



**«ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ
ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ»**

της

ΝΙΚΗΣ ΤΑΨΑ του ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

κ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΑΛΕΤΡΑΣ

Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος
ειδίκευσης στη Δημόσια Διοίκηση

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2019

ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ

Αφιερώνεται στην οικογένειά μου, Κοσμά, Δημήτρη και Ειρηλένη για την ηθική συμπαράσταση και την υπομονή τους κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου και καθ'όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας μελέτης.

Επίσης, στους γονείς μου που θέσανε τις βάσεις ώστε να φτάσω σε αυτό το επίπεδο σπουδών.

Και τέλος, στον αγαπημένο μου φίλο Γιώργο Σάρλη, καθώς η συγγραφή αυτού του πονήματος συνέπεσε με τις πιο δραματικές στιγμές της ζωής του...

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Βασίλη Αλετρά, επιβλέποντα Καθηγητή αυτής της Διπλωματικής εργασίας, που με την καθοδήγηση και τις συμβουλές του έκανε ευκολότερη την εκπόνηση αυτού του έργου.

Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών για τις γνώσεις και τις εμπειρίες που μας μετέδωσαν.

Και τέλος, όλους τους συμφοιτητές μου για την άψογη συνεργασία και τις όμορφες στιγμές που μοιραστήκαμε.

ΘΕΜΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
«ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ
ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ»

Νίκη Τάγα

Θεσσαλονίκη, Ιανουάριος 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η παρούσα ερευνητική εργασία είχε στόχο τη συγκριτική αξιολόγηση δύο διαφορετικών μεθόδων μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών ενός νοσοκομείου και την εξέταση της μεταβλητότητας των αξιολογήσεων ικανοποίησης που σχετίζονται με διαφορετικές μεθόδους μέτρησης.

Υλικό-Μέθοδος: Η έρευνα διεξήχθη σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο και αφορούσε στη μέτρηση της ικανοποίησης εσωτερικών ασθενών με τη μέθοδο της κάλπης. Η επιλογή των ασθενών για συμμετοχή έγινε με τυχαίο τρόπο, χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερευνητικό εργαλείο - ερωτηματολόγιο και η έρευνα αφορούσε στην ίδια περίοδο νοσηλείας. Η σύγκριση αναφερόταν ανάμεσα στην κλίμακα Likert και σε κλίμακα με ερωτήσεις «επιλογής απόκρισης συγκεκριμένου στοιχείου» (Item-Specific Response Options). Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με τη βοήθεια του λογισμικού IBM SPSS 25.0. Αρχικά έγινε έλεγχος για την κανονικότητα των μεταβλητών του δείγματος και στη συνέχεια τεστ διαμέσων. Προκειμένου να ελεγχθεί εάν οι διαφορές στα ποσοστά των θετικών απαντήσεων μεταξύ των κλιμάκων Likert και IRT είναι στατιστικά σημαντικές, πραγματοποιήθηκε έλεγχος McNemar. Στη συνέχεια έγινε έλεγχος με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman. Για την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή άλφα του Cronbach. Τέλος, έγινε έλεγχος ανεξαρτησίας των μεταβλητών του ερωτηματολογίου από τα δημογραφικά στοιχεία.

Αποτελέσματα: Στο τεστ διαμέσων παρατηρούμε, ότι σε μερικές μεταβλητές οι διάμεσοι διαφέρουν, αλλά όχι σε μεγάλο βαθμό. Το ενδοτεταρτομοριακό εύρος για τις περισσότερες μεταβλητές είναι ίδιο και για τις ερωτήσεις Likert και για τις ερωτήσεις IRT. Το ίδιο διαπιστώνουμε και για τις ελάχιστες και μέγιστες τιμές (Min – Max Values) των μεταβλητών του ερωτηματολογίου. Με τον έλεγχο McNemar διαπιστώσαμε ότι το ποσοστό της ερώτησης Likert για τις θετικές απαντήσεις κάποιων μεταβλητών του ερωτηματολογίου διαφέρει στατιστικώς σημαντικά από το αντίστοιχο ποσοστό της ερώτησης IRT. Το συμπέρασμα που προκύπτει από τον πίνακα συσχετίσεων είναι ότι όλες οι μεταβλητές Likert συσχετίζονται με τις αντίστοιχες μεταβλητές IRT του ερωτηματολογίου αλλά οι συσχετίσεις δεν είναι ισχυρές. Στην πρώτη έρευνα η ανάλυση Cronbach α για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνάφειας των ερωτήσεων σχετικά με την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό ανέδειξε πολύ καλή αξιοπιστία, ενώ στη δεύτερη έρευνα για την ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό, ο δείκτης Cronbach α ανέδειξε αποδεκτή αξιοπιστία. Τέλος, στον έλεγχο ανεξαρτησίας των μεταβλητών του ερωτηματολογίου από τα δημογραφικά στοιχεία, διαπιστώθηκε να επηρεάζουν σε κάποιες ερωτήσεις το φύλο, η οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και η κατάσταση της υγείας.

Συμπεράσματα: Τόσο η συνολική ικανοποίηση των ασθενών γενικά από την παραμονή τους στο νοσοκομείο όσο και οι αξιολογήσεις της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας είναι πολύ υψηλές. Επιβεβαιώνεται η ανησυχία, ότι σε μία έρευνα ικανοποίησης ασθενών, τα αποτελέσματα εξαρτώνται σημαντικά από τη μέθοδο μέτρησης που χρησιμοποιείται. Τα δεδομένα χρήζουν περαιτέρω αξιοποίησης, χρησιμοποιώντας τα μοντέλα δομικών εξισώσεων, ώστε να διερευνηθεί η εγκυρότητα των δυο κλιμάκων.

Λέξεις κλειδιά: ικανοποίηση ασθενών, νοσοκομείο, σύγκριση μεθόδων μέτρησης

ABSTRACT

Background: This study aimed at a comparative assessment of two different methods of measuring patient satisfaction in a hospital and the examination of the variability of satisfaction evaluations, related with different measurement methods.

Methods: The survey was conducted in a Greek public hospital and focused on measuring the satisfaction of internal patients by the method of the ballot box. The selection of patients to participate was randomized, the same research tool - questionnaire was used and the study concerned the same period of hospitalization. The comparison was reported between the Likert scale and the "Item-Specific Response Options" scale. Research data was analyzed using the IBM SPSS 25.0 software. Initially, a test was made for the regularity of the sample variables and then for intermediate tests. In order to check whether differences in the rates of positive responses between Likert and IRT scales are statistically significant, a McNemar check was performed. Then, the Spearman correlation coefficient was checked. For internal consistency reliability we used the Cronbach alpha factor. Finally, the independence of the questionnaire variables from demographic data was checked.

Results: In the mean test, we observe that in some variables the medians differ, but not to a large extent. The Interquartile Range for most variables is the same for Likert questions and IRT questions. The same applies for the Min and Max Values of the questionnaire variables. Using the McNemar test, we found that the percentage of the Likert question for the positive answers of some questionnaire variables differs statistically significantly from the corresponding percentage of the IRT question. The conclusion from the correlation table is that all Likert variables correlate with the corresponding IRT questionnaire variables but the correlations are not strong. In the first survey, Cronbach a analysis of the internal relevance of questions about satisfaction from nursing staff has shown very good credibility, while in the second survey of medical staff satisfaction the Cronbach a analysis has shown acceptable credibility. Finally, in checking the independence of the questionnaire variables from demographic data, it has been found to affect gender, economic situation, educational level and health status in some questions.

Conclusions: Both the overall satisfaction of patients in general during their stay in the hospital and the assessments of medical and nursing care are very high. The concern is confirmed that in a patient satisfaction survey the results depend significantly on the measurement method used. The data needs to be further exploited, using the structural equation modeling techniques, to investigate the validity of the two scales.

Key words: patient satisfaction, hospital, comparison of measurement methods

Περιεχόμενα

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
2. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	3
2.1. Ορισμός ικανοποίησης ασθενών	3
2.2 Παράγοντες που επέδρασαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών.....	8
2.3. Σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών	9
2.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.....	13
2.5 Διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας	16
2.6 Μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης.....	20
3. ΒΑΡΟΜΕΤΡΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ. 21	
3.1 Βαρόμετρο ικανοποίησης ασθενών	21
3.2 Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	23
3.2.1. Ορισμός του Οργανισμού	24
4. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	26
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ	30
5.1 Διαμόρφωση του ερωτηματολογίου	30
5.2 Δείγμα –Μέθοδος συλλογής- Ερευνητικά εργαλεία	31
5.3 Μέθοδοι ανάλυσης των δεδομένων.....	33
6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	36
6.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος	36
6.2 Έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών του δείγματος	41
6.3 Τεστ διαφοράς διαμέσων	44
6.4 Διαφορά ποσοστών	47
6.5 Συντελεστής συσχέτισης.....	48
6.6 Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Internal Consistency Reliability).....	49
6.7 Έλεγχος ανεξαρτησίας των μεταβλητών του ερωτηματολογίου από τα δημογραφικά στοιχεία	50
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	53

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	59
8.1 Ξενόγλωσση	59
8.2 Ελληνόγλωσση.....	65
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	67
9.1. Ερωτηματολόγιο.....	67

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΣΕΩΝ

1. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή των ασθενών με βάση το φύλο	37
Πίνακας 2: Κατανομή των ασθενών με βάση τον τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο	37
Πίνακας 3: Κατανομή με βάση την ηλικία	38
Πίνακας 4: Κατανομή με βάση το μορφωτικό επίπεδο	39
Πίνακας 5: Κατανομή με βάση την οικονομική κατάσταση	40
Πίνακας 6: Κατανομή με βάση την κατάσταση της υγείας	40
Πίνακας 7: Έλεγχος κανονικότητας	40
Πίνακας 8: Σύγκριση διαμέσων και λοιπών στατιστικών μεταξύ των δύο κλιμάκων	44
Πίνακας 9: Διαφορά ποσοστών θετικών απαντήσεων με βάση τις δύο κλίμακες	47
Πίνακας 10: Συσχετίσεις μεταξύ των απαντήσεων στις κλίμακες Likert και IRT	48
Πίνακας 11: Συντελεστές α Cronbach αθροιστικών κλιμάκων	49
Πίνακας 12: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας των μεταβλητών του ερωτηματολογίου από τα δημογραφικά στοιχεία	50

2. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Ποσοστά ως προς το φύλο	37
Γράφημα 2: Ποσοστά με βάση εισαγωγής στο νοσοκομείο	38
Γράφημα 3: Ποσοστά με βάση τις ηλικίες	38
Γράφημα 4: Ποσοστά με βάση το μορφωτικό επίπεδο	39
Γράφημα 5: Ποσοστά με βάση την οικονομική κατάσταση	40
Γράφημα 6: Ποσοστά με βάση την κατάσταση της υγείας	41

3. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Θεωρία της ιεράρχησης αναγκών του Abraham H. Maslow	7
Εικόνα 1: Μοντέλο ECSI	23

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών που διεξάγονται τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, μαρτυρούν το αυξημένο ενδιαφέρον επισκόπησης της γνώμης των χρηστών υπηρεσιών υγείας και τον ενδυναμωμένο ρόλο που τους αποδίδεται. Η ιδέα της συμμετοχής των ασθενών στην αξιολόγηση της περίθαλψης δεν είναι κάτι καινούριο. Σχετικές έρευνες χρονολογούνται από τη δεκαετία του '50 στις ΗΠΑ (Abdellah & Levine 1957) και από τη δεκαετία του '60 στο Ηνωμένο Βασίλειο (McGhee 1961, Cartwright 1964). Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια έχει ανανεωθεί το ενδιαφέρον για την γνώμη των ασθενών στο θέμα της εκτίμησης της υγειονομικής περίθαλψης και κυρίως εκδηλώνεται με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών (Staniszewska 1999).

Οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών παροχής υγείας ενός οργανισμού. Η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια και παρουσιάζονται αρκετά προβλήματα κατά τη μέτρησή της, λόγω της διαφορετικής αντίληψης των χρηστών.

Μέχρι πρόσφατα πολλοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας θεωρούσαν την ικανοποίηση των ασθενών σαν ένα πάρεργο της επιχείρησής τους, το οποίο συχνά διεκπεραιώνονταν από μία διευθυντική ομάδα επικεντρωμένη στο οικονομικό κομμάτι της λειτουργίας αλλά αδιάφορη κατά τα λοιπά. Η ικανοποίηση των ασθενών ήταν συνήθως ευθύνη κάποιου άλλου, αρκετά χαμηλά στην ιεραρχική πυραμίδα. Παρόλα αυτά οι οραματιστές του συστήματος υγείας γρήγορα άρχισαν να συνειδητοποιούν ότι η υπέρτατη ικανοποίηση των ασθενών είναι κρίσιμη για την ικανότητά τους να διαφοροποιούνται μέσα από τον ανταγωνισμό, για τη μακρόχρονη επιτυχία τους, και το πιο σημαντικό ότι αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο και ευθύνη για τον οργανισμό ανεξάρτητα από τίτλο ή θέση (O' Malley 1997).

Η αξιοποίηση των πληροφοριών που αντλούνται από τους ασθενείς κατά τη διενέργεια μιας έρευνας ικανοποίησης μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Η αποτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών αναδεικνύει

προβληματικές διαστάσεις της υγειονομικής φροντίδας, πληροφορεί για την αρτιότητα του συστήματος οργάνωσης της φροντίδας, αλλά αποτυπώνει και τον αντίκτυπο αυτής της οργάνωσης στο χρήστη των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να λειτουργούν ως εκπρόσωποι των χρηστών για αποφάσεις που αφορούν κλινικά θέματα δεν μπορεί να αντικαταστήσει τη γνώμη των ίδιων των χρηστών, σε ζητήματα που αφορούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Sharma 1992). Ο πρωταρχικός ρόλος των ασθενών απορρέει από το γεγονός, πως μόνον αυτοί είναι σε θέση να επιβεβαιώσουν εάν οι υπηρεσίες υγείας καλύπτουν τις ανάγκες τους και ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους, αλλά και να αξιολογήσουν τη συμπεριφορά με την οποία αντιμετωπίζονται από τους επαγγελματίες υγείας και από το προσωπικό, γενικότερα. Επιπλέον, είναι δική τους υπόθεση η αξιολόγηση της ξενοδοχειακής υποδομής των μονάδων και αξιολογούν, εν ολίγοις, τις βασικότερες παραμέτρους που στοιχειοθετούν την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας (Donabedian 1992). Παράλληλα, δίνουν πληροφορίες στους παρόχους των υπηρεσιών υγείας για τις πτυχές εκείνες που είναι σημαντικές κι έτσι τους βοηθούν να εστιάζουν αποτελεσματικότερα στο στόχο της εργασίας τους.

Στη χώρα μας, παρατηρείται τελευταία αυξημένο ενδιαφέρον για την εκπόνηση μελετών ικανοποίησης ασθενών. Ωστόσο, οι μέθοδοι και τα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιούνται δεν είναι πάντα έγκυρα και αξιόπιστα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η σύγκριση δυο διαφορετικών εργαλείων (τύπος ερωτηματολογίου) με τη μέθοδο της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από νοσηλευμένους ασθενείς στο ίδιο νοσοκομείο και στους ίδιους ασθενείς. Τα δύο εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ερωτήσεις δομημένες σύμφωνα με την κλίμακα Likert και ερωτήσεις «επιλογής απόκρισης συγκεκριμένου στοιχείου»(Item-Specific Response Options). Έναυσμα για την εκπόνηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτέλεσε η απουσία σχετικής συγκριτικής μελέτης, που να αφορά στην ικανοποίηση εσωτερικών ασθενών και να διενεργείται στον ελληνικό υγειονομικό χώρο.

2. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.1. Ορισμός ικανοποίησης ασθενών

Σχετικά λίγες μελέτες έχουν προσπαθήσει να προσδιορίσουν τη μέτρηση της ικανοποίησης μέσα σε ένα θεωρητικό μοντέλο. Όσον αφορά στον ορισμό για την ικανοποίηση των ασθενών, δεν φαίνεται καταρχήν να υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών.

Οι Locker & Dunt (1978) πρώτοι επεσήμαναν την έλλειψη θεωρητικής υποστήριξης για την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών. Η δυσκολία στη συναίνεση ενός κοινού ορισμού για την ικανοποίηση των ασθενών έγκειται κατά κάποιους στην ίδια την έννοια της «ικανοποίησης». Αυτή έχει σπάνια ξεκαθαριστεί και ως εκ τούτου, η ανάπτυξη εργαλείων για τη μέτρησή της ήταν πάντοτε ιδιαίτερα προβληματική (Williams, Coyle & Healy 1998). Άλλοι θεωρούν ότι αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός, ότι πριν την ανάπτυξη των οργάνων μέτρησης σπάνια προηγήθηκε προβληματισμός σχετικά με τις εννοιολογικές και θεωρητικές πτυχές της ικανοποίησης των ασθενών (Ferrara, Converso & Viotti 2013).

Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να γίνει με επιστημονικές μεθόδους, μόνο εάν υπάρχει σαφής ορισμός της ικανοποίησης και κατανόηση των βασικών παραγόντων αυτής. Η έλλειψη καθιέρωσης εννοιολογικής βάσης της ικανοποίησης από την υγειονομική περίθαλψη έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση προσπαθειών μέτρησης και εγείρει ζητήματα στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας (Crow et al 2002).

Η προέλευση της λέξης ικανοποίηση αποδίδεται στη λατινική ρίζα “satis” που σημαίνει «αρκετά». Υποδηλώνει δηλαδή, κάτι που ικανοποιεί και ανταποκρίνεται στις προσδοκίες, τις απαιτήσεις και τις ανάγκες των ασθενών, ενώ δεν αφήνει περιθώρια για έκφραση παραπόνων. Δύο σημεία προκύπτουν από αυτούς τους ορισμούς. Πρώτον, ότι ένα αίσθημα ικανοποίησης με μια υπηρεσία δεν συνεπάγεται υπηρεσία ανώτερης ποιότητας, παρά μάλλον μία επαρκή ή αποδεκτή υπηρεσία. Είναι πιθανό οι καταναλωτές να είναι ικανοποιημένοι, μέχρι να συμβεί κάτι δυσάρεστο εξαιτίας ενός κρίσιμου γεγονότος. Δεύτερον, ικανοποίηση μπορεί να μετρηθεί μόνο σε σχέση με τις προσδοκίες των ατόμων, τις ανάγκες ή τις επιθυμίες τους. Είναι μια σχετική έννοια: κάτι που κάνει ένα άτομο ικανοποιημένο (επαρκώς ανταποκρίνεται στις προσδοκίες

του) μπορεί ένα άλλο άτομο να το δυσαρεστεί (να μην ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του) (Crow et al 2002).

Κατά τον Hertzberg (1959), η ικανοποίηση βρίσκεται σε αντιστοιχία με τον ορισμό που είχε δώσει ο Juran (1989) για την ποιότητα, ως έλλειψη ελαττωμάτων (που οδηγούν σε δυσαρέσκεια) καθώς και για την ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών-πελατών (που οδηγεί σε ικανοποίηση).

Οι Stimson & Webb (1975) ήταν ανάμεσα στους πρώτους που θεώρησαν ότι η ικανοποίηση είναι συνυφασμένη με την αντίληψη του οφέλους της περίθαλψης και με το βαθμό στον οποίο αυτή ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του ασθενούς (Sitzia & Wood 1997). Σύμφωνα όμως με έρευνες φαίνεται να υπάρχουν λίγα εμπειρικά στοιχεία που υποστηρίζουν την υπόθεση, ότι οι εκφράσεις ικανοποίησης απορρέουν από την εκπλήρωση των προσδοκιών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι αμφισβητήσιμο αν υπάρχουν καν προσδοκίες (West 1976, Williams, Coyle & Healy 1998).

Κατά τον Donabedian, (1980) η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που έχουν σχέση κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς.

Η σημασία του προσδιορισμού της ικανοποίησης, τονίστηκε το 1982 από την Linder-Pelz. Η θεωρία της προσδοκώμενης αξίας της Linder-Pelz υποδήλωνε ότι η ικανοποίηση εξαρτάται από προσωπικές πεποιθήσεις και αξίες περί φροντίδας καθώς και από προηγούμενες προσδοκίες περί φροντίδας. Η Linder-Pelz εντόπισε τη σημαντική σχέση μεταξύ προσδοκιών και διακύμανσης των βαθμολογιών ικανοποίησης και προσέφερε έναν ορισμό για την ικανοποίηση του ασθενούς ως “θετικές αξιολογήσεις διακριτών διαστάσεων της υγειονομικής περίθαλψης”. Πρότεινε πέντε κοινωνικοψυχολογικές μεταβλητές ως καθοριστικές στην ικανοποίηση από την υγειονομική περίθαλψη:

1. Περιστατικά: τα γεγονότα που συνέβησαν κατά τη διάρκεια παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς
2. Αξία: η αξιολόγηση, θετική ή αρνητική μιας πτυχής της υγειονομικής περίθαλψης

3. Προσδοκίες: οι πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τη συσχέτιση κάποιων χαρακτηριστικών της περίθαλψης με κάποιο γεγονός ή αντικείμενο
4. Διαπροσωπικές συγκρίσεις: η σύγκριση της παρεχόμενης φροντίδας με ανάλογες εμπειρίες που έχει βιώσει ο ασθενής
5. Δικαίωμα: η πεποίθηση του ατόμου ότι έχει τους κατάλληλους και αποδεκτούς λόγους να διεκδικήσει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα από ένα σύστημα υγείας

Το μοντέλο Linder-Pelz αναπτύχθηκε από τον Pascoe (1983) για να ληφθεί υπόψη η επίδραση των προσδοκιών στην ικανοποίηση και στη συνέχεια αναπτύχθηκε περαιτέρω από τους Strasser et al. (1993) για τη δημιουργία ψυχολογικού μοντέλου έξι παραγόντων (Liz Gill & Lesley White 2014).

Ο Pascoe (1983) προσπάθησε να προσδιορίσει την ικανοποίηση ως μια γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας τους από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή χαρακτηρίζεται ως εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες αλλαγές που συμβαίνουν στη συμπεριφορά των ασθενών.

Ο Ware (1983) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως τον προσδιοριστικό παράγοντα για την επιλογή παρόχου ή συστήματος φροντίδας υγείας, για τη χρήση των υπηρεσιών και για τα παράπονα που γίνονται.

Η θεωρία των πολλαπλών μοντέλων των Fitzpatrick & Hopkins (1983) υποστήριξε, ότι οι προσδοκίες ήταν κοινωνικά μεσολαβούμενες, αντανακλώνοντας τους στόχους υγείας του ασθενούς και τον βαθμό στον οποίο η ασθένεια και η υγειονομική περίθαλψη επηρέαζαν την προσωπική αίσθηση του ασθενούς. Το πρώτο μοντέλο ονομάστηκε «η ανάγκη για το οικείο» και υποστηρίζει ότι αυτό που προσδιορίζει το βαθμό ικανοποίησης είναι οι κοινωνικά δημιουργούμενες προσδοκίες, όπως για παράδειγμα αυτές που οφείλονται σε πολιτισμικές διαφορές. Το δεύτερο μοντέλο ονομάστηκε «οι στόχοι της αναζήτησης βοήθειας» και θέτει σαν κύριο μέλημα την υγεία των ασθενών και όχι την ικανοποίηση. Έτσι, οι ασθενείς αξιολογούν με βάση τη βελτίωση ή μη της υγείας τους. Το τρίτο μοντέλο «η σημασία των συναισθηματικών αναγκών», τονίζει τη βίωση συναισθημάτων άγχους και ανασφάλειας, λόγω της

ασύμμετρης πληροφόρησης (οι ασθενείς δεν έχουν τις γνώσεις για να κρίνουν τις ενέργειες των γιατρών) (Liz Gill & Lesley White 2014).

