. Fitzpatrick J.M., While A.E. & Roberts J.D. (1992) The role of the nurse in high-quality patient care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. **17**: 1210-1219.
241. Wilkinson S. (1992) Good communication in cancer nursing. *Nursing Standard*. **7**(9): 35-39.
242. LaCrosse M.B. (1975) Nonverbal behavior and perceived counselor attractiveness and persuasiveness. *Journal of Counseling Psychology*. **22**: 563-566.
243. Larsen K. & Smith C.K. (1981) Assessment of non-verbal communication in the patient-physician interview. *Journal of Family Practice*. **12**: 481-488.
244. Kendon A. (1970) Some functions of gaze direction in social interaction. *Acta Psychologica*. **26**: 22-63.
245. Kadner K. (1994) Therapeutic intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. **19**: 215-218.

246. Tishelman C. (1994) Cancer patients' hopes and expectations of nursing practice in Stockholm. *Scandinavian Journal of the Caring Sciences*. **8**: 213-222.
247. Fitzpatrick R. (1984) Satisfaction with health care. In: Fitzpatrick R. (eds) *The Experience of Illness*. Tavistock, London.
248. Fitton F., & Acheson H.W.K. (1979) *The doctor-patient relationship. A study in General Practice*. HMSO. London.
249. Dougall A., Russell A., Rubin G., Ling J. (2000) Rethinking patient experiences of an open access flexible sigmoidoscopy service. *Social Science and Medicine*. **50**: 53-62.
250. Schutz S.M., Lee J.G., Schmitt C.M., Almon M., Bailey J. (1994) Clues to patient dissatisfaction with conscious sedation for colonoscopy. *American Journal of Gastroenterology*. **89**: 1476-1479.
251. Zborowski M. (1952) Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues*. 16-30.
252. Hull J. & Church M. (1994) Colonoscopy: how difficult, how painful? *Surgical Endoscopy*. **8**: 784-787.
253. Mahajan R.J., Johnson J.C. & Marshall J.B. (1997) Predictors of patient cooperation during gastrointestinal endoscopy. *Journal of Clinical Gastroenterology*. **24**(4): 220-223.
254. Morfisse J.J, Grasset D., Seigneuric C. (2000) Patient opinions following colonoscopy. Results of an ANGH study. *Gastroenterologie Clinique et Biologique*. **24**(3): 279-283.
255. Wolf M.H., Putnam S.M., James S.A. & Stiles W.B. (1978) The medical interview satisfaction scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *Journal of Behavioral Medicine*. **1**: 391-401.
256. Ley P. (1992) *Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance*. Chapman & Hall, London.
257. Korsch B.M., & Gozzi E.K. & Francis V. (1968) Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics*. **42**: 855-871.
258. Ley P. & Spelman M.S. (1967) *Communicating with the patient*. Staples Press, London.
259. Doyle B.J. & Ware J.E. (1977) Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care. *Journal of Medical Education*. **52**: 793-801.
260. Stiles W.B. (1978) Verbal response modes and dimensions of interpersonal roles: a method of discourse analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. **36**: 693-704.
261. Stiles W.B., Putnam S.M., Wolf M.H. & James S.A. (1979) Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Medical Care*. **17**: 667-679.
262. Bales R.F. (1950) *Interaction process analysis: a method for the study of small groups*. Addison-Wesley, Cambridge, Mass.
263. Mehrabian A. (1972) *Non-verbal communication*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
264. Kain-Claudle P.R. & Marsh G.N. (1975) Patient satisfaction survey in general practice. *British Medical Journal*. **1**: 262-264.
265. Cartwright A. (1983) Prescribing and the doctor-patient relationship. In: Pendleton D. & Hasler J. (eds) *Doctor-patient communication*. Academic Press, London.
266. Ley P. (1972a) Complaints by hospital staff and patients: a review of the literature. *Bulletin of the British Psychological Society*. **25**: 115-120.
267. Spelman M.S., Ley P. & Jones C.C. (1966) How do we improve doctor-patient communications in our hospitals. *World Hospitals*. **2**: 126-134.
268. Lebow J.E. (1976) Consumer assessment of the quality of medical care. *Medical Care*. **12**: 328-337.

269. Ley P. (1976) Towards better doctor-patient communications: contributions from social and experiment psychology. In: Bennett (eds.) *Communication between doctors and patients*. Oxford University Press, Oxford.
270. Bartlett E.E. (1985) Social consumption or social investment? *Patient Education and Counseling*. **7**: 223-225.
271. Fernsler J.I and Cannon C.A. (1991) The ways of patient education. *Seminars in Oncology Nursing*. **7**: 79-86.
272. Richardson J.L., Marks G. & Levine A. (1988) The influence of symptoms of disease and side-effects of treatment on compliance with cancer therapy. *Journal of Clinical Oncology*. **6**: 1746-1751.
273. Ellis J. (1991) How adolescents cope with cancer and its treatment. *American Journal of Medical Child Nursing*. **16**: 157-160.
274. Κοτρώτσιου-Μπαρμπούτα Ε. (2000) *Η προεγχειρητική προετοιμασία των ασθενών και η σχέση της με τον μετεγχειρητικό πόνο*. Διδακτορική Διατριβή. Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών.
275. Kincey J., Bradshaw P. & Ley P. (1975) Patients' satisfaction and reported acceptance of advice in general practice. *Journal of Royal College of General Practitioners*. **25**: 558-566.
276. Thompson D.R., Webster R.A. & Meddis R. (1990) In-hospital counseling for first-time myocardial infarction patients and spouses: effects on satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. **15**: 1064-1069.
277. Bearden W.O. & Teel J.E. (1983) Some determinants of consumer satisfaction and complaints reports. *Journal of Marketing Research*. **20**(February): 21-28.
278. Westbrook R.A. (1987) Product/consumption-based affective responses and post purchase processes. *Journal of Marketing Research*. **24**(August): 258-270.
279. Tse D.K. & Wilton P.C. (1988) Models of consumer satisfaction formation: an extension. *Journal of Marketing Research*. **25**(May): 204-212.
280. Ruggeri M. & Dall' Angola R. (1993) The development and use of the Verona expectations for care scale (VECS) and the Verona service satisfaction scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*. **23**: 511-523.
281. Day R.L. (1977) Toward a process model of consumer satisfaction. In: Hunt K.H. (eds) *Conceptualization and measurement of consumer satisfaction and dissatisfaction*. Cambridge, Massachusetts: Marketing Science Institute.
282. Olander F. (1977) Consumer satisfaction: a skeptic's view. In: Hunt K.H. (eds) *Conceptualization and measurement of consumer satisfaction and dissatisfaction*. Cambridge, Massachusetts: Marketing Science Institute.
283. Oliver R.L., (1977) Effect of expectation and disconfirmation on post-exposure product evaluation: an alternative interpretation. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 62 April.
284. Engel James .F., David T. Kollat & Roger D. Blackwell (1968) *Consumer Behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
285. Cohen J. B. & Marvin E. Goldberg (1970) The dissonance model in post-decision product evaluation. *Journal of Marketing Research*. **7**(August): 315-321.
286. Olshavsky R.W. & Miller J.A. (1972) Consumer expectations, product performance and perceived product quality. *Journal of Marketing Research*. **9**(February): 29-21.
287. Woodside A.G., Frey L.L. & Daly R.T. (1989) Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention. *Journal of Health Care Marketing*. **9**(December): 5-17.
288. Spector A.J. (1956) Expectations, fulfillment and morale. *Journal of abnormal and social psychology*. **52**(January): 51-56.