Ο Petersen (1988) υποστήριξε ότι η άποψη περί της ικανοποίησης είναι μια γενική αντίληψη του τρόπου με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη του τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Παρόλο που δόθηκε περισσότερη προσοχή στη σχέση προσδοκιών και ικανοποίησης (Linder-Pelz 1982, Joos et al. 1993, Thompson & Sunol 1995), εξακολουθεί να μην υπάρχει συναίνεση στους μηχανισμούς που παράγουν εκφράσεις ικανοποίησης (Williams, Coyle & Healy 1998).

Κατά τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ο συνδυασμός των αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από την φροντίδα υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

Ο Williams (1994) τονίζει τη γενική αποτυχία των θεωρητικών μοντέλων να δώσουν έναν ορισμό στην ικανοποίηση των ασθενών και θεωρεί ότι η διαδικασία αξιολόγησης και επομένως, η σημασία των δεδομένων που συλλέγονται για την ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ρόλο που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς για τον εαυτό τους σε σχέση με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

«Η αντίληψή των ασθενών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών διαμορφώνεται από τη συνεχόμενη διαδικασία σύγκρισης αυτού που αναμένει με αυτό που λαμβάνει. Όταν η υπηρεσία που λαμβάνει συναντά τις προσδοκίες του, τότε αισθάνεται ικανοποίηση» (Shelton 2000).

Οι Mohan et al. (2011) αναφερθήκανε στην ικανοποίηση των ασθενών ως «τα συναισθήματα των ασθενών και την αντίληψή τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης».

Μία από τις πιο γνωστές θεωρίες είναι η θεωρία της ιεράρχησης αναγκών του Abraham H. Maslow. Σύμφωνα με το Maslow, υπάρχει μια φυσική σειρά με την οποία οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται καθεμιά από αυτές τις ανάγκες και επομένως,

υποκινούνται από αυτές σε αύξουσα σειρά. Η ψυχολογική ανάπτυξη του ανθρώπου σκιαγραφείται από την μετάβασή του από τις φυσιολογικές βασικές ανάγκες (τις πιο προσωπικές) στις περισσότερο κοινωνικές ανάγκες (όπως για σεβασμό, αυτοεκτίμηση και αυτοπραγμάτωση).

Τις ιεραρχεί ως εξής:

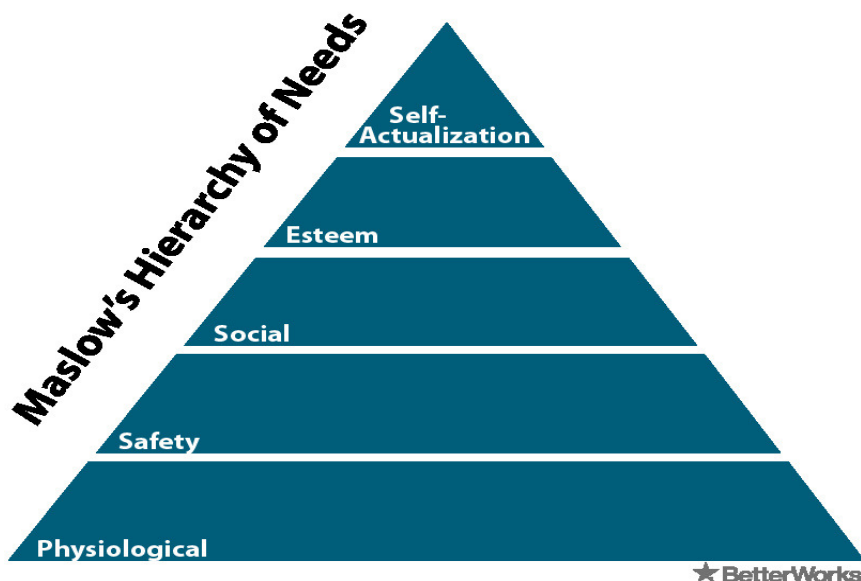
α) **βιολογικές και φυσιολογικές**, είναι οι ανάγκες επιβίωσης όπως: πείνα, δίψα, ύπνος, στέγη κ.α.

β) **ασφάλειας** όπως, προστασία από κίνδυνο, απειλή, σταθερότητα κ.α.

γ) **κοινωνικές ανάγκες** όπως, η ένταξη σε ομάδα, η ανάγκη για αγάπη, η φιλία, η συνεργασία, η οικογένεια

δ) **ανάγκη για εκτίμηση και σεβασμό προς τον εαυτό μας**, κυριαρχία, ανεξαρτησία

ε) **αυτοπραγμάτωσης**, δηλαδή η πραγματοποίηση προσωπικών δυνατοτήτων, αναζητώντας προσωπική εξέλιξη και κορυφαίες εμπειρίες



Εικόνα 1: θεωρία της ιεράρχησης αναγκών του Abraham H. Maslow (<https://www.flickr.com>)

Αυτές οι ανάγκες είναι ιεραρχικά δοσμένες, διότι, με το που καλύπτεται η μία, δεν σημαίνει εφησυχασμός του ανθρώπου, αλλά αμέσως εμφανίζεται η ανάγκη του πιο υψηλού επιπέδου και μάλιστα όσο πιο ψηλά είναι οι ανάγκες τόσο λιγότερο οδηγούν σε ηρεμία. Η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών του Maslow, αν και δεν αναφέρεται άμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών, έχει αρκετές φορές χρησιμοποιηθεί στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Οι

Bond και Thoma προκειμένου να εξηγήσουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, υποστήριξαν, ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώρισης και συμμετοχής στις αποφάσεις, ενώ δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες.» (Αντεριώτη & Αντωνίου 2014).

Οι Guzman et al. (1988) θεωρούν ότι υπάρχει μία αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών και φροντίδας υγείας. Οι ασθενείς εισέρχονται στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης με μία ποικιλία χαρακτηριστικών, συμπεριφορών και προηγούμενων εμπειριών, τα οποία, μαζί με τις γνώσεις και τις πληροφορίες που παρέχονται από τους επαγγελματίες του τομέα υγείας, βοηθούν τους ασθενείς να σκιαγραφήσουν την αντίληψή τους για τις ανάγκες τους για περίθαλψη. Επομένως, οι προσδοκίες των ασθενών από νοσοκομειακούς και επαγγελματίες υγείας αποτελούν το πλαίσιο μέσα στο οποίο αξιολογείται η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια.

Αυτό που προκύπτει από τις θεωρίες που παρατέθηκαν είναι ότι η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπική τους εκτίμηση, τόσο για τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, όσο και για τους παρόχους των υπηρεσιών αυτών, δηλαδή το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

2.2 Παράγοντες που επέδρασαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών

Στη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα με την επικράτηση του ορθολογικού εμπειρισμού, της επιστημονικής μεθόδου, καθώς και με τις ανακαλύψεις που ακολούθησαν, η ιατρική επιστήμη σημείωσε μεγάλη πρόοδο. Μελετήθηκαν και ανακαλύφθηκαν οι αιτίες διάφορων ασθενειών, ενώ ταυτόχρονα βρέθηκαν θεραπείες για ασθένειες που έως τότε απειλούσαν την υγεία ολόκληρων πληθυσμών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη σταδιακή επίλυση προβλημάτων υγείας, τη μείωση της νοσηρότητας αλλά και της θνησιμότητας του πληθυσμού. Κατ' επέκταση, διαμορφώθηκε μία νέα αντίληψη, ότι υγεία είναι η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας ξεκίνησαν να διαμορφώνουν βάσει αυτής της αντίληψης, την οργάνωση των συστημάτων υγείας.

Το 1946, σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Για πρώτη φορά βλέπουμε λοιπόν να εμπεριέχεται και μία θετική έννοια στον όρο υγεία η οποία περιλαμβάνει όλα τα επίπεδα ενός ανθρώπου, σωματικό, διανοητικό, συναισθηματικό, κοινωνικό, πνευματικό και εκείνο της σχέσης του με το περιβάλλον.

Επίσης οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, μέσω της διάχυσης της πληροφορίας αλλά και χάρη στο αυξανόμενο μορφωτικό επίπεδο, έγιναν πιο απαιτητικοί και με περισσότερο κριτική στάση προς την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Μάλιστα, επιθυμούν να έχουν ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων όσον αφορά στη θεραπευτική τους προσέγγιση και αγωγή. Η αλλαγή αυτή στην αντίληψη για την υγεία αλλά και το μορφωτικό επίπεδο των χρηστών οδήγησε τον προσανατολισμό των συστημάτων παροχής υγείας προς την ικανοποίηση των ασθενών.

2.3. Σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Οι γιατροί και οι νοσηλευτές παίζουν καθοριστικό ρόλο στον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και από τις υπηρεσίες τους συχνά κρίνεται η ποιότητα των νοσοκομείων. Είναι αναγκαίο λοιπόν να υπάρχουν εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς καταρχήν ο ασθενής και τελικός αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας είναι ο πιο σημαντικός πελάτης και επιπλέον, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι ένας από τους βασικότερους δείκτες της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών αναδεικνύει προβλήματα στο σύστημα υγειονομικής φροντίδας, δίνει πληροφορίες για την αρτιότητα ή μη του συστήματος οργάνωσης της φροντίδας, αλλά αποτυπώνει και τον αντίκτυπο αυτής της οργάνωσης στο ασθενή-πελάτη των υπηρεσιών υγείας.

Είναι σημαντικό το προσωπικό του νοσοκομείου να γνωρίζει τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών, έτσι ώστε οι υπηρεσίες που προσφέρουν να μπορούν να αναδιοργανωθούν, ανταποκρινόμενες καλύτερα στις ανάγκες τους και να στοχεύουν καλύτερα προς την ικανοποίησή τους. Επίσης, η μέτρηση αυτή βοηθά στη διαπίστωση των προβλημάτων και στην απόκτηση πολύτιμων πληροφοριών που θα βοηθήσουν στη σωστή διαχείριση και κατανομή των οικονομικών πόρων του οργανισμού παροχής

υπηρεσιών υγείας κάτι που είναι πολύ σημαντικό δεδομένου του αυξανόμενου κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στον χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι πολύ σημαντική όσον αφορά στη λήψη αποφάσεων από τους Διοικητές και τα Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων. Οι πληροφορίες, που συλλέγονται, σωστά αξιοποιούμενες, μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας, στο σχεδιασμό νέων στρατηγικών και στην ορθότερη κατανομή των πόρων. Συμβάλλει στην εκτίμηση της αποδοτικότητας του προσωπικού και προάγει την υπευθυνότητα του εργαζόμενου, ενώ παράλληλα δίνει αφορμή στην Διοίκηση για επιβράβευση. Επιπρόσθετα, το γεγονός, ότι το προσωπικό γνωρίζει, ότι οι υπηρεσίες του μετρώνται (ποιοτικά και ποσοτικά) από τον ικανοποιημένο ασθενή, συντελεί στην ανύψωση του ηθικού του και της αποδοτικότητας του.

Πολύ σημαντική είναι η παροχή δυνατότητας στους ασθενείς - πελάτες να εκφράσουν τις απόψεις τους, κάτι που δημιουργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας και ενθαρρύνει τη συνεργασία τους στις θεραπευτικές διαδικασίες. Είναι γνωστό εξάλλου ότι η ικανοποίηση των ασθενών οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση και μικρότερο χρόνο νοσηλείας κάτι που με τη σειρά του συνεπάγεται μειωμένα κόστη νοσηλείας. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), όσο πιο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής τόσο πιο πιθανόν είναι να συνεργαστεί με το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, να αποδεχτεί την ιατρική περίθαλψη, να έχει πιο ενεργό ρολό στη πορεία της υγείας του και με αυτό τον τρόπο δείχνει περισσότερη εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να αποφέρει οφέλη, όπως την έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες αποκατάστασης της υγείας και να μειώνεται το κόστος της. Επιπλέον, ο ικανοποιημένος ασθενής συμμορφώνεται καλύτερα με τη θεραπευτική αγωγή, έχει μεγαλύτερη διάθεση να μάθει και να εκπαιδευτεί, οδηγώντας έτσι σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, πιθανό επειδή πιστεύει ότι η θεραπεία θα είναι αποτελεσματική. Είναι επίσης λιγότερο πιθανό ένας ικανοποιημένος ασθενής να αλλάξει γιατρό και να υποβάλλει επίσημες καταγγελίες (Grogan 2000, Crow et al 2002). Επίσης, ένας ικανοποιημένος ασθενής, δε θα ψάξει για εναλλακτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας και είναι πολύ πιθανό να προτείνει αυτόν που τον ικανοποίησε και σε άλλους φίλους ή συγγενείς.

Από την άλλη πλευρά το να αισθάνεται ο ασθενής δυσαρεστημένος, καθώς και ότι δεν έχουν ληφθεί υπόψη οι ανάγκες και οι επιθυμίες του, αποτελεί σημάδι έλλειψης ευημερίας και φτωχής ποιότητας φροντίδας υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Αντεριώτη & Αντωνίου 2014) και αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την ανταγωνιστικότητα ενός οργανισμού που παρέχει υγειονομική περίθαλψη, καθώς αποτελούσε πάντα και θα συνεχίσει να αποτελεί σε μεγάλο βαθμό ένα θεμελιώδες ζητούμενο για την κλινική και οικονομική επιτυχία του.

Επίσης, πρέπει να έχουμε υπόψη, πως καθώς ζούμε στην εποχή του καταναλωτισμού, οι σημερινοί καταναλωτές έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις για ποιότητα υπηρεσιών από κάθε άλλη φορά. Η κατανόηση και η διαχείριση των προσδοκιών των καταναλωτών θα πρέπει να διαμορφώνουν τις βάσεις πάνω στις οποίες συνεχίζονται οι προσπάθειες ενίσχυσης της ικανοποίησης (Shelton 2000). Υπάρχει μια διαρκώς αυξανόμενη κοινωνική απαίτηση για συμμετοχή στους όρους της παροχής των υπηρεσιών. Οι καταναλωτές επιθυμούν και αναμένουν να έχουν λόγο σε κάθε υπηρεσία που τους παρέχεται και τους αφορά, ειδικά όταν πρόκειται για την υγεία τους.

Επιπλέον το ολοένα υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο των χρηστών υπηρεσιών παροχής υγείας, καθώς και η διάχυση της πληροφόρησης (διαδίκτυο, ΔΙΑΥΓΕΙΑ) τους καθιστά περισσότερο απαιτητικούς απέναντι στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και δη του δημόσιου τομέα. Στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην προσέλκυση των ασθενών-πελατών (marketing).

Πολύ σημαντικό, όμως, είναι να υπάρχει και συχνή αλλά και αξιόπιστη ανατροφοδότηση (feedback) σχετικά με τις υπηρεσίες και τον τρόπο που παρέχονται. Διαφορετικά μπορεί κανείς μόνο να ελπίζει, ότι ο οργανισμός λειτουργεί στο απαραίτητο επίπεδο για την ικανοποίηση των ασθενών (O' Malley 1997). Η ανατροφοδότηση του συστήματος βοηθά στον ανασχεδιασμό του, δίνοντας πληροφορίες στην Διοίκηση για προβληματικές περιοχές της φροντίδας υγείας που μπορεί να τις αξιοποιήσει με διορθωτικές παρεμβάσεις, οι οποίες μπορούν και άμεσα να έχουν θετική επίδραση στην υγεία των ασθενών, αλλά και μακροπρόθεσμα να αυξήσουν την ικανοποίηση τους.

Κάθε οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας κάποιου μεγέθους, πρέπει να έχει σαφώς προσδιορισμένο και εύκολα προσβάσιμο μηχανισμό, προκειμένου οι ασθενείς να καταχωρούν τα παράπονά τους σχετικά με την εμπειρία τους με τον οργανισμό. Επιπλέον αυτός ο μηχανισμός θα πρέπει να υποστηρίζεται από ένα καλά σχεδιασμένο σύστημα για την έρευνα και την επίλυση των παραπόνων. Παραδόξως, οι ασθενείς είναι πιο ευαίσθητοι στην αντίληψη για τον τρόπο που αντιμετωπίζεται το παράπονό του παρά στην αρχική αιτία του παραπόνου. Γι αυτό η πρώτη προτεραιότητα θα πρέπει να είναι, οι διαδικασίες καταχώρησης και επίλυσης των παραπόνων να εφαρμόζονται και να δημοσιοποιούνται. Στη συνέχεια, προσεχτικά να παρακολουθεί κανείς τους τύπους των παραπόνων, ώστε να επικεντρώνεται στις προσπάθειες βελτίωσης της ικανοποίησης των ασθενών και στην εξάλειψη των βασικών αιτιών των κοινών καταγγελιών (Shelton 2000).

Καταδεικνύεται από τα παραπάνω, το πόσο σημαντική είναι η καταγραφή των απόψεων των ασθενών και του βαθμού ικανοποίησης αυτών, για την εκάστοτε διοίκηση ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ο Fitzpatrick (1984) αναφέρει τους παρακάτω λόγους για την ανάγκη καταγραφής των απόψεων των ασθενών:

- Την κατανόηση των εμπειριών των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας
- Την προαγωγή της συμμόρφωσης των ασθενών με τις ιατρικές οδηγίες
- Την αναγνώριση των προβλημάτων των υπηρεσιών υγείας
- Την αξιολόγηση της φροντίδας υγείας και των αντίστοιχων υπηρεσιών

Κατά τους Verbeek et al. (2001) υπάρχουν δύο κυρίως λόγοι για τη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών:

- Η καταγραφή και γνωστοποίηση του βαθμού ικανοποίησης στους φορείς και παροχείς υπηρεσιών υγείας που θα έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Βέβαια παρότι η πεποίθηση αυτή είναι ευρέως αποδεκτή, αυτή η αλληλεπίδραση ασθενών και παρόχων ως υπόθεση δεν έχει επιβεβαιωθεί πλήρως.
- Επίσης, ο βαθμός ικανοποίησης μπορεί να βοηθήσει μελλοντικούς ασθενείς στην επιλογή του φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Από τις παραπάνω αναφορές, ένα πρώτο συμπέρασμα αφορά τη σημασία της καταγραφής του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, για όλους όσους εμπλέκονται με τις υπηρεσίες υγείας. Αρχικά για τους ασθενείς, οι οποίοι μέσα από αυτή τη διαδικασία μπορεί να αποκομίσουν οφέλη, όπως μείωση του χρόνου αναμονής για εξέταση στα ιατρεία και λιγότερα ιατρικά λάθη. Επίσης, για τους οργανισμούς υγείας, οι οποίοι μπορούν να εντοπίσουν και να διορθώσουν τις παραμέτρους εκείνες που μπορεί να ευθύνονται για την έκφραση μη ικανοποίησης εκ μέρους των ασθενών. Τέλος, για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας και ιδίως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, που μπορεί να διαπιστώσει αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα στη διαδικασία της παροχής φροντίδας υγείας, που μπορεί να το αφορά. Τέλος, για τους διοικούντες των συστημάτων υγείας μιας χώρας, ως ένα μέτρο αποτίμησης πολιτικών επιλογών και αντίστοιχων χρηματοδοτήσεων. Ένα δεύτερο συμπέρασμα είναι πως οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν με την άποψη, ότι ένας ικανοποιημένος ασθενής, συνεργάζεται και συμμορφώνεται καλύτερα με τις ιατρικές οδηγίες, από ένα δυσαρεστημένο και έχει ταχύτερη ανάρρωση. Το τρίτο συμπέρασμα αφορά τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι προφανές ότι οι μετρήσεις ικανοποίησης, μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

2.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες προσδιορισμού των παραγόντων που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών.

Σύμφωνα με τους Αντεριώτη & Αντωνίου (2014), ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

- α) τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία
- β) τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών
- γ) τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους

Ο βαθμός ικανοποίησης καθορίζεται ως η διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες, σε αυτό που ήλπιζαν να συμβεί και σε αυτό που συνέβη. Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας των ασθενών οφείλεται σε τέσσερις αιτίες:

α) στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο

β) στη διαφορά μεταξύ προσδοκιών των ασθενών και προδιαγραφών

γ) στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών που έχει θέσει

δ) στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών τις οποίες υπόσχεται το νοσοκομείο στους ασθενείς και των υπηρεσιών που τελικά προσφέρει.

Επίσης, σε ορισμένες μελέτες έχει βρεθεί σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, κατάσταση υγείας), ενώ σε ορισμένες άλλες δεν έχει βρεθεί σχέση για κάποιες από αυτές τις μεταβλητές.

Ο παράγοντας που αφορά το **φύλο**, δεν έχει αποσαφηνιστεί αν επηρεάζει την ικανοποίηση. Όπως προκύπτει από μερικές έρευνες ,φαίνεται να μην έχει σχέση με την ικανοποίηση, ωστόσο μια σειρά άλλων μελετών υποστηρίζουν, ότι υπάρχει θετική συσχέτιση και ότι οι γυναίκες είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένες. Γενικότερα έχει βρεθεί ότι δεν επηρεάζει παρά ελάχιστα από αντίστοιχη μελέτη (Weisman et al. 2001).

Ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης είναι η **ηλικία** του ασθενούς, με διάφορες μελέτες, να υποστηρίζουν ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς τείνουν να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Langen et al. 2005, Grogan et al. 2000, κ.ά.). Αυτό πιθανόν να οφείλεται κυρίως στο γεγονός, ότι έχουν χαμηλότερες προσδοκίες ή στη διαφοροποιημένη στάση των ηλικιωμένων απέναντι στην καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες ή λόγω αυξημένης εξάρτησης από τον ιατρό όπως λόγω χάρη σε χρόνιες παθήσεις. Ένας άλλος πιθανός λόγος είναι ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς που επισκέπτονται τον γιατρό πιο συχνά, επικεντρώνονται περισσότερο στην ίδια τη φροντίδα και την αποκατάσταση της υγείας τους παρά στους εξωτερικούς παράγοντες (Kalda et al. 2003). Στην έρευνα των Αλετρά & συν. (2009), αντίθετα απ' ό,τι αναμενόταν δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και των επιμέρους βαθμών ικανοποίησης.

Στοιχεία από συγκεκριμένη έρευνα (Βενιού & συν. 2013) αποδεικνύουν, ότι οι ενήλικοι ασθενείς με χαμηλά εισοδηματικά κριτήρια ήταν περισσότερο

δυσανεστημένοι σε σχέση με παλαιότερη έρευνα και επίσης, ότι στο ίδιο δείγμα η ικανοποίηση σχετιζόταν αρνητικά με την ενεργητικότητα-δράση των ασθενών. Σε μία έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα διάρκειας δύο ετών και στην οποία συμμετείχαν 1206 άτομα, αποδείχθηκε ότι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ήταν το φύλο, το επάγγελμα και η οικογενειακή κατάσταση. Ωστόσο, η καλύτερη **οικονομική κατάσταση** των ασθενών μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερες απαιτήσεις και προσδοκίες από το σύστημα με αποτέλεσμα να μειώνεται η ικανοποίηση. Σύμφωνα με τους Crow et al (2002), δεν υπάρχουν, στη βιβλιογραφία σαφή ευρήματα. Οι Hall και Dornan (1988) θεωρούν την κοινωνική θέση του ασθενή ως το σημαντικότερο παράγοντα και υποστηρίζουν ότι παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που φαίνεται να ισχύει, καθώς έρευνες έδειξαν ότι οι ευκατάστατοι ασθενείς λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους. Ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις τους στους ιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των κατώτερων κοινωνικών τάξεων.