289. Watts W.A. (1968) Predictability and pleasure: reactions to the disconfirmation of expectancies. In: Robert P. Abelson, Elliot Aronson, William J. McGuire, Theodore M. Newcomb, Milton J. Rosenberg and Percy H. Tanenbaum (eds.) *Theories of cognitive consistency: a sourcebook*. Chicago: Rand-McNally.
290. Swan J.E. (1977) Consumer satisfaction with a retail store related to the fulfillment of expectations on an initial shopping trip. In: Ralph L. Day (eds.) *Consumer satisfaction, dissatisfaction and complaining behavior*. Bloomington, Indiana: School of Business. Indiana University.
291. Gerald L. & Oliver R.L. (1979) *Multiple brand analysis of expectation and disconfirmation effects on satisfaction*. Paper presented at the 87th Annual Convention of the American Psychological Association.
292. Parsons T. (1951) *The Social System*. Routledge and Kegan Paul. London.
293. Miller J.A. (1977) Studying satisfaction, modifying models, eliciting expectations, posing problems and making meaningful measurements. In: H. Keith Hunt. *Conceptualization and measurement of consumer satisfaction and dissatisfaction*. (eds.) Cambridge, MA: Marketing Science Institute. pp: 72-91.
294. Swan J.E, Sawyer JC, Van Matre JG & McGee GW. (1985) Deeping the understanding of hospital patient satisfaction: fulfillment and equity effects. *Journal of Health Care Marketing*. **5**(3): 7-18.
295. Swan J.E. and Tawick F. (1980) Satisfaction related to predictive vs desired expectations. In: H. Keith Hunt and Ralph L. Day (eds.). *Conceptual and Empirical Contributions to Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*. Bloomington, IN: Indiana University School of Business.
296. Prakash V. (1984) Validity and reliability of the confirmation of expectations paradigm as a determinant of consumer satisfaction. *Journal of Academy of Marketing Science*. **12**: 63-76.
297. Williams S., Weinman J., Dale J. & Newman S. (1995) Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Family Practice*. **12**(2): 193-201.
298. Nash M., Blackwood D., Boone E.B., Klar R., Lewis E., MacInnis K., McKay J., Oktress J., Richer S. and Tannas C. (1994) Managing expectations between patient and nurse. *Journal of Nursing Administration* **24**: 49.
299. Zeithaml V.A., Berry L.L. & Parasuraman A. (1993) The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science*. **21**(Winter): 1-12.
300. Buetow S.A. (1995) What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. *Social Science and Medicine*. **40**(2): 213-221.
301. Like R. & Zyzanski S.J. (1987) Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Social Science and Medicine*. **24**(4): 351-357.
302. Hsieh M. & Doner Kagle J. (1991) Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health and Social Work*. **16**(4): 281-290.
303. Ahmed L., Staniszewska S., Ahmad F. & Duff L. (1995) *Patient expectations and satisfaction with care*. National Institute for Nursing, Oxford.
304. Sanchez-Menegay C., Hudes E.S. & Cummings S.R. (1992) Patient expectations and satisfaction with medical care for upper respiratory infections. *Journal of General Internal Medicine*. **7**: 432-434.
305. Carstairs V. (1970) *Channels of Communication*. Scottish Health Service Studies 11. Scottish Home and Health Department. Edinburgh.

306. Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Robertts, M., Moloney, T. W., McMullen, W., Walker, J. D., & Delbanco, T. L. (1991). Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs*. (Winter). **10**: 254-267.
307. Linn & Greenfiled (1982) Patient suffering and patient satisfaction among the chronically ill. *Medical Care*. **20**: 425-431.
308. Adams M. (1973) *Beyond three score years and ten. A first report on a survey of the elderly*. Age Concern Publications, Mitcham.
309. King T. (1985) More than a buzz word. *Nursing Mirror*. **160**(8): 34-35.
310. Dubby I. (1990) The patient's experience. *Nursing Standard*. **5**(9):7.
311. O' Leary A. (1992) Patient satisfaction as a measure of quality in the care of the elderly. *British Journal of Nursing*. **1**(9): 470-472.
312. Thane P. (1989) Old age: burden or benefit? In: Joshi H. *The Changing Population of Britain*. Blackwell, Oxford.
313. Street R.L. & Buller D.B. (1988) Patient's characteristics affecting physician-patient nonverbal communication. *Human Community Research*. **15**: 60.
314. Harris I.B., Rich E.C. & Crowson T.W. (1985) Attitudes of internal medicine residents and staff physicians towards various patient characteristics. *Journal of Medical Education*. **60**: 192.
315. Lee Y. & Kasper J.D. (1998) Assessment of medical care by elderly people: general satisfaction and physician quality. *Health Services Research*. **32**(6): 741-757.
316. Goodsell C.T. (1982) The contented older client of bureaucracy. *International Journal of Aging and Human Development*. **14**(1): 1-9.
317. Ross C.E. & Mirowsky J. (1984) Socially desirable response and acquiescence in a cross-cultural survey of mental health. *Journal of Health and Social Behavior*. **25**(2): 189-197.
318. Wilde B., Starrin B. & Larsson G. (1993) Quality of care form a patient perspective. *Scandinavian journal of Caring Sciences*. **7**: 113-120.
319. Joos S.K., Hickam D.H. and Borders L. (1993) Patients' desires and satisfaction in general medical clinics. *Public Health Reports*. **108**, 751-759.
320. Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. **25**: 25-36.
321. LaMonica EL., Oberst MT, Madea AR, Wolf RM (1986) Development of a patient satisfaction scale. *Research on Nursing and Health*. **9**: 43-50.
322. Calnan M. (1988) Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Social Science and Medicine* **27**: 927.
323. Smith A.M. (1993) Elderly consumers' evaluation of service quality. *Marketing and Planning*. **11**(4): 13-19.
324. McCartan-Quinn D., McAleer E., Naqvi I. (1996) Service quality: a satisfaction survey of the elderly. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. **9**(3): 4-10.
325. Engel JJ.F., Kallett DT., Blackwell RD. (1973) *Consumer Behaviour*. 2nd edition. Dryden Press, London.
326. Khayat K, & Salter B. (1994) Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *British Journal of General Practice*. **44**: 215-219.
327. Zahr LK, Williams SG, & El-Hadad A. (1991) Patient satisfaction with nursing care in Alexandria Egypt. *International Journal of Nursing Studies*. **28**: 337-342.
328. Doering E. (1983) Factors influencing inpatient satisfaction with care. *Quality Review Bulletin*. **9**: 291-299.
329. Delgado A, Lopez-Fernandez LA, deDios Luna J. (1993) Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Medical Care*. **31**: 795-800.