Όσον αφορά το **εκπαιδευτικό επίπεδο**, οι Anderson και Zimmerman (1993) υποστηρίζουν ότι είναι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι όμως που δεν επιβεβαιώθηκε από παρόμοιες μελέτες. Μια τάση που παρατηρείται στο θέμα αυτό είναι, ότι τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα μόρφωσης. (Hall και Dornan 1990). Σε μια μελέτη ικανοποίησης στην Ελβετία, συμπεραίνεται ότι οι περισσότερο μορφωμένοι έχουν αυξημένες προσδοκίες και γι αυτό εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. (Etter & Perneger 1997). Η βελτίωση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζεται με μειωμένη ικανοποίηση σε σημαντικό αριθμό μελετών, καθώς τα άτομα αυτά είναι καλύτερα ενημερωμένα για τις παροχές που δικαιούνται και έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις από τα συστήματα υγείας (Φερεγγίδου & συν. 2017).

Η **κατάσταση της υγείας** των ασθενών μπορεί επίσης να επηρεάσει το βαθμό ικανοποίησης. Στην έρευνα των Αλετρά & συν. (2009), η καλύτερη υγεία σχετίζεται με υψηλότερους βαθμούς ικανοποίησης σε όλες τις διαστάσεις της ικανοποίησης. Η κακή κατάσταση της υγείας επιδρά αρνητικά στην ικανοποίηση των ασθενών σύμφωνα με έρευνες (Crow et al. 2002, Tucker 2002). Για αυτό και όταν γίνεται σύγκριση μεταξύ διαφορετικών παρόχων, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το προφίλ του δείγματος. Παραδείγματος χάριν η έρευνα που πραγματοποιείται σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο

μπορεί να εμφανίσει χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης, καθώς αντιμετωπίζει σοβαρότερα περιστατικά σε σχέση με άλλα δευτεροβάθμια νοσοκομεία. Ορισμένες μελέτες συμπέραναν ότι η κατάσταση της υγείας του ασθενούς, σχετίζεται με την αντίληψή τους για την προσλαμβανόμενη φροντίδα, αφού οι ασθενείς που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση υγείας αξιολογούν θετικά την ποιότητα της φροντίδας εν αντιθέσει με τους ασθενείς που δεν χαίρουν καλής υγείας (Jenkinson et al. 2002).

2.5 Διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας

Αναφορικά με τις διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας, αυτό που προσπαθούν να μετρήσουν οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών, δεν είναι τίποτε άλλο από τα στοιχεία εκείνα που επηρεάζουν και διαμορφώνουν τις αξιολογήσεις των ασθενών.

Οι Abdellah και Levine (1965) προσπάθησαν σε μια πρώιμη φάση να καταγράψουν τα στοιχεία εκείνα που αναγνωρίζονται ως κρίσιμα από τους ασθενείς, επηρεάζοντας έτσι το βαθμό ικανοποίησής τους. Αναγνώρισαν, λοιπόν, τα εξής τέσσερα:

- επάρκεια, καταλληλότητα των εγκαταστάσεων
- αποτελεσματικότητα της δομής του οργανισμού
- επαγγελματικά προσόντα του προσωπικού και ανταγωνιστικότητα αυτού
- το αποτέλεσμα της φροντίδας στους καταναλωτές

Οι Pascoe & Atkinsson (1983) δίνουν τη δική τους εκδοχή για τις διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας που είναι κρίσιμες για την ικανοποίηση των ασθενών:

- συμπεριφορά ιατρονοσηλευτικού προσωπικού
- κλινικό αποτέλεσμα
- έκταση στην οποία οι λαμβανόμενες υπηρεσίες προσέφεραν αποτελέσματα αντίστοιχα με τις αντιληπτές από τον ασθενή ανάγκες
- συμπεριφορές βοηθητικού προσωπικού
- προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων
- χρόνοι αναμονής

Ο Abramovitz και οι συνεργάτες του (1987) έχουν αναγνωρίσει δέκα περιοχές ικανοποίησης:

- την ιατρική φροντίδα
- το βοηθητικό προσωπικό
- τους νοσηλευτές
- την επάρκεια επεξηγήσεων του προσωπικού για τις διαδικασίες και θεραπείες
- το επίπεδο θορύβου
- την καθαριότητα
- το φαγητό
- τις υπηρεσίες συνοδών (escort services)
- τις προσδοκίες για την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών

Ο Rubin (1990) έπειτα από αντίστοιχη μελέτη ερευνών ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών, πρότεινε τα παρακάτω στοιχεία ως συστατικά μέρη της ικανοποίησης:

- τη νοσηλευτική φροντίδα
- την ιατρική φροντίδα
- την επικοινωνία
- τη διαχείριση της νοσηλευτικής μονάδας
- το περιβάλλον της νοσηλευτικής μονάδας
- τη διαδικασία λήψεως εξιτηρίου του ατόμου από το νοσηλευτικό ίδρυμα.

Ο Carr-Hill (1992), αναφέρει επτά διαστάσεις της γενικότερης πελατειακής ικανοποίησης, προσαρμοσμένες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Οι διαστάσεις αυτές προέκυψαν από το Εθνικό Συμβούλιο Καταναλωτών της Αγγλίας και είναι οι εξής:

- Πρόσβαση (access)
- Επιλογή (choice)
- Πληροφόρηση (information)
- Ετοιμότητα (readiness)
- Ασφάλεια (safety)
- Αξία χρημάτων (value for money)
- Ισότητα (equity)

Κατά τους Carey & Seibert (1993), υπάρχουν επίσης οκτώ περιοχές ικανοποίησης, αλλά με κάποια διαφοροποίηση από τις παραπάνω:

- ευγένεια
- ιατρικό προσωπικό
- νοσηλευτικό προσωπικό
- φαγητό
- άνετο περιβάλλον και καθαριότητα
- διαδικασίες εισαγωγής και χρέωσης
- θρησκευτικές ανάγκες
- αποτελέσματα ιατρικής φροντίδας

Αντίστοιχα, ο Shelton (2000) συνοψίζει σε έξι γενικές κατηγορίες τα στοιχεία της ικανοποίησης:

- Πρόσβαση: ευκολία στο κλείσιμο ραντεβού από το τηλέφωνο και δια ζώσης, χρόνος αναμονής μέχρι την ημερομηνία του ραντεβού, χρόνος στην αίθουσα αναμονής, χρόνος αναμονής στο εξεταστήριο, πρόσβαση στα επείγοντα, πρόσβαση στον πάροχο της επιλογής, ευκολία στη χρήση συστήματος παροχής βοήθειας δια τηλεφώνου
- Άνεση: τοποθεσία του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, ώρες εξυπηρέτησης, ποιότητα και ευκολία στο πάρκινγκ, διαθέσιμες υπηρεσίες για συνταγογράφηση εφάπαξ ή σε τακτική βάση, ολοκλήρωση εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται, γρήγορη εκτέλεση απεικονιστικών εξετάσεων
- Επικοινωνία: πρώτη εντύπωση του ασθενούς για τον πάροχο υγείας, τρόπος εξήγησης προς τον ασθενή για το πρόβλημα υγείας, τρόπος εξήγησης των διαδικασιών και των εξετάσεων, τρόπος εξήγησης της φαρμακευτικής αγωγής, επικοινωνία μεταξύ του γιατρού και του υπόλοιπου προσωπικού, προθυμία του γιατρού να ακούει, εξήγηση της απαιτούμενης συναίνεσης, εκπαίδευση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, ενημέρωση για την πρόληψη ασθενειών, επικοινωνία σχετικά με εκπαιδευτικά προγράμματα για την υγεία, ενημέρωση σχετικά με εξετάσεις πρόληψης
- Αντίληψη για τη λαμβανόμενη ποιότητα παροχής υγείας: ενδεδειγμένος έλεγχος κατά την εξέταση, χρόνος που ο γιατρός περνά με τον ασθενή, επιμέλεια στην αντιμετώπιση του ιατρικού περιστατικού, ομαδική δουλειά μεταξύ του γιατρού και του νοσηλευτικού και υποστηρικτικού προσωπικού

- Προσωπικό ενδιαφέρον: φιλική συμπεριφορά εκ μέρους του γιατρού, του νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού και των εργαζομένων υποδοχής, ευγενική συμπεριφορά των παραπάνω, σεβασμός, προσωπικό ενδιαφέρον, ευγένεια στην απάντηση τηλεφωνικών κλήσεων
- Εγκαταστάσεις – εξοπλισμός: εξωτερική εμφάνιση του κτιρίου, καθαριότητα, σωστή θερμοκρασία, τάξη και οργάνωση, επίπεδο θορύβου

Βασικές παράμετροι που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν:

- (α) Τα οργανωτικά και τα λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας, όπου εκεί περιλαμβάνεται η διαδικασία της εισαγωγής και η παροχή πρώτων βοηθειών (χρόνος εισαγωγής, λήψη ιστορικού, γραφειοκρατία), η ιατρική φροντίδα και η φροντίδα στο θάλαμο νοσηλείας (εργαστηριακές εξετάσεις, προετοιμασία για χειρουργικές επεμβάσεις, επικοινωνία επαγγελματιών υγείας με την οικογένεια), η διαδικασία της αναχώρησης (οδηγίες και συνταγογραφία) και τέλος, η ρύθμιση των οικονομικών εκκρεμοτήτων και η ολοκλήρωση των εντύπων.
- (β) Οι σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενούς (Βενιού & Τεντολούρης 2013).

Επιγραμματικά λοιπόν, οι χρήστες αποζητούν υπηρεσίες υγείας που περιθάλπουν τους ασθενείς με αξιοπρέπεια, χωρίς χρονοτριβές, που επιτυγχάνουν στον καλύτερο δυνατό βαθμό το επιθυμητό διαγνωστικό και θεραπευτικό αποτέλεσμα και χαρακτηρίζονται από ευγένεια και κατανόηση στα προσωπικά προβλήματα των ασθενών (Θεοδώρου 1992).

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ως θέμα συζήτησης τόσο ποιοι από τους παραπάνω παράγοντες θεωρούνται από τους ασθενείς οι πιο σημαντικοί όσο και ποιοι και με ποιο τρόπο μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό ικανοποίησης ενός ατόμου. Υπάρχουν λίγα εμπειρικά και συγκριτικά δεδομένα σχετικά με τη σημασία αυτών των διαστάσεων και τη σχέση που υπάρχει μεταξύ τους για τη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών.

Οι Pascoe και Attkinsson (1983) σχεδίασαν μια μελέτη με σκοπό να κατατάξει τα στοιχεία εκείνα που πρέπει να μελετώνται στις έρευνες ικανοποίησης των ασθενών, η οποία παρουσιάστηκε στις ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν, ότι η πιο σημαντική διάσταση για τους ασθενείς ήταν η συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Ακολουθούσαν τα κλινικά αποτελέσματα, ο βαθμός στον οποίο κάποιες υπηρεσίες

ικανοποιούσαν τις ανάγκες των ασθενών, οι στάσεις του προσωπικού απέναντι τους, η προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων και οι χρόνοι αναμονής. Άλλοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές πλευρές των υπηρεσιών υγείας, αποτελούσαν τους σημαντικότερους παράγοντες για τους ασθενείς. Κατά τους Williams και Calnan (1991), τα πιο σημαντικά κριτήρια ήταν οι επαγγελματικές ικανότητες και η φύση και ποιότητα της σχέσης των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας.

Η επιλογή των διαστάσεων που θα αποτιμώνται κάθε φορά με την πραγματοποίηση σχετικών ερευνητικών μελετών άπτεται στα προσωπικά ενδιαφέροντα του κάθε ερευνητή. Ανατρέχοντας κανείς στη βιβλιογραφία θα παρατηρήσει ότι οι μελέτες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, αφορούν πάντα ξεχωριστές διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας και όχι όλες μαζί. Στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, διερευνάται η διάσταση της ικανοποίησης των ασθενών από τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

2.6 Μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης

Σύμφωνα με τον Shelton (2000) υπάρχουν διάφορες μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση της ικανοποίησης όπως:

1. Μετά το ραντεβού τηλεφωνική έρευνα (2-3 μέρες μετά την πιο πρόσφατη επίσκεψη): Με τη μέθοδο αυτή θυσιάζεται μεν η ανωνυμία, αλλά το ποσοστό απόκρισης είναι υψηλό.
2. Ανοιχτού τύπου ερωτηματολόγιο: Αυτός ο τύπος ερωτηματολογίου είναι πολύτιμος για πληροφορίες ποιοτικών δεδομένων.
3. Ερωτηματολόγιο αντικειμενικής έρευνας: Αυτός ο τύπος ερωτηματολογίου θεωρείται το καλύτερο εργαλείο για τη συλλογή ποσοτικών δεδομένων.
4. Τοποθέτηση συμβουλευτικού πάνελ: Αποτελείται από 4-5 ασθενείς που είναι αντιπροσωπευτικοί όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που επισκέπτονται τον οργανισμό.
5. Ομάδα εστίασης ασθενών: Αποτελείται πάλι από ασθενείς οι οποίοι καθοδηγούνται μέσα από συζήτηση, προκειμένου να προβούν σε προτάσεις.
6. Δεδομένα που εισάγονται ηλεκτρονικά από ασθενείς είτε μέσω διαδικτύου είτε από περίπτερα ή τερματικά που βρίσκονται στον οργανισμό για το σκοπό αυτό.

7. Ανάλυση παραπόνων. Σε αυτή τη μέθοδο υπάρχουν βέβαια οι περιορισμοί που αφορούν την αντιπροσωπευτικότητα των παραπόνων που υποβάλλονται, καθώς και των ασθενών. Παρόλα αυτά παρέχει μία συμπληρωματική πηγή για την αναζήτηση της μη ικανοποίησης.

Ο O'Malley (1997) διατυπώνει 5 βασικά εργαλεία για τη συλλογή πληροφοριών αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών, εκ των οποίων τα τρία πρώτα είναι παθητικά και χρησιμοποιούνται αφού έχει φύγει ο ασθενής, ενώ τα δύο τελευταία είναι ενεργητικά και χρησιμοποιούνται κατά το χρόνο παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο:

1. Με γραπτό τρόπο
2. Τηλεφωνικά
3. Σε εστιασμένη ομάδα
4. Στο σημείο εξυπηρέτησης του ασθενούς
5. Με προσέγγιση πελάτη

3. ΒΑΡΟΜΕΤΡΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Βαρόμετρο ικανοποίησης ασθενών

Υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μέτρηση της εμπειρίας των ασθενών στην υγειονομική περίθαλψη. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες διεξάγονται έρευνες για τη χαρτογράφηση της ποιότητας της περίθαλψης, όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς. Σε ορισμένες χώρες, αυτό αποτελεί μέρος ενός συστηματικού προγράμματος εργασίας που πραγματοποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Σύμφωνα με έρευνα που ανατέθηκε από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), αυτό συμβαίνει στη Δανία, τη Νορβηγία, την Αγγλία και τις Κάτω Χώρες. Εκτός Ευρώπης, η συστηματική αξιολόγηση της εμπειρίας των ασθενών πραγματοποιείται στον Καναδά και στις ΗΠΑ. Εκτός από αυτά τα εθνικά προγράμματα, το Ταμείο Κοινοπολιτείας (Commonwealth Fund), το Picker Institute Europe και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) έχουν διεξαγάγει διακρατικές συγκρίσεις των εμπειριών των ασθενών. Οι ΗΠΑ και η Αγγλία έχουν μακράν τη μεγαλύτερη παράδοση μέτρησης της εμπειρίας των ασθενών, αντίστοιχη, των αμερικανικών ερευνών CAHPS (Αξιολόγηση

καταναλωτών των παρόχων και συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης) και των ερευνών του Picker Institute Europe για το αγγλικό NHS (National Health Service). Τα προγράμματα αυτά μπορούν να χρησιμεύσουν ως παραδείγματα για τα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης όσον αφορά τη μέτρηση των εμπειριών των ασθενών (Delnoij 2009).

Για να μπορέσει να βελτιώσει την ανταγωνιστικότητα της η Ευρωπαϊκή Ένωση ακολούθησε τις πρακτικές που εφαρμόστηκαν στις Η.Π.Α. για τη θέσπιση του δικού της βαρομέτρου ικανοποίησης. Έτσι, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Ποιότητας (European Organization for Quality, EOQ) με τη συνεργασία του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διοίκηση της Ποιότητας (European Foundation for Quality Management, EFQM) μαζί με ένα δίκτυο πανεπιστημίων και σχολών επιχειρήσεων δημιούργησαν το 1997 τον Ευρωπαϊκό Δείκτη Ικανοποίησης Πελατών (European Customer Satisfaction Index, ECSI). Η τεχνική επιτροπή ECSI έχει αναπτύξει τη μέθοδο ανάλυσης που είναι ένα λεγόμενο οικονομετρικό μοντέλο και ανάλυση αιτιότητας. Ο ECSI σχεδιάστηκε για να αποτελέσει ένα πρακτικό εργαλείο της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα, όσον αφορά στην ικανοποίηση των πελατών τους.

Ο Ευρωπαϊκός Δείκτης Ικανοποίησης Πελατών (ECSI) είναι ένα αναλυτικό εργαλείο που έχει σχεδιαστεί για να παρέχει μια υγιή βάση για την επιλογή της σωστής στρατηγικής μάρκετινγκ. Με τον ECSI η εταιρεία μπορεί να ανακαλύψει ποιοι παράγοντες είναι πιο σημαντικοί για τη δημιουργία ικανοποίησης και αφοσίωσης πελατών. Στον δείκτη ECSI συμμετέχουν συνολικά 13 χώρες από τις οποίες έχουν πλήρη συμμετοχή η Ελλάδα, το Βέλγιο, η Δανία, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Ισλανδία, η Ιταλία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Ελβετία και η Σουηδία.

Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται στο μοντέλο ECSI είναι (Ciavolino et al 2007):

A. Ενδογενείς μεταβλητές

α) Η ικανοποίηση πελατών είναι ο δείκτης που δείχνει πόσο ικανοποιημένοι είναι οι πελάτες και πόσο καλά ικανοποιούνται οι προσδοκίες τους.

β) Αντιλαμβανόμενη αξία είναι το επίπεδο της ποιότητας του προϊόντος σε σχέση με την καταβληθείσα τιμή

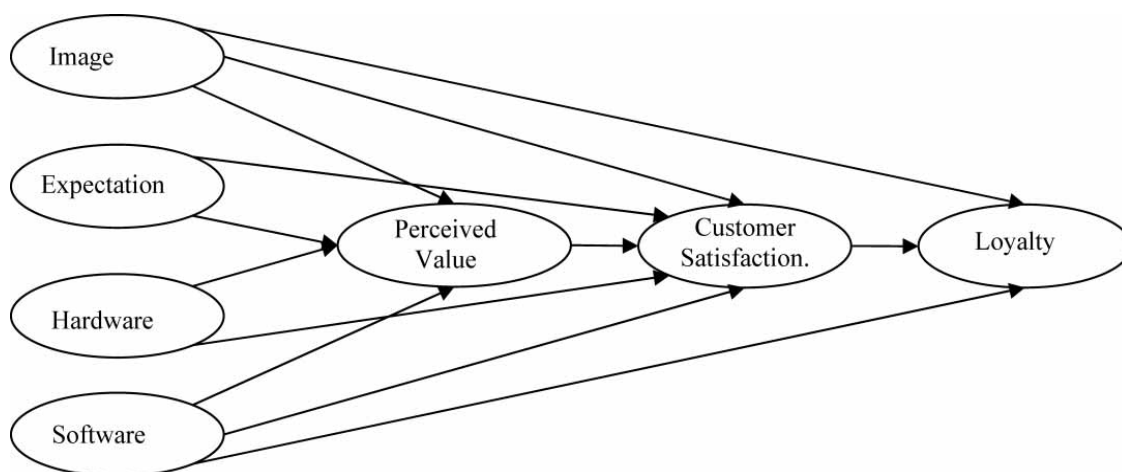
γ) Η αφοσίωση είναι η τελευταία εξαρτώμενη μεταβλητή στο μοντέλο και μπορεί να θεωρηθεί κερδοφορίας. Η πίστη μετράται με την πρόθεση επαναγοράς και από την πρόθεση να προτείνουμε προϊόντα ή υπηρεσίες σε άλλους.

B. Εξωγενείς μεταβλητές

α) Η εικόνα, αναφέρεται στο εμπορικό σήμα και την αντίληψη των πελατών περί αυτού.

β) Η προσδοκία, αναφέρεται στο επίπεδο ποιότητας που οι πελάτες αναμένουν να λάβουν και είναι αποτέλεσμα προηγούμενης καταναλωτικής εμπειρίας με τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες μιας επιχείρησης. Τέτοιες προσδοκίες είναι το αποτέλεσμα της ενεργής προώθησης της επιχείρησης ή προϊόντων, καθώς επίσης και της προγενέστερης εμπειρίας από το προϊόν ή τον φορέα παροχής υπηρεσιών.

γ) Το υλικό και το λογισμικό είναι μεταβλητές που αναφέρονται στο μέτρο της ποιότητας της υπηρεσίας και χωρίζεται στις κύριες πτυχές της. Το υλικό περιλαμβάνει τις ιδιότητες του βασικού προϊόντος και το λογισμικό περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που σχετίζονται με το βασικό προϊόν.



Εικόνα 1: μοντέλο ECSI (Ciavolino et al 2007)

Το βασικό πλεονέκτημα του ESCI είναι ότι τα αποτελέσματα που δημιουργούνται είναι συγκρίσιμα για τους οργανισμούς σε εθνικό, Ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο.

3.2 Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το σύστημα υγείας παρέχει περίθαλψη μέσω τριών επιπέδων, το πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.) ασκείται κυρίως, στα κέντρα υγείας. Είναι η πρώτη επαφή με το

σύστημα υγείας και μεταφέρει τη φροντίδα υγείας, κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων. Επικεντρώνεται κυρίως στην πρόληψη των νόσων. Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται συνήθως στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, όπου γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις, νοσηλείες και θεραπείες. Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας εστιάζει κυρίως στην θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών. Παρέχεται στα νοσοκομεία όπου υπάρχουν διάφορες ιατρικές ειδικότητες και μπορεί να αντιμετωπισθούν όλες οι περιπτώσεις. Οι τρεις βαθμίδες συχνά εμπλέκονται.

Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε:

- 1) Γενικά: όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες
- 2) Ειδικά: όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια θεραπευτική κατηγορία
- 3) Πανεπιστημιακά όσα διαθέτουν Πανεπιστημιακά Τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες

Τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση και η τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με βάση την κείμενη νομοθεσία, με κοινή απόφαση των υπουργών προεδρίας της κυβέρνησης, οικονομικών, υγείας, ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του ΠΕ.Σ.Υ. στην περιφέρεια του οποίου το νοσοκομείο έχει την έδρα του. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται η νομική του μορφή, η επωνυμία και η έδρα του, ο συνολικός αριθμός των κρεβατιών του και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάθρωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας, της διοικητικής υπηρεσίας και τεχνικής υπηρεσίας και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού του νοσοκομείου, οι κατά κλάδο και η κατηγορία θέσης και η διαβάθμιση των θέσεων. Εμείς θα επικεντρωθούμε στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο στο οποίο ανήκει η νοσοκομειακή περίθαλψη.

3.2.1. Ορισμός του Οργανισμού

Το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), το οποίο υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης (ΔΥΠΕ).

Τα όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου είναι το Διοικητικό Συμβούλιο, ο Διοικητής και ο αναπληρωτής Διοικητής (όπου προβλέπεται), τα οποία υπάγονται στις διατάξεις του Ν. 3329/2005.

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

1. Η παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης 4ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Δ.Υ.ΠΕ.

Η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης.

2. Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

3. Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.

4. Η συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες υγείας της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων, που αφορούν το χώρο της υγείας στη Διοίκηση 4ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης.

5. Η εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης, με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.

6. Η ανάπτυξη διαδικασιών που διευκολύνουν τους στρατηγικούς στόχους που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας, τη Διοίκηση 4ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης και το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

Η Ιατρική Υπηρεσία του Π.Γ.Ν.Θ. «Άγιος Πάυλος» αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε Τομείς, στους οποίους λειτουργούν Τμήματα κατά ειδικότητα, Μονάδες, Ιατρικές Ειδικότητες – Ειδικές Μονάδες, Μονάδες καθώς και Διατομεακά και λοιπά Τμήματα, ως εξής:

A. ΤΟΜΕΙΣ

- α) Παθολογικός Τομέας με δυναμικότητα 150 κλινών
- β) Χειρουργικός Τομέας με δυναμικότητα 100 κλινών
- γ) Εργαστηριακός Τομέας

Στους Τομείς λειτουργούν τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν. Ο αριθμός των εξωτερικών ιατρείων για κάθε ειδικότητα καθορίζεται με αποφάσεις του Διοικητή, ύστερα από εισήγηση του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) Νοσηλευτικούς Τομείς, οι οποίοι λειτουργούν σε επίπεδο Υποδιευθύνσεων. Κάθε Νοσηλευτικός Τομέας διαρθρώνεται σε Νοσηλευτικά Τμήματα, ως ακολούθως:

1ος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ διαρθρώνεται σε (7) τμήματα που καλύπτουν τα Τμήματα, τις Ιατρικές Ειδικότητες – Ειδικές Μονάδες και τις Μονάδες του Παθολογικού Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

2ος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ διαρθρώνεται σε (6) Τμήματα που καλύπτουν τα Τμήματα, την Ειδική Μονάδα και τη Μονάδα του Χειρουργικού Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας και τα Χειρουργεία.

3ος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ διαρθρώνεται σε (5) τμήματα που καλύπτουν τον Εργαστηριακό Τομέα, τα Εξωτερικά Ιατρεία της Ιατρικής Υπηρεσίας και τα Διατομεακά Τμήματα.

Η Διοικητική–Οικονομική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε δύο (2) Υποδιευθύνσεις ως ακολούθως:

- α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού–Οικονομικού
- β) Υποδιεύθυνση Τεχνικού

4. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στη χώρα μας παρατηρείται τελευταία αυξημένο ενδιαφέρον στην εκπόνηση μελετών ικανοποίησης ασθενών. Στην παρούσα μελέτη τα δύο εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ερωτήσεις δομημένες σύμφωνα με την κλίμακα Likert και ερωτήσεις «επιλογής απόκρισης συγκεκριμένου στοιχείου» (Item-Specific Response Options).

Τα στοιχεία της κλίμακας Likert χρησιμοποιούνται συνήθως για τη διερεύνηση της στάσης των ερωτηθέντων σε μια σειρά γραπτών ή προφορικών δηλώσεων (αντικειμένων). Οι ερωτηθέντες καλούνται να εκφράσουν την ένταση της αίσθησης σε μια κοινή κατηγορική κλίμακα με βάση έναν αριθμό δηλώσεων που θέτει ο ερευνητής. Οι δηλώσεις αυτές μπορεί να είναι είτε θετικές είτε αρνητικές. Κάθε πρόταση

διαβαθμίζεται σε κλίμακα από την απόλυτη συμφωνία μέχρι την απόλυτη διαφωνία. (Dittrich et al. 2007). Πλεονεκτήματα των κλιμάκων αυτού του τύπου θεωρούνται η εξοικονόμηση χώρου, η ομοιομορφία, καθώς και το ότι συμπληρώνονται γρήγορα, επειδή είναι εύκολες στην απομνημόνευση. Επίσης το θετικό εναλλάσσεται με το αρνητικό και μειώνεται ο κίνδυνος θετικής μεροληψίας (Krowinski & Steiber 1996, Javeau 1996).

Στην ψυχομετρία, η θεωρία απόκρισης αντικειμένων (IRT) είναι ένα παράδειγμα για το σχεδιασμό, την ανάλυση και τη βαθμολόγηση των δοκιμών, ερωτηματολογίων και παρόμοιων οργάνων μέτρησης ικανοτήτων, στάσεων ή άλλων μεταβλητών. Είναι μια θεωρία των δοκιμών με βάση τη σχέση μεταξύ των επιδόσεων των ατόμων σε ένα τεστ και των επιπέδων απόδοσης των δοκιμαστών σε μια συνολική μέτρηση της ικανότητας που το στοιχείο αυτό σχεδιάστηκε να μετρήσει (Alphen et al. 1994).

Παραδοσιακά, τα μοντέλα IRT έχουν χρησιμοποιηθεί για την ανάλυση αυτών των τύπων δεδομένων σε ψυχολογικές αξιολογήσεις και εκπαιδευτικές δοκιμές. Η θεωρία απόκρισης αντικειμένων (Item Response Theory) αποτελεί μια στατιστική μέθοδο που χρησιμεύει στο σχεδιασμό, στην ανάλυση και στη βαθμολόγηση των ερωτημάτων ενός τεστ. Βασίζεται στην παραδοχή, ότι η πιθανότητα σωστής αντίδρασης σε ένα ερώτημα αποτελεί μία μαθηματική συνάρτηση των χαρακτηριστικών του ατόμου που απαντά στο ερώτημα και του ερωτήματος. Τα χαρακτηριστικά του υποκειμένου του τεστ (ατόμου) ονομάζονται «λανθάνοντα χαρακτηριστικά» (latent traits) και μπορεί, για παράδειγμα, να είναι η νοημοσύνη. Τα χαρακτηριστικά του ερωτήματος μπορεί να είναι η δυσκολία, η διάκριση και ο παράγοντας «τυχαίας πρόβλεψης» (guessing factor) (Alphen et al. 1994, An & Yung 2014).

Τα πλεονεκτήματα της προσέγγισης IRT περιλαμβάνουν το γεγονός, ότι μπορεί να προσαρμοστεί σε πολλά διαφορετικά είδη δοκιμών, η διαδικασία εκτίμησης της βαθμολογίας είναι ακριβέστερη, επιτρέποντας ταυτόχρονα να ληφθεί υπόψη τόσο ο αριθμός των αξιόπιστων στοιχείων, όσο και οι ιδιότητες (π.χ. διακρίσεις, δυσκολίες) κάθε στοιχείου, όταν εκτιμάται η βαθμολογία κάθε ατόμου για το κατασκεύασμα που αξιολογείται. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης απόκρισης ερωτημάτων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον καθορισμό της κατάλληλης κλίμακας για τη μέτρηση ενός

συγκεκριμένου χαρακτηριστικού για τον έλεγχο της συμβατότητας των ερωτημάτων, έτσι ώστε το τεστ να επιτελεί το στόχο του. Υπάρχουν διάφορα μοντέλα που μπορούν να αναδείξουν τη σχέση αυτή. Η βασική διαφορά στα μοντέλα που έχουν προταθεί έγκειται στον αριθμό των παραμέτρων των ερωτημάτων που πρέπει να υπολογιστούν. Τα μοντέλα που ακολουθούν την πρόταση του Rasch λαμβάνουν υπόψη τους, από την πλευρά των ερωτημάτων, μία μόνο παράμετρο, τη δυσκολία, ενώ άλλα μοντέλα βασίζονται στην εξέταση παραπάνω παραμέτρων, όπως αυτών της πρόβλεψης και της διάκρισης. (Harvey & Hummer 1998:9-14).

Παρόλο που οι κλίμακες αξιολόγησης (συμφωνώ-διαφωνώ) είναι εξαιρετικά δημοφιλείς στις κοινωνικές επιστήμες, έρευνες έχουν τεκμηριώσει την μεροληψία (bias) που προκύπτει από τη συγκατάβαση στις απαντήσεις σε αυτά τα θέματα. Συγκατάβαση είναι η τάση ορισμένων να συμφωνούν με τις ερωτήσεις ασχέτως περιεχομένου με αποτέλεσμα ο μετρηθείς βαθμός ικανοποίησης να διαφέρει από την πραγματική ικανοποίηση. Μάλιστα σε κάποιες έρευνες φαίνεται ότι ο βαθμός συγκατάβασης στις απαντήσεις είναι ουσιώδης, κυρίως στις περιπτώσεις των χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού υπόβαθρου ερωτηθέντων (Ross et al 1995).

Προκύπτει, λοιπόν, το ερώτημα, αν θα πρέπει κανείς να προτιμά ερωτήσεις με επιλογές απόκρισης συγκεκριμένου αντικειμένου (Item Response Theory). Παρόλ'αυτά τα τελευταία χρόνια δεν έχει γίνει αξιοσημείωτη έρευνα ώστε να διερευνήσει αν οι απαντήσεις σε ερωτήσεις κλιμάκωσης (συμφωνώ-διαφωνώ) είναι πράγματι χαμηλότερης αξιοπιστίας και εγκυρότητας από τις απαντήσεις σε ερωτήσεις με επιλογές απάντησης συγκεκριμένου στοιχείου (Sarlis et al 2010).

Σύμφωνα με τον Αλετρά & συν (2009) σε μία έρευνα είναι απαραίτητη η διερεύνηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των κλιμάκων. **Η αξιοπιστία (reliability)** αναφέρεται στην ικανότητα ενός ερωτηματολογίου να παρέχει μετρήσεις που να χαρακτηρίζονται από ακρίβεια και σταθερότητα. Αυτό σημαίνει ότι οι βαθμοί ικανοποίησης των ασθενών (όπως αυτοί αποτυπώνονται σε αντίστοιχες αθροιστικές κλίμακες) σε διαφορετικές μετρήσεις δεν πρέπει να επηρεάζονται από τυχαία σφάλματα μέτρησης. **Η εγκυρότητα (validity)** εκτιμά το βαθμό στον οποίο ένα ερωτηματολόγιο πραγματικά αποτυπώνει αυτό που όφειλε να μετρήσει, δηλαδή τον πραγματικό βαθμό ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας των ασθενών. Η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) αναφέρεται στην επάρκεια και την αντιπροσωπευτικότητα των στοιχείων του

ερωτηματολογίου. Αυτά οφείλουν να καλύπτουν το εύρος του περιεχομένου του εννοιολογικού δημιουργήματος που υποστηρίζουν. Επίσης, πρέπει να υπάρχει ένας αριθμός στοιχείων που θα μετρούν κάθε διάσταση της ποιότητας-ικανοποίησης σε αναλογία με τη σημασία αυτής στη διαμόρφωση της εμπειρίας του ασθενούς. Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (construct validity) αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο μια αθροιστική κλίμακα όντως μετράει το θεωρητικό δημιούργημα, το οποίο σχεδιάστηκε να μετράει .

Επιπρόσθετα, κατά τη χρήση ενός ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι τα αποτελέσματα είναι ευαίσθητα σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με τον Carr-Hill (1992) υπάρχουν τέσσερις κρίσιμες παράμετροι που εξετάζονται παρακάτω, καθεμία από τις οποίες επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα:

1. Δείγμα πληθυσμού

Η επιλογή του πληθυσμού είναι κρίσιμη. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι οι έρευνες ικανοποίησης πρέπει να περιορίζονται σε όσους είναι επί του παρόντος δέκτες των υπηρεσιών υγείας και άλλοι που θεωρούν, πως, καθώς η υπηρεσία υγείας είναι μια δημόσια υπηρεσία, η γνώμη αυτών οι οποίοι δεν είναι άμεσα ή πρόσφατοι ασθενείς, είναι επίσης πολύ συναφής. Ωστόσο, ακόμα και αν λάβουμε υπόψη στις έρευνες μόνο τους τωρινούς ασθενείς, μπορούν να υπάρξουν αρκετές διαφοροποιήσεις ανάλογα με τον τύπο του ασθενούς.

2. Χρονική στιγμή

Όσο μεγαλύτερο είναι το χάσμα μεταξύ της χρήσης των υπηρεσιών και της συνέντευξης (ή το ερωτηματολόγιο), τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να παραβλέψουν οι ερωτηθέντες τα θέματα που τους επηρέασαν κατά τη διάρκεια της περίθαλψης και να αλλάξουν την εκτίμησή τους για τις υπηρεσίες.

3. Τύπος του ερωτηματολογίου

Το πιο σημαντικό που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι ο τύπος του ερωτηματολογίου που θα χρησιμοποιηθεί για τη συλλογή των δεδομένων. Βασικό αξίωμα είναι ότι δεν θα πρέπει να στρεβλώνει την άποψη των καταναλωτών-ασθενών.

4. Μέτρηση της ικανοποίησης

Κάθε πρόταση για τη μέτρηση της ικανοποίησης σε τακτική βάση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την πολλαπλότητα των τρόπων με την οποία η ικανοποίηση

εκφράζεται και γίνεται αντιληπτή τόσο από τους ασθενείς όσο και από το προσωπικό.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

5.1 Διαμόρφωση του ερωτηματολογίου

Ίσως η πιο σημαντική μεθοδολογική σκέψη ενός ερευνητή θα πρέπει να αφορά στο είδος του ερωτηματολογίου που θα χρησιμοποιηθεί για την απόκτηση των δεδομένων. Το επαχθέστερο έργο στη κατασκευή ενός ερωτηματολογίου είναι η διατύπωση των ερωτήσεων. Αυτό οφείλει να χρησιμοποιεί ξεκάθαρες και ακριβείς ερωτήσεις, εύκολες στην κατανόηση, αλλά όχι προσβλητικές για τη νοημοσύνη των ασθενών (Αλετράς & συν. 2007, Javeau 1996).

Στη παρούσα ερευνητική εργασία, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Αλετρά, Νιάκα & Παπαχρήστου, το οποίο έχει δοκιμασθεί και σε προγενέστερες μελέτες ικανοποίησης. Στη συνέχεια έγινε επιλογή των ερωτήσεων που ανταποκρινόταν καλύτερα στους σκοπούς της παρούσας έρευνας και διαμορφώθηκε ως προς το είδος των ερωτήσεων που θα έπρεπε να περιληφθούν σε ένα ερωτηματολόγιο ικανοποίησης εσωτερικών ασθενών.

Χρησιμοποιήθηκε αρχικά μία ερώτηση φίλτρο αναφορικά με την ηλικία, βάσει της οποίας οι ερωτώμενοι συμμετείχαν ή αποκλειόταν από την έρευνα και στη συνέχεια μία γενική ερώτηση σχετικά με τον τρόπο εισαγωγής στο Νοσοκομείο, δηλαδή αν έγινε ως επείγον περιστατικό ή προγραμματισμένα-με λίστα αναμονής. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από δύο μέρη.

Το πρώτο μέρος αποτελούνταν από δεκατέσσερις ερωτήσεις κλειστού τύπου Likert σε 4βαθμη κλίμακα έντασης, οι οποίες αφορούσαν:

- Στο νοσηλευτικό προσωπικό (οχτώ ερωτήσεις)
- Στο ιατρικό προσωπικό (4 ερωτήσεις)
- Στο χρόνο εκτέλεσης προγραμματισμένων διαδικασιών
- Στη συνολική ικανοποίηση από την παραμονής στο νοσοκομείο

Οι ερωτώμενοι καλούνταν να επιλέξουν μία από τις εξής πέντε απαντήσεις :

- συμφωνώ απόλυτα
- μάλλον συμφωνώ
- μάλλον διαφωνώ
- διαφωνώ απόλυτα
- ξέρω/δεν απαντώ

Έγινε προσπάθεια οι προτάσεις στις οποίες αντιστοιχούν οι παραπάνω βαθμίδες να είναι σύντομες, σαφείς και γραμμένες σε κατανοητή γλώσσα, να μην εμπεριέχουν γενικολογίες και τεχνικές ορολογίες και να καλύπτουν όλο το εξεταζόμενο εύρος. Επίσης, υπήρξε εναλλαγή θετικά και αρνητικά διατυπωμένων ερωτήσεων, προκειμένου να αποφευχθεί η θετική ή αρνητική μεροληψία απαντήσεων (Αλετρά & συν. 2007, Αλετράς & συν. 2009).

Στο δεύτερο μέρος οι δώδεκα πρώτες ερωτήσεις επαναδιατυπώθηκαν με τη μέθοδο της «επιλογής απόκρισης συγκεκριμένου στοιχείου» (Item Response Theory) και οι απαντήσεις που δίνονταν ως επιλογή κυμαίνονταν από το «πολύ...» έως «καθόλου...» με ανάλογη κάθε φορά διατύπωση.

Στο τέλος του ερωτηματολογίου προστέθηκε μία σειρά ερωτήσεων σχετικά με κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά στοιχεία και συγκεκριμένα το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση το νοικοκυριό και την κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Θεωρήθηκε σκόπιμο να συμπεριληφθούν αυτές οι ερωτήσεις, προκειμένου να διερευνηθεί στη συνέχεια, αν τα χαρακτηριστικά αυτά σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών.

5.2 Δείγμα –Μέθοδος συλλογής- Ερευνητικά εργαλεία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» με τη μέθοδο της κάλπης η οποία προϋποθέτει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τον ίδιο τον ασθενή. Για την καλύτερη εξασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, τονιζόταν στους ερωτώμενους το γεγονός, ότι η μελέτη ήταν ανεξάρτητη από το νοσοκομείο και ότι δεν θα αποκαλύπτονταν τα προσωπικά

στοιχεία τους. Με τον τρόπο αυτόν έγινε προσπάθεια να περιοριστεί η αντίστοιχη θετική μεροληψία.

Ως μέγεθος του δείγματος ορίστηκε ο αριθμός των τριακοσίων (300) ασθενών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε εντός είκοσι (20) ημερών, από τις 30/11/2018–20/12/2018, δηλαδή για χρονικό διάστημα περίπου τριών εβδομάδων. Οι ασθενείς προσεγγίστηκαν την ημέρα εξόδου τους από το νοσοκομείο ή μία ημέρα νωρίτερα και έγινε τυχαία επιλογή δείγματος. Η προσέγγιση γινόταν με την επίσκεψη της ερευνήτριας στο δωμάτιο νοσηλείας, το μοίρασμα των ερωτηματολογίων σε έντυπη μορφή και στη συνέχεια ζητούνταν από τους ασθενείς αφού συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο να το εσωκλείσουν σε φάκελο που τους είχε δοθεί και να επιστραφεί στον ερευνητή που περνούσε μετά από κάποια ώρα ή αν επιθυμούσαν περισσότερο χρόνο για τη συμπλήρωση, την τοποθέτηση του φακέλου σε ειδικό κουτί-κάλπη που ήταν τοποθετημένο στο γραφείο της Προϊσταμένης κάθε κλινικής.

Τα ερωτηματολόγια παραλάμβανε ο ασθενής από την ίδια την ερευνήτρια προσωπικά, η οποία επεξηγούσε σαφώς τον τρόπο και το χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, καθώς και τη σημασία της συμμετοχής στην έρευνα. Ως επιπλέον κριτήρια επιλογής του δείγματος ορίστηκε οι ασθενείς να έχουν συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας τους, να μιλούν την ελληνική γλώσσα και να έχουν τη δυνατότητα επικοινωνίας και συνομιλίας με άλλο πρόσωπο. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάστηκε η βοήθεια της ερευνήτριας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, κυρίως σε ασθενείς με προβλήματα όρασης ή κινητικά προβλήματα.

Στον τύπο έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίου και τη χρήση κάλπης προϋποτίθεται η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τον ίδιο τον ασθενή. Στη μέθοδο αυτή, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα προσεκτικής ανάγνωσης και μελέτης του ερωτηματολογίου, έχει πρόσφατη μνήμη των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών, έχει οπτική εικόνα της απάντησης και ταυτόχρονα διατηρεί την ανωνυμία του. Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι το χαμηλό κόστος για τον ερευνητή, η ανωνυμία και η χρονική άνεση συμπλήρωσης. Προσωπικές ερωτήσεις, ερωτήσεις που δεν απαντώνται με ευκολία στις προσωπικές συνεντεύξεις, είναι δυνατόν να απαντηθούν με περισσότερη ειλικρίνεια (Jones et al. 2013).

Η έρευνα διεξήχθη σε ασθενείς που νοσηλεύονταν στην Παθολογική κλινική, την Καρδιολογική- Στεφανιαία μονάδα, την Μονάδα Υπερβαρικής ιατρικής, την Νευρολογική κλινική, την Νεφρολογική κλινική, την Χειρουργική κλινική, την Ορθοπαιδική κλινική, την Ουρολογική κλινική και την Ρευματολογική κλινική. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 239 νοσηλευμένους ασθενείς του νοσοκομείου και το ποσοστό απόκρισης έφτασε το 79,6%. Ως ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός παρατηρήσεων θεωρείται από τους περισσότερους συγγραφείς τα 80-100 άτομα (Fitzpatrick & Hopkins 1983, Krowinski & Steiber 1996).

5.3 Μέθοδοι ανάλυσης των δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του λογισμικού IBM SPSS 25. Πραγματοποιήθηκε αντιστροφή της κωδικοποίησης των θετικά διατυπωμένων ερωτήσεων, ώστε υψηλότερες βαθμολογίες στην 4βάθμια κλίμακα Likert να υποδηλώνουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης και αντιστρόφως.

Αρχικά έγινε έλεγχος για την κανονικότητα των μεταβλητών του δείγματος με έλεγχο Kolmogorov-Smirnov. Διαμορφώνονται οπότε οι εξής υποθέσεις:

H_0 : Οι απαντήσεις της μεταβλητής Q_i ακολουθούν την κανονική κατανομή.

H_1 : Οι απαντήσεις της μεταβλητής Q_i δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Αφού ο έλεγχος κανονικότητας κατέδειξε, ότι δεν υπάρχει κανονική κατανομή στα δεδομένα μας, προχωρήσαμε σε έλεγχο για το αν υπάρχουν διαφορές στις διαμέσους. Η διάμεσος ορίζεται, ως η μεσαία τιμή για ένα σύνολο δεδομένων που έχει διαταχθεί σε αύξουσα σειρά. Η διάμεσος επηρεάζεται λιγότερο από ακραίες τιμές και στρεβλά δεδομένα. Το ενδοτεταρτομοριακό εύρος (Interquartile Range) IQR δείχνει το εύρος μέσα στο οποίο ανήκει το 50% των παρατηρήσεων για κάθε μεταβλητή. Στο τεστ διαφοράς διαμέσων τίθεται ο περιορισμός πως επειδή οι κλίμακες είναι 4βάθμιες δεν περιμένουμε μεγάλες διαφοροποιήσεις.