330. Zastowny, T. R., Roghman, K. J., & Hengst, A. (1983). Satisfaction with medical care: replications and theoretic reevaluation. *Medical Care*. **21**: 294-322.
331. Marple, R., Lucey, C., Kroenke, K., Wilder, J., & Lucas, C. (1997). A prospective study of concerns and expectations in patients presenting with common symptoms. *Archives of Internal Medicine*. **157**: 1482-1488.
332. Solomon M. (1992) Happy now? *Health Service Journal*. **102**: 24-26.
333. Madhok R, Bhopal RS, & Ramaiah RS. (1992) Quality of hospital service: a study comparing "Asian" and "Non-Asian" patients in Middlesborough. *Journal of Public Health Medicine*. **14**: 271-279.
334. Jain C, Narayan N, Narayan K, Pike LA, Clarkson ME, Cox IG, and Chatterjee J. (1985) Attitudes of Asian patients in Birmingham to general practitioner services. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. **35**: 416-418.
335. Temkin-Greener, H., & Winchell, M. (1991). Medicaid beneficiaries under managed care: provider choice and satisfaction. *Health Services Research*. **26**: 509-529.
336. Covinsky, K. E., Rosenthal, G. E., Chren, M. M., Justice, A. C., Fortinsky, R. H., Palmer, R. M., & Landefeld, S. (1988) The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *Journal General Internal Medicine*. **13**: 223-229.
337. Hermann, R. C., Ettner, S. L., & Dorwart, R. A. (1998) The influence of psychiatric disorders on patients' ratings of satisfaction with health care. *Medical Care*. **36**: 720-727.
338. Greenley, J. R., Young, T. B., & Schoenherr, R. A. (1982) Psychological distress and patient satisfaction. *Medical Care*. **20**: 373-385.
339. Hansson, L., Borgquist, L., Nettelbladt, P., & Nordstrom, G. (1994). The course of psychiatric illness in primary care patients. A 1-year's follow-up. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* **29**: 1-7.
340. Ross C.K., Steward C.A. & Sinacore J.M. (1993) The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Medical Care*. **31**: 1138.
341. Fisher AW. (1971) Patients' evaluation of outpatient medical care. *Journal of medical education*. **46**: 238.
342. LeVois M, Nguyen TD, & Attkisson CC. (1981) Artifact in client satisfaction assessment: experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*. **4**: 139-150.
343. Raphael W. (1967) Do we know what patients think? *International Journal of Nursing Studies*. **4**: 209-223.
344. Wyshak, G., & Barsky, A. (1995) Satisfaction with and effectiveness of medical care in relation to anxiety and depression. Patient and physician ratings compared. *General Hospital Psychiatry*. **17**: 108-114.
345. May S. (1992) Patient satisfaction and the detection of psychiatric morbidity in General Practice. *Journal of Family Practice*. **9**: 76-81.
346. Ραφτόπουλος Β., Θεοδοσοπούλου Ε., Ευαγγέλου Ε., Σώλου Ε., Λαβδανίτη Μ., Κοτριώτσιου Ε (2001) *Εκτίμηση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο*. 28^ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. 3-5 Μαΐου 2001.
347. Oberst M.T. (1984) Patient's perceptions of care: measurement of quality and satisfaction. *Cancer*. **53**: 2366-2373.
348. Cang S. (1989) Open to criticism. *Health Service Journal* **99**: 20-25.
349. Polowczyk D., Brutus M., Orvieto A., Vidal J. & Cipriana D. (1993) Comparison of patient and staff surveys of consumer satisfaction. *Hospital and Community Psychiatry*. **44**: 589-1591.

350. Gilleard C. & Reed R. (1998) Validating a measure of patient satisfaction with community nursing services. *Journal of Advanced Nursing*. **28**(1): 94-100.
351. Bredart A., Razavi D., Robertson C., Batel-Copel L., Larsson G., Lichosik D., Meyza J., Schraub S., von Essen L., de Haes J.C.J.M. (2001) A comprehensive assessment of satisfaction with care: preliminary psychometric analysis in French, Polish, Swedish and Italian Oncology patients. *Patient Education and Counseling*. **43**: 243-252.
352. Guillemin F., Bombardier C., Beatin D. (1993) Cross-cultural adaptation of health related quality of life measure literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. **46**: 1417-1432.
353. McNeill J.A., Sherwood G.D., Starck P.L. & Thompson C.J. (1998) Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*. **16**(1): 29-40.
354. Comley A.L. & DeMeyer E. (2001) Assessing patient satisfaction with pain management through a continuous quality improvement effort. *Journal of Pain and Symptom Management*. **21**(1): 27-40.
355. Kirk J, Miller M. (1986) *Reliability and validity in qualitative research*. Qualitative Research Methods Series, No 1. London: Sage: 9.
356. Chenitz W.C. & Swanson J.M. (1986) *Qualitative research using grounded theory*. In: *From practice to grounded theory: qualitative research in nursing*. (Chenitz W.C. & Swanson J.M. eds.) Addison Wesley, Menlo Park, California. pp.3-15.
357. Fiske S.T. & Taylor S.E. (1984) *Social Cognition*. New York: Random House.
358. McCusker J. (1984) Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care. *Medical Care*. **22**: 476-493.
359. MacKeigan L.D. & Larson L.N. (1989) Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services. *Medical Care*. **27**: 522-536.
360. Chao J. (1988) Continuity of care: incorporating patient perceptions. *Family Medicine*. **20**: 333-337.
361. Cryns A.G., Nichols R.C., Kats L.A. & Calkins E. (1989) The hierarchical structure of geriatric patient satisfaction: an older patient satisfaction scale designed for HMOs. *Medical Care*. **27**: 802-816.
362. Hays R.D. & Ware J.R. (1986) My medical care is better than yours: social desirability and patient satisfaction ratings. *Medical Care*. **24**: 519-524.
363. Roberts R.E., Pascoe G.C. & Attkisson C.G. (1983) Relationship of service satisfaction to life satisfaction and perceived well-being. *Evaluation and Program Planning*. **6**(3): 373-383.
364. Meterko M., Nelson E.C., Rubin H.R., Batalden P., Berwick D.M., Hays R.D. & Ware J.E. (1990) Patients' judgments of hospital quality: report of a pilot study. *Medical Care*. **28**(9): S1-S56.
365. Gronroos C. (1982) *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administration.
366. Churchill G.A. (1979) A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*. **16**: 64-73.
367. Babakus E. & Mangold W.C. (1992) Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*. **26**(6): 767-786.
368. Cronin JJ.Jr & Taylor S.A. (1994) SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions minus expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*. **58**(January): 125-131.
369. Walbridge S.W. & Delene L.M. (1993) Measuring physician attitudes of service quality. *Journal of Health Care Marketing*. **13**(4): 6-15.