Στη συνέχεια, προκειμένου να δούμε αν διαφοροποιούνται οι αναλογίες των θετικών απαντήσεων πραγματοποιήθηκε έλεγχος McNemar, προκειμένου να ελεγχθεί εάν οι διαφορές στα ποσοστά των θετικών απαντήσεων μεταξύ των κλιμάκων Likert και IRT είναι στατιστικά σημαντικές. Πρόκειται για ένα στατιστικό τεστ που μπορεί να πραγματοποιηθεί όταν οι παρατηρήσεις εμφανίζονται σε ζεύγη για να καθοριστεί αν η σειρά και η στήλη οριακών συχνοτήτων είναι ίσες (Riffenburgh 2012). Στην περίπτωσή μας, μπορεί να εφαρμοστεί, καθώς έχουμε το ίδιο ζεύγος ερωτήσεων στο ίδιο δείγμα.

Διαμορφώνονται οι εξής υποθέσεις, ώστε να μπορέσουμε να γενικεύσουμε το συμπέρασμά μας από το δείγμα στον πληθυσμό:

H_0 : Η κατανομή πιθανοτήτων διαφορετικών τιμών των μεταβλητών των κλιμάκων Likert και IRT για τις θετικές απαντήσεις της μεταβλητής Q_i είναι ίδια.

H_1 : Η κατανομή πιθανοτήτων διαφορετικών τιμών των μεταβλητών των κλιμάκων Likert και IRT για τις θετικές απαντήσεις της μεταβλητής Q_i δεν είναι ίδια.

Στη συνέχεια, κάναμε έλεγχο για να διαπιστώσουμε, αν οι μεταβλητές Likert συσχετίζονται με τις αντίστοιχες μεταβλητές IRT του ερωτηματολογίου. Οι μεταβλητές που περιέχει το ερωτηματολόγιο είναι διατακτικές (ordinal data). Για το λόγο αυτό θα χρησιμοποιήσουμε ως μέτρο συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών το συντελεστή συσχέτισης Spearman. Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman δεν απαιτεί το δείγμα μας να ακολουθεί κανονική κατανομή, αφού ανήκει στους μη-παραμετρικούς ελέγχους. Ο συντελεστής αυτός, αν είναι στατιστικώς σημαντικά διάφορος του μηδενός, υποδεικνύει μια γραμμική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών που εξετάζονται (Warne 2016).

Βασικό πρόβλημα με την ποσοτική εκτίμηση της ικανοποίησης είναι ότι ο μετρηθείς βαθμός ικανοποίησης μπορεί να διαφέρει από την πραγματική ικανοποίηση λόγω της ύπαρξης σφαλμάτων μέτρησης. Προκειμένου να περιοριστούν τα σφάλματα μέτρησης και να είναι εφικτή η εκτίμηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας ενός ερωτηματολογίου έχει προταθεί η διαμόρφωση και χρησιμοποίηση των λεγόμενων «αθροιστικών κλιμάκων» (summated scales) (Spector 1992). Οι αθροιστικές κλίμακες αποτελούν ομαδοποιήσεις μεμονωμένων στοιχείων – ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που περιγράφουν την ικανοποίηση των ασθενών από μία συγκεκριμένη διάσταση. Οι επιμέρους βαθμολογίες προστίθενται και δίνουν τη συνολική βαθμολογία κάθε αθροιστικής κλίμακας, που μπορεί να διαιρεθεί με τον αριθμό των στοιχείων της. Οι

οχτώ πρώτες ερωτήσεις δηλαδή τα στοιχεία 1 έως 8, αποτελούν μία αθροιστική κλίμακα η οποία αξιολογεί την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ οι επόμενες τέσσερις ερωτήσεις δηλαδή τα στοιχεία 9-12 αποτελούν μία δεύτερη αθροιστική κλίμακα που αξιολογούν την ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) εκτιμά το βαθμό στον οποίο όλα τα στοιχεία μιας αθροιστικής κλίμακας μετρούν το ίδιο δημιούργημα (construct). Ως εργαλείο αποτίμησης της εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) κάθε κλίμακας χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή άλφα του Cronbach. Η ελάχιστη αξιόπιστη τιμή του δείκτη θεωρείται το 0.7 (Nunnally 1978), ενώ το εύρος της τιμής του είναι από 0 έως 1. Τιμές του συντελεστή Cronbach α υψηλότερες του 0,80 υποδηλώνουν ότι τα επιμέρους στοιχεία όντως ανήκουν στο ίδιο δημιούργημα. Αν ο συντελεστής λάβει τιμές χαμηλότερες του 0,70 ο ερευνητής οφείλει να εξαλείφει ένα προς ένα τα στοιχεία από την κλίμακα και να υπολογίζει ξανά τον συντελεστή άλφα, ώστε να εξετάζει αν βελτιώνεται ή όχι η συνοχή (Αλετράς & συν. 2010, Gliem, J. & Rosemary Gliem 2003).

Τέλος, θελήσαμε να ελέγξουμε αν οι απαντήσεις των μεταβλητών του ερωτηματολογίου μας εξαρτώνται από τα δημογραφικά στοιχεία. Οι μεταβλητές μας είναι ποιοτικές. Για το λόγο αυτό εφαρμόζουμε έναν έλεγχο ανεξαρτησίας X^2 μεταξύ των μεταβλητών Q_i και του φύλου. Αξίζει να σημειώσουμε ότι οι συχνότητες κάποιων κατηγοριών των μεταβλητών των δημογραφικών στοιχείων είναι πολύ μικρές, ώστε να θεωρείται αντιπροσωπευτικό το δείγμα μας. Για το λόγο αυτό, στη μεταβλητή της ηλικίας συνενώσαμε την κατηγορία «18-30» στην κατηγορία «31-44» και την κατηγορία «Άνω των 75» στην κατηγορία «61-74». Επιπλέον, στη μεταβλητή του μορφωτικού επιπέδου συνενώσαμε την κατηγορία «Αναλφάβητος» στην κατηγορία «Απολυτήριο Δημοτικού» και την κατηγορία «Μεταπτυχιακός Τίτλος Σπουδών/Διδακτορικό» στην κατηγορία «Ανώτερη Σχολή (ΤΕΙ, ΙΕΚ)/ Ανώτατη Σχολή (ΑΕΙ)». Για τη μεταβλητή της οικονομικής κατάστασης συνενώσαμε την κατηγορία «Δεν τα βγάζω πέρα» στην κατηγορία «Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες» και την κατηγορία «Είμαι άνετος οικονομικά» στην κατηγορία «Τα βγάζω πέρα αλλά δε μου μένουν και πολλά στην άκρη». Για τη μεταβλητή της κατάστασης της υγείας συνενώσαμε τις κατηγορίες «Κακή» και «Πολύ κακή» στην κατηγορία «Μέτρια». Έπειτα, δημιουργείται ο πίνακας συνδιασταύρωσης (crosstabs) των δύο μεταβλητών. Ωστόσο, αν παρατηρήσουμε ότι οι προϋποθέσεις εφαρμογής του ελέγχου X^2 δεν

πληρούνται, δηλαδή υπάρχουν κελιά στον πίνακα συνδιασταύρωσης, τα οποία έχουν αναμενόμενη τιμή μικρότερη του 5 και το ποσοστό των κελιών αυτών είναι πάνω από το 20%, που είναι και το επιτρεπτό όριο, τότε πρέπει να εφαρμόσουμε έναν έλεγχο ακρίβειας. Οι μεταβλητές μας είναι δίτιμες, οπότε επιλέγουμε τον έλεγχο ακρίβειας Fisher (Fisher's Exact Test).

Διαμορφώνονται οι εξής υποθέσεις:

H_0 : Η μεταβλητή Q_i και φύλο είναι ανεξάρτητη.

H_1 : Η μεταβλητή Q_i και φύλο είναι εξαρτημένη.

Όσον αφορά τις μεταβλητές των ερωτήσεων και το μορφωτικό επίπεδο, οι πίνακες συνδιασταύρωσης (crosstabs) που δημιουργούνται δεν αποτελούνται μόνο από δίτιμες μεταβλητές. Αυτό σημαίνει, ότι αν χρειαστεί να γίνει κάποιος έλεγχος ακρίβειας, τότε αυτός θα γίνει με τον έλεγχο του Monte Carlo.

Σχετικά με τις μεταβλητές των ερωτήσεων που αφορούν στην οικονομική κατάσταση, αφού τα ποσοστά των κελιών με αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη του 5 και για τους δύο πίνακες συνδιασταύρωσης των μεταβλητών Q_{5L} και Q_{12L} σε σχέση με την οικονομική κατάσταση είναι μικρότερα του 20%, άρα, μπορούμε να εφαρμόσουμε έλεγχο ανεξαρτησίας X^2 .

Τέλος, στις μεταβλητές των ερωτήσεων σχετικά με τη σημερινή κατάσταση της υγείας των ατόμων, παρατηρούμε ότι το ποσοστό των κελιών του πίνακα συνδιασταύρωσης της μεταβλητής Q_{11IRT} σε σχέση με την κατάσταση της υγείας ισούται με $50\% > 20\%$, που είναι το επιτρεπτό όριο. Άρα, δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις εφαρμογής ελέγχου ανεξαρτησίας X^2 , οπότε θα εφαρμόσουμε έναν έλεγχο ακρίβειας Monte Carlo.

6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

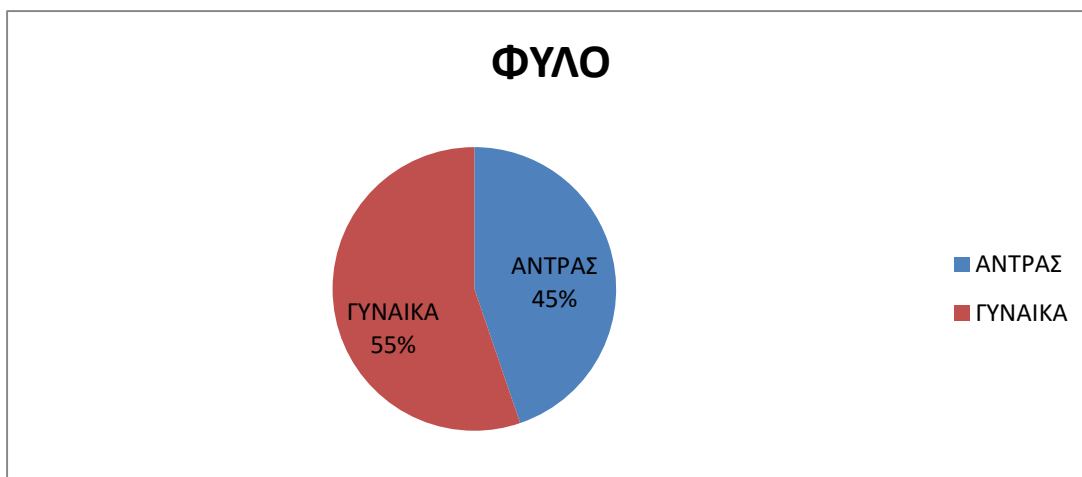
6.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Αρχικά θα γίνει παρουσίαση των χαρακτηριστικών του δείγματος που αποτελείται από 239 ασθενείς.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η κατανομή των ασθενών σε σχέση με το φύλο.

Πίνακας 13: Κατανομή των ασθενών με βάση το φύλο

ΦΥΛΟ	N	%
ΑΝΤΡΑΣ	107	44,8
ΓΥΝΑΙΚΑ	132	54,8
ΣΥΝΟΛΟ	239	100%



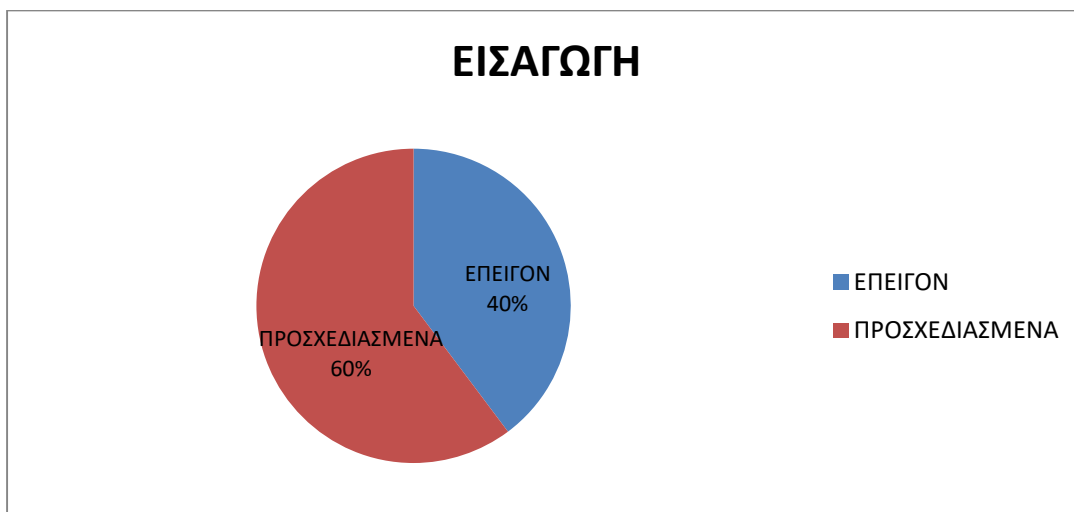
Γράφημα 1: Ποσοστά ως προς το φύλο

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, αν και η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων δεν ήταν μεγάλη. Αυτή η απόκριση φαίνεται να συμφωνεί και με τη βιβλιογραφία όπου κάποιες έρευνες δείχνουν ελαφρώς μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών σε έρευνες (Sax et al 2003, Smith 2008).

Στη συνέχεια βλέπουμε την κατανομή με βάση το αν η εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο έγινε ως επείγον περιστατικό ή προγραμματισμένα – με λίστα αναμονής:

Πίνακας 14: Κατανομή των ασθενών με βάση τον τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	N	%
ΕΠΕΙΓΟΝ	95	39,7
ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΑ	144	60,3
ΣΥΝΟΛΟ	239	100%

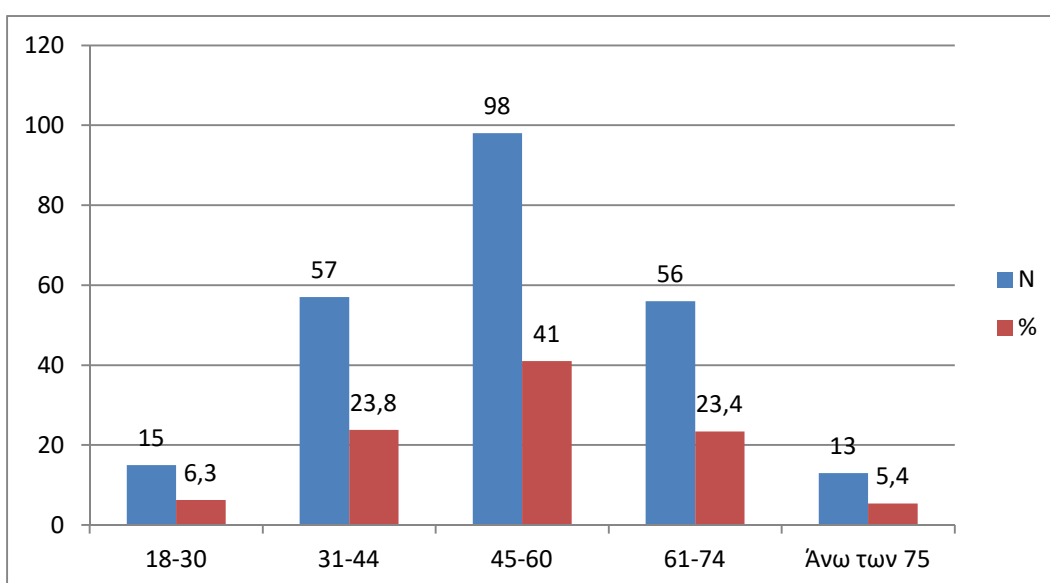


Γράφημα 2: Ποσοστά με βάση τον τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο

Παρατηρείται, ότι με σημαντική διαφορά, οι ασθενείς είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο προγραμματισμένα ή με λίστα αναμονής και όχι ως επείγοντα περιστατικά.

Πίνακας 15: Κατανομή με βάση την ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	N	%
18-30	15	6,3
31-44	57	23,8
45-60	98	41
61-74	56	23,4
Άνω των 75	13	5,4
ΣΥΝΟΛΟ	239	100%



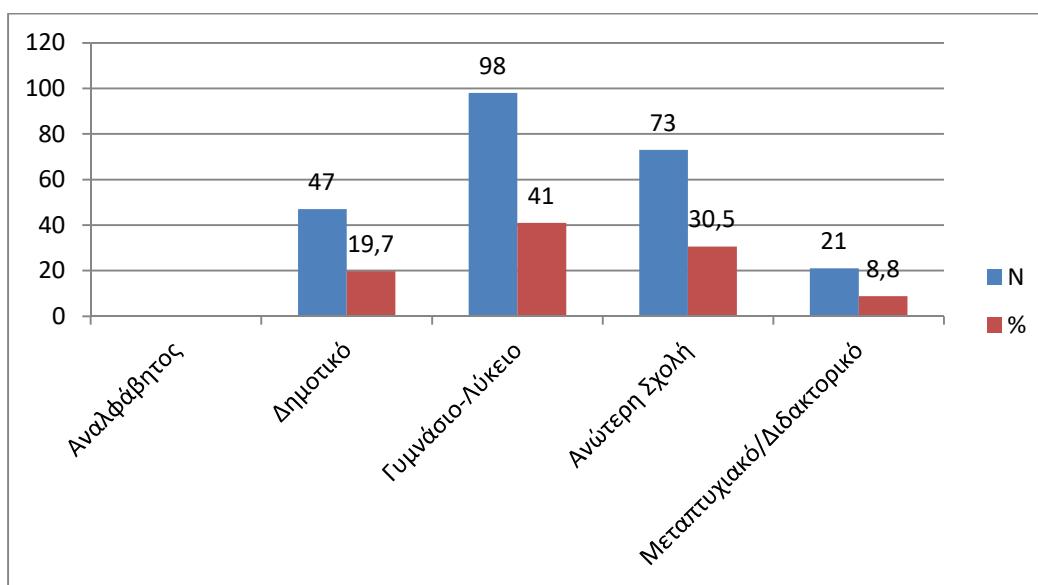
Γράφημα 3: Ποσοστά βάσει ηλικιών

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3 και στο αντίστοιχο ραβδόγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν ηλικίας 45-60. Πρόκειται δηλαδή για ασθενείς μέσης ηλικίας που αρχίζουν και εμφανίζουν προβλήματα υγείας. Θα περιμέναμε ίσως μεγαλύτερα ποσοστά στις ηλικίες 61 και άνω.

Ακολουθεί η κατανομή των ασθενών με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο.

Πίνακας 16: Κατανομή με βάση το μορφωτικό επίπεδο

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	N	%
Αναλφάβητος	0	0
Δημοτικό	47	19,7
Γυμνάσιο-Λύκειο	98	41
Ανώτερη Σχολή	73	30,5
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	21	8,8
ΣΥΝΟΛΟ	239	100%

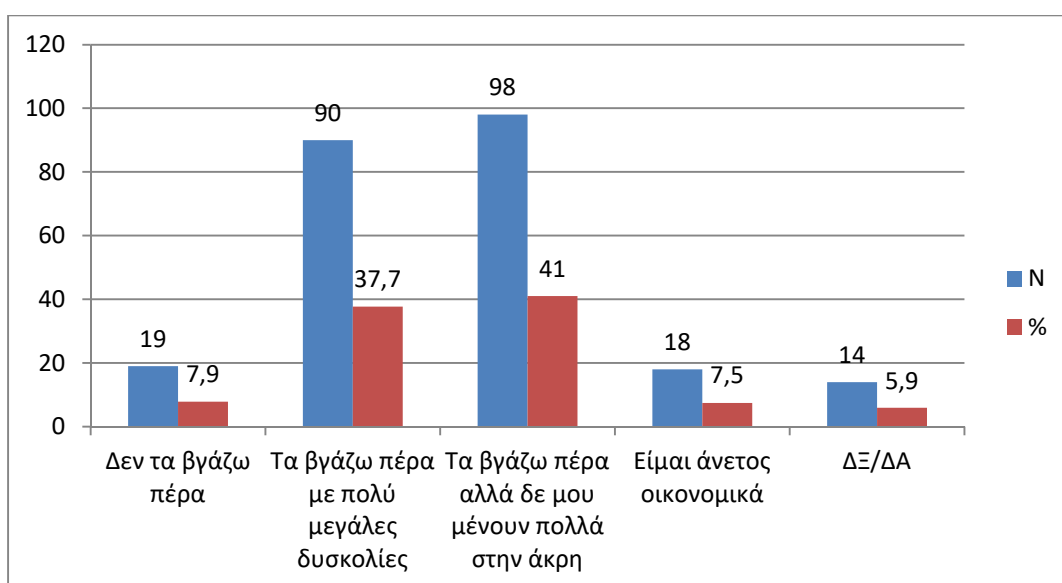


Γράφημα 4: Ποσοστά με βάση το μορφωτικό επίπεδο

Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έχει τελειώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό έχει τελειώσει μόνο το δημοτικό, κάτι που ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι σύμφωνα με τον προηγούμενο πίνακα, ένα ποσοστό της τάξης του 29% είναι άνω των 61 ετών.

Πίνακας 17: Κατανομή με βάση την οικονομική κατάσταση

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ	N	%
Δεν τα βγάζω πέρα	19	7,9
Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες	90	37,7
Τα βγάζω πέρα αλλά δε μου μένουν πολλά στην άκρη	98	41
Είμαι άνετος οικονομικά	18	7,5
ΔΞ/ΔΑ	14	5,9
ΣΥΝΟΛΟ	239	100%



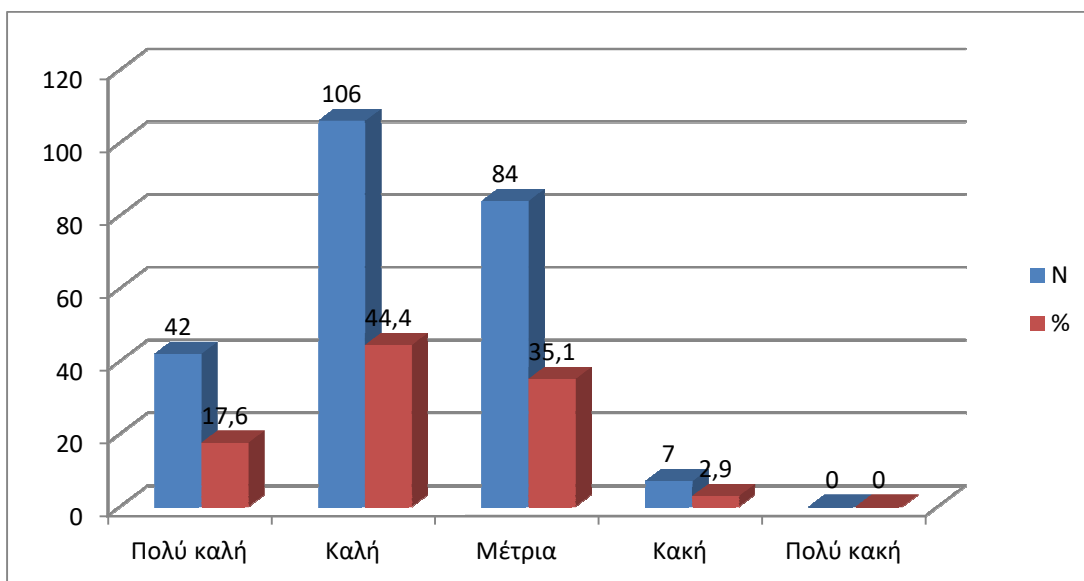
Γράφημα 5: Ποσοστά με βάση την οικονομική κατάσταση

Εδώ παρατηρείται, ότι ένα μεγάλο ποσοστό τα βγάζει πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες ή δεν τα βγάζει πέρα οικονομικά. Γεγονός μάλλον αναμενόμενο λόγω της γενικότερης κακής οικονομικής κατάστασης της χώρας τα τελευταία έτη. Επίσης να σημειώσουμε ότι σε αυτή την ερώτηση ένα αξιόλογο ποσοστό αποκρίθηκε με «δεν ξέρω/δεν απαντώ».

Πίνακας 18: Κατανομή με βάση την κατάσταση της υγείας

ΥΓΕΙΑ	N	%
Πολύ καλή	42	17,6
Καλή	106	44,4
Μέτρια	84	35,1
Κακή	7	2,9

Πολύ κακή	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	239	100%



Γράφημα 6: Ποσοστά με βάση την κατάσταση της υγείας

Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό χαρακτηρίζει την κατάσταση της υγείας του ως καλή ενώ κανένας ασθενής δεν αναφέρθηκε στην κατάσταση της υγείας του ως πολύ κακή.

6.2 Έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών του δείγματος

Πίνακας 19: Έλεγχος κανονικότητας

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p-value.	Statistic	df	p-value.
Νοσηλευτικό Προσωπικό						
Q1L: Ενδιαφέρον	0,396	209	0,000	0,632	209	0,000
Q2L: Ευγένεια	0,305	209	0,000	0,727	209	0,000
Q3L: Οδηγίες για διαδικασίες	0,261	209	0,000	0,778	209	0,000
Q4L: Ανταπόκριση σε ερωτήσεις	0,265	209	0,000	0,793	209	0,000
Q5L: Συζήτηση για φόβους ανησυχίες	0,215	209	0,000	0,843	209	0,000

Q6L: Ανταπόκριση σε κλήση	0,255	209	0,000	0,819	209	0,000
Q7L: Σεβασμός	0,370	209	0,000	0,679	209	0,000
Q8L: Διακριτικότητα	0,352	209	0,000	0,697	209	0,000
Ιατρικό Προσωπικό						
Q9L: Έλεγχος για πορεία της υγείας	0,374	209	0,000	0,649	209	0,000
Q10L: Ενημέρωση για κατάσταση υγείας	0,379	209	0,000	0,662	209	0,000
Q11L: Διακριτικότητα	0,452	209	0,000	0,579	209	0,000
Q12L: Διαθεσιμότητα για ερωτήσεις	0,315	209	0,000	0,758	209	0,000
Q13L: Χρόνος εκτέλεσης προγραμματισμένων διαδικασιών	0,293	209	0,000	0,810	209	0,000
Q14L: Ικανοποίηση γενικά από την παραμονή στο νοσοκομείο	0,294	209	0,000	0,734	209	0,000
Νοσηλευτικό προσωπικό						
Q1IRT: Ενδιαφέρον	0,429	209	0,000	0,621	209	0,000
Q2IRT: Ευγένεια	0,399	209	0,000	0,656	209	0,000
Q3IRT: Οδηγίες για διαδικασίες	0,296	209	0,000	0,748	209	0,000
Q4IRT: Ανταπόκριση σε ερωτήσεις	0,318	209	0,000	0,726	209	0,000
Q5IRT: Συζήτηση για φόβους ανησυχίες	0,241	209	0,000	0,808	209	0,000
Q6IRT: Ανταπόκριση σε κλήση	0,288	209	0,000	0,771	209	0,000
Q7IRT: Σεβασμός	0,362	209	0,000	0,685	209	0,000
Q8IRT: Διακριτικότητα	0,349	209	0,000	0,686	209	0,000
Ιατρικό προσωπικό						
Q9IRT: Έλεγχος για πορεία της υγείας	0,365	209	0,000	0,712	209	0,000
Q10IRT: Ενημέρωση για κατάσταση υγείας	0,296	209	0,000	0,733	209	0,000
Q11IRT: Διακριτικότητα	0,414	209	0,000	0,629	209	0,000

Q12IRT: Διαθεσιμότητα για ερωτήσεις	0,272	209	0,000	0,774	209	0,000
---	-------	-----	-------	-------	-----	-------

a. Lilliefors Significance Correction

Στον παραπάνω πίνακα η ερώτηση Q1L αντιστοιχεί στην πρώτη ερώτηση που τέθηκε με την κλίμακα Likert, ενώ η Q1IRT αντιστοιχεί στην πρώτη ερώτηση που τέθηκε με τη μέθοδο της Θεωρίας Απόκρισης Αντικειμένου. Συνεπώς:

Q1L: Οι νοσηλευτές έδειξαν ενδιαφέρον κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας.

Q2L: Οι νοσηλευτές ήταν αγενείς.

Q3L: Οι νοσηλευτές σας εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο τις ιατρικές διαδικασίες, όπως π.χ. τις εξετάσεις που έπρεπε να κάνετε.

Q4L: Οι νοσηλευτές ήταν απρόθυμοι να απαντήσουν στις ερωτήσεις σας.

Q5L: Οι νοσηλευτές συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας.

Q6L: Οι νοσηλευτές καθυστερούσαν να έρθουν όταν το ζητούσατε.

Q7L: Οι νοσηλευτές σας φέρθηκαν με σεβασμό.

Q8L: Οι νοσηλευτές ήταν διακριτικοί.

Q9L: Οι γιατροί περνούσαν για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας.

Q10L: Οι γιατροί σας κράτησαν ενήμερο για την κατάσταση της υγείας σας.

Q11L: Οι γιατροί ήταν διακριτικοί.

Q12L: Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό.

Q1IRT: Αρχικά, ποια ήταν η στάση των νοσηλευτών απέναντί σας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;

Q2IRT: Ποια από τις παρακάτω φράσεις θα χαρακτηρίζε καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο σας αντιμετώπισε το νοσηλευτικό προσωπικό;

Q3IRT: Και πώς θα χαρακτηρίζατε τις οδηγίες που σας έδωσαν για τις ιατρικές διαδικασίες δηλαδή εξετάσεις από τους γιατρούς, ακτινογραφίες και άλλες διαδικασίες...;

Q4IRT: Και αναφορικά με την ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού σε ερωτήσεις που θέλατε να τους κάνετε, θα λέγατε πως ήταν...

Q5IRT: Γενικά, το νοσηλευτικό προσωπικό θα λέγατε πως συζητούσε μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας...

Q6IRT: Και όταν καλούσατε το νοσηλευτικό προσωπικό να έρθει, αυτό ανταποκρινόταν...

Q7IRT: Γενικά θα λέγατε πως το νοσηλευτικό προσωπικό σας συμπεριφέρθηκε....

Q8IRT: Και θα λέγατε ότι οι νοσηλευτές ήταν...

Q9IRT: Πόσο συχνά θα λέγατε πως οι γιατροί περνούσαν για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας;

Q10IRT: Πως θα χαρακτηρίζατε την ενημέρωση που σας παρείχαν οι γιατροί για την κατάσταση της υγείας σας;

Q11IRT: Πως θα χαρακτηρίζατε τη διακριτικότητα των γιατρών;

Q12IRT: Θα λέγατε πως οι γιατροί όταν θέλατε να ρωτήσετε κάτι σημαντικό...;

Το μέγεθος του δείγματός μας είναι $n = 239 > 50$, οπότε χρησιμοποιήσαμε το Kolmogorov-Smirnov Test για την κανονικότητα των δεδομένων μας. Σύμφωνα με τον Πίνακα 7 παρατηρούμε ότι η κρίσιμη τιμή (sig.) $p = 0.00 < 0.05$. Συνεπώς, η μηδενική υπόθεση H_0 απορρίπτεται και άρα οι απαντήσεις της μεταβλητής Q_{1L} δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Ομοίως διαπιστώνουμε ότι καμία από τις μεταβλητές του ερωτηματολογίου μας δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, αφού η αντίστοιχη κρίσιμη τιμή τους (sig.) ισούται με $p = 0.00 < 0.05$.

6.3 Τεστ διαφοράς διαμέσων

Πίνακας 20: Σύγκριση διαμέσων και λοιπών στατιστικών μεταξύ των δύο κλιμάκων

Ερώτηση	Διάμεσος Likert	IQR (=Q ₃ – Q ₁)	Min – Max Value	Διάμεσος IRT	IQR (=Q ₃ – Q ₁)	Min – Max Value
Q1	4	1	1 – 4	4	1	2 – 4
Q2	4	1	1 – 4	4	1	2 – 4
Q3	3	1	1 – 4	3	1	2 – 4
Q4	3	2	1 – 4	3.5	1	2 – 4
Q5	3	2	1 – 4	3	1	1 – 4
Q6	3	1	1 – 4	3	1	1 – 4
Q7	4	1	1 – 4	4	1	2 – 4
Q8	4	1	1 – 4	4	1	2 – 4
Q9	4	1	2 – 4	3	1	2 – 4
Q10	4	1	1 – 4	3	1	1 – 4
Q11	4	1	2 – 4	4	1	2 – 4
Q12	4	1	1 – 4	3	1	2 – 4

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα περιγραφικής στατιστικής παρατηρούμε, ότι η μεταβλητή Q1L έχει διάμεσο 4. Αφού η μεταβλητή είναι διατακτική, η τιμή 4 σημαίνει ότι το 50% των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος είναι μικρότερες ή ίσες του 4, ενώ το υπόλοιπο 50% των απαντήσεων είναι μεγαλύτερες ή ίσες του 4. Άρα, ο διάμεσος (τυπικός) ασθενής του δείγματος απάντησε, ότι συμφωνεί απόλυτα στην πρόταση ότι οι νοσηλευτές έδειξαν ενδιαφέρον κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Ομοίως η διάμεσος των μεταβλητών Q2L, Q7L, Q8L, Q9L, Q10L, Q11L και Q12L ισούται με 4, το οποίο σημαίνει, ότι ο διάμεσος ασθενής συμφωνεί απόλυτα με τις προτάσεις «Οι νοσηλευτές ήταν ευγενικοί», «Οι νοσηλευτές σας φέρθηκαν με σεβασμό», «Οι νοσηλευτές ήταν διακριτικοί», «Οι γιατροί περνούσαν για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας», «Οι γιατροί σας κράτησαν ενήμερο για την κατάσταση της υγείας σας», «Οι γιατροί ήταν διακριτικοί», «Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό».

Επιπρόσθετα, η διάμεσος των μεταβλητών Q3L, Q4L, Q5L, Q6L, Q13L και Q14L είναι 3, το οποίο σημαίνει ότι ο τυπικός ασθενής μάλλον συμφωνεί με τις προτάσεις «Οι νοσηλευτές σας εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο τις ιατρικές διαδικασίες, όπως π.χ. τις εξετάσεις που έπρεπε να κάνετε», «Οι νοσηλευτές ήταν πρόθυμοι να απαντήσουν στις ερωτήσεις σας», «Οι νοσηλευτές συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας», «Οι νοσηλευτές δεν καθυστερούσαν να έρθουν, όταν το ζητούσατε», «Οι προγραμματισμένες διαδικασίες, όπως η επέμβαση, οι ακτινογραφίες, οι εξετάσεις γίνονταν χωρίς καθυστέρηση» και «Γενικά, από την παραμονή σας στο νοσοκομείο είστε ικανοποιημένος/η».

Η διάμεσος της μεταβλητής Q1IRT είναι 4, το οποίο σημαίνει ότι ο διάμεσος ασθενής θεωρεί ότι οι νοσηλευτές τον αντιμετώπισαν με πολύ ενδιαφέρον κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Επιπλέον, η διάμεσος της μεταβλητής Q2IRT είναι 4, οπότε η τυπική άποψη των ατόμων του δείγματος είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους αντιμετώπισε με πολύ ευγενικό τρόπο. Η διάμεσος της μεταβλητής Q3IRT ισούται με 3, οπότε η τυπική άποψη των ατόμων του δείγματος είναι ότι οι οδηγίες που έλαβαν από το νοσηλευτικό προσωπικό για τις ιατρικές διαδικασίες, δηλαδή εξετάσεις από γιατρούς, ακτινογραφίες και άλλες διαδικασίες ήταν μάλλον κατανοητές ή πολύ κατανοητές. Η διάμεσος της μεταβλητής Q4IRT είναι 3.5, οπότε ο τυπικός ασθενής χαρακτήρισε την ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού σε ερωτήσεις που θέλανε

να του κάνουν μάλλον πρόθυμη έως πολύ πρόθυμη. Η διάμεσος της μεταβλητής Q5IRT είναι 3, οπότε η τυπική άποψη των ατόμων του δείγματος είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό συζήτησε μαζί τους τις ανησυχίες και τους φόβους τους μάλλον σε ικανοποιητικό ή σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό. Η διάμεσος της μεταβλητής Q6IRT είναι 3, οπότε ο τυπικός ασθενής θεωρεί ότι όταν καλούσε το νοσηλευτικό προσωπικό να έρθει, αυτό ανταποκρινόταν μάλλον γρήγορα ή πολύ γρήγορα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η τυπική άποψη των ατόμων του δείγματος είναι ότι γενικά οι νοσηλευτές τους συμπεριφέρθηκαν με απόλυτο σεβασμό, καθώς και ότι οι νοσηλευτές ήταν πολύ διακριτικοί, αφού οι αντίστοιχες διάμεσοι των μεταβλητών Q7IRT και Q8IRT ισούνται με 4.

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι οι γιατροί περνούσαν μάλλον συχνά έως πολύ συχνά για να ελέγξουν την πορεία της υγείας τους, ενώ και η ενημέρωση που τους παρείχαν οι γιατροί για την κατάσταση της υγείας τους ήταν μάλλον επαρκής ή σίγουρα επαρκής, αφού οι αντίστοιχες διάμεσοι των μεταβλητών Q9IRT και Q10IRT είναι 3. Τα περισσότερα άτομα του δείγματος θεωρούν ότι οι γιατροί ήταν πολύ διακριτικοί, καθώς η διάμεσος της μεταβλητής Q11IRT είναι 4. Τέλος, η τυπική άποψη των ατόμων του δείγματος είναι, ότι όταν ήθελαν να ρωτήσουν κάτι σημαντικό, οι γιατροί τις περισσότερες φορές ήταν διαθέσιμοι ή ήταν πάντα διαθέσιμοι, καθώς η διάμεσος της μεταβλητής Q12IRT είναι 3.

Όπως αναμέναμε, επειδή οι κλίμακες είναι 4 βαθμίες δεν υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις στις διαμέσους. Σύμφωνα με τον Πίνακα 8, στις περισσότερες μεταβλητές οι διάμεσοι είναι ίσες μετρημένες με την κλίμακα Likert ή την κλίμακα IRT. Ωστόσο, σε μερικές μεταβλητές οι διάμεσοι διαφέρουν, όπως στις μεταβλητές Q9, Q10 και Q12, αλλά δε διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό. Πράγματι επομένως, το τεστ διαμέσων δεν κατέδειξε μεγάλες διαφορές.

Παρατηρούμε, ότι για τις περισσότερες μεταβλητές το ενδοτεταρτομοριακό εύρος (Interquartile Range) IQR είναι ίδιο και για τις ερωτήσεις Likert και για τις ερωτήσεις IRT. Διαπιστώνουμε διαφορά στις ερωτήσεις Q4 και Q5 σχετικά με την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις και σχετικά με την προθυμία του να συζητά τις ανησυχίες και τους φόβους των ασθενών, όπου το ενδοτεταρτομοριακό εύρος διαφέρει για την ερώτηση Likert και για την ερώτηση IRT.

Όσον αφορά στις ελάχιστες και μέγιστες τιμές (Min – Max Values) των μεταβλητών του ερωτηματολογίου, παρατηρούμε μικρές διαφορές για τις ερωτήσεις Q1, Q2, Q3, Q4, Q7, Q8, οι οποίες αντίστοιχα αφορούν στο ενδιαφέρον των νοσηλευτών, στην ευγένεια, στην επεξήγηση των ιατρικών διαδικασιών, στην προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις, στο σεβασμό από πλευράς νοσηλευτών προς ασθενείς, στη διακριτικότητα αυτών και για την Q12 που αφορά στη διαθεσιμότητα των γιατρών για σημαντικές ερωτήσεις των ασθενών.

6.4 Διαφορά ποσοστών

Πίνακας 9: Διαφορά ποσοστών θετικών απαντήσεων με βάση τις δύο κλίμακες

Ερώτηση	Likert	IRT	p-value
Q1	96.7%	95.8%	0.754
Q2	90.1%	97.1%	0.000
Q3	88.7%	93.3%	0.063
Q4	75%	94.1%	0.000
Q5	72%	84.1%	0.000
Q6	78%	88.7%	0.000
Q7	96.2%	97.1%	0.727
Q8	95.8%	97.9%	0.063
Q9	99.2%	95%	0.002
Q10	96.6%	95%	0.344
Q11	99.2%	99.2%	1.000
Q12	88.2%	88.2%	1.000

Τα ποσοστά αυτά προκύπτουν αθροίζοντας τα ποσοστά των δύο θετικών επιλογών των 4-βαθμων κλιμάκων Likert και IRT. Προκειμένου να ελεγχθεί εάν οι διαφορές στα ποσοστά των θετικών απαντήσεων μεταξύ των κλιμάκων Likert και IRT είναι στατιστικά σημαντικές, πραγματοποιήθηκε έλεγχος McNemar. Στην περίπτωση μας, μπορεί να εφαρμοστεί, καθώς έχουμε το ίδιο ζεύγος ερωτήσεων στο ίδιο δείγμα.

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαφοράς ποσοστών (Πίνακας 9) παρατηρούμε ότι τα ποσοστά που αφορούν στις θετικές απαντήσεις δεν είναι ίδια για τις ερωτήσεις Likert και για τις ερωτήσεις IRT.

Από τον Πίνακα 9 διαπιστώνουμε ότι η κρίσιμη τιμή (p-value) ισούται με $p = 0.754 > 0.05$, οπότε η μηδενική υπόθεση H_0 διατηρείται. Άρα, το ποσοστό της ερώτησης Likert για τις θετικές απαντήσεις της μεταβλητής Q1 είναι ίσο με το

αντίστοιχο ποσοστό της ερώτησης IRT. Με άλλα λόγια, το ποσοστό της ερώτησης Likert για τις θετικές απαντήσεις της μεταβλητής Q1 δεν διαφέρει στατιστικώς σημαντικά από το αντίστοιχο ποσοστό της ερώτησης IRT.

Ομοίως, από τον πίνακα 9 συμπεραίνουμε, ότι και οι υπόλοιπες κρίσιμες τιμές (p-values) για τις θετικές απαντήσεις των μεταβλητών Q2, Q4, Q5, Q6 και Q9 ισούνται με $p < 0.05$, οπότε τα ποσοστά της ερώτησης Likert για τις απαντήσεις αυτές διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά από τα αντίστοιχα ποσοστά της ερώτησης IRT. Συγκεκριμένα το ποσοστό της ερώτησης Likert για τις θετικές απαντήσεις της μεταβλητής Q9 είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο της ερώτησης IRT, ενώ τα ποσοστά των ερωτήσεων Likert για τις θετικές απαντήσεις των μεταβλητών Q2, Q4, Q5, και Q6 είναι μικρότερα από τα αντίστοιχα των ερωτήσεων IRT. Για τις υπόλοιπες μεταβλητές Q3, Q7, Q8, Q10, Q11 και Q12 τα ποσοστά της ερώτησης Likert για τις απαντήσεις αυτές δεν βρίσκουμε να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τα αντίστοιχα ποσοστά της ερώτησης IRT.

Με άλλα λόγια, το ποσοστό της ερώτησης Likert για τις θετικές απαντήσεις κάποιων μεταβλητών του ερωτηματολογίου διαφέρει στατιστικώς σημαντικά από το αντίστοιχο ποσοστό της ερώτησης IRT.

6.5 Συντελεστής συσχέτισης

Πίνακας 210: Συσχετίσεις μεταξύ των απαντήσεων στις κλίμακες Likert και IRT

Ερώτηση	Συντελεστής Spearman	p-value
Q1	0.481	0.000
Q2	0.391	0.000
Q3	0.469	0.000
Q4	0.256	0.000
Q5	0.542	0.000
Q6	0.361	0.000
Q7	0.491	0.000
Q8	0.573	0.000
Q9	0.341	0.000
Q10	0.439	0.000
Q11	0.512	0.000
Q12	0.534	0.000

Από τον πίνακα των συσχετίσεων (Πίνακας 10) παρατηρούμε ότι ο συντελεστής συσχέτισης για την ερώτηση Q1 μεταξύ των μεταβλητών Likert (Q1L) και IRT (Q1IRT) ισούται με $r = 0.481$. Η τιμή αυτή είναι θετική, το οποίο σημαίνει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Με άλλα λόγια, καθώς αυξάνεται η τιμή των απαντήσεων για τη μεταβλητή Q1L, αυξάνεται και η τιμή των απαντήσεων για τη μεταβλητή Q1IRT. Δηλαδή όταν ένα άτομο τείνει να απαντήσει ότι συμφωνεί απόλυτα με τη μεταβλητή Q1L, τότε τείνει να απαντήσει ότι υπήρξε μεγάλο ενδιαφέρον ως απάντηση της μεταβλητής Q1IRT. Αξίζει να σημειωθεί ότι η τιμή αυτής της συσχέτισης δε θεωρείται πολύ ισχυρή, διότι η τιμή της δεν είναι πολύ κοντά στο 1. Ωστόσο, η συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών θεωρείται στατιστικώς σημαντική, αφού η αντίστοιχη κρίσιμη τιμή (p-value) ισούται με $p = 0.000 < 0.05$. Με άλλα λόγια, ο συντελεστής συσχέτισης Spearman μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών θεωρείται στατιστικώς σημαντικά διάφορος του μηδενός και άρα οι δύο αυτές μεταβλητές συσχετίζονται.

Ομοίως, διαπιστώνουμε, ότι και οι υπόλοιπες συσχετίσεις είναι θετικές, αλλά όχι πολύ ισχυρές, αφού οι αντίστοιχες συντελεστές συσχέτισης Spearman είναι θετικοί, αλλά όχι πολύ κοντά στο 1. Οι συσχετίσεις αυτές επίσης θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές, αφού οι αντίστοιχες κρίσιμες τιμές τους (p-values) $p < 0.05$ και άρα ο συντελεστής συσχέτισης Spearman θεωρείται στατιστικώς σημαντικά διάφορος του μηδενός.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από τον πίνακα συσχετίσεων (Πίνακας 10) είναι ότι όλες οι μεταβλητές Likert συσχετίζονται με τις αντίστοιχες μεταβλητές IRT του ερωτηματολογίου. Οι συσχετίσεις, παρότι είναι θετικές και στατιστικά σημαντικές, ωστόσο είναι κατά κύριο λόγο μέτριες και ενίοτε χαμηλές.

6.6 Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Internal Consistency Reliability)

Βασικό πρόβλημα με την ποσοτική εκτίμηση της ικανοποίησης είναι, ότι ο μετρηθείς βαθμός ικανοποίησης μπορεί να διαφέρει από την πραγματική ικανοποίηση λόγω της ύπαρξης σφαλμάτων μέτρησης. Στον παρακάτω παρουσιάζονται οι συντελεστές Cronbach α των αθροιστικών κλιμάκων.