370. Mangold G.W. & Babakus E. (1991) Service quality: the front-stage perspective vs back-stage perspective. *Journal of Services Marketing*. **5**(4): 59-70.
371. Reidenbach R.E. & Sandifer-Smallwood B. (1990) Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of Health Care Marketing*. **10**(4): 47-55.
372. Smith A.M. (1999) Some problems when adopting Churchill's paradigm for the development of service quality measurement scales. *Journal of Business Research*. **46**: 109-120.
373. Sixma H.J., Kerssens J.J., van Campen C. & Peters L. (1998) Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*. **1**: 82-95.
374. Sixma H.J., van Campen C., Kerssens J.J. & Peters L (2000) Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly instrument. *Age Ageing*. **29**: 173-178.
375. Larsson G. & Larsson W. B. (1998) Quality of care: relationship between the perceptions of elderly home care users and their caregivers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. **7**: 252-258.
376. Larsson W.L., Larsson G. & Starrin B. (1999) Patient's views on quality of care: a comparison of men and women. *Journal of Nursing Management*. **7**: 133-139.
377. Nelson-Wernick E., Currey H.S., Taylor P.W., Woodbury M. & Cantor A. (1981) Patient perceptions of medical care. *Health Care Management Review*. Winter, 65-71.
378. Ramsey R., Wright P., Katz A., Biclawska C., Katona C. (1991) The detection of psychiatric morbidity and its effect on outcome in acute elderly medical admissions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. **6**: 861-866.
379. Ραφτόπουλος Β. (1999) *DALYs: Χρόνια Ζωής σταθμισμένα για Ανικανότητα: ένας δείκτης για την διαμόρφωση πολιτικής υγείας.* (Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία). Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής.
380. Raftopoulos V., Theodosopoulou E., Nikolaou M., Kotrotsiou E., Papathanasiou E., Konstadinou E., *The Global Burden of Respiratory Diseases*. 3rd Mediterranean Congress on Thoracic Diseases. Nov. 1-4 2000. Crete.
381. Rapp S.R., Parisi S.A., Walsh D.A. (1988) Psychological dysfunction and physical health among elderly medical inpatients. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. **56**: 851-855.
382. Koenig H.G., Meador K.G., Cohen H.J., Blazer D.G. (1988) Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Archives of Internal Medicine*. **37**: 599-606.
383. Koenig H.G., Shelp F., Goli V., Cohen H.J., Blazer D.G. (1989) Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. *Journal of American Geriatric Society*. **37**: 599-606.
384. Jackson R., Baldwin B. (1993) Detecting depression in elderly medically ill patients: the use of Geriatric Depression Scale compared with medical and nursing observations. *Age Ageing*. **22**: 349-353.
385. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. **17**(1): 37-49.
386. Evans S & Katona C. (1993) Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia*. **4**: 327-333.
387. Royal College of Physicians (1992) Standardized assessment scales for elderly people: report of the joint workshops of the Research Unit of the Royal College of Physicians and the British Geriatrics Society. RCP, London.
388. Sheikh JL & Yesavage JA (1986) Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology* **5**(1/2): 165-173.

389. Williams E.I. & Wallace P. (1993) Health checks for people aged 75 and over. *British Journal of General Practice Occasional*. Paper 59.
390. Weng B.K. (1999) Reliability and validity of GDS and QHG short form for the aged. *Chinese Journal of Psychiatry*. **32**(1): 41-43.
391. Fountoulakis K.N., Tsolaki M., Iacovides A., Yesavage J., O'Hara R., Kazis A. and Ierodiakonou Ch. (1999) The Validation of the Short Form of Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging (Milano)*. **11**(6): 367-372.
392. Cronbach L.J. (1984) *Essentials of psychological testing*. 4th edition. New York: Harper & Row.
393. Hammersley M. (1987) Some notes on the terms "validity" and "reliability". *British Educational Research Journal*. **13**(1): 73-81.
394. Simco N. & Warin J. (1997) Validity in image based research. An elaborated illustration of the issues. *British Educational Research Journal*. **23**(5): 661-673.
395. American Psychological Association. (1953) *Ethical standards of psychologists*. Washington, D.C.: American Psychological Association, Inc.
396. Anastasi A. (1950) The concept of validity in the interpretation of test scores. *Education. psychology. Measurement*. **10**: 67-78.
397. Peter J.P. (1981) Reliability: a review of psychometric basics and recent marketing practices. *Journal of Marketing Research*. **16**: 6-17.
398. Campbell D.T. (1960) Recommendations for APA test standards regarding construct, trait and discriminant validity. *American Psychologist*. (15 August): 546-553.
399. Campbell D.T. & Fiske D.W. (1959) Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*. **56**: 81-105.
400. Marsh H.W. & Smith I.D. (1982) Multitrait-multimethod analyses of two self-concept instruments. *Journal of Educational Psychology*. **74**: 430-440.
401. Wylie R.C. (1989) *Measures of self-concept*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
402. Rowley G.L. (1976) The reliability of observational measures. *American Educational Research Journal*. **13**(Winter): 51-59.
403. Crocker L.M. & Algina J. (1986) *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
404. Gronlund N.E. & Linn R.L. (1990) *Measurement and evaluation in teaching*. 6th edition. New York: MacMillan.
405. Vacha-Haase T. (1998) Reliability Generalization: Exploring variance in measurement error affecting score reliability across studies. *Educational and Psychological Measurement*. **58**(February): 6-20.
406. Cronbach A. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. **16**: 297-334.
407. Bollen K.A. (1989) *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
408. Cortina J.M. (1993) What is coefficient alpha: an examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*. **78**: 98-104.
409. Nunnally J.C. & Bernstein I.H. (1994) *Psychometric Theory*. (3rd edition). New York: McGraw-Hill.
410. Shevlin M., Miles J.N.V., Davies M.N.O. & Walker S. (2000) Coefficient alpha: a useful indicator of reliability? *Personality and Individual Differences*. **28**: 229-237.
411. Nunnally J. (1978) *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
412. Payne B. (1993) 2b or not 2b? *British Academy of Management Newsletter*. June: 7.
413. Nunnally J.C. (1967) cited in Churchill G.A.Jr (1979) Paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*. XVI (February).

414. Cohen B.J., Swerdlik M.E. & Phillips S.M. (1996) *Psychological testing and assessment: an introduction to tests and measurement*. (3rd edition). Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
415. Kuder G.F. & Richardson M.W. (1937) The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*. **2**: 151-160.
416. Schutz H.G. & Rucker M.H. (1975) A comparison of variable configurations across scale lengths: an empirical study. *Educational and Psychological Measurement*. **35**: 319-324.
417. Garner W.R. (1960) Rating scales, discriminability and information transmission. *Psychological Review*. **67**: 343-352.
418. Green P.E. & Rao V.R. (1970) Rating scales and information recovery. How many scales and response categories to use? *Journal of Marketing*. **34**: 33-39.
419. Symonds P.M. (1924) On the loss of reliability in ratings due to coarseness of the scale. *Journal of Experimental Psychology*. **7**: 456-461.
420. Miller G.A. (1956) The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*. **63**(2): 81-97.
421. Finn R.H. (1972) Effects of some variations in rating scale characteristics on the means and reliabilities of ratings. *Educational and Psychological Measurement*. **34**: 885-892.
422. Ramsay J.O. (1973) The effect of number of categories in rating scales on precision of estimation of scale values. *Psychometrika*. **38**: 513-533.
423. Jenkins G.D. & Taber T.D. (1977) A Monte-Carlo study of factors affecting three indices of composite scale reliability. *Journal of Applied Psychology*. **62**: 392-398.
424. Lissitz R.W. & Green S.B. (1975) Effect of the number of scale points on reliability: a Monte-Carlo approach. *Journal of Applied Psychology*. **60**: 10-13.
425. McKelvie S.J. (1978) Graphic rating scales: how many categories? *British Journal of Psychology*. **69**: 185-202.
426. Remmers H.H. & Ewart E. (1941) Reliability of multiple-choice measuring instruments as a function of the Spearman-Brown prophesy formula. *Journal of Educational Psychology*. **32**: 61-66.
427. Bendig A.W. (1953) The reliability of self-ratings as a function of the amount of verbal anchoring and the number of categories on the scale. *The Journal of Applied Psychology*. **37**: 38-41.
428. Bendig A.W. (1954) Reliability and the number of rating scale categories. *The Journal of Applied Psychology*. **38**: 38-40.
429. Boote A.S. (1981) Reliability testing of psychographic scales: five-point or seven-point? Anchored or labelled? *Journal of Advertising Research*. **21**: 53-60.
430. Brown G., Wilding R.E. & Coulter R.L. (1991) Customer evaluation of retail salespeople using the SOCO scale: a replication extension and application. *Journal of the Academy of Marketing Science*. **9**: 347-351.
431. Komorita S.S. (1963) Attitude content, intensity and the neutral point on a Likert scale. *Journal of Social Psychology*. **61**: 327-334.
432. Matell M.S. & Jacoby J. (1971) Is there an optimal number of alternatives for Likert scale items? Study I: reliability and validity. *Educational and Psychological Measurement*. **31**: 657-674.
433. Peabody D. (1962) Two components in bipolar scales: direction and extremeness. *Psychological Review*. **69**: 65-73.
434. Remington M., Tyrer P.J., Newson-Smith J. & Cicchetti D.V. (1979) Comparative reliability of categorical and analogue rating scales in the assessment of psychiatric symptomatology. *Psychological Medicine*. **9**: 765-770.

435. Loken B., Pirie P., Virnig K.A., Hinkle R.L. & Salmon C.T. (1987) The use of 0-10 scales in telephone surveys. *Journal of Market Research Society*. **29**(3): 353-362.
436. Hancock G.R. & Klockars A.J. (1991) The effect of scale manipulations on validity: targeting frequency rating scales for anticipated performance levels. *Applied Ergonomics*. **22**: 147-154.
437. Chang L. (1994) A psychometric evaluation of four-point and six-point Likert-type scales in relation to reliability and validity. *Applied Psychological Measurement*. **18**: 205-215.
438. Jones R.R. (1968) Differences in response consistency and subjects' preferences for three personality inventory response formats. In: *Proceedings of the 76th Annual Convention of the American Psychological Association*. pp. 247-248.
439. Preston C.C. & Colman A.M. (2000) Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power and respondent preferences. *Acta Psychologica*. **104**: 1-15.
440. Carr S.C. (1992) A primer on the use of Q sort technique factor analysis. *Measurement and evaluation in counseling and development*. **25**: 133-138.
441. Gorsuch, Richard L. (1983) *Factor Analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
442. Reymont R. & Joreskog K.G. (1993) *Applied factor analysis in the natural sciences*. New York: Cambridge University Press.
443. Spearman C. (1904) "General intelligence" objectively determined and measured. *American Journal of Psychology*. **15**: 201-293.
444. Thompson B. & Dennings B. (1993) *The unnumbered graphic scale as a data-collection method: investigation comparing three measurement strategies in the context of Q-technique factor analysis*. Paper presented at the annual meeting of the Mid-South Educational Research Association. New Orleans. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 364589).
445. Kerlinger F.N. (1986) *Foundations of behavioral research*. (3rd edition). New York: Holt, Rhinehart and Winston.
446. Stevens J. (1996) *Applied multivariate statistics for the social sciences*. (3rd edition). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
447. Mulaik S.A. (1972) *The foundations of factor analysis*. New York: McGraw Hill.
448. Kim, J.O., & Mueller, C.W. (1978). *Introduction to factor analysis*. Beverly Hills: Sage Publications.
449. Dunteman G.H. (1989) *Principal component analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Quantitative applications in the Social Sciences Series. No. 69.
450. Kaiser H.F. & Rice J.L., (1974) *Educational and psychological management*. **34**: 111-117.
451. Cattell R.B. (1966) The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*. **1**: 245-276.
452. Comrey A.L. (1973) *A first course in factor analysis*. New York: Academic Press.
453. Norman G.R. & Streiner L. (1994) *Biostatistics: the bare essentials*. St. Louis. MO: Mosby.
454. Hulka B.S., Zyzanski S.J., Cassel J.C. & Thompson S.J. (1971) Satisfaction with medical care in low income population. *Journal of Cronical Diseases*. **24**: 661-673.
455. Bryant & Yarnold (1995) Principal components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In: Grimm & Yarnold, *Reading and understanding multivariate analysis*. American Psychological Association Books.
456. Hatcher, Larry (1994) *A step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling*. Cary, NC: SAS Institute. Focus on the CALIS procedure.

457. Hutcheson G. & Sofroniou N. (1999) *The multivariate social scientist: introductory statistics using generalized linear models*. Thousand Oaks. CA: Sage Publications.
458. Thurstone, L. L. (1947). *Multiple-factor analysis*. Chicago: Chicago University Press.
459. Pedhazur E.J. & Schmelkin L.P. (1991) *Measurement, design, and analysis: an integrated approach*. Hillsdale. NJ. Erlbaum.
460. Marshall C. & Roseman G. (1989) *Designing Qualitative Research*. Newbury Park. Cal. Sage.
461. Greenhalgh T. & Taylor R. (1997) How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research). *British Medical Journal*. **315**: 740-743.
462. Kitzinger J. (1994) The methodology of focus groups: the importance of interactions between research participants. *Sociology of Health and Illness*. **6**: 103-21.
463. Merton R, Fisk M, Kendall P. (1956) *The focused interview: a report of the bureau of applied social research*. New York: Columbia University.
464. Basch C. (1987) Focus group interview: an under-utilized research technique for improving theory and practice in health education. *Health Education Quarterly*. **14**: 411-8.
465. Steward D.W. & Shamdasani P.N. (1990) *Focus Groups: Theory and Practice*. Sage, London.
466. Morgan D.L. (1993) *Successful Focus Groups*. Sage, London.
467. Kreuger R.A. (1994) *Focus Groups: a practical guide for applied research*. Sage, Newbury Park. CA.
468. Cohen L. & Manion L. (1997) *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Έκφραση. Εκπαιδευτική Βιβλιοθήκη.
469. Smith H.W. (1975) *Strategies of social research: the methodological imagination*. Prentice-Hall, London.
470. Denzin N.K. (1970) *The research act in sociology. A theoretical introduction to sociological method*. The Butterworth Group. London.
471. Levine R.A. (1966) Towards a psychology of populations: the cross-cultural study of personality. *Human Development*. **3**: 30-46.
472. Denzin N.K. (1989) *The research act*. 3rd edition. McGraw. New York.
473. Bailey K.D. (1994) *Typology and taxonomies. An introduction to classification techniques*. Sage University Paper Series on Qualitative Applications in the social sciences, Series No. 07-102. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
474. Friedrichs J. (1983) *Methoden empirischer Sozialforschung*. 11th edition. Opladen: Westdeutscher Verlag (1st edition, 1973).
475. Barton A.H. (1955) The concept of property-space in Social Research. In: Lazarsfeld P.F. & Rosenberg M. (Eds.) *The Language of Social Research*. New York: Free Press. pp: 40-53.
476. Kitwood T.M. (1977) *Values in adolescent life: towards a critical description*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, School of Research in Education, University of Bradford.
477. Oppenheim A.N. (1992) *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. London, Pinter.
478. Woodward C.A. & Chambers L.W. (1980) *Guide to questionnaire construction and question writing*. Canadian Public Health Association. Ottawa.
479. Αλεξόπουλος Δ.Σ. (1998) *Ψυχομετρία*. Ελληνικά Γράμματα, Τόμος Α΄.
480. Nunnally J.C. & Bernstein I.H. (1993) *Psychometric Theory*. 3rd ed. New York: McGraw Hill.
481. Moser C.A. & Kalton G. (1979) *Survey methods in social investigation*. Aldershot, Gower.

482. Cohen B.J., Swerdlik M.E. & Philips S.M. (1996) *Psychological testing and assessment: an introduction to tests and measurement*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
483. Ervin SM & Osgood CE (1954) Second language learning and bilingualism. *Journal of Abnormal Social Psychology*. **59**: 139-146.
484. Lambert W., Havelca J., Crosby C. (1958) Language acquisition. *Journal of Abnormal Social Psychology*. **56**: 239-244.
485. Streiner D.L. (1994) Figuring out factors. The use and misuse of factor analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*. **39**: 135-140.
486. Cronbach L.J. & Meehl P.E. (1955) Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*. **52**: 281-302.
487. Bagozzi R.P. & Yi Y. (1991) On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*. **16**: 74-94.
488. Falkum E. & Forbe R (2001) Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Social Science and Medicine*. **52**: 239-248.
489. Enehaug I.H. (2000) Patient participation requires a change of attitude in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. **13**(4): 178-181.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ

ΕΛΕΝΗ ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ
ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΛΑΤΕΙΑ ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 2, ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ-ΦΑΞ: 6430149



FACULTY OF NURSING
SURGICAL-NURSING DEPARTMENT

HELEN THEODOSOPOULOU
ASSISTANT PROFESSOR
OF SURGICAL NURSING
2, PLATEIA ELENAS VENIZELOU
TEL-FAX: 6430149

ΠΡΟΣ: Την Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου.

Αξιότιμε/η Πρόεδρε της Επιστημονικής Επιτροπής

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι ο κύριος Ραφτόπουλος Βασίλειος, υποψήφιος διδάκτορας, κατέθεσε στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών το θέμα της διδακτορικής του διατριβής με τίτλο: *«Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας»* το οποίο και έγινε ομόφωνα δεκτό από την Γενική Συνέλευση του Τμήματος.

Το δείγμα της διδακτορικής του διατριβής θα αποτελέσουν οι ασθενείς άνω των 65 ετών που νοσηλεύονται σε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας και της Επαρχίας.

Θα θέλαμε να παρακαλέσουμε να έχουμε την σύμφωνη γνώμη σας, προκειμένου να συμπεριληφθεί στην μελέτη μας, δείγμα ασθενών του Νοσοκομείου σας.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία. Είμαστε στην διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρινιστική πληροφορία σχετικά με γνωστικό αντικείμενο της διατριβής, το πρωτόκολλο της οποίας και συνυποβάλλουμε.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση

Η επιβλέπουσα

Ο Υποψήφιος Διδάκτορας

Ελένη Θεοδοσοπούλου

Ραφτόπουλος Βασίλειος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΦΥΛΟ:

Ανδρας 1

Γυναίκα 0

2. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

3. ΗΛΙΚΙΑ:

85+ 2

75-84 1

65-74 0

4. ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

>13 3

8-13 2

2-7 1

0 (Αναλφάβητος) 0

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ανύπαντρος 4

Παντρεμένος 3

Χωρισμένος 2

Χήρος 1

Συμβίωση 0

6. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ:

4 4

3 3

2 2

1 1

Κανένα 0

7. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:

Ελληνική 1

Άλλη 2

8. ΘΡΗΣΚΕΙΑ:

Χριστιανός Ορθόδοξος 1

Άλλη 2

9. Επάγγελμα που κάνετε;

Μη χειρόνακτας 3

Χειρόνακτας 2

Αγρότης 1

Οικιακά 0

10. ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ: _____ δραχμές

11. ΑΣΦΑΛΕΙΑ:

ΙΚΑ 7

ΟΓΑ 6

ΔΗΜΟΣΙΟ 5

ΤΕΒΕ 4

NAT 3

ΔΕΗ 2

Άλλη 1

Ιδιωτική ασφάλεια 0

12. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (σε μέρες): _____ μέρες

13. Τόπος μόνιμης κατοικίας;

Επαρχία 1

Αθήνα 0

14. Ποιοι άλλοι ζουν μαζί σας;

Η οικογένειά μου 4

Η σύντροφός μου 3

Γηροκομείο 2

Οι συγγενείς μου 1

Μόνος 0

15. Γιατί επιλέξετε αυτό το Νοσοκομείο;

Γιατί έχω γνωστό γιατρό μου 9

Για την φήμη του ότι προσφέρει ποιότητα 8

Γιατί έχει καλούς γιατρούς 7

Γιατί έχει καλές νοσηλεύτριες 6

Μετά από σύσταση γνωστού μου 5

Γιατί έχω ξανάρθει 4

Γιατί αυτό εφημέρευε 3

Γιατί είναι κοντά στο σπίτι μου 2

Γιατί είναι ιδιωτικό 1

Γιατί είναι το μοναδικό 0

16. Εκτός από αυτή τη φορά πόσες άλλες φορές έχετε νοσηλευτεί τα προηγούμενα δυο χρόνια σε νοσοκομείο για περισσότερες από μια νύκτες;

> 3 φορές 4

2 φορές 3

1 φορά 2

Καμιά 1

Πρώτη φορά στη ζωή μου 0

17. Μπήκατε στο Νοσοκομείο

Σαν επείγουσα περίπτωση 1

Μετά από προγραμματισμένο ραντεβού 0

18. Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα που σας κάνει να επισκέφτεστε συχνά το νοσοκομείο;

ΝΑΙ 1

ΟΧΙ 0

19. Κάνατε εγχείρηση;

ΝΑΙ 1

ΟΧΙ 0

20. Κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο Νοσοκομείο πόση βοήθεια χρειάζεστε από το προσωπικό του Νοσοκομείου για τις καθημερινές σας δραστηριότητες (φαγητό, πλύσιμο, τουαλέτα);

Πολύ βοήθεια 3

Αρκετή βοήθεια 2

Λίγη βοήθεια 1

Καμιά βοήθεια 0

21. Εάν δεχθήκατε βοήθεια, πόσο ικανοποιημένος είστε από αυτή;

Πολύ ικανοποιημένος 8

Αρκετά ικανοποιημένος 7

Λίγο ικανοποιημένος 6

Απλά ικανοποιημένος 5

Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος 4

Καθόλου ικανοποιημένος 3

Δυσαρεστημένος 2

Πολύ δυσαρεστημένος 1

Αδιάφορος 0

22. Πιστεύω ότι πρέπει να αποφασίζει το προσωπικό (ο γιατρός και η νοσηλεύτρια) για την φροντίδα μου χωρίς να με ρωτά γιατί αυτοί γνωρίζουν τι είναι καλύτερο για μένα.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

23. Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να κρίνουν την φροντίδα που τους παρέχεται.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

24. Έχετε νοσηλευτεί ποτέ ξανά σε αυτό το Νοσοκομείο; ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___ ΦΟΡΕΣ ___

25. Θα ήθελα στο μέλλον να νοσηλευτώ ξανά στο ίδιο Νοσοκομείο.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

26. Κατά τη διάρκεια της παραμονής σας πόσο έχουν βελτιωθεί τα συμπτώματά σας για τα οποία εισαχθήκατε στο νοσοκομείο;

Πολύ 3

Αρκετά 2

Λίγο 1

Καθόλου 0

27. Αισθάνομαι ότι η συνολική φροντίδα που μου προσφέρεται στο νοσοκομείο είναι ποιοτική.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

28. Αισθάνομαι ότι η ιατρική φροντίδα που μου προσφέρεται στο νοσοκομείο είναι ποιοτική.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

29. Αισθάνομαι ότι η νοσηλευτική φροντίδα που μου προσφέρεται στο νοσοκομείο είναι ποιοτική.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

30. Πώς αισθάνεστε συνολικά από την φροντίδα σας στο νοσοκομείο;

Πολύ ικανοποιημένος 8

Αρκετά ικανοποιημένος 7

Λίγο ικανοποιημένος 6

Απλά ικανοποιημένος 5

Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος 4

- Καθόλου ικανοποιημένος 3
Δυσανεστημένος 2
Πολύ δυσανεστημένος 1
Αδιάφορος 0

31. Θα έλεγα ότι η φροντίδα μου στο νοσοκομείο ήταν:

- Καλύτερη από αυτήν που περίμενα. 4
Καλή όπως την περίμενα 3
Μέτρια όπως την περίμενα 2
Κακή όπως την περίμενα 1
Χειρότερη από αυτήν που περίμενα. 0

32. Θα έλεγα ότι η φροντίδα μου στο νοσοκομείο ήταν:

- Καλύτερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία 4
Καλή όπως και στα άλλα νοσοκομεία 3
Μέτρια όπως και στα άλλα νοσοκομεία 2
Κακή όπως και στα άλλα νοσοκομεία 1
Χειρότερη από τα άλλα νοσοκομεία 0

33. Πως αισθάνεστε συνολικά από το φαγητό που σας προσφέρθηκε;

- Πολύ ικανοποιημένος 8
Αρκετά ικανοποιημένος 7
Λίγο ικανοποιημένος 6
Απλά ικανοποιημένος 5
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσανεστημένος 4
Καθόλου ικανοποιημένος 3
Δυσανεστημένος 2
Πολύ δυσανεστημένος 1
Αδιάφορος 0

34. Θα έλεγα ότι το φαγητό ήταν:

- Καλύτερο από αυτό που περίμενα. 4
Καλό όπως το περίμενα 3
Μέτριο όπως το περίμενα 2
Κακό όπως το περίμενα 1
Χειρότερο από αυτό που περίμενα. 0

35. Θα έλεγα ότι το φαγητό ήταν:

- Καλύτερο σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία 4
Καλό όπως και στα άλλα νοσοκομεία 3
Μέτριο όπως και στα άλλα νοσοκομεία 2
Κακό όπως και στα άλλα νοσοκομεία 1
Χειρότερο από τα άλλα νοσοκομεία 0

36. . Πως αισθάνεστε συνολικά από την ιατρική φροντίδα που σας προσφέρθηκε;

- Πολύ ικανοποιημένος 8
Αρκετά ικανοποιημένος 7
Λίγο ικανοποιημένος 6
Απλά ικανοποιημένος 5
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος 4
Καθόλου ικανοποιημένος 3
Δυσαρεστημένος 2
Πολύ δυσαρεστημένος 1
Αδιάφορος 0

37. Θα έλεγα ότι η ιατρική φροντίδα ήταν:

- Καλύτερη από αυτήν που περίμενα. 4
Καλή όπως την περίμενα 3
Μέτρια όπως την περίμενα 2
Κακή όπως την περίμενα 1
Χειρότερη από αυτήν που περίμενα. 0

38. Θα έλεγα ότι η ιατρική φροντίδα ήταν:

- Καλύτερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία 4
Καλή όπως και στα άλλα νοσοκομεία 3
Μέτρια όπως και στα άλλα νοσοκομεία 2
Κακή όπως και στα άλλα νοσοκομεία 1
Χειρότερη από τα άλλα νοσοκομεία 0

39. Πως αισθάνεστε συνολικά από τη νοσηλευτική φροντίδα που σας προσφέρθηκε;

- Πολύ ικανοποιημένος 8
Αρκετά ικανοποιημένος 7
Λίγο ικανοποιημένος 6
Απλά ικανοποιημένος 5
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος 4
Καθόλου ικανοποιημένος 3
Δυσαρεστημένος 2
Πολύ δυσαρεστημένος 1
Αδιάφορος 0

40. Θα έλεγα ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν:

- Καλύτερη από αυτήν που περίμενα. 4
Καλή όπως την περίμενα 3
Μέτρια όπως την περίμενα 2
Κακή όπως την περίμενα 1
Χειρότερη από αυτήν που περίμενα. 0

41. Θα έλεγα ότι η νοσηλευτική φροντίδα ήταν:

- Καλύτερη σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία 4
 Καλή όπως και στα άλλα νοσοκομεία 3
 Μέτρια όπως και στα άλλα νοσοκομεία 2
 Κακή όπως και στα άλλα νοσοκομεία 1
 Χειρότερη από τα άλλα νοσοκομεία 0

42. Θα πρότεινα αυτό το Νοσοκομείο σε κάποιον γνωστό μου

- Συμφωνώ απόλυτα 4
 Συμφωνώ 3
 Διαφωνώ 2
 Διαφωνώ απόλυτα 1
 Δεν ξέρω 0

43. Τι θεωρείτε το πιο σπουδαίο στην φροντίδα σας στο νοσοκομείο;

- Όλα 8
 Η ενημέρωση από το προσωπικό 7
 Ο σεβασμός από το προσωπικό 6
 Το ενδιαφέρον του προσωπικού 5
 Η ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό 4
 Οι ανέσεις του Τμήματος (δωμάτιο, καθαριότητα) 3
 Το φαγητό 2
 Η ευγένεια του προσωπικού 1
 Η επικοινωνία με το προσωπικό 0

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Είστε βασικά ευχαριστημένος με τη ζωή σας;		
2. Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;		
3. Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;		
4. Βαριέστε συχνά;		
5. Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;		
6. Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;		
7. Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;		
8. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;		
9. Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα;		
10. Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ό,τι οι άλλοι;		
11. Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός τώρα;		
12. Αισθάνεστε άχρηστος έτσι όπως είστε τώρα;		
13. Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια;		
14. Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;		
15. Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;		

ΣΚΟΡ _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ		ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ		ΕΚΛΗΦΘΕΙΣΑ ΑΠΟΔΟΣΗ		ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	
5	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	2	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	7	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
4	ΣΥΜΦΩΝΩ	6	ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	1	ΣΥΝΕΒΗ	6	ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
3	ΔΙΑΦΩΝΩ	5	ΑΡΚΕΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	0	ΔΕΝ ΣΥΝΕΒΗ	5	ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
2	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4	ΑΠΛΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ			4	ΑΠΛΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
1	ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ	3	ΛΙΓΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ			3	ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
0	ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ	2	ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ			2	ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ
		1	ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ			1	ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ
		0	ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ			0	ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ

	Περιμένω	Πόσο σημαντικό είναι για σας;	Συνέβη;	Πώς αισθάνεστε;
1. Να υπάρχει μια ποικιλία στο φαγητό.				
2. Να σερβίρεται ένα ζεστό φαγητό με ωραίο τρόπο.				
3. Να είναι νόστιμο το φαγητό.				
4. Να διατηρείται καθαρό το δωμάτιο, οι χώροι υγιεινής και να αλλάζουν συχνά τα σεντόνια.				
5. Να τηρούνται οι ώρες του επισκεπτηρίου.				
6. Να αισθάνομαι ότι το Τμήμα λειτουργεί με έναν οργανωμένο τρόπο.				
7. Να αισθάνομαι ασφαλής στο νοσοκομείο.				
8. Να υπάρχουν αρκετές νοσοκόμες το βράδυ.				
9. Να έχω ένα άνετο δωμάτιο και ένα άνετο κρεβάτι.				
10. Να έχω έναν καλό και ήσυχο ύπνο χωρίς να διακόπτεται από θορύβους του προσωπικού.				
11. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσοκόμες δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρω (από άγχος, πόνο).				
12. Να αισθάνομαι ότι οι γιατροί και οι νοσοκόμες γενικά σέβονται την προσωπικότητά μου.				
13. Να μου εμπνέουν τόση εμπιστοσύνη οι γιατροί και οι νοσοκόμες, ώστε να μπορώ να συζητώ μαζί τους πολύ προσωπικά μου προβλήματα.				
14. Να μου αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας μου.				

15. <i>Να μπορώ να βρω πάντα έναν γιατρό όταν τον χρειάζομαι.</i>				
16. <i>Να μπορώ να βρω πάντα μια νοσοκόμα όταν την χρειάζομαι.</i>				
17. <i>Να μου μιλά το προσωπικό με ευγενικό τρόπο.</i>				
18. <i>Όταν με εξετάζουν οι γιατροί να με σέβονται.</i>				
19. <i>Να αισθάνομαι ότι οι νοσοκόμες ξέρουν καλά τη δουλειά τους (όταν δίνουν φάρμακα, παίρνουν αίμα, βάζουν ορό).</i>				
20. <i>Να μην συζητά το προσωπικό την περίπτωση μου μπροστά σε τρίτους ή μπροστά σε άλλους ασθενείς.</i>				
21. <i>Να με ρωτά το προσωπικό πριν μου κάνει κάτι.</i>				
22. <i>Να μου εξηγούν οι γιατροί την διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο.</i>				
23. <i>Να με συμβουλεύουν οι γιατροί τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία.</i>				
24. <i>Να με φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να μου ζητά χρήματα.</i>				
25. <i>Να σέβεται το προσωπικό την παρουσία και το ενδιαφέρον του συγγενή μου.</i>				
26. <i>Να αφιερώνουν οι γιατροί αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τους βοηθήσει στην διάγνωση.</i>				

1. Έχετε αποκλειστική νοσοκόμα; ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___ Πότε; Πρωί ___ Απόγευμα ___ Βράδυ ___

2. Πονέσατε κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

3. Πόσο πονέσατε; (4, 3, 2, 1, 0)

Πάρα πολύ ___ Πολύ ___ Λίγο ___ Πολύ λίγο ___ Καθόλου ___

4. κατά πόσο ο πόνος σας αυτός επηρέασε:

4 3 2 1 0
Την δραστηριότητά σας; Πάρα πολύ ___ Πολύ ___ Λίγο ___ Πολύ λίγο ___ Καθόλου ___

Την ψυχική σας διάθεση; Πάρα πολύ ___ Πολύ ___ Λίγο ___ Πολύ λίγο ___ Καθόλου ___

Το περπάτημά σας; Πάρα πολύ ___ Πολύ ___ Λίγο ___ Πολύ λίγο ___ Καθόλου ___

Τις σχέσεις σας με τους άλλους; Πάρα πολύ ___ Πολύ ___ Λίγο ___ Πολύ λίγο ___ Καθόλου ___

Τον ύπνο σας; Πάρα πολύ ___ Πολύ ___ Λίγο ___ Πολύ λίγο ___ Καθόλου ___

5. Πώς αισθάνεστε από τον τρόπο που αντιμετωπίστηκε ο πόνος σας;

- Πολύ ικανοποιημένος 8
Αρκετά ικανοποιημένος 7
Λίγο ικανοποιημένος 6
Απλά ικανοποιημένος 5
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος 4
Καθόλου ικανοποιημένος 3
Δυσαρεστημένος 2
Πολύ δυσαρεστημένος 1
Αδιάφορος 0

6. Πώς αισθάνεστε από τον τρόπο που οι νοσοκόμες αντιμετώπισαν τον πόνο σας;

- Πολύ ικανοποιημένος 8
Αρκετά ικανοποιημένος 7
Λίγο ικανοποιημένος 6
Απλά ικανοποιημένος 5
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος 4
Καθόλου ικανοποιημένος 3
Δυσαρεστημένος 2
Πολύ δυσαρεστημένος 1
Αδιάφορος 0

7. Πώς αισθάνεστε από τον τρόπο που οι γιατροί αντιμετώπισαν τον πόνο σας;

- Πολύ ικανοποιημένος 8
Αρκετά ικανοποιημένος 7
Λίγο ικανοποιημένος 6
Απλά ικανοποιημένος 5
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος 4
Καθόλου ικανοποιημένος 3
Δυσαρεστημένος 2
Πολύ δυσαρεστημένος 1
Αδιάφορος 0

8. πόσο πονάτε αυτή τη στιγμή;

- Πάρα πολύ 5
Πολύ 4
Αρκετά 3
Λίγο 2
Πολύ λίγο 1
Καθόλου 0