Πίνακας 221: Συντελεστές α Cronbach αθροιστικών κλιμάκων

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	LIKERT	IRT
Q1-Q8 νοσηλευτικό προσωπικό	0,834	0,915
Q9-Q12 ιατρικό προσωπικό	0,791	0,784

Στην πρώτη έρευνα η ανάλυση Cronbach α για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνάφειας των ερωτήσεων σχετικά με την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό ανέδειξε πολύ καλή αξιοπιστία (0,834 και 0,915), ενώ στη δεύτερη έρευνα για την ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό, ο δείκτης Cronbach α ανέδειξε αποδεκτή αξιοπιστία (0,791 και 0,784) για το συγκεκριμένο δείγμα ατόμων. Επιπλέον, ενώ η κλίμακα Likert έχει ελαφρώς καλύτερη αξιοπιστία στην κλίμακα «ιατρικό προσωπικό», έχει εντούτοις σημαντικά χαμηλότερη αξιοπιστία αναφορικά με την κλίμακα «νοσηλευτικό προσωπικό».

6.7 Έλεγχος ανεξαρτησίας των μεταβλητών του ερωτηματολογίου από τα δημογραφικά στοιχεία

Πίνακας 232: Πίνακας ελέγχου ανεξαρτησίας των μεταβλητών του ερωτηματολογίου από τα δημογραφικά στοιχεία

Ερώτηση	p-value Φύλο	p-value Ηλικία	p-value Μορφωτικό Επίπεδο	p-value Οικονομική κατάσταση	p-value Κατάσταση της υγείας
Q1L	0.077	0.911	0.810	0.434	0.246
Q2L	0.534	0.498	0.793	0.130	0.292
Q3L	0.393	0.996	0.829	0.229	0.130
Q4L	0.122	0.272	0.145	0.372	0.209
Q5L	0.760	0.312	0.469	0.004	0.056
Q6L	0.159	0.980	0.718	0.204	0.346
Q7L	0.044	0.754	0.166	1.000	0.913
Q8L	0.520	0.333	0.121	0.488	0.054
Q9L	1.000	1.000	0.183	1.000	0.173
Q10L	1.000	0.310	0.174	0.716	0.802
Q11L	1.000	1.000	0.182	1.000	0.499
Q12L	0.921	0.363	0.032	0.010	0.879
Q13L	0.474	0.330	0.578	0.852	0.260
Q14L	0.618	0.540	0.037	0.411	0.802
Q1IRT	0.351	1.000	0.840	1.000	0.267

Q2IRT	0.463	0.185	0.366	0.357	0.140
Q3IRT	0.920	0.156	0.063	0.887	0.317
Q4IRT	0.474	0.143	0.298	0.678	0.309
Q5IRT	0.343	0.140	0.132	0.054	0.948
Q6IRT	0.955	0.565	0.413	0.319	0.758
Q7IRT	0.463	0.887	0.019	0.357	0.608
Q8IRT	0.383	1.000	0.187	1.000	0.599
Q9IRT	0.814	0.107	0.034	0.501	0.062
Q10IRT	0.339	0.455	0.738	0.411	1.000
Q11IRT	1.000	1.000	0.182	1.000	0.033
Q12IRT	0.583	0.741	0.076	0.568	0.981

Όσον αφορά στις μεταβλητές των ερωτήσεων και το **φύλο**, συμπεραίνουμε, ότι η κρίσιμη τιμή (p-value) ισούται με $p = 0.077 > 0.05$, οπότε η μηδενική υπόθεση H_0 δεν μπορεί να απορριφθεί. Άρα, οι μεταβλητές Q1L και φύλο είναι ανεξάρτητες. Με άλλα λόγια, οι απαντήσεις στην ερώτηση «Οι νοσηλευτές έδειξαν ενδιαφέρον κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας» δεν εξαρτώνται από το φύλο των ατόμων. Τελικά, παρατηρούμε, ότι η κρίσιμη τιμή (p-value) της μεταβλητής Q7L, δηλαδή της ερώτησης «Οι νοσηλευτές σας φέρθηκαν με σεβασμό» σε σχέση με το φύλο ισούται με $p = 0.044 < 0.05$, επομένως πρόκειται για αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό. Άρα, μόνο οι απαντήσεις στην ερώτηση «Οι νοσηλευτές σας φέρθηκαν με σεβασμό», η οποία είναι ερώτηση τύπου Likert, εξαρτώνται από το φύλο των ατόμων. Με άλλα λόγια, το φύλο επηρεάζει τις απαντήσεις στην ερώτηση τύπου Likert «Οι νοσηλευτές σας φέρθηκαν με σεβασμό». Συγκεκριμένα, έχουμε πιο πολλές γυναίκες σε σχέση με άντρες που απάντησαν μη ικανοποιημένοι από το σεβασμό των νοσηλευτών. Από την άλλη πλευρά, το φύλο δεν επηρεάζει τις απαντήσεις σε καμία ερώτηση τύπου IRT.

Επιπρόσθετα, διαπιστώνουμε, ότι καμία μεταβλητή δεν έχει κρίσιμη τιμή (p-value) $p > 0.05$ σε σχέση με την **ηλικία**. Άρα, η ηλικία δεν επηρεάζει τις απαντήσεις ούτε στις ερωτήσεις τύπου Likert ούτε σε αυτές που είναι τύπου IRT.

Όσον αφορά τις μεταβλητές των ερωτήσεων και το **μορφωτικό επίπεδο**, συμπεραίνουμε ότι οι ερωτήσεις τύπου Likert που εξαρτώνται από το μορφωτικό επίπεδο είναι η Q12L, δηλαδή «Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό», καθώς και η Q14L, δηλαδή «Γενικά, από την παραμονή σας στο νοσοκομείο είστε ικανοποιημένος/η». Ο έλεγχος ανεξαρτησίας X^2 μεταξύ των μεταβλητών Q12L και μορφωτικού επιπέδου αποδίδει κρίσιμη τιμή (p-value) ίση με $p = 0.032 < 0.05$, άρα αυτό το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, οι δύο

μεταβλητές είναι εξαρτημένες. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι οι πιο μορφωμένοι ασθενείς θέλουν μεγαλύτερη ανάλυση από τους γιατρούς και επίσης είναι σε μεγαλύτερο αριθμό δυσσαρεστημένοι γενικά από την παραμονή τους στο νοσοκομείο.

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας X^2 μεταξύ των μεταβλητών Q14L και μορφωτικού επιπέδου αποδίδει κρίσιμη τιμή (p-value) ίση με $p = 0.037 < 0.05$, αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό. Άρα, οι δύο μεταβλητές είναι εξαρτημένες. Μετά από έλεγχο ακρίβειας Monte Carlo που εφαρμόσαμε στις μεταβλητές Q7IRT και Q9IRT συμπεραίνουμε, ότι η κρίσιμη τιμή (p-value) για τη μεταβλητή Q7IRT ισούται με $p = 0.019 < 0.05$, που πρόκειται για στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Άρα, οι απαντήσεις της μεταβλητής «Γενικά θα λέγατε πως οι νοσηλευτές σας συμπεριφέρθηκαν» εξαρτώνται από το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων. Ομοίως από τον έλεγχο ακρίβειας του Monte Carlo συμπεραίνουμε ότι η κρίσιμη τιμή (p-value) για τη μεταβλητή Q9IRT ισούται με $p = 0.034 < 0.05$, αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό. Άρα, οι απαντήσεις της μεταβλητής «Πόσο συχνά θα λέγατε πως οι γιατροί περνούσαν για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας» εξαρτώνται από το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων. Συνεπώς, οι πιο μορφωμένοι ασθενείς δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό μη ικανοποιημένοι από τον σεβασμό των νοσηλευτών και από το πόσο συχνά οι γιατροί περνούσαν για να ελέγξουν την υγεία τους.

Με άλλα λόγια, το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει τις απαντήσεις των ατόμων στις ερωτήσεις τύπου Likert «Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό» και «Γενικά, από την παραμονή σας στο νοσοκομείο είστε ικανοποιημένος/η», καθώς και τις ερωτήσεις τύπου IRT ««Γενικά θα λέγατε πως οι νοσηλευτές σας συμπεριφέρθηκαν» και «Πόσο συχνά θα λέγατε πως οι γιατροί περνούσαν για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας».

Επιπρόσθετα, διαπιστώνουμε ότι η **οικονομική κατάσταση** επηρεάζει μόνο μεταβλητές τύπου Likert και συγκεκριμένα τις Q5L και Q12L. Μετά από έλεγχο ανεξαρτησίας X^2 , συμπεραίνουμε, ότι η κρίσιμη τιμή (p-value) για τη μεταβλητή Q5L «Οι νοσηλευτές συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας» ισούται με $p = 0.004 < 0.05$, αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό. Άρα, οι δύο μεταβλητές είναι εξαρτημένες. Η κρίσιμη τιμή (p-value) για τη μεταβλητή Q12L «Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό» ισούται με $p = 0.010 < 0.05$, αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό. Άρα, οι δύο μεταβλητές είναι εξαρτημένες.

Με άλλα λόγια, οι απαντήσεις των μεταβλητών τύπου Likert ««Οι νοσηλευτές συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας» και «Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό» εξαρτώνται από την οικονομική κατάσταση των ατόμων. Δηλαδή, αυτοί που δήλωσαν καλύτερη οικονομική κατάσταση σε μικρότερο βαθμό δήλωσαν, ότι είναι δυσαρεστημένοι ως προς την συζήτηση με τους νοσηλευτές. Επίσης, δεν ήταν δυσαρεστημένοι με τη διαθεσιμότητα των γιατρών. Αντίθετα, η οικονομική κατάσταση δεν φαίνεται να επηρεάζει τις απαντήσεις των ατόμων για τις ερωτήσεις τύπου IRT.

Συμπεραίνουμε ακόμη, ότι η σημερινή **κατάσταση της υγείας** των ατόμων επηρεάζει μόνο μία μεταβλητή τύπου IRT, την QIRT11. Μετά από έλεγχο ακρίβειας Monte Carlo, διαπιστώνουμε, ότι η κρίσιμη τιμή (p-value) ισούται με $p = 0.033 < 0.05$. Άρα, οι απαντήσεις της ερώτησης «Πώς θα χαρακτηρίζατε τη διακριτικότητα των γιατρών» εξαρτώνται από τη σημερινή κατάσταση της υγείας των ατόμων. Κάποιοι που δήλωσαν πολύ καλή υγεία, φάνηκαν να μην είναι ικανοποιημένοι από τη διακριτικότητα των γιατρών. Με άλλα λόγια, συμπεραίνουμε, ότι η σημερινή κατάσταση της υγείας των ατόμων επηρεάζει τις απαντήσεις των ατόμων στην ερώτηση τύπου IRT «Πώς θα χαρακτηρίζατε τη διακριτικότητα των γιατρών», αλλά δεν επηρεάζει τις απαντήσεις των ατόμων σε καμία ερώτηση τύπου Likert.

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια συγκριτικής αξιολόγησης δύο διαφορετικού τύπου ερωτηματολογίων μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ενός νοσοκομείου. Τα δύο εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ερωτήσεις δομημένες σύμφωνα με την κλίμακα Likert (4βάθμια) και ερωτήσεις «επιλογής απόκρισης συγκεκριμένου στοιχείου» (Item-Specific Response Options).

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Αλετρά Β, Νιάκα Δ και Παπαχρήστου Ε, (βλ. και Αλετράς, Μπασιούρη, Κοντοδημόπουλος, Ιωαννίδου, Νιάκας 2009) το οποίο έχει δοκιμασθεί και σε προγενέστερες μελέτες ικανοποίησης. Έπειτα από ορισμένες αλλαγές διαμορφώθηκε το τελικό ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε και ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά και άλλα κοινωνικο-οικονομικά

χαρακτηριστικά του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 239 νοσηλευμένους ασθενείς του νοσοκομείου και το ποσοστό απόκρισης έφτασε το 79,6%.

Στην έρευνα υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί. Καταρχήν το δείγμα που συλλέχτηκε ήταν σχετικά μικρό. Δεύτερον, αυτό που μελετήσαμε ήταν κυρίως αν διαφέρουν τα αποτελέσματα ικανοποίησης μεταξύ των δύο κλιμάκων, καθώς και έλεγχος αξιοπιστίας με την ανάλυση Cronbach α , χωρίς να διερευνηθεί ποια κλίμακα είναι καλύτερη από άποψη εγκυρότητας.

Αρχικά έγινε έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών του δείγματος και εφόσον δεν διαπιστώθηκε κανονική κατανομή, προχωρήσαμε σε τεστ διαμέσων. Σύμφωνα με τον πίνακα διαφορών των διαμέσων (Πίνακας 8) παρατηρούμε ότι στις περισσότερες μεταβλητές οι διάμεσοι είναι ίσοι είτε με Likert είτε με IRT. Ωστόσο, σε μερικές μεταβλητές οι διάμεσοι διαφέρουν, όπως στις μεταβλητές Q9, Q10 και Q12, αλλά δε διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό.

Παρατηρούμε ότι το ενδοτεταρτομοριακό εύρος για τις περισσότερες μεταβλητές είναι ίδιο και για τις ερωτήσεις Likert και για τις ερωτήσεις IQR. Το ίδιο διαπιστώνουμε και για τις ελάχιστες και μέγιστες τιμές (Min – Max Values) των μεταβλητών του ερωτηματολογίου.

Στη συνέχεια, και αφού αθροίσαμε τα ποσοστά των δύο θετικών επιλογών των 4-βαθμων κλιμάκων Likert και IRT πραγματοποιήσαμε έλεγχο McNemar, προκειμένου να ελεγχθεί εάν οι διαφορές στα ποσοστά των θετικών απαντήσεων μεταξύ των κλιμάκων Likert και IRT είναι στατιστικά σημαντικές.

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαφοράς ποσοστών (Πίνακας 9) παρατηρούμε, ότι τα ποσοστά που αφορούν στις θετικές απαντήσεις δεν είναι ίδια για τις ερωτήσεις Likert και για τις ερωτήσεις IRT. Διαπιστώνουμε, ότι οι κρίσιμες τιμές (p-values) για τις θετικές απαντήσεις των μεταβλητών Q2, Q4, Q5, Q6 και Q9 ισούνται με $p < 0.05$, οπότε τα ποσοστά της ερώτησης Likert για τις απαντήσεις αυτές διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά από τα αντίστοιχα ποσοστά της ερώτησης IRT.

Επίσης διαπιστώνουμε ότι, ως προς τις οχτώ ερωτήσεις που αφορούν στο νοσηλευτικό προσωπικό, μόνο η Q1 που αφορά στο ενδιαφέρον των νοσηλευτών έχει

μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στην ερώτηση Likert από το αντίστοιχο ποσοστό της ερώτησης IRT. Οι υπόλοιπες επτά ερωτήσεις (Q2-Q8) έχουν μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στην ερώτηση IRT από το αντίστοιχο της ερώτησης Likert. Πρόκειται για τις ερωτήσεις που αφορούν στην ευγένεια, στην επεξήγηση των ιατρικών διαδικασιών, στην ανταπόκριση σε ερωτήσεις, στο βαθμό συζήτησης των φόβων και ανησυχιών των ασθενών, στο χρόνο ανταπόκρισης σε περίπτωση κλήσης, στο σεβασμό και στη διακριτικότητα.

Αυτό συμφωνεί με τη βιβλιογραφία (Meriç 1994), ότι οι απαντήσεις σε ερωτήσεις κλιμάκωσης (συμφωνώ-διαφωνώ) δείχνουν μικρότερη ικανοποίηση των ασθενών από τις απαντήσεις σε ερωτήσεις με επιλογές απάντησης (IRT).

Στη συνέχεια, παρατηρώντας τα ποσοστά στις ερωτήσεις για το ιατρικό προσωπικό, διαπιστώνουμε ότι για τις δύο ερωτήσεις (Q9, Q10) που αφορούν στον έλεγχο της πορείας της υγείας και στην ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας, το ποσοστό της ερώτησης Likert για τις θετικές απαντήσεις είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό της ερώτησης IRT. Το ποσοστό της ερώτησης Likert για τις θετικές απαντήσεις των άλλων δύο μεταβλητών (Q11, Q12) που αφορούν τη διακριτικότητα και τη διαθεσιμότητα είναι ίσο με το αντίστοιχο ποσοστό της ερώτησης IRT.

Με άλλα λόγια, το ποσοστό της ερώτησης Likert για τις θετικές απαντήσεις κάποιων μεταβλητών του ερωτηματολογίου διαφέρει στατιστικά σημαντικά από το αντίστοιχο ποσοστό της ερώτησης IRT., αλλά το μέγεθος των διαφορών αυτών διαφέρει στο δείγμα μας.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από τον πίνακα συσχετίσεων (Πίνακας 10) είναι ότι όλες οι μεταβλητές Likert συσχετίζονται με τις αντίστοιχες μεταβλητές IRT του ερωτηματολογίου αλλά οι συσχετίσεις δεν είναι ισχυρές. Αυτό επιβεβαιώνει την ύπαρξη σημαντικών διαφορών στα αποτελέσματα ερωτηματολογίων με την κλίμακα Likert και των αντίστοιχων με κλίμακα IRT.

Στη συνέχεια εξετάστηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Στην πρώτη έρευνα η ανάλυση Cronbach α για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνάφειας των ερωτήσεων σχετικά με την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό ανέδειξε πολύ καλή

αξιοπιστία, ενώ στη δεύτερη έρευνα για την ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό, ο δείκτης Cronbach α ανέδειξε αποδεκτή αξιοπιστία. Τα αποτελέσματα αυτά δικαιώνουν τη χρήση στην παρούσα έρευνα των δύο κλιμάκων παλαιότερης έρευνας ικανοποίησης. Επιπλέον, δείχνουν ότι δεν υπερτερεί απόλυτα κάποια από τις δύο μεθόδους (Likert, IRT) ως προς την επίτευξη αξιόπιστων κλιμάκων.

Τέλος, στον έλεγχο ανεξαρτησίας των μεταβλητών του ερωτηματολογίου από τα δημογραφικά στοιχεία, συνοπτικά συμπεραίνουμε, ότι το φύλο και η οικονομική κατάσταση επηρεάζουν τις απαντήσεις των ατόμων μόνο σε ερωτήσεις τύπου Likert, ενώ η σημερινή κατάσταση της υγείας των ατόμων επηρεάζει μόνο ερωτήσεις τύπου IRT. Παράλληλα, το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων επηρεάζει απαντήσεις σε ερωτήσεις και τύπου Likert και τύπου IRT, ενώ αντίθετα η ηλικία των ατόμων δεν επηρεάζει καμία ερώτηση ούτε τύπου Likert ούτε τύπου IRT. Τα συμπεράσματα αυτά θεωρούνται στατιστικώς σημαντικά.

Ο παράγοντας που αφορά το φύλο και την οικονομική κατάσταση, σύμφωνα με την βιβλιογραφία που παρατέθηκε, δεν έχει αποσαφηνιστεί αν επηρεάζει την ικανοποίηση. Συνεπώς, από τα αποτελέσματά μας δεν μπορούμε να προβούμε σε ένα ασφαλές συμπέρασμα.

Οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς τείνουν να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, σύμφωνα με την βιβλιογραφία κάτι που δε φάνηκε να εξάγεται ως συμπέρασμα από τα αποτελέσματά μας, σύμφωνα με τα οποία η ηλικία δεν επηρεάζει τις απαντήσεις ούτε στις ερωτήσεις τύπου Likert ούτε σε αυτές που είναι τύπου IRT.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι περισσότερο μορφωμένοι εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, κάτι που διαφαίνεται και από την παρούσα έρευνα στην οποία οι πιο μορφωμένοι ασθενείς δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό μη ικανοποιημένοι από τον σεβασμό των νοσηλευτών και από το πόσο συχνά οι γιατροί περνούσαν για να ελέγχουν την υγεία τους.

Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, σύμφωνα με έρευνες, η κακή κατάσταση της υγείας επιδρά αρνητικά στην ικανοποίηση των ασθενών. Αυτό δεν επιβεβαιώθηκε στην

παρούσα έρευνα, καθώς κάποιοι που δήλωσαν πολύ καλή υγεία, φάνηκαν να μην είναι ικανοποιημένοι από μία μεταβλητή που αφορούσε στη διακριτικότητα των γιατρών.

Επιβεβαιώνεται από τα παραπάνω, συνεπώς, η ανησυχία, ότι σε μία έρευνα ικανοποίησης ασθενών, τα αποτελέσματα εξαρτώνται σημαντικά από τη μέθοδο μέτρησης που χρησιμοποιείται. Οι Ware et al (1976) απέδειξαν σημαντικές διαφορές στην ικανοποίηση η οποία αναφέρεται από τους ίδιους ασθενείς με διαφορετικές όμως μεθόδους μέτρησης. Το ποσοστό θετικών απαντήσεων από τους ίδιους συμμετέχοντες σε πέντε διαφορετικές προσεγγίσεις μέτρησης, κυμάνθηκε από 1% ως 77%. Ο Counte (1979), επίσης, διαπίστωσε σημαντική διακύμανση στην ικανοποίηση, ανάμεσα σε τρεις ευρέως χρησιμοποιούμενες μεθόδους: μία καθολική μέτρηση της γενικής ικανοποίησης, τη μέτρησης με την κλίμακα Likert και σημασιολογικά διαφορικές κλιμακωτές μετρήσεις των διαστάσεων υπηρεσιών υγείας. Σταθερά, μετρήθηκε χαμηλότερη ικανοποίηση από τους ίδιους ερωτηθέντες όταν χρησιμοποιήθηκε κλίμακα αξιολόγησης (καθόλου, αρκετά, καλά, πολύ καλά, άριστα) συγκριτικά με μία έξι σημείων κλιμακωτή μέτρηση που κυμαινόταν από «εξαιρετικά ικανοποιημένος έως «πολύ δυσαρεστημένος» (Ross et al 1995).

Παρομοίως, χαμηλά αποτελέσματα σε ερωτήσεις τύπου διαφωνώ – συμφωνώ σε σχέση με ερωτήσεις απόκρισης συγκεκριμένου στοιχείου, διαπιστώθηκαν από τον Scherpenzeel και Saris (1997). Ωστόσο, οι Berkowitz και Wolken (1964) βρήκαν μία μικρή τάση προς την αντίθετη κατεύθυνση (Saris et al 2010). Δεν προκύπτουν συνεπώς, σαφή ευρήματα ως προς το αν κάποια κλίμακα υπερτερεί έναντι κάποιας άλλης, με αποτέλεσμα να υπάρχουν διακυμάνσεις στην ικανοποίηση ανάλογα με το ποια μέθοδος μέτρησης ακολουθείται.

Τόσο η συνολική ικανοποίηση των ασθενών γενικά από την παραμονή του στο νοσοκομείο όσο και οι αξιολογήσεις της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας είναι πολύ υψηλές. Υπάρχει ελαφρώς μεγαλύτερη ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στο γεγονός ότι οι ασθενείς δεν κατανοούν πλήρως το έργο των ιατρών είτε σε φόβο των ασθενών να εκφραστούν, καθώς θεωρούν ότι μία κακή κριτική στο έργο των ιατρών μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας.

Η συστηματική χρήση εργαλείων μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών κρίνεται ως απαραίτητη για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στους χρήστες υπηρεσιών υγείας. Τα οφέλη που προκύπτουν από την αξιολόγηση της ικανοποίησης αφορούν τόσο στους ίδιους τους ασθενείς (υγειονομικά, ψυχολογικά,) όσο και στους επαγγελματίες υγείας (οικονομικά, επιβράβευση έργου τους, εμπιστοσύνη από τους ασθενείς). Επίσης, βοηθά γενικότερα στη βελτίωση του συστήματος υγείας του πληθυσμού που αποτελεί από τα βασικότερα αγαθά.

Επίσης, καθόσον με την παρούσα έρευνα επιβεβαιώνονται προηγούμενα ευρήματα, ότι διαφορετικές μέθοδοι μπορεί να δώσουν διαφορετικά αποτελέσματα ως προς την ικανοποίηση, μέχρι να διευκρινιστεί ποια κλίμακα υπερτερεί ως προς την εγκυρότητα, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή όταν φορείς άσκησης πολιτικής χρησιμοποιούν επίσημα αποτελέσματα ικανοποίησης για την αξιολόγηση νοσοκομείων.

Οι μελλοντικοί ερευνητές από την πλευρά τους θα πρέπει να εστιαστούν περισσότερο όταν κάνουν έρευνα για ικανοποίηση και να προχωρούν σε έλεγχο εγκυρότητας της κλίμακας που χρησιμοποιούν. Μία πιθανή μέθοδος θα ήταν η χρησιμοποίηση μοντέλων δομικών εξισώσεων (Structural Equation Modeling Techniques) (Keller et al. 1998, Schumacker & Lomax 2015).

Η έρευνα που έγινε δεν είχε σκοπό να διαπιστώσει ποια από τις δύο κλίμακες Likert και IRT υπερτερεί έναντι της άλλης. Απλά διαπιστώσαμε κάποιες διαφορές μεταξύ τους και έγινε έλεγχος αξιοπιστίας. Στόχος μας είναι η περαιτέρω αξιοποίηση των δεδομένων αυτών χρησιμοποιώντας τα μοντέλα δομικών εξισώσεων, ώστε να διερευνηθεί η εγκυρότητα των δυο κλιμάκων.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

8.1 Ξενόγλωσση

Abdellah, F.G., & Levine, E. (1965), Better Patient Care through Nursing Research. *International Journal of Nursing Studies*, 2, 1-12.

Abramovitz, S., Cote', A.A., & Berry, E. (1987), Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 13(4), 122-130.

An, X. & Yung, Y.-F. (2014), Item Response Theory: What It Is and How You Can Use the IRT Procedure to Apply It. *SAS Institute Inc*.

Aletras, V.H., Papadopoulos, E.A. & Niakas, D.A. (2006), Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC Health Services Research*, 6(1).

Alphen, A. et al. (1994), Likert or Rasch? Nothing is more applicable than good theory. *Journal of Advanced Nursing*, 20(1), pp.196–201.

Almeida, R., Bourliataux-Lajoinie, S. and Martins, M. (2015), Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), pp.11-25.

Anderson, L.A., Zimmerman, M.A. (1993), Patient and physicians perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management. *Patient Education and Counseling*, 20,27-36.

Anon, ECSI - European Customer Satisfaction Index. *European Customer Satisfaction Index (ECSI) - RelationMonitor*. Available at:

https://relationmonitor.dk/uk/analysis/about_our_research/effektprofil_analysis/european_customer_satisfaction_index_ecsi [Accessed January 25, 2019].

Anon, National and cross-national surveys of patient experiences ... Available at:

<http://www.oecd.org/els/health-systems/39493930.pdf> [Accessed January 25, 2019].

Anon, (2003), Assessing response rates and nonresponse bias in web and paper surveys. *Research in Higher Education*, 44(4). Available at:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.465.57&rep=rep1&type=pdf>.

- Arnetz, J. & Arnetz, B. (1996), The Development and Application of a Patient Satisfaction Measurement System for Hospital-wide Quality Improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(6), pp.555-566.
- Carey, R. G., & Seibert, J.H. (1993), A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. *Medical Care*, 31(9), 834-845.
- Ciavolino, E. & Dahlgaard, J.J. (2007), ECSI – Customer Satisfaction Modeling and Analysis: A Case Study. *Total Quality Management & Business Excellence*, 18(5), pp.545–554.
- Carr-Hill, R.A. (1992), The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14, 236-249.
- Cohen, G. (1996), Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science & Medicine*, 42(7), 1085-1093.
- Cole, K.M. & Paek, I. (2017), proc irt: a sas Procedure for Item Response Theory. *Applied Psychological Measurement*, 41(4), pp.311–320.
- Coyle, J. (1999), Exploring the meaning of ‘dissatisfaction’ with health care: the importance of ‘personal identity threat.’ *Sociology of Health and Illness*, 21(1), pp.95–124.
- Crow, R. et al. (2002), The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6 (32).
- Delnoij, D.M.J. (2009), Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England? *The European Journal of Public Health*, 19(4), pp.354–356.
- Dittrich, R. et al. (2007), A paired comparison approach for the analysis of sets of Likert-scale responses. *Statistical Modeling: An International Journal*, 7(1), pp.3–28.
- Donabedian, A. (1980), *Explorations in quality assessment and monitoring*. The University of Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1992), “Quality assurance in Health Care: customer’s role”. *Quality in Health Care*, vol 1, pp 247-251.
- Edwards, K., Walker, K. & Duff, J. (2015), Instruments to measure the inpatient hospital experience: A literature review. *Patient Experience Journal*, 2(2), pp.77–85. Available at: <https://pxjournal.org/>.

Embretson, S.E. & Reise, S.P. (2001), *Item response theory for psychologists*, Mahwah, NJ: Erlbaum.

Georgoudi, E., Kyriazis, S., Mihalache, A., Kourkouta, L. (2017), Measurement of Patient Satisfaction as a Quality Indicator of Hospital Health Services: The Case of Outpatient Clinics in General Hospital. *Science Journal of Public Health*, 5(2), p.128.

Etter, J., Perneger, T.V., 1997, Quantitative and qualitative assessment of patient satisfaction in a managed care plan, *Evaluation and Program Planning*, 20,129-135

Farley, H., Enguidanos, E., Coletti, C., Honigman, L., Mazzeo, A., Pinson, T., Reed, K. and Wiler, J. (2014), Patient Satisfaction Surveys and Quality of Care: An Information Paper. *Annals of Emergency Medicine*, 64(4), pp.351-357.

Ferrara, M., Converso, D. and Viotti, S. (2013), Patient satisfaction and occupational health of workers in hospital care setting: Associations and reciprocity. *Health*, 05(10), pp.1622-1628.

Fitzpatrick, R. and Hopkins, A. (1983), Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness*, 5(3), pp.297-311.

Fitzpatrick, R. (1984), Satisfaction with healthcare. In the experience of illness, ed. R. Fitzpatrick, Tavistock, London,154-175

Gliem, J.A. and Gliem, R.R. (2003), Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. *Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, Columbus*, 82-88.

Gill, L. and White, L. (2009), A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), pp.8-19.

Grogan, S. (2000), Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Quality in Health Care*, 9(4), pp.210-215.

Guzman, P., Sliepcevich, E., Lacey, E., Vitello, E., Matten, M., Woehlke, P. and Wright, W. (1988), Tapping patient satisfaction: a strategy for quality assessment. *Patient Education and Counseling*, 12(3), pp.225-233.

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

- Harvey, R.J. & Hammer, A.L. (1999), Item Response Theory. *The Counseling Psychologist*, 27(3), pp.353–383.
- Herzberg, F., Mausner, B., Synderman, B. (1959), The motivation to work. NY: Wiley.
- Imperato, J., Morris, D., Sanchez, L. and Setnik, G. (2013), Improving patient satisfaction by adding a physician in triage. *Journal of Hospital Administration*, 3(1).
- Javeau, C. (1996), «Η έρευνα με ερωτηματολόγιο», εκδ.Τυποθήτω, Αθήνα, σελ. 58-67, 94-188
- Jenkinson, C. (2002), Patients experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), pp.335–339.
- Jones, T., Baxter, M. & Khanduja, V. (2013), A quick guide to survey research. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 95(1), pp.5–7.
- Kalda, R., Polluste, K., Lember, M. (2003), Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician, *Health Policy*, 64, 55-62.
- Kandelaki, K. et al. (2016), Patient-centredness as a quality domain in Swedish healthcare: results from the first national surveys in different Swedish healthcare settings. *BMJ Open*, 6(1).
- Keller, S.D. et al. (1998), Use of Structural Equation Modeling to Test the Construct Validity of the SF-36 Health Survey in Ten Countries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), pp.1179–1188.
- Krowinski, W.J., Steiber, S.R. (1996), *Measuring and Managing Patient Satisfaction*. Illinois: American Hospital Publishing.
- Langen, I., Myhren, H., Ekeberg, O., Stokland, O. (2005), Patient’s satisfaction and distress compared with expectations of the medical staff, *Patient Education and Counselling*.
- Linder-Pelz, S. (1982), “Toward a theory of patient satisfaction”, *Social Science & Medicine*, Vol. 16 No. 5, pp. 577-82.
- Locker, D. & Dunt, D. (1978), Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine. Medical Psychology and Medical Sociology*, 12(4), pp.283–292.

- Matis, G.K., Birbilis, T.A. & Chrysou, O.I. (2009), Patient satisfaction questionnaire and quality achievement in hospital care: the case of a Greek public university hospital. *Health Services Management Research*, 22(4), pp.191–196.
- Meric, H.J. (1994), The Effect of Scale Form Choice on Psychometric Properties of Patient Satisfaction Measurement. *Health Marketing Quarterly*, 11(3-4), pp.27–40.
- Merkouris, Yfantopoulos, Lanara and Lemonidou (1999), Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. *Journal of Nursing Management*, 7(2), pp.91-100.
- Mohan, L., C. Pellet, M. Cloitre, and R. Bonnecaze (2013), “Local mobility and microstructure in periodically sheared soft particle glasses and their connection to macroscopic rheology,” *J. Rheol.* 57, 1023–1046.
- Moumtzoglou, A., Dafogianni, C., Karra, V., Michailidou, D., Lazarou, P. and Bartsocas, C. (2000), Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(4), pp.331-337.
- Naidu, A., (2009), Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), pp.366–381.
- Nunnally, J.C., 1978. *Psychometric theory* 2nd ed., New York: McGraw - Hill.
- O Malley, J.F., (1997), *Ultimate patient satisfaction: designing, implementing, or rejuvenating an effective patient satisfaction and TQM program*, New York: McGraw-Hill, p.p.4, 214.
- Onyeka, O.U. (2014), Patient satisfaction in healthcare delivery-a review of current approaches and methods. *European Scientific Journal*, 10 (25).
- Pascoe, G. (1983), Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Programm Planning*, 6, 189.
- Pascoe, G., Atkinson, C. (1983), The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 335-347.
- Petersen, M. B. (1988), Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 25-35.
- Riffenburgh, R. H. (2012), *Statistics in Medicine: R.H. Riffenburgh*. Amsterdam: Elsevier.

- Ross, C.K., Steward, C.A. & Sinacore, J.M. (1995), A Comparative Study of Seven Measures of Patient Satisfaction. *Medical Care*, 33(4), pp.392–406.
- Rubin, H.R. (1990), Can patients evaluate the quality of hospital care? *Medical Care Review*, 47, 267-326.
- Saris, W., Revilla, M., Krosnick, J., Shaeffer, E. (2010), Comparing Questions with Agree/Disagree Response Options to Questions with Item-Specific Response Options. *Survey Research Methods*, Vol.4, No.1, pp. 61-79. Available at: www.surveymethods.org.
- Sax, L.J., Gilmartin, S.K. & Bryant, A.N. (2003), Assessing Response Rates and Nonresponse Bias in Web and Paper Surveys. *Research in Higher Education*, 44(4), pp.409–432. Available at: <https://link.springer.com/journal/11162>.
- Sharma,T. (1992), “Patient Voices”, *Health Services Journal*, January 1992, pp. 20-21.
- Shelton, P.J. (2000), *Measuring and improving patient satisfaction*, Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, p.p.1,3,7.
- Sitzia, J. and Wood, N. (1997), Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), pp.1829-1843.
- Smith, C. (1992), Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, 4(3), 171-177.
- Smith, W. (2008), Does gender influence online survey participation?: A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior. *Faculty publications*. Available at: https://scholarworks.sjsu.edu/elementary_ed_pub.
- Spector, P.E. (1992), *Summated Rating Scale Construction : An Introduction Sage University Papers Series. Quantitative Applications in the Social Sciences*, Newbury Park London New Delhi: Sage Publications, Inc.
- Staniszewska, S. and Ahmed, L. (1999), The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care?. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), pp.364-372.
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011), Making sense of Cronbachs alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, pp.53–55.
- Turris, S.A. (2005), Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), pp.293–298.

- Verbeek, J., Van Dijk F., Rasanen K, Piirainen H., Kankaanpaa E., Hulsehof C. (2001), Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured? *Occup. Environ. Med.*, 58,1-6.
- Ware, J.E. et al. (1983), Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), pp.247–263.
- Warne, R. T. (2016), Testing Spearman's hypothesis with advanced placement examination data. *Intelligence*, 57, 87-95. doi:10.1016/j.intell.2016.05.002
- Weisman, C., S., Schiffrin, E., Romans, M., Clancy, C.M. (2001), Analysis of the 1999 HEDIS/CAHOS 2.0 H adult survey, *Elsevier science Inc.*
- Williams, B. (1994), Patient satisfaction: A valid concept?. *Social Science & Medicine*, 38(4), pp.509-516.
- Williams, S.J., Canlan, M. (1991), Convergence and divergence : assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science and Medicine*, 33, 707-716.
- Williams, B., Coyle, J. & Healy, D. (1998), The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47(9), pp.1351–1359.
- Yang, F. & Kao, S. (2014), Item response theory for measurement validity. *Shanghai Arch Psychiatry*, 3(26), pp.171–177.

8.2 Ελληνόγλωσση

- Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., Νιάκας, Δ. (2007), Ερωτηματολόγιο Μέτρησης της Ικανοποίησης των Επισκεπτών των Εξωτερικών Ιατρικών Οφθαλμολογικής Κλινικής Ελληνικού Δημόσιου Νοσοκομείου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τόμος 24, τεύχος 1, σελ. 89-96.
- Αλετράς, Β, Μπασιούρη, Φ., Κοντοδημόπουλος, Ν, Ιωαννίδου, Δ., Νιάκας, Δ. (2009), Ανάπτυξη Ελληνικού Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης Νοσηλευθέντων Ασθενών και Έλεγχος των Βασικών του Ψυχομετρικών Ιδιοτήτων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τόμος 26, σελ. 79-89.
- Αντεριώτη, Π., Αντωνίου Γ. (2014), Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεγχειριτική Νοσηλευτική*, Τόμος 1, Τεύχος 1, σελ. 62-68.

Βενιού, Α., Τεντολούρης, Ν. (2013), Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5):316-324.

Θεοδώρου, Μ. (1992), Ο ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας. *Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ*, 3,1, Αθήνα, σελ. 41-47.

Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Πατέρας, Ι., Βουρλιώτου, Κ., Γιαννουλάτος, Π. (2013), Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3):613-618.

Τούντας, Γ., Λοπατατζίδης, Θ, Χουλιάρα, Λ. (2003), «Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες», περ. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20 (5). Σελ. 497-503.

Φρεγγίδου, Ε., Γαλάνης, Π., Ζαφειροπούλου, Μ., Διακουμής, Γ., Παπαδόπουλος, Ρ., Παπαγιάννη, Α., Θεοδώρου Μ. (2016), Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς. *Αρχεία της Ελληνικής Ιατρικής* 2017, 34(2):236-243.

Ραφτόπουλος, Β. & Θεοδοσοπούλου, Ε. (2002), Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 19(5), 577-89.

9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

9.1. Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Γεια σας. Διεξάγουμε μία έρευνα για το πόσο ικανοποιημένος/η ή δυσαρεστημένος/η είστε από την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ». Να σας τονίσω ότι διεξάγω την έρευνα σαν ανεξάρτητη επιστήμονας. Επίσης, ότι τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν κρυφά και θα καταστραφούν μετά το τέλος της έρευνας. Μπορείτε έτσι ελεύθερα να διατυπώσετε τις απόψεις σας.

Θα θέλατε παρακαλώ να συμμετάσχετε;

Η έρευνα δεν θα διαρκέσει περισσότερο από 10-12 λεπτά.

Παρακαλούμε θυμηθείτε ότι οι απαντήσεις σας πρέπει να αναφέρονται στην πιο πρόσφατη παραμονή σας στο νοσοκομείο.

Τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν από όσους περνούν την Ερώτηση:

Φίλτρο:

Είστε άνω των 18 ετών;

Ναι:



(Αν δεν περάσει από την ερώτηση φίλτρο σταματούμε την έρευνα λέγοντας:

Ευχαριστούμε πολύ, αλλά δεν μπορούμε να συνεχίσουμε την έρευνα γιατί.....

Αρχικά, θα ήθελα να σας ρωτήσω πως εισαχθήκατε στο νοσοκομείο.

Εισαχθήκατε ως επείγον περιστατικό ή προσχεδιασμένα;

Επείγον/ τηλέφωνο στο166/άμεση παραπομπή

Λίστα αναμονής ή προσχεδιασμένα

Θα ήθελα τώρα να σας διαβάσω ορισμένες προτάσεις που αφορούν γενικά την εμπειρία σας από τη νοσηλεία στο Νοσοκομείο και θα ήθελα να μου πείτε για κάθε μία από αυτές πόσο θα λέγατε πως συμφωνείτε ή διαφωνείτε.

	Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
1. Οι νοσηλευτές έδειξαν ενδιαφέρον κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας					
2. Οι νοσηλευτές ήταν αγενείς					
3. Οι νοσηλευτές σας εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο τις ιατρικές διαδικασίες όπως π.χ. τις εξετάσεις που έπρεπε να κάνετε					
4. Οι νοσηλευτές ήταν απρόθυμοι να απαντήσουν στις ερωτήσεις σας					
5. Οι νοσηλευτές συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας					
6. Οι νοσηλευτές καθυστερούσαν να έρθουν όταν το ζητούσατε					
7. Οι νοσηλευτές σας					

- φέρθηκαν με σεβασμό
8. Οι νοσηλευτές ήταν διακριτικοί
 9. Οι γιατροί περνούσαν για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας
 10. Οι γιατροί σας κράτησαν ενήμερο για την κατάσταση της υγείας σας
 11. Οι γιατροί ήταν διακριτικοί
 12. Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό
 13. Οι προγραμματισμένες διαδικασίες όπως η επέμβαση, οι ακτινογραφίες, οι εξετάσεις, γίνονταν χωρίς καθυστέρηση.
 14. Γενικά, από την παραμονή σας στο νοσοκομείο είστε ικανοποιημένος/η

Θα ήθελα τώρα να μιλήσουμε πιο συγκεκριμένα για την εμπειρία σας από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

1. Αρχικά, ποια ήταν η στάση των νοσηλευτών απέναντί σας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας; Θα λέγατε ότι έδειξαν:

Μεγάλο ενδιαφέρον	
Μέτριο ενδιαφέρον	

Μάλλον αδιαφορία	
Πλήρη αδιαφορία	

2. Ποια από τις παρακάτω φράσεις θα χαρακτήριζε καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο σας αντιμετώπισε το νοσηλευτικό προσωπικό...Θα λέγατε ότι ήταν:

Πολύ ευγενικό	
Μάλλον ευγενικό	
Μάλλον αγενές	
Πολύ αγενές	

3. Και πώς θα χαρακτηρίζατε τις οδηγίες που σας έδωσαν για τις ιατρικές διαδικασίες δηλαδή εξετάσεις από τους γιατρούς, ακτινογραφίες και άλλες διαδικασίες...;

Πολύ κατανοητές	
Μάλλον κατανοητές	
Μάλλον μπερδεμένες	
Πολύ μπερδεμένες	

4. Και αναφορικά με την ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού σε ερωτήσεις που θέλατε να τους κάνετε, θα λέγατε πως ήταν...

Πολύ πρόθυμο	
Μάλλον πρόθυμο	
Μάλλον απρόθυμο	
Τελείως απρόθυμο	

5. Γενικά, σε ποιο βαθμό θα λέγατε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό συζητούσε μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας...

Σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό	
Μάλλον σε ικανοποιητικό βαθμό	
Μάλλον σε μη ικανοποιητικό βαθμό	
Σε καθόλου ικανοποιητικό βαθμό	

6. Και όταν καλούσατε το νοσηλευτικό προσωπικό να έρθει, αυτό ανταποκρινόταν...

Πολύ γρήγορα	
Μάλλον γρήγορα	
Μάλλον αργά	
Πολύ αργά	

7. Γενικά θα λέγατε πως οι νοσηλευτές σας συμπεριφέρθηκαν....

Με απόλυτο σεβασμό	
Μάλλον με σεβασμό	
Μάλλον χωρίς σεβασμό	
Χωρίς καθόλου σεβασμό	

8. Και θα λέγατε ότι οι νοσηλευτές ήταν...

Πολύ διακριτικοί	
Μάλλον διακριτικοί	
Μάλλον αδιάκριτοι	
Πολύ αδιάκριτοι	

Κλείνοντας, θα ήθελα να σας κάνω και ορισμένες ερωτήσεις για το ιατρικό προσωπικό...

9. Πόσο συχνά θα λέγατε πως οι γιατροί περνούσαν για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας....

Πολύ συχνά	
Μάλλον συχνά	
Μάλλον σπάνια	
Πολύ σπάνια	

10. Πως θα χαρακτηρίζατε την ενημέρωση που σας παρείχαν οι γιατροί για την κατάσταση της υγείας σας;

Σίγουρα επαρκή	
Μάλλον επαρκή	

Μάλλον ανεπαρκή	
Σίγουρα ανεπαρκή	

11. Πως θα χαρακτηρίζατε τη διακριτικότητα των γιατρών;

Πολύ διακριτικοί	
Μάλλον διακριτικοί	
Μάλλον αδιάκριτοι	
Πολύ αδιάκριτοι	

12. Θα λέγατε πως οι γιατροί όταν θέλατε να ρωτήσετε κάτι σημαντικό ήταν...;

Πάντα διαθέσιμοι	
Τις περισσότερες φορές διαθέσιμοι	
Τις περισσότερες φορές δεν ήταν διαθέσιμοι	
Ποτέ δεν ήταν διαθέσιμοι	

Και κάποιες τελευταίες ερωτήσεις αποκλειστικά και μόνο για στατιστικούς λόγους...

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Τι ηλικία έχετε;

- 18-30
- 31-44
- 45-60
- 61-74
- Άνω των 75

Μορφωτικό επίπεδο:

- Αναλφάβητος
- Απολυτήριο Δημοτικού
- Απολυτήριο Γυμνασίου/Λυκείου
- Ανώτερη Σχολή (ΤΕΙ, ΙΕΚ)/Ανώτατη Σχολή (ΑΕΙ)
- Μεταπτυχιακός Τίτλος Σπουδών/Διδακτορικό

Ποια από τις παρακάτω φράσεις εκφράζει καλύτερα την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού σας;

- Δεν τα βγάζω πέρα
- Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες
- Τα βγάζω πέρα αλλά δε μου μένουν και πολλά στην άκρη
- Είμαι άνετος οικονομικά
- ΔΞ/ΔΑ

Πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας σήμερα;

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή