



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Διπλωματική Εργασία

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

της

ΜΑΣΤΡΟΓΙΑΝΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

κα ΓΚΟΤΖΑΜΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων

Ιανουάριος 2016

**Αφιερώνεται σε όλους όσους
συνεχίζουν να ονειρεύονται
και να προσπαθούν...**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ανθρώπους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτού του δύσκολου εγχειρήματος.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα αναπληρώτρια καθηγήτρια, κα Κατερίνα Γκοτζαμάνη, για την εποπτεία, την πολύτιμη βοήθεια και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε.

Θερμές ευχαριστίες απευθύνω και στον κο Δημήτρη Καφετζόπουλο, του οποίου η συμβολή στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων υπήρξε καθοριστική για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου, τους φυσικοθεραπευτές του ΠΕΔΥ της 3^{ης} ΥΠΕ, καθώς και τη διοίκηση της υπηρεσίας, χωρίς τη βοήθεια των οποίων θα ήταν αδύνατη η συλλογή των δεδομένων, αλλά και η ομαλή περάτωση των σπουδών μου εν γένει.

Τέλος, δεν υπάρχουν λόγια για να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, που τόσα χρόνια, αγόγγυστα, με υπομονή, και προπαντός, με αγάπη, στηρίζει τα όνειρά μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η μετάφραση, η διαπολιτισμική προσαρμογή και η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων, πρακτικής εφαρμογής, αξιοπιστίας κι εγκυρότητας, ενός ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας στις δομές του ελληνικού Πρωτοβάθμιου Εθνικού Συστήματος Υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στους ασθενείς του φυσικοθεραπευτηρίου ΠΕΔΥ της 3^{ης} ΥΠΕ στη Θεσσαλονίκη. Η πρακτική του εφαρμογή κρίθηκε από παραμέτρους, όπως είναι ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωσή του, το ποσοστό επιστροφής των ερωτηματολογίων και το ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων. Η αξιοπιστία του υπολογίστηκε με τους συντελεστές Cronbach's alpha, όσον αφορά την εσωτερική συνοχή του, και από τους Intraclass Correlation Coefficient (3,1) και Pearson, για την αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης. Για την εκτίμηση της εγκυρότητάς του διεξήχθη διερευνητική και επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, κι επίσης υπολογίστηκε ο συντελεστής Spearman's rho.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην έρευνα δέχθηκαν να συμμετέχουν 107 ασθενείς, εκ των οποίων οι 72 το συμπλήρωσαν για δεύτερη φορά. Ο μέσος όρος συμπλήρωσης ανερχόταν στα 7 λεπτά και τα ποσοστά αναπάντητων ερωτήσεων ήταν πολύ χαμηλά. Ο συντελεστής Cronbach's alpha, για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, κυμάνθηκε από 0,689-0,866 και κρίθηκε ικανοποιητικός. Ο συντελεστής ενδοταξικής συσχέτισης κυμάνθηκε από 0,634-0,742 και ο Pearson από 0,683-0,761 και κρίθηκαν ικανοποιητικοί. Ο συντελεστής Spearman's rho κυμάνθηκε από 0,638-0,851. Η παραγοντική ανάλυση επιβεβαίωσε την αρχική δομή των 3 παραγόντων που προτάθηκαν από τους σχεδιαστές του ερωτηματολογίου, με ποσοστό εξήγησης της συνολικής διακύμανσης 63,768%. Ωστόσο, προτάθηκε και μία νέα δομή του ερωτηματολογίου, που εξηγεί τη συνολική διακύμανση σε ποσοστό 67,853%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το ερωτηματολόγιο αποδείχθηκε αρκετά πρακτικό κι εύκολο στην εφαρμογή του με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες, οπότε συστήνεται προς

χρήση στους έλληνες φυσικοθεραπευτές. Περαιτέρω έρευνες είναι απαραίτητες προκειμένου να επιβεβαιωθούν σε μεγαλύτερη κλίμακα τα παραπάνω αποτελέσματα, αλλά και για να ερευνηθούν σε βάθος οι ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά της νέας δομής που προέκυψε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

- 1.1 Ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- 1.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα σήμερα
- 1.3 Σημασία της ποιότητας παροχής υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
 - 1.3.1 Έννοια της ποιότητας στην ΠΦΥ
 - 1.3.2 Διαστάσεις της ποιότητας στην ΠΦΥ
- 1.4 Ποιότητα και μέτρησή της στις υπηρεσίες φυσιοθεραπείας: δομή, διαδικασία και αποτελέσματα
- 1.5 Οφέλη και σημασία της ικανοποίησης των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας
- 1.6 Διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας
- 1.7 Μελέτες ικανοποίησης ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας
- 1.8 Σκοπός και σημασία της έρευνας – υποθέσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

- 2.1 Εισαγωγή
- 2.2 Το αρχικό Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ)
- 2.3 Μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή
- 2.4 Πιλοτική φάση της έρευνας
- 2.5 Προϋποθέσεις συμμετοχής στην έρευνα
- 2.6 Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας
- 2.7 Εξέταση ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου
- 2.8 Πρακτική εφαρμογή και αποδοχή από τους συμμετέχοντες
- 2.9 Αξιοπιστία
 - 2.9.1 Αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου
 - 2.9.2 Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας
- 2.10 Εγκυρότητα
 - 2.10.1 Εγκυρότητα όψης
 - 2.10.2 Εγκυρότητα κριτηρίου
 - 2.10.3 Εγκυρότητα περιεχομένου
 - 2.10.4 Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής
 - 2.10.4.1 Παραγοντική εγκυρότητα
 - 2.10.4.2 Συγκλίνουσα εγκυρότητα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

- 3.1 Συμμετέχοντες και ανταποκρισιμότητα στην έρευνα
- 3.2 Περιγραφική ανάλυση των στοιχείων του ερωτηματολογίου
- 3.3 Έλεγχος αξιοπιστίας
 - 3.3.1 Έλεγχος εσωτερικής συνοχής
 - 3.3.2 Αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης
- 3.4 Έλεγχος εγκυρότητας
 - 3.4.1 Εγκυρότητα όψης
 - 3.4.2 Εγκυρότητα περιεχομένου
 - 3.4.3 Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής
 - 3.4.3.1 Συγκλίνουσα εγκυρότητα
 - 3.4.3.2 Παραγοντική εγκυρότητα
- 3.5 Προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

- 4.1 Εισαγωγή
- 4.2 Ερμηνεία αποτελεσμάτων και σύγκριση με παρόμοιες έρευνες
 - 4.2.1 Πρακτική εφαρμογή και αποδοχή από τους συμμετέχοντες
 - 4.2.2 Έλεγχος αξιοπιστίας
 - 4.2.2.1 Έλεγχος εσωτερικής συνοχής
 - 4.2.2.2 Έλεγχος αξιοπιστίας επανεξέτασης
 - 4.2.3 Έλεγχος εγκυρότητας
 - 4.2.3.1 Εγκυρότητα περιεχομένου
 - 4.2.3.2 Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής
 - 4.2.3.2.1 Συγκλίνουσα εγκυρότητα
 - 4.2.3.2.2 Παραγοντική εγκυρότητα
- 4.3 Δυνάμεις και αδυναμίες της έρευνας
 - 4.3.1 Δείγμα της έρευνας
 - 4.3.2 Μεθοδολογία της έρευνας
- 4.4 Συμπεράσματα και προτάσεις για το μέλλον

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά και περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα

Πίνακας 2: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του ερωτηματολογίου

Πίνακας 3: Συσχετίσεις ερωτήσεων – συνολικής κλίμακας και συντελεστές Cronbach's alpha αν η ερώτηση απαλειφθεί.

Πίνακας 4: Συσχετίσεις ερωτήσεων – υποκλίμακας και συντελεστές Cronbach's alpha αν η ερώτηση απαλειφθεί.

Πίνακας 5: Συντελεστές Pearson και Intraclass Correlation Coefficient (3,1)

Πίνακας 6: Αριθμός και ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων ανά μεταβλητή

Πίνακας 7: Συντελεστές συσχέτισης Spearman

Πίνακας 8: Ανάλυση πολλαπλών συνιστωσών των υποκλιμάκων του PSQ-GR

Πίνακας 9: Εύρεση παραγοντικής δομής του PSQ-GR προσαρμοσμένης στα ελληνικά δεδομένα

Πίνακας 10: Τιμές δεικτών προσαρμογής του μοντέλου

Πίνακας 11: Τιμές τυποποιημένων συντελεστών παλινδρόμησης (standardized regression weights)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το βασικό πυλώνα του συστήματος υγείας σε κάθε χώρα. Το ευρύ φάσμα των υπηρεσιών που προσφέρει απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, ο οποίος, είναι κάτι παραπάνω από σίγουρο, ότι κάποια στιγμή θα αποζητήσει τις υπηρεσίες της. Για το λόγο αυτό, τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών της από τη μια μεριά, κι από την άλλη, να μεγιστοποιείται η ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες που αυτή προσφέρει.

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει αναδειχθεί ως ένας από τους σημαντικότερους δείκτες της ποιότητας της υγείας, και γι' αυτόν το λόγο, ανάγεται σε πρωταρχικής σημασίας ζήτημα στα πλαίσια της αξιολόγησης των υπηρεσιών της ΠΦΥ. Οι επιμέρους διαστάσεις της μπορεί να διαφέρουν από υπηρεσία σε υπηρεσία και η μέτρησή της να γίνεται με διάφορους τρόπους. Ένας από αυτούς είναι με τη χορήγηση ερωτηματολογίων που συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς.

Η παρούσα εργασία έχει ως θέμα την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας που προσφέρονται στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, θα εξεταστεί η χρησιμότητα ενός εργαλείου εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών, ενός ερωτηματολογίου, το οποίο προτάθηκε αρχικά από τους Monnin και Perneger, (2002).

Στο πρώτο κεφάλαιο θα δοθεί το θεωρητικό υπόβαθρο που αιτιολογεί την αναγκαιότητα εκπόνησης αυτής της μελέτης. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα αναλυθεί και θα αιτιολογηθεί η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε. Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο τέταρτο, και τελευταίο κεφάλαιο, τα αποτελέσματα που προέκυψαν, ερμηνεύονται και συγκρίνονται με αυτά παρόμοιων ερευνών. Τέλος, συζητούνται οι δυνάμεις και αδυναμίες της έρευνας και γίνονται προτάσεις για το μέλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ο ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δόθηκε το Σεπτέμβριο του 1978, στο Διεθνές Συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που πραγματοποιήθηκε στην Άλμα – Άτα της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί υψίστης σημασίας συνιστώσα τόσο του συνολικού συστήματος υγείας, του οποίου είναι η κεντρική λειτουργία και ο κύριος στόχος, όσο και της γενικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντας την υγειονομική περίθαλψη όσο το δυνατόν πλησιέστερα στα σημεία όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Συνιστά δε το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς δομής παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Εκτός από την περίθαλψη, άλλοι κύριοι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η αποκατάσταση του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης, η κατ' οίκον νοσηλεία, η αγωγή και προαγωγή της υγείας, και η δημόσια υγεία. Όμως, ο βασικός στόχος της ΠΦΥ είναι η πρόληψη, η έλλειψη της οποίας έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία των πολιτών, όσο και στην οικονομική επιβάρυνση της κοινωνικής ασφάλισης κάθε χώρας. (Καδδά και συν., 2010).

Παρ' όλες, ωστόσο, τις προσπάθειες βελτίωσης της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τα συστήματα ΠΦΥ, ακόμα και στις πιο αναπτυγμένες χώρες, παρουσιάζουν φτωχή ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας, όπως προκύπτει από την παγκόσμια βιβλιογραφία. Επιπλέον, παρατηρείται χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών ανά χώρα από τις εν λόγω υπηρεσίες (Καδδά και συν., 2010).

1.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα σήμερα

Στη χώρα μας, ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΠΦΥ, ορίζεται το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Σύμφωνα με το νόμο 4238/2014, οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), στο οποίο υπάγονται πλέον όλες οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας και παρέχει στους πολίτες ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας - πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση - για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Σε αυτές τις υπηρεσίες ανήκουν και οι υπηρεσίες φυσικοθεραπείας που προσφέρονται από τις δημόσιες δομές του ΠΕΔΥ, στην αξιολόγηση της ποιότητας των οποίων θα δώσουμε ιδιαίτερη βαρύτητα.

1.3 Σημασία της ποιότητας παροχής υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Από τα προαναφερθέντα γίνεται φανερή η σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τόσο για τους πολίτες, όσο και για τον κρατικό μηχανισμό. Αφ' ενός μεν, η ΠΦΥ απευθύνεται στο σύνολο των πολιτών, οι οποίοι κάποια στιγμή στη ζωή τους θα χρειαστούν τις υπηρεσίες που αυτή προσφέρει, αφετέρου δε, η ΠΦΥ αποτελεί ένα πολύ σημαντικό τμήμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας κάθε χώρας, οπότε και απαιτεί τα ανάλογα κονδύλια από τον κρατικό προϋπολογισμό. Όπως τονίζουν οι Papp et al., (2014), δεν υπάρχει πια καμιά αμφιβολία ότι η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας και η ελαχιστοποίηση του κόστους τους μπορεί να βελτιωθεί με το να δοθεί έμφαση στην ΠΦΥ.

Τα ανωτέρω σημαίνουν ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται στα πλαίσια της ΠΦΥ θα πρέπει μεν να είναι σε θέση να ικανοποιούν τους πελάτες τους (ασθενείς και εργαζόμενους στις μονάδες της), και θα πρέπει δε να παρέχονται αποτελεσματικά και αποδοτικά, τουτέστιν με το ελάχιστο δυνατό κόστος. Με λίγα λόγια, δηλαδή, οι υπηρεσίες της ΠΦΥ θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από ποιότητα.

Παρακάτω θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε την έννοια και τις διαστάσεις της ποιότητας κατά την παροχή των υπηρεσιών στην ΠΦΥ.

1.3.1 Έννοια της ποιότητας στην ΠΦΥ

Δεδομένου ότι τα ενδιαφερόμενα μέρη που εμπλέκονται στην παραγωγή, παροχή και χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι πολλά (ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς, ασφαλιστικά ταμεία), η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να οριστεί από πολλές διαφορετικές σκοπιές (Papp et al., (2014). Από την πλευρά των ασθενών, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συνεπάγεται τη δυνατότητά τους να επιλέγουν και να έχουν εύκολη πρόσβαση στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο. Από την πλευρά της διοίκησης, ποιότητα στην υγεία σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής και αποδοτικής φροντίδας που θα συνεπάγεται την ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), όπως αναφέρεται στο άρθρο των Τούντα και Οικονόμου, (2007), «ποιότητα αποτελεί η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.»

Η ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αντανακλά το βαθμό στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και στις προδιαγραφές που τίθενται για τον τρόπο παροχής τους. Σύμφωνα με τους Krings et al.

(2010), ο ορισμός αυτός αντικατοπτρίζει την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στην ΠΦΥ, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή μέσω της διάγνωσης και θεραπείας στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της διαχείρισης των χρόνιων παθήσεων, της προαγωγής της υγείας και της προληπτικής φροντίδας.

Στις παραπάνω παραμέτρους προστίθεται, επίσης, η ανταπόκριση ή η εστίαση στον ασθενή ως χαρακτηριστικό της ποιότητας της φροντίδας, η οποία είναι πιο υποκειμενική και εξαρτάται από τις προτιμήσεις των ασθενών και τις προσδοκίες τους (Kringos et al., 2010).

Από τους παραπάνω ορισμούς γίνεται φανερό ότι η ποιότητα στην υγεία γενικά, και στην ΠΦΥ ειδικότερα, προϋποθέτει αφενός μεν την ικανοποίηση των ασθενών κυρίως, αλλά και των λοιπών εμπλεκόμενων μερών, αφετέρου δε τον έλεγχο του κόστους, με την παροχή υπηρεσιών που διέπονται από αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, (Τούντας, 2003).

1.3.2 Διαστάσεις της ποιότητας στην ΠΦΥ

Οι διαστάσεις ποιότητας στην υγεία αποτελούν καλά ορισμένα, μετρήσιμα και αξιοποιήσιμα χαρακτηριστικά. Κατά καιρούς, ερευνητές, όπως ο Donabedian (2005), ο Maxwell (1984, 1992) και άλλοι (Campbell, Roland and Buetow, 2000; Cooperberg, Birkmeyer and Litwin, 2009; Kringos et al. 2010; Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012) έχουν περιγράψει μια πληθώρα διαστάσεων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Όσον αφορά την ΠΦΥ, οι υπηρεσίες της χαρακτηρίζονται από έννοιες όπως η προσβασιμότητα, η μακρόχρονη παρακολούθηση των ασθενών, ο συντονισμός στην περίθαλψη, ο βαθμός ολοκλήρωσης της παρεχόμενης υπηρεσίας, ο προσανατολισμός προς την κοινότητα και την οικογένεια. Οι παραπάνω έννοιες θεωρούνται ως οι διαρθρωτικές βάσεις των διαδικασιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, και συνδέονται με την ποιότητα των υπηρεσιών, την ικανοποίηση των ασθενών, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ισότητα στην παροχή των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Miranda et al., 2010).

Οι Papp et al., (2014) αφού μελέτησαν ομάδες ασθενών και επαγγελματιών υγείας σε επτά ευρωπαϊκές χώρες, κατέληξαν ότι οι κύριες διαστάσεις ποιότητας στην ΠΦΥ είναι η προσβασιμότητα, η ισότητα, η καταλληλότητα και η ικανοποίηση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας.

Σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές, η ερμηνεία που δόθηκε για καθεμία από αυτές τις διαστάσεις είναι η εξής:

- Η προσβασιμότητα είναι η ευκολία με την οποία οι ασθενείς μπορούν να προσεγγίσουν και να λάβουν τις υπηρεσίες υγείας.

- Η ισότητα καθορίζει το βαθμό στον οποίο ένα σύστημα έχει την ίδια αντιμετώπιση προς όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη. Η ισότητα, σε αυτά τα πλαίσια, ασχολείται με την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης και των οφελών της σε όλες τις ομάδες του πληθυσμού.

- Η καταλληλότητα αναφέρεται στις σωστές ενέργειες που θα πρέπει να λαμβάνουν χώρα με τη σωστή γνώση και τα κατάλληλα προσόντα, στις κατάλληλες συνθήκες, στο σωστό τόπο και στο σωστό χρόνο. Πιο συγκεκριμένα, η καταλληλότητα περιλαμβάνει:

- Την ικανότητα και τις δεξιότητες που αντανakλούν τον βαθμό στον οποίο το υγειονομικό προσωπικό είναι εκπαιδευμένο και είναι σε θέση να αξιολογήσει την κατάσταση των ασθενών, να προσφέρει την κατάλληλη θεραπεία και να επικοινωνήσει με τους ασθενείς (ακρόαση, εκπαίδευση του ασθενούς και από κοινού λήψη αποφάσεων).
- Την πληρότητα, που αναφέρεται στο ευρύ φάσμα των υπηρεσιών που περιλαμβάνουν τη θεραπευτική φροντίδα, την αποκατάσταση και την υποστηρικτική φροντίδα, καθώς και την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών.
- Τον συντονισμό, που είναι ο βαθμός στον οποίο η υγειονομική περίθαλψη συντονίζεται μεταξύ των παρόχων της ΠΦΥ και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για όσους ασθενείς χρίζουν περαιτέρω αντιμετώπισης.
- Την εστίαση στον ασθενή, που είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύστημα λειτουργεί πραγματικά με την τοποθέτηση του ασθενούς στο κέντρο της προσφοράς της υγειονομικής περίθαλψης και αξιολογείται συχνά με βάση την εμπειρία του

ασθενούς. Ο προσανατολισμός στην οικογένεια και την κοινότητα περιλαμβάνεται επίσης σε αυτή τη διάσταση.

Η διάσταση της ικανοποίησης των ασθενών, και ιδιαίτερα από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, θα αναλυθεί διεξοδικότερα στη συνέχεια.

1.4 Ποιότητα και μέτρησή της στις υπηρεσίες φυσιοθεραπείας: δομή, διαδικασία και αποτελέσματα

Η ποιότητα, όπως προαναφέρθηκε, είναι μέγεθος μετρήσιμο και η μέτρηση, με απώτερο σκοπό τη βελτίωσή της, αφορά όλα τα εμπλεκόμενα μέρη στις υπηρεσίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς μπορούν να αποκομίσουν υγειονομικά, ψυχολογικά και οικονομικά οφέλη, οι επαγγελματίες της υγείας θα είναι σε θέση να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα του έργου τους και αντλούν ικανοποίηση από αυτό, και οι μονάδες παροχής υγείας θα είναι σε θέση να βελτιώνουν τη λειτουργία τους και τα οικονομικά τους αποτελέσματα.

Ο Donabedian, στο κλασικό του έργο “The quality of care. How it can be assessed?” (1988) έχει εισάγει ένα πλαίσιο για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών φυσικοθεραπείας (Grimmer et al., 2000; Jette, 1995). Η εννοιολογική του προσέγγιση για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται από οποιονδήποτε φορέα φυσικοθεραπείας περιλαμβάνει τη μέτρηση από τρία στοιχεία: τη δομή, τη διαδικασία και τα αποτελέσματα της εν λόγω περίθαλψης (Jette, 1995). Συνεπώς, είναι πλέον εφικτό για τους φυσικοθεραπευτές να ελέγχουν τις υπηρεσίες τους από κάθε μία από αυτές τις οπτικές, με σκοπό τη σφαιρική αντιμετώπιση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών τους και των λοιπών εμπλεκόμενων μερών, όπως είναι, για παράδειγμα, τα ασφαλιστικά ταμεία (Grimmer et al., 2000).

Η ποιότητα των δομών αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες φυσιοθεραπείας, για παράδειγμα, στις κατάλληλες και ασφαλείς εγκαταστάσεις, στους ελάχιστους χρόνους αναμονής, στη σχετική εκπαίδευση του

προσωπικού, στην κατάλληλη αναλογία ασθενών - προσωπικού και την έγκαιρη επικοινωνία μεταξύ τους, στην επαρκή χρονική διάρκεια για κάθε ραντεβού, στα ευέλικτα ωράρια των ραντεβού και του σεβασμού της ιδιωτικότητας του ασθενούς (Grimmer et al., 2000).

Η ποιότητα των διαδικασιών αφορά τις διάφορες πτυχές παροχής της υπηρεσίας, και περιλαμβάνει την αναγνώριση των σημαντικότερων σημείων και συμπτωμάτων της παρούσας κατάστασης των ασθενών, την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων κατανόησης με τους ασθενείς και τους λοιπούς ενδιαφερόμενους φορείς, και την έγκυρη και έγκαιρη λήψη αποφάσεων από τον φορέα παροχής φυσικοθεραπείας (Grimmer et al., 2000).

Η ποιότητα των αποτελεσμάτων εξαρτάται από την έκβαση της θεραπείας και τη συνεπαγόμενη μεταβολή στο επίπεδο υγείας του ασθενούς, την ικανοποίηση τόσο των εσωτερικών, όσο και των εξωτερικών πελατών της υπηρεσίας, και τον βαθμό ενημέρωσης και συμμόρφωσης των ασθενών με τη θεραπεία τους (Τούντας, 2003). Η μέτρηση της ποιότητας των αποτελεσμάτων βασίζεται στη χρήση αξιόπιστων και έγκυρων μέτρων για την εκτίμηση των αναγκών των ενδιαφερόμενων μερών, καθώς και στις μεθόδους ελέγχου κόστους και οφέλους σε σχέση με σημεία αναφοράς (benchmarks) και δείκτες απόδοσης (Grimmer et al., 2000).

1.5 Οφέλη και σημασία της ικανοποίησης των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας

Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται σημαντικός δείκτης ποιότητας, αν και είναι συχνά δύσκολο να οριστεί (Goldstein, Elliott and Guccione, 2000). Ο Donabedian (1997) αναφέρει ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα στοιχείο που χαρακτηρίζει την κατάσταση της υγείας τους και ένα μέτρο της ποιότητας του αποτελέσματος της φροντίδας που χρησιμοποιείται ευρέως στην αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Οι Cleary και McNeil, (1988) προτείνουν να ορίζεται η ικανοποίηση των ασθενών ως προς την αντίδραση του ασθενή στις εμφανέστερες πλευρές της υγειονομικής περίθαλψης από την οποία είχε εμπειρία. Υπό αυτό το πρίσμα, την ικανοποίηση θεωρείται ότι την

απαρτίζουν η γνωστική αξιολόγηση και η συναισθηματική αντίδραση ως προς τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες, με το πέρασμα του χρόνου θα καταλήξουν σε μια συνολική αντίληψη της ποιότητας της προσφερόμενης υπηρεσίας (Cleary και McNeil, 1988; Goldstein, Elliott and Guccione, 2000). Αυτό το είδος της αξιολόγησης διαφέρει από τις απόψεις των ασθενών σχετικά με τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά της φροντίδας που έλαβαν (Cleary και McNeil, 1988).

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει άμεση σχέση με τις προσδοκίες τους από το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθούν. Όταν το επίπεδο της φροντίδας που λαμβάνουν υπερβαίνει τις προσδοκίες τους, τότε το επίπεδο ικανοποίησής τους είναι υψηλό. Αντιθέτως, αν οι προσδοκίες των ασθενών από την περίθαλψη υπερβαίνουν την πραγματικότητα, θα προκύψει δυσαρέσκεια. Η ικανοποίηση, ως εκ τούτου, εκτιμάται πάντα σε σχέση με τις προσδοκίες του ασθενούς. Η ικανοποίηση των ασθενών αλλάζει όταν οι προσδοκίες ή τα πρότυπα της σύγκρισης του ασθενούς αλλάζουν, ακόμη και αν το αντικείμενο της σύγκρισης (η πραγματική υγειονομική περίθαλψη που έλαβε) παραμένει σταθερό. Έτσι, τα μέτρα ικανοποίησης, αν και μπορεί να είναι αντικειμενικά (δηλαδή, να υπάρχει αξιοπιστία), αντανakλούν στην πραγματικότητα υποκειμενικά φαινόμενα (Goldstein, Elliott and Guccione, 2000).

Οι ασθενείς που είναι ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που έλαβαν έχουν περισσότερες πιθανότητες να ολοκληρώσουν το θεραπευτικό τους πρόγραμμα, βελτιώνοντας ενδεχομένως τα συνολικά τους αποτελέσματα, έναντι εκείνων των ασθενών που δεν επιστρέφουν για την ενδεδειγμένη θεραπεία τους. Βελτιωμένη προσέλευση επίσης μπορεί να έχει θετικές οικονομικές επιπτώσεις για ένα φορέα παροχής υπηρεσιών φυσικοθεραπείας, λόγω της μείωσης των ακυρώσεων και των απουσιών των ασθενών κατά τη διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος. Αυτοί οι σύνδεσμοι μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και της τήρησης/προσκόλλησης στη θεραπεία μπορεί να οδηγήσουν σε βελτίωση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των μονάδων υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα ζητήματα, οι πάροχοι φυσικοθεραπείας πρέπει να καταβάλλουν προσπάθειες να καθορίσουν εκείνα τα στοιχεία της θεραπείας που είναι πιο στενά συνδεδεμένα με την ικανοποίηση των ασθενών τους (Beattie et al., 2005a).

Επιπλέον, οι ασθενείς που είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα της φροντίδας που έλαβαν είναι πιο πιθανό να επαναλάβουν τη θεραπεία τους στους ίδιους παρόχους (Beattie et al., 2002) και να προτείνουν τους παρόχους της υγειονομικής τους περίθαλψης σε άλλους απ' ό,τι αυτοί που είναι δεν είναι ικανοποιημένοι (Goldstein, Elliott and Guccione, 2000). Καθίσταται, λοιπόν, σαφές ότι οι στρατηγικές που μεγιστοποιούν την ικανοποίηση του ασθενούς από τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον για τους φυσικοθεραπευτές που επιθυμούν να είναι σε θέση να βελτιώνουν συνεχώς τα αποτελέσματα και, κατ' επέκταση, την ποιότητα της θεραπείας που προσφέρουν (Hush et al., 2012; Beattie and Nelson, 2008).

1.6 Διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας

Κατά την τελευταία δεκαετία, πολλές συγγραφείς έχουν μελετήσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας. Ασθενείς με ποικίλα προβλήματα και παθήσεις συχνά καταφεύγουν στις εν λόγω υπηρεσίες προκειμένου να ανακουφιστούν από τους πόνους και να βελτιώσουν τη λειτουργική τους κινητικότητα. Γι' αυτόν το λόγο, η μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών, που καταφεύγουν στις δομές της ΠΦΥ για να λάβουν υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, αποτελεί ένα σημαντικό πεδίο για έρευνα (Hush, Cameron and Mackey, 2011).

Οι Hush, Cameron και Mackey, (2011) πραγματοποίησαν μία ανασκόπηση της αρθρογραφίας που αφορούσε την ικανοποίηση των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών περιλαμβάνουν τις διαπροσωπικές πτυχές της θεραπείας (π.χ., την αποτελεσματική επικοινωνία με το θεραπευτή και την παροχή εξειδικευμένης προσοχής και φροντίδας στους ασθενείς του), τη διαδικασία της φροντίδας (π.χ. τη συνέχιση της θεραπείας σε βάθος χρόνου και την επαρκή διάρκειά της), και τις καλά οργανωμένες υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας (π.χ., την άνετη πρόσβαση και το χαμηλό χρόνο αναμονής). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν κι άλλοι ερευνητές, όπως οι Mendonça και Guerra, (2007).

Ο καθοριστικός παράγοντας της ικανοποίησης των ασθενών που εμφανίζεται σταθερά σε όλες τις μελέτες στην επισκόπηση των Hush, Cameron and Mackey, (2011) ήταν τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του φυσικοθεραπευτή που συμβάλλουν στην υψηλή ικανοποίηση των ασθενών του είναι η ικανότητα, η γνώση, ο επαγγελματισμός, η φιλική διάθεση και η αποτελεσματική επικοινωνία. Πτυχές της επικοινωνίας που εκτιμούν οι ασθενείς είναι η ικανότητα του θεραπευτή να παρέχει επαρκείς εξηγήσεις σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς, η ικανότητα να δίνει προγνωστικές πληροφορίες, και η ικανότητα να εξηγήσει το ρόλο του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία. Ενσωματωμένο στον επαγγελματισμό του θεραπευτή είναι και το χαρακτηριστικό της ενσυναίσθησης (empathy), το οποίο δίνει τη δυνατότητα στον θεραπευτή να αντιμετωπίζει με σεβασμό τους ασθενείς του και στους ασθενείς να αισθάνονται ότι εισακούονται. Αυτές οι διαπροσωπικές πτυχές της φυσικοθεραπευτικής αντιμετώπισης έχουν αναγνωρισθεί ως τους σημαντικότερους καθοριστικούς παράγοντες, όχι μόνο για την ικανοποίηση των ασθενών, αλλά και την αξιολόγηση από τους ασθενείς της ποιότητας της φροντίδας την οποία έλαβαν (Goldstein, Elliott and Guccione, 2000).

Όπως χαρακτηριστικά συμπληρώνουν οι Beattie και Nelson, (2008) και οι Beattie et al., (2002), τα κύρια χαρακτηριστικά που αναζητούν οι ασθενείς προκειμένου να αντλήσουν ικανοποίηση από τη φυσικοθεραπεία που έλαβαν είναι αυτά που σχετίζονται άμεσα με την αλληλεπίδραση ασθενή-θεραπευτή, και πιο συγκεκριμένα:

- Η αντιμετώπιση του ασθενούς με σεβασμό
- Η αφιέρωση επαρκή χρόνου στον ασθενή
- Η ακρόαση των ανησυχιών και θεμάτων που τον προβληματίζουν
- Η παροχή σαφών οδηγιών

Επιπλέον, οι ασθενείς ήθελαν να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αποτελεσματικά και από τη γραμματεία.

Ένας δεύτερος καθοριστικός παράγοντας ικανοποίησης από τη φυσικοθεραπεία, κατά τους Hush, Cameron και Mackey, (2011), είναι η ίδια η διαδικασία της περίθαλψης. Βασικές μεταβλητές της διαδικασίας που οδηγούν σε υψηλή ικανοποίηση είναι η επαρκής διάρκεια και συχνότητα της θεραπείας, η κατάλληλη παρακολούθηση και η συνέχιση της αγωγής σε βάθος χρόνου, ο τρόπος της θεραπείας και η συμμετοχή του ασθενή στη

διαδικασία λήψης αποφάσεων. Σαφώς, οι ασθενείς πρέπει να αισθάνονται ότι είχαν επαρκή χρόνο με τον θεραπευτή και να μην αισθάνονται ότι ο χρόνος για τη θεραπεία τους συμπιέζεται στα πλαίσια ενός ραντεβού αυστηρά προκαθορισμένου. Πρέπει να έχουν την αίσθηση ότι παρακολουθούνται για τυχόν μεταβολές της κατάστασής τους, η οποία επαναξιολογείται κατάλληλα σε τακτικά χρονικά διαστήματα. Μείωση του χρόνου ασθενή-θεραπευτή μπορεί να ερμηνευθεί από τους ασθενείς ως έλλειψη ενδιαφέροντος και να οδηγήσει σε μείωση της ικανοποίησης και της ποιότητας της περίθαλψης. Επίσης χαρακτηριστική είναι και η σημασία της συνέχειας στη φροντίδα των ασθενών. Βρέθηκε ότι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν από τον ίδιο φυσικοθεραπευτή κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους είναι περίπου 3 φορές πιθανότερο να αναφέρουν την πλήρη ικανοποίηση τους από τη θεραπεία σε σχέση με ασθενείς που λαμβάνουν φροντίδα από πολλούς θεραπευτές στα πλαίσια του θεραπευτικού τους προγράμματος (Beattie et al., 2005a).

Ο τρόπος της θεραπείας μπορεί επίσης να έχει αντίκτυπο στην ικανοποίηση. Είναι ενδιαφέρον ότι, οι ασθενείς βρέθηκαν να είναι εξίσου ή και περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση που βασίζεται στην άσκηση, παρά από τεχνικές παθητικής θεραπείας. Μια σειρά από ατομικές διαφορές, συμπεριλαμβανομένων και των προσδοκιών από τη θεραπεία, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ασθενή, και την προηγούμενη εμπειρία από φυσικοθεραπεία, είναι πιθανό να επηρεάσει πτυχές της ικανοποίησης που εκφράζουν οι ασθενείς από τη θεραπεία τους. Εξερεύνηση αυτών των δυναμικά σημαντικών χαρακτηριστικών αποτελεί πεδίο μελλοντικής έρευνας (Hush, Cameron and Mackey, 2011).

Μεγαλύτερη ικανοποίηση έχει αναφερθεί από τους ασθενείς όταν η διαδικασία της θεραπείας έχει περισσότερο συμβουλευτικό χαρακτήρα. Ωστόσο, έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις ασθενών που προτιμούσαν να έχουν μικρότερη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, θεωρώντας ότι ο φυσικοθεραπευτής είναι ο "ειδικός". Η διαπίστωση αυτή υπογραμμίζει την αναγκαιότητα να αξιολογούν οι φυσικοθεραπευτές την επιθυμία του κάθε ασθενή για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και να προσαρμόζουν την προσέγγισή τους ανάλογα (Hush, Cameron and Mackey, 2011).

Ο καλά οργανωμένος τρόπος παροχής των υπηρεσιών φυσικοθεραπείας αποτελεί τον τρίτο καθοριστικό παράγοντα της υψηλής ικανοποίησης των ασθενών. Πολλαπλές μελέτες

έχουν δείξει ότι οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι όταν ο χώρος παροχής της φυσικοθεραπείας τους παρείχε εύκολη πρόσβαση (τοποθεσία, πάρκινγκ, ώρες λειτουργίας), εξυπηρετικό διοικητικό προσωπικό, χαμηλούς χρόνους αναμονής και εγκαταστάσεις υψηλών προδιαγραφών (Goldstein, Elliott and Guccione, 2000; Beattie and Nelson, 2008). Ωστόσο, συγκρινόμενες με τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και του τρόπου παροχής της θεραπείας, οι ανωτέρω οργανωτικές μεταβλητές αποτελούν ασθενέστερους προγνωστικούς παράγοντες της συνολικής ικανοποίησης από τη φυσικοθεραπευτική αγωγή. Σαφέστατα, μιας υψηλής ποιότητας αλληλεπίδραση ασθενή-θεραπευτή είναι πιο σημαντική στους ασθενείς από ό,τι ένα ευπρόσιτο φυσικοθεραπευτήριο με άνετο χώρο στάθμευσης (Mendonça and Guerra, 2007; Hush, Cameron and Mackey, 2011; Beattie and Nelson, 2008; Beattie et al., 2002).

Όπως παραδόξως, το πραγματικό αποτέλεσμα της θεραπείας σπάνια αναφέρθηκε ως ένας καθοριστικός παράγοντας της ικανοποίησης από τη φυσικοθεραπεία στην ανασκόπηση των Hush, Cameron και Mackey, (2011). Το εύρημα αυτό υποστηρίζει την ιδέα ότι η ικανοποίηση του ασθενούς από τη φυσικοθεραπευτική αγωγή καθορίζεται περισσότερο από τις αλληλεπιδράσεις με το θεραπευτή και τη διαδικασία της θεραπείας, παρά από το αποτέλεσμα αυτό καθαυτό. Η διαπίστωση, όμως, αυτή έρχεται σε αντίθεση με το πρώιμο μοντέλο του Donabedian σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, η οποία θεωρεί την έκβαση της θεραπείας ως βασικό παράγοντα. Ωστόσο, υπάρχουν πρόσφατα στοιχεία ότι η σχέση μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τη φυσικοθεραπεία και της ικανοποίησής τους από την κλινική τους έκβαση είναι αδύναμη. Μία από τις επιπτώσεις αυτών των παρατηρήσεων είναι ότι η υψηλή ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να επιτευχθεί με τη βελτιστοποίηση των πτυχών της αλληλεπίδρασης ασθενή-θεραπευτή, ιδιαίτερα κατά τη θεραπεία καταστάσεων στις οποίες υπάρχουν λίγες πιθανότητες για τη βελτίωση των συμπτωμάτων. Μια δεύτερη συνέπεια είναι ότι η πολυπαραγοντική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των ασθενών απαιτεί να γίνεται διάκριση μεταξύ της βελτίωσης των συμπτωμάτων και της ικανοποίησης από τη συνολική φροντίδα και αντιμετώπιση .

1.7 Μελέτες ικανοποίησης ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας

Μια μέθοδος συλλογής στοιχείων σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών είναι η χρησιμοποίηση τυποποιημένων ερευνητικών εργαλείων, όπως είναι τα ερωτηματολόγια. Οι έρευνες εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών παρέχουν πολλά οφέλη για τους φυσικοθεραπευτές και αυτό φαίνεται από τον μεγάλο αριθμό εργαλείων που έχουν σχεδιαστεί γι' αυτόν τον σκοπό (Krishnan Kutty et al., 2014). Πρώτον, οι πληροφορίες που συλλέγονται μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών και των εγκαταστάσεων, χαρακτηρίζοντας τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα της φροντίδας. Δεύτερον, τα δεδομένα που προκύπτουν από τέτοιου είδους έρευνες μπορούν χρησιμοποιηθούν για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς των ασθενών, δεδομένου ότι οι διαφορές στα επίπεδα της ικανοποίησης μπορούν να επηρεάσουν την κλινική αποτελεσματικότητα, τουλάχιστον σε ένα μικρό βαθμό. Τέλος, τα δεδομένα από έρευνες ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να βοηθήσουν τους φορείς παροχής ανάλογων υπηρεσιών να αναπτύξουν στρατηγικές για την παροχή φροντίδας, που θα διευκολύνει τη διατήρηση των υφιστάμενων ασθενών ή την προσέλκυση νέων ασθενών (Goldstein, Elliott and Guccione, 2000).

Η ικανοποίηση των ασθενών από υπηρεσίες φυσιοθεραπείας επηρεάζεται σημαντικά, όπως προαναφέρθηκε, από την αλληλεπίδραση ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή που μπορεί να συνεπάγεται περισσότερη σωματική επαφή και ενεργό συμμετοχή του ασθενούς από ότι οι συναντήσεις με άλλους επαγγελματίες της υγείας (Kidd, Bond and Bell, 2011). Ως εκ τούτου, οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τη φυσικοθεραπεία απαιτούν διαφορετική ερμηνεία (Beattie et al., 2002), καθώς και ένα διαφορετικό εργαλείο μέτρησης σε σχέση με άλλα επαγγέλματα υγείας (Mendonça and Guerra, 2007). Κατά συνέπεια, στην έρευνα που αφορά τη φυσικοθεραπεία έχουν χρησιμοποιηθεί μεταβλητές ικανοποίησης των ασθενών που σχετίζονται με το συγκεκριμένο επάγγελμα, όπως ο χρόνος που αφιερώνεται στον ασθενή, η συμπεριφορά του θεραπευτή, η ασφάλεια που νιώθει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η συνοχή και η εξέλιξη του θεραπευτικού σχήματος, και η προσαρμογή του προγράμματος θεραπείας στο πρόβλημα του κάθε ασθενούς (Kidd, Bond and Bell, 2011). Στις περισσότερες από τις μελέτες ικανοποίησης που αφορούν τη φυσικοθεραπεία, η ικανοποίηση των ασθενών από ένα πρόγραμμα

φυσικοθεραπείας εκτιμάται με τη χρήση εργαλείων αυτοαξιολόγησης, κυρίως ερωτηματολογίων.

Πολλοί τύποι ερωτηματολογίων έχουν προταθεί για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, που κυμαίνονται από τη χρήση μιας ενιαίας καθολικής ερώτησης όπως, «Σε γενικές γραμμές, σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι από τη θεραπεία σας;» ως τα μακροσκελή ερωτηματολόγια. Ενώ οι ενιαίες καθολικές μετρήσεις έχουν το πλεονέκτημα ότι απαντώνται γρήγορα και είναι εύκολα διαχειρίσιμες, δεν παρέχουν τους ειδικούς λόγους για το επίπεδο της ικανοποίησης που εκφράζει ο κάθε ασθενής. Ο εντοπισμός των συγκεκριμένων παραμέτρων ή παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενούς παρέχει μια βαθύτερη κατανόηση, και μπορεί να επιτρέψει στους θεραπευτές να προβούν στις τροποποιήσεις που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση των βέλτιστων επιπέδων της ικανοποίησης των ασθενών από τη θεραπεία τους. Τα μακροσκελή ερωτηματολόγια, ωστόσο, είναι πιθανό να αποδειχθούν κοστοβόρα και χρονοβόρα στη συμπλήρωσή τους, με αποτέλεσμα να αποθαρρύνονται στη χρήση τους, τόσο οι ασθενείς, όσο και οι θεραπευτές. Επομένως, ένα κλινικά χρήσιμο μέτρο της ικανοποίησης των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας θα πρέπει να είναι σχετικά σύντομο, εύκολο και ανέξοδο στη χορήγησή του, να περιέχει τα κατάλληλα στοιχεία, και να φέρει τις κατάλληλες ψυχομετρικές ιδιότητες (Beattie et al., 2005b).

Μία ανασκόπηση της αρθρογραφίας αποκάλυψε ορισμένα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για την ανίχνευση της ικανοποίησης των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας. Τα εργαλεία αυτά είχαν, στην πλειοψηφία τους, εξεταστεί για τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες, και κάποια από αυτά δοκιμάστηκαν και σε αλλόγλωσσο περιβάλλον, αλλά κανένα από αυτά δεν ήταν γραμμένο στην ελληνική γλώσσα. Έτσι, προκειμένου να υπάρξει ένα εργαλείο αντίστοιχο και για το ελληνικό περιβάλλον, επιλέχθηκε το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών (Patient Satisfaction Questionnaire-PSQ) των Monnin και Perneger, (2002). Το εν λόγω εργαλείο εξετάστηκε στο γαλλόφωνο τμήμα της Ελβετίας και επιλέχθηκε διότι καλύπτει όλους τους σχετικούς τομείς ικανοποίησης των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και είναι αρκετά σύντομο κι εύκολο να συμπληρωθεί. Τα κριτήρια αυτά επίσης εκπληρώνονται από τα ερωτηματολόγια των Beattie et al., (2002), Mendonça και Guerra, (2007) και Sadeq και Adib, (2002). Ωστόσο, αυτά τα ερωτηματολόγια δεν προσφέρουν τη δυνατότητα στους

ασθενείς να προβούν σε πρόσθετες παρατηρήσεις, και έχουν δοκιμαστεί εκτός Ευρώπης, στην Αμερική, στη Βραζιλία και στο Κουβέιτ αντίστοιχα, όπου οι διαπολιτισμικές διαφορές μεταξύ των χωρών αυτών και της Ελλάδας είναι ακόμη μεγαλύτερες σε σχέση με τις ευρωπαϊκές χώρες. Τα ερωτηματολόγια των Goldstein, Elliott και Guccione, (2000), καθώς και των Roush και Sonstroem, (1999) περιέχουν ερωτήσεις σχετικά με το κόστος της φυσιοθεραπείας που επιβαρύνει τον ασθενή. Αυτό, ωστόσο, δεν μπορεί να εφαρμοστεί στις δημόσιες δομές της ΠΦΥ του ελλαδικού χώρου, διότι τέτοιου είδους δαπάνες καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι σε έρευνα που διεξήγαγαν οι Roush, Jones και Nassaney, (2007) συγκρίνοντας το PSQ των Monnin και Perneger, (2002) και το Physical therapy Outpatient Satisfaction Survey (PTOPS) των Roush και Sonstroem, (1999), βρήκαν ότι το PSQ παρουσίαζε μεγαλύτερη αξιοπιστία, κι αυτός ήταν ακόμη ένας λόγος για την επιλογή του.

Από τα ερωτηματολόγια που υπέστησαν μετάφραση, διαπολιτισμική προσαρμογή και εξέταση των ψυχομετρικών τους ιδιοτήτων σε αλλόγλωσσο περιβάλλον διακρίνουμε αυτά των Beattie et al., (2002), των Goldstein, Elliott και Guccione, (2000), των Roush και Sonstroem, (1999) καθώς και των Monnin και Perneger, (2002). Το αμερικάνικο MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care (MRPS) των Beattie et al., (2002) δοκιμάστηκε, από τους Oliveira et al., (2014) στη Βραζιλία σε πληθυσμό πορτογαλλόφωνων ασθενών, επιδεικνύοντας μέτρια αξιοπιστία κι εγκυρότητα. Επίσης, το ίδιο ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε από τους Beattie et al., (2007) στην Ισπανία και επέδειξε την ίδια παραγοντική δομή με την αρχική αμερικάνικη έκδοση. Το αμερικάνικο Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey (PTOPS) των Roush και Sonstroem, (1999) δοκιμάστηκε από τους Vanti et al., (2013a) στην Ιταλία και από τους Casserley-Feeney et al., (2008) στην Ιρλανδία και επέδειξε καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Το, επίσης αμερικάνικο, Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire (PTPSQ) των Goldstein, Elliott and Guccione, (2000) δοκιμάστηκε από τους Vanti et al., (2013b) και τους Vanti et al., (2014) στην Ιταλία και επέδειξε επίσης καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Το γαλλικό PSQ των Monnin και Perneger, (2002) δοκιμάστηκε στη Γερμανία κι επέδειξε ικανοποιητική αξιοπιστία κι εγκυρότητα (Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008). Ωστόσο, παρ' όλες τις μελέτες που έγιναν σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ερευνητές δεν έχουν καταλήξει σε ένα ερωτηματολόγιο που θα αποτελούσε το μέτρο σύγκρισης, τον «χρυσό

κανόνα» για όλα τα υπόλοιπα (Roush και Sonstroem, 1999; Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008).

Ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης ικανοποίησης θα πρέπει να διαθέτει αφενός αξιοπιστία – δηλαδή να αποδίδει σταθερά και ακριβή αποτελέσματα σε βάθος χρόνου που δε θα επηρεάζονται από τυχαία σφάλματα μέτρησης, και αφετέρου εγκυρότητα – δηλαδή να αποτυπώνει την έννοια την οποία σχεδιάστηκε να μετρήσει (Αλετράς και συν., 2009), που στην περίπτωσή μας είναι ο πραγματικός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας.

Τα περισσότερα ερωτηματολόγια που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας έχουν αναπτυχθεί σε αγγλόφωνες χώρες. Ωστόσο, η μετάφρασή τους δεν αρκεί για να χρησιμοποιηθούν σε μη αγγλόφωνη χώρα. Σύμφωνα με τους Beaton et al., (2000), είναι απαραίτητη και η διαδικασία της διαπολιτισμικής προσαρμογής τους προκειμένου να υπάρξει ισοδυναμία στο νόημα μεταξύ του αρχικού και του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου και προκειμένου να είναι δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των διαφόρων χωρών.

1.8 Σκοπός και σημασία της έρευνας – υποθέσεις

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας αποκάλυψε ότι δεν υπάρχει ένα ερωτηματολόγιο που να μετρά την ικανοποίηση των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας γραμμένο στην ελληνική γλώσσα, το οποίο να έχει εξεταστεί για τις ψυχομετρικές του ιδιότητες. Το κενό αυτό επιχειρεί να καλύψει η παρούσα μελέτη. Για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο PSQ των Monnin και Perneger, (2002), το οποίο υπέστη μετάφραση, διαπολιτισμική προσαρμογή και έλεγχο των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων, όπως είναι η πρακτικότητα στη χρήση του, η αξιοπιστία και η εγκυρότητά του.

Όταν ένα ερωτηματολόγιο υπόκειται σε μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή, θεωρείται ότι η νέα έκδοση διατηρεί τις ψυχομετρικές ιδιότητες της αρχικής. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις όπου αυτό δε συμβαίνει, λόγω πολιτισμικών διαφορών μεταξύ των

λαών στους οποίους απευθύνονται αντίστοιχα η αρχική και η μεταφρασμένη έκδοση (Oliveira et al., 2014). Γι' αυτό το λόγο, οι ψυχομετρικές ιδιότητες μιας νέας έκδοσης ενός ήδη υπάρχοντος ερωτηματολογίου θα πρέπει να εξεταστούν από μηδενική βάση στο νέο περιβάλλον.

Σε αυτά τα πλαίσια, η κύρια υπόθεση της παρούσας έρευνας είναι ότι η ελληνική έκδοση του PSQ είναι σε ικανοποιητικό βαθμό αξιόπιστη, έγκυρη και πρακτική στην εφαρμογή της στο ελληνικό περιβάλλον, και ότι οι ιδιότητές της αυτές θα είναι εφάμιλλες με αυτές του αρχικού γαλλικού ερωτηματολογίου (Monnin and Perneger, 2002), καθώς και με αυτές της γερμανικής έκδοσης (Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008).

Οι επιμέρους υποθέσεις που τέθηκαν έχουν ως εξής. Το PSQ-GR:

- θα είναι αρκετά πρακτικό και εύκολα εφαρμόσιμο στο περιβάλλον για το οποίο σχεδιάστηκε

- θα έχει αποδεκτή εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης

- θα έχει αποδεκτή εγκυρότητα περιεχομένου και συγκλίνουσα εγκυρότητα

- θα έχει παραγοντική δομή όμοια με αυτή της αρχικής γαλλικής έκδοσης

Επίσης, θα εξεταστεί το ενδεχόμενο αν μία διαφορετική παραγοντική δομή, προσαρμοσμένη στα ελληνικά δεδομένα, επιδείξει βελτιωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες.

Σε περίπτωση που οι υποθέσεις αυτές επαληθευτούν, τότε η ελληνική έκδοση του εν λόγω ερωτηματολογίου (PSQ-GR) θα αποδειχθεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για την επιστημονική κοινότητα των Ελλήνων φυσικοθεραπευτών, αλλά και των δημοσίων δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχουν υπηρεσίες φυσικοθεραπείας. Χάρη στην εφαρμογή του, οι εν λόγω φορείς θα είναι σε θέση να γνωρίζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών τους από τις υπηρεσίες που έλαβαν, και κατ' επέκταση, να έχουν εικόνα για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσέφεραν. Επομένως, θα μπορούν να προβούν και στις ανάλογες βελτιώσεις στον τρόπο παροχής της φυσικοθεραπευτικής αγωγής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Η εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 3 φάσεις. Η πρώτη φάση περιλάμβανε τη μετάφραση και τη διαπολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου των Monnin και Perneger (2002). Η δεύτερη φάση της έρευνας περιλάμβανε την πιλοτική έρευνα και την εκ νέου τροποποίηση και τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου. Η τελευταία φάση αφορούσε τη διερεύνηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας της ελληνικής έκδοσης του Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης Ασθενών (Patient Satisfaction Questionnaire in Greek (PSQ-GR)) (Παράρτημα Α). Η έρευνα έλαβε χώρα στις εγκαταστάσεις του Φυσικοθεραπευτήριου του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΠΕΔΥ) της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας της Ελλάδας (ΥΠΕ) στη Θεσσαλονίκη. Η εκπόνησή της εγκρίθηκε από τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας της Ελλάδος με την υπ. αριθμ. πρωτ. Δ3β/29085 πράξη της.

2.2 Το αρχικό Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών (PSQ)

Η αρχική έκδοση του PSQ από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας είναι ένα γενικό, πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης στη γαλλική γλώσσα, με 14 ερωτήσεις κλειστού τύπου και τρία ανοιχτά ερωτήματα. Το ερωτηματολόγιο αυτό συντάχθηκε το 1999 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Γενεύης στην Ελβετία, στα πλαίσια ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας (Monnin and Perneger, 2002). Στη συνέχεια δοκιμάστηκε σε δείγμα 528 ασθενών, που είτε ήταν νοσηλευόμενοι είτε εξωτερικοί ασθενείς του Τμήματος Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στο εν λόγω νοσοκομείο. Το ποσοστό παρακολούθησης των ασθενών (follow-up rate) ανερχόταν στο 52%. Στα δεδομένα της έρευνας διεξήχθη παραγοντική ανάλυση με σκοπό τον εντοπισμό των πιο σημαντικών πτυχών της ικανοποίησης των ασθενών. Η εσωτερική συνοχή κυμαινόταν από 0,77 έως 0,90 μετρούμενη με τον συντελεστή άλφα του Cronbach (Cronbach's alpha). Η

αξιοπιστία επανεξέτασης (ελέγχου-επανελέγχου) δεν ελέγχθηκε στο αρχικό ερωτηματολόγιο. Η αξιολόγηση έδειξε ότι οι νεότεροι ασθενείς είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τους ηλικιωμένους ασθενείς όσον αφορά το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών και τις διαδικασίες εγγραφής και κλεισίματος ραντεβού. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, συνολικά, το αρχικό PSQ αποτελούσε ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης για την ικανοποίηση τόσο εσωτερικών, όσο κι εξωτερικών ασθενών.

Από τις 14 ερωτήσεις κλειστού τύπου του αρχικού ερωτηματολογίου, η πρώτη αφορούσε τον τρόπο επιλογής του κέντρου αποκατάστασης και οι υπόλοιπες 13 αφορούσαν παραμέτρους ικανοποίησης των ασθενών μετρημένες σε πεντάβαθμη κλίμακα. Σύμφωνα με τους Scascighini, Angst and Aeschlimann (2008) αυτή η κλίμακα δεν είναι μια κλίμακα Likert της οποίας τα διαστήματα είναι όλα ίσα μεταξύ τους. Ως εκ τούτου, δεν θα ήταν μαθηματικά ορθό να υπολογιστούν στατιστικά μεγέθη, όπως οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις με σκοπό να προσδιοριστούν τα τελικά αποτελέσματα. Ωστόσο, αυτή η μέθοδος ανάλυσης χρησιμοποιείται ευρύτατα σε ανάλογες έρευνες στον χώρο της υγείας όπου χρησιμοποιούνται εργαλεία αξιολόγησης, και χρησιμοποιήθηκε και στην αρχική έρευνα των Monnin and Perneger (2002).

Στη συνέχεια, το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε από τα γαλλικά στα γερμανικά, υπέστη διαπολιτισμική προσαρμογή και ερευνήθηκε για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του από τους Scascighini, Angst και Aeschlimann (2008). Η εν λόγω έρευνα απέδειξε ότι και η γερμανική εκδοχή του ερωτηματολογίου είναι έγκυρη και αξιόπιστη, όπως απέδειξαν οι τιμές των αντίστοιχων δεικτών αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Επίσης, η συγκεκριμένη έρευνα εξέτασε και την αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (ή αξιοπιστία επανεξέτασης), η οποία δεν είχε ερευνηθεί από τους Monnin and Perneger (2002) και η οποία επίσης αποδείχθηκε ικανοποιητική.

Το ίδιο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια από τους Devreux et al., (2012) με σκοπό τη μελέτη της ικανοποίησης ασθενών και τη σχέση της με την ικανοποίηση των εργαζομένων σε δημόσια, ιδιωτικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία στην πόλη Τζέντα της Σαουδικής Αραβίας. Το ερωτηματολόγιο των Monnin and Perneger (2002) μεταφράστηκε στα Αραβικά και υπέστη διαπολιτισμική προσαρμογή. Στη συνέχεια,

δόθηκε σε ασθενείς, εσωτερικούς κι εξωτερικούς, που παρακολουθούσαν συνεδρίες φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας, με σκοπό τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησής τους.

2.3 Μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή

Για τη μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή του Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) λήφθηκαν υπόψη τα έξι, διεθνώς αναγνωρισμένα, στάδια που έχουν περιγραφεί από τους Beaton et al., (2000), καθώς και από τους Guillemin et al., (1993). Τα στάδια αυτά ακολουθήθηκαν συχνά σε παρόμοιες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία (Cacchio et al., 2012; Vanti et al., 2013b; Vanti et al., 2014; Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008).

Η μετάφραση του ερωτηματολογίου από τα γαλλικά στα ελληνικά έγινε από την ίδια την ερευνήτρια και αφότου λήφθηκε υπόψη τόσο η σημασιολογική, όσο και η εννοιολογική πλευρά των όρων του αρχικού ερωτηματολογίου (Πατσάλης, 2012). Αρχικά επιχειρήθηκε μία «κατά γράμμα» μετάφραση, έτσι ώστε το μεταφρασμένο κείμενο να είναι όσο το δυνατό πιο κοντά στο αρχικό. Ωστόσο, έγιναν εξ αρχής μερικές προσαρμογές, όπως οι εξής: η λέξη «Hôpital» μεταφράστηκε ως «φυσικοθεραπευτήριο», διότι οι μονάδες της ΠΦΥ στην Ελλάδα που παρέχουν υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, είναι ως επί το πλείστον εξωνοσοκομειακές. Επίσης, η λέξη «amabilité» που στα ελληνικά σημαίνει «ερασιμότητα» μεταφράστηκε ως «φιλικότητα» για να γίνει κατανοητή από το σύνολο του πληθυσμού στο οποίο θα απευθυνόταν το ερωτηματολόγιο. Τέλος, προστέθηκε η εισαγωγική ενότητα «Δημογραφικά χαρακτηριστικά» με 3 ερωτήσεις που αφορούν το φύλο, την ηλικία του κάθε συμμετέχοντα στην έρευνα και τη συχνότητα επισκέψεων του στην υπηρεσία.

Στη συνέχεια, ζητήθηκε από 6 φυσικοθεραπευτές, υπαλλήλους του Φυσικοθεραπευτηρίου της 3^{ης} ΥΠΕ να μελετήσουν το ερωτηματολόγιο και να προτείνουν τυχόν μετατροπές, οι οποίες κατά τη γνώμη τους θα το βοηθούσαν να γίνει πιο κατανοητό στους ασθενείς που προσέρχονταν για θεραπεία στο συγκεκριμένο χώρο. Έτσι, προτάθηκαν από τους φυσικοθεραπευτές και υιοθετήθηκαν από τη συγγραφέα, οι εξής μετατροπές:

- Η ενότητα «Δημογραφικά χαρακτηριστικά» χωρίστηκε στην ενότητα «Στοιχεία συμμετέχοντα» που περιελάμβανε το φύλο και την ηλικία, και στην ενότητα «Συχνότητα επισκέψεων στο χώρο»
- Η ερώτηση «simplicité des formalités et temps nécessaire à obtenir votre premier rendez-vous» χωρίστηκε σε δύο ερωτήσεις (μία για την απλότητα των διαδικασιών και μία για τον χρόνο που είναι απαραίτητος για το κλείσιμο των ραντεβού)
- Το ίδιο συνέβη και με την ερώτηση που αφορά την ευκολία προσανατολισμού, καθώς και με την ερώτηση που αφορά την άνεση, καθαριότητα, φωτισμό και θερμοκρασία δωματίου (χωρίστηκαν η καθεμία σε 2 ερωτήσεις).

2.4 Πιλοτική φάση της έρευνας

Κατόπιν ακολούθησε η πιλοτική φάση της έρευνας με τη χορήγηση του ερωτηματολογίου σε 11 ασθενείς, που κλήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις του και να πουν τη γνώμη τους σχετικά με τη σαφήνεια των ερωτήσεων.

Προκειμένου να λάβει χώρα ο προέλεγχος του ερωτηματολογίου εφαρμόστηκε η μέθοδος των γνωστικών συνεντεύξεων, προκειμένου να διαπιστωθεί αν οι ερωτήσεις ήταν σαφείς ή αν οι ασθενείς συναντούν δυσκολίες ως προς το νόημα, τη διατύπωση και το λεξιλόγιο τους. Η γνωστική συνέντευξη (ή γνωστικός έλεγχος) αποτελεί μία τεκμηριωμένη ποιοτική ερευνητική μέθοδο ειδικά σχεδιασμένη να διερευνήσει κατά πόσον μια ερώτηση που γίνεται στα πλαίσια μιας έρευνας ικανοποιεί τον προορισμό της (Willis and Artino, 2013).

Από τους 7 τρόπους διεξαγωγής μιας γνωστικής συνέντευξης που προτείνονται από τους Willis και Artino, (2013), χρησιμοποιήθηκαν 2. Έτσι, αφενός μεν οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονταν να εκφράζουν ρητά τις σκέψεις και τις απορίες τους, καθώς διάβαζαν τις ερωτήσεις (think-aloud interviewing), αφετέρου δε δέχονταν ερωτήσεις από την ερευνήτρια, οι οποίες δεν ήταν τυποποιημένες, αλλά αυθόρμητες και αποσκοπούσαν στο να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό έγιναν κατανοητές οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου από τον κάθε συμμετέχοντα (reactive verbal probes).

Στόχοι της πιλοτικής έρευνας ήταν:

- Η μέτρηση του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, και
- Ο έλεγχος της σαφήνειας και κατανόησης των ερωτήσεων που οδήγησε στις παρακάτω αλλαγές και τροποποιήσεις:

- Η ερώτηση «Έχετε ξανακάνει φυσικοθεραπείες στο χώρο μας» διατυπώθηκε ως εξής: «Ήταν η πρώτη φορά που κάνατε φυσικοθεραπείες στο χώρο μας ή έχετε ξανακάνει και στο παρελθόν;»

- Η ερώτηση που αφορά την ευκολία προσανατολισμού γύρω από το κτίριο εξαιρέθηκε, διότι θεωρήθηκε ότι το νόημά της καλύπτεται από την ερώτηση που αφορά την ευκολία πρόσβασης στο φυσικοθεραπευτήριο.

- Η ερώτηση «ποιότητα των πληροφοριών που λάβατε σχετικά με τη μελλοντική σας πορεία» μετατράπηκε σε «πληροφορίες που λάβατε σχετικά με την εξέλιξη της πάθησής σας στο μέλλον» διότι διαπιστώθηκε ότι προκαλεί σύγχυση στους ασθενείς σχετικά με το νόημά της.

- Επίσης σύγχυση προκαλούσε και η ερώτηση που αφορούσε την προσαρμογή του θεραπευτικού σχήματος στις ιδιαιτερότητες του προβλήματος του ασθενή. Γι' αυτό το λόγο μετατράπηκε σε «προσπάθεια του θεραπευτή να προσαρμόσει τη θεραπεία που λάβατε στις ιδιαίτερες ανάγκες του προβλήματός σας».

Στο σημείο αυτό αξίζει τον κόπο να σημειωθεί ότι οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς δεν είχαν κανένα πρόβλημα να ανταποκριθούν ακόμη και στην αρχική μορφή του ερωτηματολογίου. Ωστόσο, η πλειοψηφία των ασθενών που προσέρχονται στο φυσικοθεραπευτήριο είναι μεγάλης ηλικίας και σχετικά χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και, ως εκ τούτου, έχουν περιορισμένες δυνατότητες κατανόησης. Αυτός ήταν ο λόγος για τις τροποποιήσεις που έγιναν στο ερωτηματολόγιο.

Τέλος, σύμφωνα με την προτροπή των Beaton et al., (2000) το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε ένα δωδεκάχρονο κορίτσι που ήρθε ως ασθενής στο θεραπευτήριο, αφού ζητήθηκε πρώτα η γονική συναίνεση, με σκοπό να διαπιστωθεί αν το ερωτηματολόγιο γίνεται κατανοητό στην ελληνική γλώσσα από ένα άτομο που γνωρίζει ελληνικά σε επίπεδο έκτης δημοτικού. Σύμφωνα με τους ανωτέρω συγγραφείς, η πρακτική αυτή είναι κοινή σε έρευνες που απαιτούν τη χρήση ερωτηματολογίου. Μετά από συζήτηση με την

ανήλικη συμμετέχουσα στην έρευνα, αποφασίστηκε να δοθούν τα στοιχεία (items) του ερωτηματολογίου με τη μορφή ερωτήσεων που ξεκινούν με τη φράση «Πώς αξιολογείτε...;».

Το ερωτηματολόγιο, στη τελική μορφή που έλαβε στην ελληνική γλώσσα, αποτελείται από 4 εισαγωγικές ερωτήσεις που αφορούν το φύλο, την ηλικία, τη συχνότητα επισκέψεων των ασθενών στο φυσικοθεραπευτήριο και τον τρόπο επιλογής του, από 15 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 2 ανοιχτού τύπου που αφορούσαν την ικανοποίηση των ασθενών από την υπηρεσία που έλαβαν. Το ερωτηματολόγιο στην τελική του μορφή παρατίθεται στο Παράρτημα Α.

2.5 Προϋποθέσεις συμμετοχής στην έρευνα

Στην έρευνα έλαβαν μέρος οι πρώτοι 107 ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα που έλαβαν θεραπεία κατά τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο του 2015 στο φυσικοθεραπευτήριο της 3^{ης} ΥΠΕ. Το δείγμα ήταν δείγμα ευκολίας και τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων στην έρευνα είχαν ως εξής:

- 1) έτος ηλικίας άνω των 18 ετών
- 2) ικανότητα να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο (να μην έχουν διαγνωσμένη σοβαρή εγκεφαλική βλάβη που να επηρεάζει τη διανοητική τους ικανότητα)
- 3) να γνωρίζουν ελληνικά τουλάχιστον στο επίπεδο ενός 12χρονου παιδιού
- 4) να έχουν ολοκληρώσει τις 10 καθημερινές συνεδρίες που δικαιούνται από τον νόμο
- 5) να συναινέσουν ονομαστικά και ενυπόγραφα μετά την πληροφόρησή τους από την ερευνήτρια. Το έντυπο συναίνεσης που εξυπηρέτησε αυτόν το σκοπό παρατίθεται στο Παράρτημα Β.

Από την έρευνα αποκλείστηκαν όσοι ασθενείς δεν συναίνεσαν να συμμετέχουν ή είχαν απουσιάσει κατά τη διάρκεια των 10 ημερών που έπρεπε να ολοκληρώσουν το θεραπευτικό τους πρόγραμμα, με αποτέλεσμα να έχουν συμπληρώσει λιγότερες από 10 συνεδρίες.

2.6 Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας

Μετά το πέρας των 10 συνεδριών ζητήθηκε από κάθε ασθενή προσωπικά να συμμετέχει στην έρευνα, αφού του είχαν παρασχεθεί οι κατάλληλες οδηγίες που αφορούσαν τους σκοπούς της έρευνας. Στους ασθενείς που συναινούσαν δόθηκε ένα πακέτο που περιλάμβανε το έντυπο συναίνεσης συμμετέχοντα και 2 ερωτηματολόγια, τα οποία ανά ζεύγη έφεραν τον ίδιο διακριτικό αριθμό, ώστε να γνωρίζει η ερευνήτρια την αντιστοιχία τους. Αυτό έγινε για να διατηρηθεί μεν η ανωνυμία των συμμετεχόντων, αλλά και να καταστεί δυνατός ο υπολογισμός της αξιοπιστίας επανεξέτασης. Οι ασθενείς διάβαζαν και υπέγραφαν το έντυπο συναίνεσης, το οποίο επιστρεφόταν στην ερευνήτρια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο (ερωτηματολόγιο ελέγχου) συμπληρωνόταν ανώνυμα από τους συμμετέχοντες στον χώρο του θεραπευτηρίου μετά το πέρας της τελευταίας τους συνεδρίας και τοποθετούνταν σε ένα κουτί που βρισκόταν σε εμφανή θέση στον χώρο αναμονής του φυσικοθεραπευτηρίου. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο (ερωτηματολόγιο επανελέγχου), όμοιο με το πρώτο, δινόταν μέσα σε φάκελο με προπληρωμένο ταχυδρομικό τέλος και ζητούνταν από τους ασθενείς να το συμπληρώσουν, επίσης ανώνυμα, και να το στείλουν ταχυδρομικά μία εβδομάδα μετά τη συμπλήρωση του πρώτου ερωτηματολογίου. Με σκοπό τη μεγιστοποίηση του αριθμού των επιστρεφόμενων ερωτηματολογίων, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ασθενείς λάμβαναν δύο τηλεφωνικές κλήσεις, μία βδομάδα και τρεις βδομάδες μετά τη συμπλήρωση του πρώτου ερωτηματολογίου, που τους υπενθύμιζαν την αποστολή του.

2.7 Εξέταση ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου

Για να είναι ακριβή τα συμπεράσματα μιας έρευνας, θα πρέπει το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιείται να είναι επαρκές (Πατσάλης, 2012). Η επάρκειά του συνίσταται στην επάρκεια των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του. Στην παρούσα έρευνα, οι ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου που εξετάστηκαν ήταν η πρακτικότητα της εφαρμογής του, η αξιοπιστία και η εγκυρότητά του.

2.8 Πρακτική εφαρμογή και αποδοχή από τους συμμετέχοντες

Η πρακτική εφαρμογή αφορά την έκταση στην οποία μπορεί να εφαρμοσθεί το εργαλείο στην καθημερινή πρακτική. Τα κριτήρια για την αξιολόγηση της πρακτικής εφαρμογής περιλαμβάνουν την αναμενόμενη ώρα που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, το ποσοστό των ερωτηματολογίων επανελέγχου σε σχέση με τα ερωτηματολόγια ελέγχου και το ποσοστό των πλήρως συμπληρωμένων ερωτηματολογίων. Τα δύο τελευταία κριτήρια είναι ένα μέτρο της αποδοχής των ερωτηματολογίων από τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται (Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008).

2.9 Αξιοπιστία

Η αξιοπιστία εκτιμάται από το βαθμό επαναληπτικότητας των αποτελεσμάτων των μετρήσεων μετά από επανειλημμένη εφαρμογή της ίδιας μεθόδου (πχ. ερωτηματολογίου) στο ίδιο υποκείμενο (Τούντας και Οικονόμου, 2007). Σε περίπτωση εφαρμογής ενός ερωτηματολογίου σε μια έρευνα, η έννοια της αξιοπιστίας αναφέρεται στην ικανότητά του να παρέχει μετρήσεις που να χαρακτηρίζονται από ακρίβεια και σταθερότητα, δηλαδή μετρήσεις που είναι απαλλαγμένες από τυχαία σφάλματα (Γαλάνης, 2013; Αλετράς και συν., 2009).

Είναι αξιοσημείωτο ότι η αξιοπιστία ενός ερωτηματολογίου εξαρτάται από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο εκάστοτε περιβάλλον στο οποίο εφαρμόζεται και όχι από το ερωτηματολόγιο καθ' αυτό. Ως εκ τούτου, η αξιοπιστία ενός ερωτηματολογίου πρέπει να ελέγχεται πάντοτε σε μια νέα έρευνα, ανεξάρτητα από το αν το ερωτηματολόγιο έχει εμφανίσει υψηλή αξιοπιστία σε προγενέστερες μελέτες (Γαλάνης, 2013).

Η εκτίμηση της αξιοπιστίας ενός ερωτηματολογίου περιλαμβάνει την εκτίμηση της αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου (ή εξέτασης-επανεξέτασης), της αξιοπιστίας ημίσεων τμημάτων, της αξιοπιστίας εναλλακτικών μορφών, της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας και της αξιοπιστίας μεταξύ παρατηρητών (Γαλάνης, 2013).

Στην έρευνα αυτή θα μας απασχολήσουν η εκτίμηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας και της αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου.

2.9.1 Αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου

Η αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (test-retest reliability) εκτιμά το βαθμό συσχέτισης των απαντήσεων των συμμετεχόντων σε ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές. Είναι υψίστης σημασίας οι συνθήκες κάτω από τις οποίες συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο να είναι όμοιες και να μην έχει συμβεί κάποια αξιοσημείωτη μεταβολή που θα επηρέαζε ενδεχομένως τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Επίσης μεγάλη σημασία έχει και το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των δύο χρονικών στιγμών συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες. Συνήθως, η συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων των συμμετεχόντων είναι μεγαλύτερη, όσο μικρότερο είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της πρώτης και δεύτερης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Στην περίπτωση που το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι σχετικά μικρό, τότε υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να εξοικειωθούν οι συμμετέχοντες με το ερωτηματολόγιο και, βασιζόμενοι στη μνήμη τους, να δώσουν τις ίδιες απαντήσεις. Αυτό το φαινόμενο είναι γνωστό ως «αποτέλεσμα μνήμης» (memory effect) και θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη από τους ερευνητές στον καθορισμό του χρονικού διαστήματος που μεσολαβεί μεταξύ της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (Γαλάνης, 2013).

Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε το χρονικό διάστημα της μίας εβδομάδας μεταξύ της πρώτης και δεύτερης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, διότι θεωρήθηκε ότι ήταν ένα ικανό διάστημα, ώστε να διατηρήσουν οι ασθενείς την αίσθησή τους από την εμπειρία που είχαν από την θεραπεία τους, χωρίς, ωστόσο να επηρεαστούν από οποιοδήποτε «αποτέλεσμα μνήμης». Το ίδιο χρονικό διάστημα επιλέχθηκε και στην έρευνα των Vanti et al., 2013a) και Πατσάλη (2012), αλλά και οι Scascighini, Angst and Aeschlimann (2008) επέλεξαν το παρόμοιο διάστημα των 10 ημερών για παρόμοια μελέτη.

Για την αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (ή εξέτασης-επανεξέτασης) εφαρμόστηκε ο υπολογισμός του συντελεστή Pearson μεταξύ των απαντήσεων των ερωτηματολογίων ελέγχου και επανελέγχου. Σε αυτήν την περίπτωση, ο συντελεστής συσχέτισης παίρνει τιμές από 0, που φανερώνει μηδενική συσχέτιση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών, μέχρι την τιμή 1 που φανερώνει τη μέγιστη συσχέτιση. Όσο ο συντελεστής Pearson πλησιάζει το 1, τόσο πιο ισχυρή θεωρείται η γραμμική συσχέτιση των αντίστοιχων μεταβλητών ελέγχου και επανελέγχου (Guedes et al., 2010; Πατσάλης, 2012). Ως ικανοποιητική τιμή για τον συντελεστή συσχέτισης Pearson θεωρείται το 0,70 (Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

Ωστόσο, επειδή ο συντελεστής Pearson μελετά μόνο τη γραμμική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών των ερωτηματολογίων ελέγχου-επανελέγχου και δεν εξετάζει κατά πόσο όμοιες είναι οι απαντήσεις που δόθηκαν την πρώτη και τη δεύτερη φορά (δηλαδή την απόλυτη, κατά τιμές, συμφωνία τους), προτείνεται από πολλούς ερευνητές και ο υπολογισμός του συντελεστή ενδοταξικής συσχέτισης (intra-class correlation coefficient). Ο συντελεστής αυτός υπολογίζεται κυρίως όταν ερευνάται αν τα αποτελέσματα μιας ερευνητικής διαδικασίας παρουσιάζουν αξιοπιστία στην περίπτωση κατά την οποία βαθμολογούν μία μεταβλητή δύο ή περισσότεροι παρατηρητές (Γαλάνης, 2013). Παρόλα αυτά, αποτελεί κοινή πρακτική στις έρευνες που αφορούν την υγεία ο υπολογισμός του εν λόγω συντελεστή, ακόμη και σε περίπτωση αξιολόγησης της αξιοπιστίας επανεξέτασης ενός και μόνο ερωτηματολογίου (Guedes et al., 2010; Αλετράς και συν., 2007; Cacchio et al., 2012; Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008; Vanti et al., 2014).

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε να υπολογιστεί ο συντελεστής ενδοταξικής συσχέτισης ICC (3,1) (two way mixed, absolute agreement) κατά την πρακτική των Vanti et al., (2014). Αυτός ο δείκτης επιλέχθηκε, διότι είχαμε 1 μέσο συλλογής δεδομένων, το ίδιο ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε 2 φορές, και δεν αρκούσε απλά η συσχέτιση των απαντήσεων, αλλά έπρεπε να διερευνηθεί το κατά πόσο οι απαντήσεις που δόθηκαν στις δύο χρονικές στιγμές ήταν όμοιες. Ο δείκτης παίρνει τιμές μεταξύ του 0 και του 1 και μια τιμή του μεγαλύτερη του 0,70 θεωρείται επαρκής για να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι το ερωτηματολόγιο χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία επανελέγχου (Rodrigues et al., 2013).

2.9.2 Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ή συνάφειας (internal consistency reliability) αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο όλα τα στοιχεία (items) μιας αθροιστικής κλίμακας μετρούν την ίδια δομή, ή αλλιώς, εννοιολογική κατασκευή (construct) (Αλετράς και συν., 2009). Η ποσοτικοποίηση της σχέσης μεταξύ των διαφόρων ερωτήσεων ενός ερωτηματολογίου, δηλαδή, με άλλα λόγια, η διερεύνηση της εσωτερικής του συνάφειας, γίνεται με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's alpha. Σύμφωνα με τον Πατσάλη (2012), ο υπολογισμός του συντελεστή αυτού αποτελεί την πιο ενδεδειγμένη μέθοδο στην περίπτωση ερωτηματολογίου που αποτελείται από κλειστού τύπου ερωτήσεις, και με περισσότερες από 2 επιλογές στις απαντήσεις, όπως στην περίπτωσή μας. Εάν ο συντελεστής αυτός λάβει τιμές μεγαλύτερες του 0,7, τότε θεωρούμε πράγματι ότι τα επιμέρους στοιχεία ενός ερωτηματολογίου συνδέονται στενά μεταξύ τους και εκφράζουν την ίδια έννοια. Αν οι τιμές του είναι μικρότερες από 0,7, τότε εξετάζουμε ποιών στοιχείων η απαλοιφή τον βελτιώνει, ώστε να αφαιρεθούν τελείως κατά την τελική μορφοποίηση του ερωτηματολογίου (Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

Για τον υπολογισμό της αξιοπιστίας εσωτερικής συνάφειας του ερωτηματολογίου υπολογίστηκαν ο συντελεστής Cronbach's alpha για όλο το ερωτηματολόγιο, ο συντελεστής Cronbach's alpha για κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά και η συσχέτιση του καθενός στοιχείου του ερωτηματολογίου με την αντίστοιχη υποκλίμακα. Αν οι συσχετίσεις των επιμέρους ερωτήσεων με το σύνολο της υποκλίμακας στην οποία ανήκουν υπερβαίνουν το 0,3, τότε θεωρούνται ικανοποιητικές (Σαμακουρή και συν., 2012).

2.10 Εγκυρότητα

Ένα ερωτηματολόγιο θεωρείται έγκυρο όταν μετρά, με όσον το δυνατό μεγαλύτερη ακρίβεια, την έννοια, ή τη μεταβλητή, την οποία έχει ως αντικείμενο. Η αύξηση της εγκυρότητας ενός ερωτηματολογίου συνεπάγεται τη μείωση του συστηματικού σφάλματος. Η συνολική εγκυρότητα μιας μελέτης δεν είναι εύκολο να υπολογιστεί, αλλά εκτιμήσεις γι' αυτήν μπορούν να γίνουν με βάση τις επιμέρους συνιστώσες της, όπως είναι η εγκυρότητα

όψης, η εγκυρότητα κριτηρίου, η εγκυρότητα περιεχομένου και η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Γαλάνης, 2103; Τούντας και Οικονόμου, 2007). Οι εν λόγω διαστάσεις της εγκυρότητας θα μας απασχολήσουν και στην παρούσα έρευνα.

2.10.1 Εγκυρότητα όψης

Η εγκυρότητα όψης (face validity) ενός ερωτηματολογίου αποτελεί μια στοιχειώδη μορφή εγκυρότητας που φανερώνει ότι ένα ερωτηματολόγιο δείχνει να μετρά τη μεταβλητή (έννοια) την οποία σχεδιάστηκε να μετρήσει. Η φαινομενική εγκυρότητα προσδιορίζεται με μια αδρή εκτίμηση του περιεχομένου των στοιχείων-ερωτήσεων ενός ερωτηματολογίου, εάν, δηλαδή, είναι εννοιολογικά σχετικό με ό,τι προτίθεται να μετρήσει το ερωτηματολόγιο (Ουζούνη και Νακάκης, 2011). Η εγκυρότητα όψης δεν αποτελεί μορφή εγκυρότητας με τη στενή έννοια και είναι χαρακτηριστικό ότι ο έλεγχός της στηρίζεται κυρίως στην υποκειμενική κρίση, παρά στη χρήση στατιστικών μεθόδων (Γαλάνης, 2013; Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

Η φαινομενική εγκυρότητα μπορεί είτε να διαπιστωθεί από τον ίδιο τον ερευνητή, είτε από ομάδα ειδικών που γνωρίζουν ή ασχολούνται σε επαγγελματικό επίπεδο με την προς εξέταση έννοια (Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

2.10.2 Εγκυρότητα κριτηρίου

Η εγκυρότητα κριτηρίου (criterion validity) αναφέρεται στο βαθμό ύπαρξης συμφωνίας του υπό εξέταση ερωτηματολογίου με ένα άλλο ερωτηματολόγιο που αποδεδειγμένα διαθέτει εγκυρότητα και αξιοπιστία. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο χρησιμεύει ως εργαλείο αναφοράς ή «χρυσός κανόνας» για την εκτίμηση της εγκυρότητας του υπό εξέταση ερωτηματολογίου. Τόσο το πρώτο όσο και το δεύτερο ερωτηματολόγιο πρέπει να μετρούν ακριβώς την ίδια έννοια (Γαλάνης, 2013; Τούντας και Οικονόμου, 2007).

Δυστυχώς, στη διεθνή βιβλιογραφία δεν αναφέρεται κανένα ερωτηματολόγιο αρκετά έγκυρο και αξιόπιστο, ώστε να χρησιμεύσει ως ο χρυσός κανόνας για την εκτίμηση της

εγκυρότητας κριτηρίου, όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από υπηρεσίες φυσικοθεραπείας ((Roush and Sonstroem, 1999; Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008). Επομένως, αυτή η μορφή εγκυρότητας δεν εξετάστηκε στην παρούσα έρευνα.

2.10.3 Εγκυρότητα περιεχομένου

Η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) είναι ο βαθμός στον οποίο ένα εργαλείο μέτρησης, πχ. ερωτηματολόγιο, είναι κατασκευασμένο με τέτοιο τρόπο, ώστε να καλύπτει εννοιολογικά όλες τις διαφορετικές διαστάσεις της μεταβλητής που διατείνεται ότι μετράει (Γαλάνης, 2013; Ουζούνη και Νακάκης, 2011). Για παράδειγμα, η αξιολόγηση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών πρέπει να περιλαμβάνει τον προσδιορισμό παραγόντων, όπως είναι η ικανοποίηση των ασθενών για την φροντίδα που έλαβαν, την πληροφόρησή τους, τη συμπεριφορά του προσωπικού, την ποιότητα των ξενοδοχειακών υποδομών (Τούντας και Οικονόμου, 2007). Για να μπορεί να εκτιμηθεί κατάλληλα η εγκυρότητα περιεχομένου ενός εργαλείου μέτρησης, αυτό που πρέπει να εξεταστεί είναι το κατά πόσον τα στοιχεία-ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι αντιπροσωπευτικά της έννοιας που μετράται με το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο (Γαλάνης, 2013).

Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο οι διάφορες παράμετροι του PSQ-GR μπορούν να καλύψουν όλες τις διαστάσεις ικανοποίησης των ασθενών από τη φυσικοθεραπευτική παρέμβαση που έλαβαν. Κατά τους Scascighini, Angst and Aeschlimann, (2008), τα ερωτηματολόγια που επιδεικνύουν εγκυρότητα περιεχομένου πρέπει να έχουν όσο το δυνατό λιγότερες αναπάντητες ερωτήσεις και στις απαντήσεις τους να χρησιμοποιείται όλο το εύρος των πιθανών αποκρίσεων με το δυνατό λιγότερη λοξότητα. Επίσης, οι απαντήσεις τους θα πρέπει να παρουσιάζουν το λιγότερο δυνατό το φαινόμενο βάσης (floor effect) ή επίδρασης οροφής (ceiling effect). Επειδή στην αρθρογραφία δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τον υπολογισμό των φαινομένων βάσης και οροφής (Argimon-Pallàs et al., 2009; Roush, Jones and Nassaney, 2007; Rodrigues et al., 2013), επιλέχθηκε ο τρόπος υπολογισμού των Scascighini, Angst και Aeschlimann, (2008), για να γίνει εφικτή η σύγκριση των αποτελεσμάτων της ελληνικής με τη γερμανική έκδοση του PSQ.

2.10.4 Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής

Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (construct validity) εκφράζει το βαθμό στον οποίο ένα εργαλείο μέτρησης, πχ. ερωτηματολόγιο, αποδίδει τη θεωρητική έννοια για τη μέτρηση της οποίας σχεδιάστηκε (Τούντας και Οικονόμου, 2007; Αλετράς και συν., 2009). Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής μπορεί να προσεγγιστεί με τον υπολογισμό της παραγοντικής εγκυρότητας, της συγκλίνουσας και αποκλίνουσας εγκυρότητας και με τη μέθοδο των γνωστών ομάδων (Ουζούνη και Νακάκης, 2011). Στην παρούσα εργασία, θα σταθούμε στον υπολογισμό της παραγοντικής εγκυρότητας και της συγκλίνουσας εγκυρότητας.

2.10.4.1 Παραγοντική εγκυρότητα

Η παραγοντική εγκυρότητα (factorial validity) μπορεί να ελεγχθεί με την παραγοντική ανάλυση, η οποία διακρίνεται σε διερευνητική και επιβεβαιωτική. Η παραγοντική ανάλυση διεξάγεται με σκοπό να αποκαλύψει τις υποκείμενες διαστάσεις ενός εργαλείου μέτρησης. Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτή τη σύνθετη στατιστική διαδικασία χρησιμεύουν στη διερεύνηση τόσο της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής μίας κλίμακας, όσο και της εσωτερικής συνοχής της (Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

Στην παρούσα έρευνα, εφαρμόστηκε ανάλυση πολλαπλών συνιστωσών με περιστροφή Varimax σε κάθε υποκλίμακα της έκδοσης που προτάθηκε από τους αρχικούς σχεδιαστές του ερωτηματολογίου. Η ανάλυση αυτή επιλέχθηκε για να διερευνηθεί η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου με βάση τα ελληνικά δεδομένα και να γίνει η σύγκριση με το γαλλικό ερωτηματολόγιο. Η μέθοδος Varimax υποθέτει ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων που προκύπτουν και είναι ευρέως διαδεδομένη στη διεθνή βιβλιογραφία για αναλύσεις σε αντίστοιχες έρευνες (Mendonça and Guerra, 2007; Vanti et al., 2013a; Roush and Sonstroem, 1999; Beattie et al., 2002).

Στη συνέχεια, εφαρμόστηκε εκ νέου ανάλυση πολλαπλών συνιστωσών με περιστροφή Varimax στο σύνολο των ερωτήσεων για να ελεγχθεί η υπόθεση αν μια νέα μορφή του ερωτηματολογίου θα ταίριαζε καλύτερα στο ελληνικό περιβάλλον. Η νέα αυτή μορφή που προέκυψε εξετάστηκε με επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, εφαρμόζοντας

τη μέθοδο της μέγιστης πιθανοφάνειας. Παρόλο που η μέθοδος αυτή προτείνεται σε περιπτώσεις κανονικότητας της κατανομής των δεδομένων, οι Harrington, (2009) και Curran, West, και Finch, (1996) αναφέρουν ότι μπορεί να εφαρμοστεί με ασφάλεια και στις περιπτώσεις που η κατανομή των δεδομένων είναι μη κανονική, αρκεί το δείγμα να είναι μικρό (περίπου 100 ατόμων). Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοστεί και σε περιπτώσεις όπου λείπουν κάποιες τιμές (missing data), όπως συμβαίνει στην περίπτωσή μας.

2.10.4.2 Συγκλίνουσα εγκυρότητα

Για να στοιχειοθετηθεί η συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity), θα πρέπει οι μετρήσεις της ίδιας μεταβλητής-έννοιας από δύο διαφορετικά εργαλεία μέτρησης να αποφέρουν τα ίδια αποτελέσματα. Η συγκλίνουσα εγκυρότητα επιβεβαιώνεται όταν υπάρχει θετική συσχέτιση των βαθμολογιών που προέκυψαν από τη χρήση των δύο εργαλείων μέτρησης (Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

Σε γενικές γραμμές, η εγκυρότητα ενός μεμονωμένου στοιχείου ενός ερωτηματολογίου υπολογίζεται από διδιάστατες συσχετίσεις μεταξύ του στοιχείου και ενός «χρυσού κανόνα» ή ενός συγκρίσιμου εργαλείου με την ίδια δομή (Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008).

Επειδή, ωστόσο, δεν υπάρχει κανένα αντίστοιχο εργαλείο μέτρησης στην Ελληνική γλώσσα με παρόμοιο περιεχόμενο ή δομή που θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως αναφορά του ορισμού της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ανάλυσης των πολλαπλών χαρακτηριστικών. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, για να διαπιστωθεί η συγκλίνουσα εγκυρότητα, υπολογίζονται συντελεστές συσχέτισης μεταξύ του κάθε στοιχείου υπό εξέταση και της κλίμακας στην οποία αυτό ανήκει (Αλετράς και συν., 2009).

Επίσης, στην περίπτωση μας, η ερώτηση 14 «Συνοψίστε τη φυσικοθεραπεία σας με μία λέξη» θεωρήθηκε ότι παρέχει ένα κατάλληλο μέτρο σύγκρισης για την εξακρίβωση της εγκυρότητας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου, καθώς και της συνολικής αξιολόγησης, όπως αυτά καθορίζονται από τις ερωτήσεις 1-13 και 15 αντίστοιχα. Το

αναμενόμενο είναι να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών και των επιμέρους διαστάσεων της. Με αυτήν τη λογική, υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας και των τεσσάρων αθροιστικών κλιμάκων (Αλετράς και συν., 2009), καθώς και μεταξύ της ερώτησης 14 και της ερώτησης 15, που δίνει μια συνολική εικόνα της ικανοποίησης των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται από την πρόθεσή τους να επισκεφτούν ξανά τον χώρο για τη θεραπεία τους.

Πρέπει σε αυτό το σημείο να τονιστεί ότι ο έλεγχος της συγκλίνουσας εγκυρότητας του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με το συντελεστή Spearman, διότι η αρχική εξέταση των δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνα απέδειξε την ύπαρξη σημαντικού βαθμού αριστερής λοξότητας σε αρκετές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, όπως θα φανεί στο επόμενο κεφάλαιο (Αλετράς και συν., 2009). Σύμφωνα με τους Scascighini, Angst and Aeschlimann, (2008), ο συντελεστής Spearman θεωρείται εξαιρετικός όταν παίρνει τιμές 1-0,81, πολύ καλός στις τιμές 0,8-0,61, καλός για 0,60-0,41, επαρκής για 0,40-0,21 και πτωχός για 0,20-0,00.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Συμμετέχοντες και ανταποκρισιμότητα στην έρευνα

Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων έλαβαν χώρα τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο 2015 στο χώρο του Φυσικοθεραπευτηρίου ΠΕΔΥ της 3^{ης} ΥΠΕ. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 23.0 και η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση με το πρόγραμμα SPSS AMOS 23.0. Αξίζει να σημειωθεί ότι το προς μελέτη ερωτηματολόγιο δεν είχε αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις, οπότε δε χρειάστηκε η αντιστροφή της κωδικοποίησης των απαντήσεων κατά την ανάλυσή τους.

Στον χώρο του φυσικοθεραπευτηρίου ζητήθηκε από 134 ασθενείς να συμμετέχουν στην έρευνα. 17 εξ αυτών αρνήθηκαν να συναινέσουν, οπότε συγκεντρώθηκαν τελικά 107 ερωτηματολόγια (ερωτηματολόγια ελέγχου) από ισάριθμους συμμετέχοντες (ποσοστό ανταπόκρισης 79,85%). Μετά από τηλεφωνική υπενθύμιση στους 107 ασθενείς επιστράφηκαν στην ερευνήτρια 74 ερωτηματολόγια (ερωτηματολόγια επανελέγχου), από τα οποία τα 2 ήταν τελείως κενά και αποκλείστηκαν από τη στατιστική ανάλυση (ποσοστό ανταπόκρισης 67,29%). Ερωτηματολόγια που είχαν ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων μεγαλύτερο από το 10% του συνόλου των ερωτήσεων εξαιρέθηκαν από τον υπολογισμό των συντελεστών Cronbach's alpha και ενδοταξικής συσχέτισης, καθώς και από την παραγοντική ανάλυση. Έγκυρα για αυτούς τους υπολογισμούς θεωρήθηκαν 103 ερωτηματολόγια ελέγχου (ποσοστό 96,26%) και 68 ερωτηματολόγια επανελέγχου (ποσοστό 91,89%). Ποσοστό 28,62% εκμεταλλεύτηκαν της ευκαιρίας να πουν τη γνώμη τους απαντώντας στις ανοικτές ερωτήσεις 16 και 17 που εξαιρέθηκαν από τη περαιτέρω στατιστική ανάλυση διερεύνησης της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου, λόγω χαμηλού ποσοστού ανταπόκρισης. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, όπως τα περιγραφικά στοιχεία και ο έλεγχος εγκυρότητας και εσωτερικής συνοχής, χρησιμοποιήθηκαν τα έγκυρα ερωτηματολόγια ελέγχου (ή εξέτασης), ενώ για τον υπολογισμό της αξιοπιστίας επανεξέτασης, χρησιμοποιήθηκαν τα έγκυρα ερωτηματολόγια ελέγχου και επανελέγχου των ασθενών που απάντησαν για

δεύτερη φορά, κατά την πρακτική των Rodrigues et al., (2013). Για τον υπολογισμό της εγκυρότητας περιεχομένου χρησιμοποιήθηκαν όλα τα έγκυρα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν. Για τον υπολογισμό της παραγοντικής εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια ελέγχου.

Ο μέσος όρος του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ανερχόταν στα 7 λεπτά της ώρας, όπως μετρήθηκε κατά την πιλοτική φάση. 2 ερωτήσεις απαντήθηκαν από όλους τους συμμετέχοντες, η 4^η και η 15^η. Οι ερωτήσεις με τις περισσότερες κενές απαντήσεις ήταν οι 6^η, η 7^η, η 8^η και η 10^η, που είχαν ποσοστό κενών απαντήσεων 2,79% η καθεμία.

Τα δημογραφικά και περιγραφικά δεδομένα των συμμετεχόντων φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1: Δημογραφικά και περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα

	Αριθμός Συμμετεχόντων	Ποσοστό %	M.O. ± Τυπική Απόκλιση	Επικρατούσα Τιμή	Εύρος Τιμών
Ηλικία (σε έτη)			57,81 ± 16,58	70	18-85
Φύλο				Γυναίκες	
	<i>Ανδρες</i>	40	37,38%		
	<i>Γυναίκες</i>	67	62,62%		
Συχνότητα επισκέψεων στο χώρο				Πρώτη φορά	
	<i>Πρώτη φορά</i>	51	47,66%		
	<i>Δεύτερη φορά</i>	18	16,82%		
	<i>2-10 φορές</i>	25	23,36%		
	<i>>10 φορές</i>	13	12,15%		
Επιλογή Φυσικοθεραπευτηρίου				Από μόνος/η μου	
	<i>Από μόνος/η μου</i>	52	48,60%		
	<i>Με σύσταση γιατρού</i>	36	33,64%		
	<i>Από γνωστό/φίλο</i>	14	13,08%		
	<i>Δεν είχα άλλη επιλογή</i>	5	4,67%		

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι ασθενείς που δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα ήταν στην πλειοψηφία τους γυναίκες, επισκέφτηκαν το φυσικοθεραπευτήριο για πρώτη φορά, αφού το επέλεξαν από μόνοι τους, και ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 57,81 έτη με τυπική απόκλιση τα 16,58 έτη.

3.2 Περιγραφική ανάλυση των στοιχείων του ερωτηματολογίου

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται περιγραφικά στατιστικά στοιχεία που αφορούν τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Τα στοιχεία αυτά είναι ο μέσος όρος για κάθε ερώτηση και για κάθε υποκλίμακα, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος και η επικρατούσα τιμή, η λοξότητα, καθώς και τα ποσοστά των ελαχίστων και μεγίστων τιμών που αντιστοιχούν σε κάθε ερώτηση.

Πίνακας 2: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του ερωτηματολογίου

Στοιχείο	Περιγραφή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Επικρατούσα Τιμή	Λοξότητα	Φαινόμενο βάσης	Επίδραση οροφής
1	Διαδικασίες	4,21	0,801	4	5	-0,508	2 (0,94%)	5 (42,90%)
2	Χρόνος για κλείσιμο ραντεβού	4,09	0,857	4	4 και 5	-0,554	2 (3,77%)	5 (37,74%)
3	Ευγένεια Προσωπικού	4,43	0,793	5	5	-1,297	2 (2,80%)	5 (58,88%)
	Γραμματεία (3-15)	12,74	2,020	13	15	-0,831	6 (0,94%)	15 (24,30%)
4	Άνεση κατά τη θεραπεία	4,38	0,820	5	5	-1,028	2 (1,87%)	5 (57,94%)
5	Εξηγήσεις σχετικά με τη θεραπεία	4,02	0,971	4	5	-0,542	2 (7,48%)	5 (40,19%)
6	Πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη της πάθησης	3,65	1,078	4	4	-0,237	1 (0,94%)	5 (27,36%)
7	Προσαρμογή θεραπείας	4,17	0,889	4	5	-0,591	2 (2,83%)	5 (46,23%)
8	Αίσθηση ασφάλειας	4,30	0,820	4	5	-1,025	2 (3,81%)	5 (48,57%)
	Θεραπεία (5-25)	20,55	3,716	21	25	-0,635	10 (1,90%)	25 (21,90%)
9	Ευκολία πρόσβασης	4,04	0,904	4	5	-0,548	2 (5,66%)	5 (36,79%)
10	Ευκολία προσανατολισμού	4,03	0,860	4	4	-0,518	2 (4,76%)	5 (33,33%)
11	Άνεση, καθαριότητα	3,41	0,993	3	3	-0,060	1 (1,89%)	5 (15,09%)
12	Φωτισμός, θερμοκρασία	3,40	1,115	3	3	-0,227	1 (5,61%)	5 (19,63%)
13	Ατμόσφαιρα	3,93	0,939	4	4	-0,756	1 (0,93%)	5 (28,97%)
	Περιβάλλον (5-25)	18,85	3,634	19	18	-0,319	9 (0,95%)	25 (5,71%)
14	Περιγραφή με μία λέξη	4,09	0,896	4	5	-0,588	1 (1,89%)	5 (15,09%)
15	Πρόθεση επανεπιλογής του φυσικοθεραπευτηρίου	4,70	0,618	5	5	-1,913	3 (8,41%)	5 (78,50%)
	Συνολική αξιολόγηση (2-10)	8,79	1,344	9	10	-1,160	5 (2,80%)	10 (38,32%)
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ (15-75)	61,06	8,845	62	61	-0,999	32 (0,97%)	75 (2,91%)

ΣΗΜ: Μέσα στις παρενθέσεις αναφέρονται η ελάχιστη και η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να λάβει η κάθε αθροιστική κλίμακα (1=κακά ως 5=εξαιρετικά).

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, το εύρος των πιθανών απαντήσεων καλύφθηκε πλήρως στις ερωτήσεις 6,11,12,13 και 14, ενώ στις υπόλοιπες ερωτήσεις υπήρχαν πιθανές απαντήσεις που δεν επιλέχθηκαν. Φαινόμενο βάσης (floor effect) δεν παρατηρείται σε κανένα στοιχείο ή υποκλίμακα του ερωτηματολογίου. Αντίθετα, η επίδραση οροφής (ποσοστό απαντήσεων με μέγιστη (5) τιμή >30% των συμμετεχόντων) (Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008) είναι έκδηλη σχεδόν σε όλα τα στοιχεία-ερωτήσεις της κλίμακας, ωστόσο παρατηρείται μόνο στην τελευταία υποκλίμακα που αφορά τη συνολική αξιολόγηση (ποσοστό 38,32%). Τα επιμέρους στοιχεία, καθώς και οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου παρουσιάζουν αριστερή λοξότητα στην κατανομή τους, η οποία δικαιολογεί και την επίδραση οροφής στα παραπάνω στοιχεία του ερωτηματολογίου.

Παρόλα αυτά, η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου δεν παρουσιάζει ούτε φαινόμενο βάσης (ποσοστό 0,97%), ούτε επίδραση οροφής (2,91%). Αυτό οποίο σημαίνει ότι το τελικό ερωτηματολόγιο μπορεί να καλύψει όλο το εύρος των πιθανών απαντήσεων στον πληθυσμό και είναι αρκετά ικανό (ευαίσθητο) να ανιχνεύσει πιθανές αλλαγές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο πέρασμα του χρόνου (Rodrigues et al., 2013).

3.3 Έλεγχος αξιοπιστίας

3.3.1 Έλεγχος εσωτερικής συνοχής

Για τη διερεύνηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (internal consistency) του ερωτηματολογίου, υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha για όλο το ερωτηματολόγιο και βρέθηκε ίσος με 0,906, που είναι μια πολύ ικανοποιητική τιμή. Ο παρακάτω πίνακας μας δίνει τις τιμές του Cronbach's alpha για το συνολικό ερωτηματολόγιο, σε περίπτωση που διαγραφεί κάποιο από τα στοιχεία του. Παρατηρούμε ότι αν διαγραφεί οποιαδήποτε ερώτηση, ο εν λόγω συντελεστής μειώνεται. Επομένως,

μπορούμε να διατηρήσουμε όλα τα στοιχεία, αφού συμβάλλουν στη βελτίωση της εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 3: Συσχετίσεις ερωτήσεων – συνολικής κλίμακας και συντελεστές Cronbach's alpha αν η ερώτηση απαλειφθεί.

Στοιχείο	Περιγραφή	Διορθωμένες συσχετίσεις στοιχείων-κλίμακας	Cronbach's alpha αν το στοιχείο διαγραφεί
1	Διαδικασίες	0,630	0,898
2	Χρόνος για κλείσιμο ραντεβού	0,544	0,901
3	Ευγένεια Προσωπικού	0,616	0,899
4	Άνεση κατά τη θεραπεία	0,727	0,895
5	Εξηγήσεις σχετικά με τη θεραπεία	0,668	0,897
6	Πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη της πάθησης	0,565	0,901
7	Προσαρμογή θεραπείας	0,653	0,897
8	Αίσθηση ασφάλειας	0,756	0,894
9	Ευκολία πρόσβασης	0,492	0,903
10	Ευκολία προσανατολισμού	0,488	0,903
11	Άνεση, καθαριότητα	0,549	0,901
12	Φωτισμός, θερμοκρασία	0,554	0,902
13	Ατμόσφαιρα	0,573	0,900
14	Περιγραφή με μία λέξη	0,614	0,899
15	Πρόθεση επανεπιλογής του φυσικοθεραπευτηρίου	0,589	0,901

Επίσης, υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha για κάθε υποκλίμακα του ερωτηματολογίου, οι συσχετίσεις της κάθε επιμέρους ερώτησης με την υποκλίμακα στην οποία ανήκει, καθώς και οι τιμές που θα λάμβανε ο Cronbach's alpha της κάθε υποκλίμακας σε περίπτωση που διαγράφονταν κάθε ένα από τα επιμέρους στοιχεία της. Οι εν λόγω τιμές αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα.

Παρατηρούμε ότι ο συντελεστής Cronbach's alpha για κάθε υποκλίμακα κρίνεται ικανοποιητικός για τις 3 πρώτες υποκλίμακες, όπου παίρνει τιμές $>0,70$, και οριακά αποδεκτός για την τέταρτη. Οι διορθωμένες συσχετίσεις κάθε στοιχείου με την υποκλίμακα στην οποία ανήκει κυμαίνονται από 0,54-0,74, ικανοποιώντας το κριτήριο $>0,30$ που αναφέρουν οι Σαμακουρή και συν., (2012). Επίσης, παρατηρούμε ότι αν διαγραφεί οποιοδήποτε από τα στοιχεία των 3 πρώτων υποκλιμάκων, ο αντίστοιχος Cronbach's alpha υποβαθμίζεται. Για την τέταρτη κλίμακα δεν είναι δυνατός τέτοιος υπολογισμός, διότι αποτελείται από μόλις 2 στοιχεία. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η εσωτερική συνάφεια του ερωτηματολογίου, με βάση τον Cronbach's alpha, κρίνεται ικανοποιητική.

Πίνακας 4: Συσχετίσεις ερωτήσεων – υποκλίμακας και συντελεστές Cronbach's alpha αν η ερώτηση απαλειφθεί.

Στοιχείο	Περιγραφή	Συντελεστές Cronbach υποκλιμάκτων	Διορθωμένες συσχετίσεις στοιχείων-κλίμακας	Cronbach's alpha αν το στοιχείο διαγραφεί
1	Διαδικασίες		0,704	0,558
2	Χρόνος για κλείσιμο ραντεβού		0,544	0,743
3	Ευγένεια Προσωπικού		0,547	0,734
	Γραμματεία	0,763		
4	Άνεση κατά τη θεραπεία		0,725	0,832
5	Εξηγήσεις σχετικά με τη θεραπεία		0,738	0,826
6	Πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη της πάθησης		0,646	0,854
7	Προσαρμογή θεραπείας		0,691	0,838
8	Αίσθηση ασφάλειας		0,675	0,843
	Θεραπεία	0,866		
9	Ευκολία πρόσβασης		0,557	0,784
10	Ευκολία προσανατολισμού		0,544	0,788
11	Άνεση, καθαριότητα		0,635	0,760
12	Φωτισμός, θερμοκρασία		0,686	0,744
13	Ατιμόσφαιρα		0,570	0,780
	Περιβάλλον	0,809		
14	Περιγραφή με μία λέξη		0,563	Δεν υπολογίζεται
15	Πρόθεση επανεπιλογής του φυσικοθεραπευτηρίου		0,563	Δεν υπολογίζεται
	Συνολική αξιολόγηση	0,689		

3.3.2 Αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης

Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson και ο ενδοταξικός συντελεστής συσχέτισης ICC(3,1) μεταξύ των αντίστοιχων μεταβλητών των ερωτηματολογίων εξέτασης και επανεξέτασης παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα

Στον πίνακα παρατηρούμε ότι ο συντελεστής συσχέτισης Pearson για τα επιμέρους στοιχεία κυμαίνονται από 0,41-0,78 και βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί σε επίπεδο 0,01. Μόνο οι συντελεστές Pearson των στοιχείων 8 και 15 ξεπερνούν την ικανοποιητική τιμή των 0,70 (Ουζούνη και Νακάκης, 2011). Ωστόσο, παρατηρούμε ότι η συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων μπορεί να κριθεί αρκετά ικανοποιητική, αφού οι δύο πρώτες υποκλίμακες εμφανίζουν συντελεστές συσχέτισης με τιμές >0,70 και οι δύο τελευταίες πλησιάζουν οριακά αυτή την τιμή. Η συνολική κλίμακα έχει συντελεστή συσχέτισης ίσο με 0,79, το οποίο σημαίνει ότι μεταξύ των απαντήσεων των ερωτηματολογίων εξέτασης και επανεξέτασης υπάρχει αρκετά ισχυρή θετική συσχέτιση. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται ως

εξής: οι απαντήσεις ανά μεταβλητή που δόθηκαν στα δύο ερωτηματολόγια κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση.

Πίνακας 5: Συντελεστές Pearson και Intraclass Correlation Coefficient (3,1)

Στοιχείο	Περιγραφή	Συντελεστής Pearson	Συντελεστής Ενδοταξικής Συσχέτισης	95% διάστημα εμπιστοσύνης συντελεστή ενδοταξικής συσχέτισης
1	Διαδικασίες	0,677	0,665	0,513-0,777
2	Χρόνος για κλείσιμο ραντεβού	0,620	0,613	0,445-0,739
3	Ευγένεια Προσωπικού	0,536	0,524	0,334-0,673
	Γραμματεία	0,749	0,735	0,599-0,828
4	Ανεση κατά τη θεραπεία	0,630	0,600	0,420-0,733
5	Εξηγήσεις σχετικά με τη θεραπεία	0,596	0,593	0,418-0,726
6	Πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη της πάθησης	0,670	0,661	0,503-0,776
7	Προσαρμογή θεραπείας	0,496	0,489	0,288-0,650
8	Αίσθηση ασφάλειας	0,760	0,705	0,462-0,832
	Θεραπεία	0,761	0,742	0,601-0,837
9	Ευκολία πρόσβασης	0,568	0,559	0,374-0,701
10	Ευκολία προσανατολισμού	0,414	0,405	0,192-0,582
11	Ανεση, καθαριότητα	0,592	0,594	0,417-0,728
12	Φωτισμός, θερμοκρασία	0,692	0,695	0,551-0,798
13	Ατμόσφαιρα	0,406	0,398	0,188-0,575
	Περιβάλλον	0,686	0,679	0,527-0,789
14	Περιγραφή με μία λέξη	0,502	0,478	0,273-0,640
15	Πρόθεση επανεπιλογής του φυσικοθεραπευτηρίου	0,777	0,710	0,550-0,815
	Συνολική αξιολόγηση	0,683	0,634	0,437-0,766
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	0,787	0,761	0,615-0,852

ΣΗΜ: Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 1%, δίπλευρος έλεγχος

Οι συντελεστές ενδοταξικής συσχέτισης για τις επιμέρους ερωτήσεις παρουσιάζουν ένα μοτίβο παρόμοιο με αυτό των συντελεστών Pearson. Οι τιμές τους κυμαίνονται από 0,398-0,710, με μόνο δύο ερωτήσεις (την 8 και την 15) να ικανοποιούν το κριτήριο των Rodrigues et al., (2013) για $ICC > 0,70$. Ωστόσο, παρατηρούμε ότι οι αντίστοιχοι συντελεστές για τις υποκλίμακες είναι αρκετά ικανοποιητικοί, όπου δύο συντελεστές (για τις υποκλίμακες της «Γραμματείας» και της «Θεραπείας») να ξεπερνούν την τιμή των $> 0,70$ και τις αντίστοιχες τιμές για τις υπόλοιπες δύο υποκλίμακες να είναι σχετικά κοντά στην τιμή αυτή. Η συνολική κλίμακα, ωστόσο, έχει αρκετά ικανοποιητικό ICC(3,1) με τιμή 0,761 και ικανοποιητικό 95% διάστημα εμπιστοσύνης με τιμή 0,615-0,852, που μπορεί να υποστηρίξει την αξιοπιστία επανεξέτασης του ερωτηματολογίου

3.4 Έλεγχος εγκυρότητας

3.4.1 Εγκυρότητα όψης

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, η εγκυρότητα όψης μπορεί να ελεγχθεί ακόμη κι από τον ίδιο τον ερευνητή, κατά τους Ουζούνη και Νακάκη, (2011). Αυτό συνέβη και στην παρούσα εργασία, δεδομένου ότι η ερευνήτρια είναι φυσικοθεραπεύτρια στο επάγγελμα με 13 έτη συνολικής εμπειρίας και 7 έτη εργασιακής παρουσίας στο φυσικοθεραπευτήριο της 3^{ης} ΥΠΕ. Επιπρόσθετα, ζητήθηκε και η γνώμη των συναδέλφων φυσικοθεραπευτών, χωρίς ωστόσο να γίνει περαιτέρω αξιολόγηση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου με βαθμολόγηση των στοιχείων του από πάνελ ειδικών.

3.4.2 Εγκυρότητα περιεχομένου

Όπως αναφέρθηκε στη μεθοδολογία, για να θεωρηθεί ότι ένα ερωτηματολόγιο διαθέτει εγκυρότητα περιεχομένου πρέπει να έχει όσο το δυνατό λιγότερες αναπάντητες ερωτήσεις. Στα 107 ερωτηματολόγια ελέγχου που συλλέχθηκαν, η κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου έλαβε από 105 ως 107 απαντήσεις, το οποίο σημαίνει ότι αναπάντητες ερωτήσεις κυμαίνονταν από 0 ως 2 στις 107 για κάθε ερώτηση (ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων 0%-1,87%). Στα 74 ερωτηματολόγια επανελέγχου, οι ερωτήσεις που δεν έλαβαν απάντηση κυμαίνονταν από 2 ως 6 για κάθε ερώτηση-μεταβλητή (ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων 2,7%-8,1%).

Επίσης, ένα ερωτηματολόγιο με εγκυρότητα περιεχομένου θα πρέπει να προσφέρει τη δυνατότητα να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις του με όλο το εύρος των πιθανών απαντήσεων με όσο το δυνατό μικρότερου βαθμού λοξότητα και χωρίς την επίδραση των φαινομένων οροφής και βάσης.

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθεται ο αριθμός των απαντημένων ερωτήσεων για κάθε μεταβλητή των ερωτηματολογίων ελέγχου (πρώτη αξιολόγηση) και επανελέγχου (δεύτερη αξιολόγηση), το επί τοις εκατό ποσοστό τους στο σύνολο των ερωτηματολογίων, το εύρος

των τιμών που έλαβαν οι απαντήσεις τους, η λοξότητα τους, καθώς και τα ποσοστά των μεγίστων και ελαχίστων τιμών των απαντήσεων.

Πίνακας 6: Αριθμός και ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων ανά μεταβλητή

Μεταβλητή	Αριθμός απαντημένων ερωτήσεων	Ποσοστό απαντημένων ερωτήσεων	Λοξότητα	Εύρος τιμών	Φαινόμενο βάσης (floor effect)	Επίδραση οροφής (ceiling effect)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 1 ^η)	106 (στις 107)	99,07%	-0,508	2-5	2 (0,94%)	5 (43,39%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 2 ^η)	106 (στις 107)	99,07%	-0,554	2-5	2 (3,77%)	5 (37,74%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 3 ^η)	106 (στις 107)	99,07%	-1,297	2-5	2 (2,80%)	5 (58,88%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 4 ^η)	107 (στις 107)	100%	-1,028	2-5	2 (1,87%)	5 (57,94%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 5 ^η)	107 (στις 107)	100%	-0,542	2-5	2 (7,48%)	5 (40,19%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 6 ^η)	106 (στις 107)	99,07%	-0,237	1-5	1 (0,94%)	5 (27,36%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 7 ^η)	106 (στις 107)	99,07%	-0,591	2-5	2 (2,83%)	5 (46,23%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 8 ^η)	105 (στις 107)	98,13%	-1,025	2-5	2 (3,81%)	5 (48,57%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 9 ^η)	106 (στις 107)	99,07%	-0,548	2-5	2 (5,66%)	5 (36,79%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 10 ^η)	105 (στις 107)	98,13%	-0,518	2-5	2 (4,76%)	5 (33,33%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 11 ^η)	106 (στις 107)	99,07%	-0,060	1-5	1 (1,89%)	5 (15,09%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 12 ^η)	107 (στις 107)	100%	-0,227	1-5	1 (5,61%)	5 (19,63%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 13 ^η)	107 (στις 107)	100%	-0,756	1-5	1 (0,93%)	5 (28,97%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 14 ^η)	107 (στις 107)	100%	-0,588	2-5	1 (1,89%)	5 (15,09%)
Πρώτη αξιολόγηση (Ερώτηση 15 ^η)	107 (στις 107)	100%	-1,913	3-5	3 (8,41%)	5 (78,50%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 1 ^η)	72 (στις 72)	100%	-0,204	3-5	3 (26,39%)	5 (37,50%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 2 ^η)	72 (στις 72)	100%	-0,239	2-5	2 (1,39%)	5 (33,33%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 3 ^η)	72 (στις 72)	100%	-0,646	2-5	2 (2,78%)	5 (43,06%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 4 ^η)	72 (στις 72)	100%	-1,157	1-5	1 (2,78%)	5 (45,83%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 5 ^η)	70 (στις 72)	97,22%	-0,537	2-5	2 (7,14%)	5 (28,57%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 6 ^η)	68 (στις 72)	94,44%	-0,002	2-5	2 (10,29%)	5 (17,65%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 7 ^η)	68 (στις 72)	94,44%	-0,865	1-5	1 (1,47%)	5 (41,18%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 8 ^η)	69 (στις 72)	95,83%	-0,874	1-5	1 (1,45%)	5 (31,88%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 9 ^η)	69 (στις 72)	95,83%	-0,385	2-5	2 (4,35%)	5 (26,09%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 10 ^η)	69 (στις 72)	95,83%	-0,346	2-5	2 (7,25%)	5 (27,54%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 11 ^η)	69 (στις 72)	95,83%	-0,352	1-5	1 (4,35%)	5 (10,14%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 12 ^η)	71 (στις 72)	98,11%	-0,510	1-5	1 (7,04%)	5 (16,90%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 13 ^η)	71 (στις 72)	98,11%	0,097	2-5	2 (7,04%)	5 (23,94%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 14 ^η)	71 (στις 72)	98,11%	-0,707	1-5	1 (1,41%)	5 (22,54%)
Δεύτερη αξιολόγηση (Ερώτηση 15 ^η)	72 (στις 72)	100%	-1,845	2-5	2 (2,78%)	5 (72,22%)

Όπως προκύπτει από την αξιολόγηση των ερωτηματολογίων στο σύνολό τους, οι ερωτήσεις απαντήθηκαν σε ποσοστό άνω του 94%. Η λοξότητα των τιμών των απαντήσεων κυμάνθηκε από 0 ως -1,91 δείχνοντας μια ξεκάθαρη τάση των απαντήσεων προς τις μεγαλύτερες τιμές που θα μπορούσαν να πάρουν. Το εύρος των τιμών κυμάνθηκε για τις περισσότερες απαντήσεις στο 2-5, καλύπτοντας σχεδόν όλο το φάσμα των

απαντήσεων που είναι το 1-5. Φαινόμενο βάσης δεν παρατηρείται σε καμία ερώτηση, ενώ αντιθέτως, ένα μεγάλο ποσοστό των απαντήσεων των ερωτηματολογίων ελέγχου (10 στις 15 ή 66,67%) παρουσιάζουν την επίδραση οροφής. Ωστόσο, ο αριθμός αυτός μειώνεται αισθητά για τα ερωτηματολόγια επανελέγχου (7 στις 15 ή 46,67%).

3.4.3 Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής

3.4.3.1 Συγκλίνουσα εγκυρότητα

Εφαρμόζοντας το τεστ κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov, βρέθηκε ότι σε κανένα από τα στοιχεία του ερωτηματολογίου οι απαντήσεις δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Έτσι, υπολογίστηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman μεταξύ της καθεμιάς ερώτησης και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου, καθώς και μεταξύ της κάθε αθροιστικής κλίμακας με την ερώτηση 14 που χρησίμευσε ως ο «χρυσός κανόνας», όπως αναφέρθηκε στη μεθοδολογία. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 7: Συντελεστές συσχέτισης Spearman

Στοιχείο	Περιγραφή	Συντελεστής συσχέτισης Spearman κάθε στοιχείου με τη συνολική βαθμολογία	Συντελεστής συσχέτισης Spearman κάθε αθροιστικής κλίμακας με την ερώτηση 14
1	Διαδικασίες	0,636	
2	Χρόνος για κλείσιμο ραντεβού	0,538	
3	Ευγένεια Προσωπικού	0,603	
	Γραμματεία	0,712	0,315
4	Άνεση κατά τη θεραπεία	0,708	
5	Εξηγήσεις σχετικά με τη θεραπεία	0,724	
6	Πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη της πάθησης	0,682	
7	Προσαρμογή θεραπείας	0,646	
8	Αίσθηση ασφάλειας	0,716	
	Θεραπεία	0,851	0,595
9	Ευκολία πρόσβασης	0,555	
10	Ευκολία προσανατολισμού	0,542	
11	Άνεση, καθαριότητα	0,639	
12	Φωτισμός, θερμοκρασία	0,651	
13	Ατιμόσφαιρα	0,607	
	Περιβάλλον	0,788	0,391
14	Περιγραφή με μία λέξη	0,621	
15	Πρόθεση επανεπιλογής του φυσικοθεραπευτηρίου	0,494	
	Συνολική αξιολόγηση	0,638	0,963 (ή 0,505)

ΣΗΜ: Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 1%, δίπλευρος έλεγχος

Ο συντελεστής Spearman κάθε στοιχείου με τη συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0,49 (ερώτηση 15) μέχρι 0,72 (ερωτήσεις 5 και 8) και κρίνεται αρκετά ικανοποιητικός. Ο συντελεστής Spearman κάθε υποκλίμακας με τη συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0,31 (Γραμματεία) μέχρι 0,96 (Συνολική αξιολόγηση, όταν συμπεριλαμβάνεται το στοιχείο 14). Σημειώνεται ότι όταν στην υποκλίμακα «Συνολική αξιολόγηση» δεν περιλαμβάνεται το στοιχείο 14, ο συντελεστής Spearman ισούται με 0,50. Συνολικά, οι τιμές του εν λόγω συντελεστή κρίνονται από επαρκείς ως εξαιρετικές, σύμφωνα με τους Scascighini, Angst και Aeschlimann, (2008), αποδεικνύοντας ότι η συγκλίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου είναι ικανοποιητική.

3.4.3.2 Παραγοντική εγκυρότητα

Η παραγοντική εγκυρότητα διερευνήθηκε με τη μέθοδο της ανάλυσης πολλαπλών συνιστωσών (Principal Component Analysis-PCA) της κάθε υποκλίμακας ξεχωριστά, κατά την πρακτική των Vanti et al., (2013a). Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι οι συγγραφείς του PSQ (Monnin and Perneger, 2002) προτείνουν τρεις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, με τίτλους «Γραμματεία», «Θεραπεία» και «Περιβάλλον», καθώς οι δύο τελευταίες ερωτήσεις που ανήκουν στην υποκλίμακα «Συνολική Αξιολόγηση» βρέθηκε ότι είχαν υψηλές φορτίσεις στο δεύτερο παράγοντα, αυτόν της «Θεραπείας». Επομένως, και στην ανάλυση που ακολουθεί, τηρήθηκε το ίδιο μοντέλο για λόγους συγκριτικής αξιολόγησης.

Για κάθε υποκλίμακα βρέθηκε ένας παράγοντας με $eigenvalue > 1$. Οι τιμές των Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy και Bartlett's Test of Sphericity, καθώς και το ποσοστό της συνολικής διακύμανσης που εξηγείται από τον κάθε παράγοντα και, τέλος, οι παραγοντικές φορτίσεις του κάθε στοιχείου στον αντίστοιχο παράγοντα, αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα. Σημειώνεται ότι το κριτήριο KMO φανερώνει την επάρκεια της δειγματοληψίας και την καταλληλότητα της τεχνικής της παραγοντικής ανάλυσης. Η τιμή του θα πρέπει να ξεπερνά το 0,50, για να θεωρηθεί αποδεκτή (Folorunso και Ogunseye, 2006). Στην περίπτωσή μας, αυτό ισχύει σε όλες τις αναλύσεις που έλαβαν χώρα.

Πίνακας 8: Ανάλυση πολλαπλών συνιστωσών των υποκλιμάκων του PSQ-GR

Στοιχείο	Περιγραφή	Ποσοστό διακύμανσης που εξηγείται από τον παράγοντα	Παραγοντικές φορτίσεις στοιχείων με τον παράγοντα 1	KMO measure (>0,60)	Bartlett's Test of Sphericity (<0,05)
1	Διαδικασίες		0,889	0,642	0,000
2	Χρόνος για κλείσιμο ραντεβού		0,789		
3	Ευγένεια Προσωπικού		0,795		
	Γραμματεία	68,194%			
4	Άνεση κατά τη θεραπεία		0,832	0,873	0,000
5	Εξηγήσεις σχετικά με τη θεραπεία		0,784		
6	Πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη της πάθησης		0,734		
7	Προσαρμογή θεραπείας		0,800		
8	Αίσθηση ασφάλειας		0,784		
14	Περιγραφή με μία λέξη		0,781		
15	Πρόθεση επανεπιλογής του φυσικοθεραπευτηρίου		0,668		
	Θεραπεία	59,385%			
9	Ευκολία πρόσβασης		0,722	0,782	0,000
10	Ευκολία προσανατολισμού		0,709		
11	Άνεση, καθαριότητα		0,782		
12	Φωτισμός, θερμοκρασία		0,823		
13	Ατμόσφαιρα		0,726		
	Περιβάλλον	56,826%			

Το ποσοστό της συνολικής διακύμανσης της μεταβλητής που εξηγεί ο κάθε παράγοντας κυμαίνεται από 56,826%-68,194% και οι φορτίσεις του κάθε στοιχείου στον αντίστοιχο παράγοντα κυμαίνονται από 0,668-0,832. Στο σύνολό τους, οι 3 παράγοντες εξηγούν το 63,768% της συνολικής διακύμανσης. Οι παραπάνω τιμές κρίνονται αρκετά ικανοποιητικές για να υποστηρίξουν την παραγοντική εγκυρότητα του PSQ-GR.

3.5 Προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα

Όπως προκύπτει από τα μέχρι τώρα δεδομένα και αποτελέσματα, το PSQ-GR με τη δομή που προτάθηκε από τους Monnin και Perneger, (2002), παρουσιάζει αρκετά ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Παρακάτω θα ερευνήσουμε την υπόθεση ότι μία διαφορετική δομή του ερωτηματολογίου θα είναι καταλληλότερη για τα ελληνικά δεδομένα και βελτιώσει τις ψυχομετρικές του ιδιότητες.

Αρχικά διεξάγουμε μία ανάλυση πολλαπλών συνιστωσών με περιστροφή Varimax και για τα 15 στοιχεία του ερωτηματολογίου. Μετά από συνεχείς δοκιμές βελτίωσης του μοντέλου, προέκυψε ένα μοντέλο 3 παραγόντων που αιτιολογούν το 67,853% της συνολικής διακύμανσης. Από την ανάλυση απομακρύνθηκαν το στοιχείο 1 (που παρουσίαζε σχεδόν ίσες φορτίσεις στον παράγοντα 1 και 3) και τα στοιχεία 3, 8 και 15 που είτε παρουσίαζαν χαμηλές φορτίσεις σε όλους τους παράγοντες είτε επιδείνωναν τα ποσοστά της συνολικής διακύμανσης.

Οι παραγοντικές φορτίσεις κάθε στοιχείου παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα. (Σημειώνεται ότι $KMO=0,837$ και $Bartlett's Test=0,000$):

Πίνακας 9: Εύρεση παραγοντικής δομής του PSQ-GR προσαρμοσμένης στα ελληνικά δεδομένα

Στοιχείο	Περιγραφή	Παράγοντες		
		1	2	3
5	Εξηγήσεις σχετικά με τη θεραπεία	0,793		
6	Πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη της πάθησης	0,780		
7	Προσαρμογή θεραπείας	0,780		
4	Άνεση κατά τη θεραπεία	0,762		
14	Περιγραφή με μία λέξη	0,689		
12	Φωτισμός, θερμοκρασία		0,798	
11	Άνεση, καθαριότητα		0,781	
13	Ατμόσφαιρα		0,740	
9	Ευκολία πρόσβασης			0,781
10	Ευκολία προσανατολισμού			0,771
2	Χρόνος για κλείσιμο ραντεβού			0,629

ΣΗΜ: Ανάλυση πολλαπλών συνιστωσών, περιστροφή Varimax με Kaiser Normalization

Προκειμένου να επιβεβαιωθεί η εγκυρότητα του μοντέλου αυτού, διεξήχθη επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο της μέγιστης πιθανοφάνειας. Για αριθμό δείγματος $N < 250$ και αριθμό μεταβλητών $m < 12$, όπως στο μοντέλο που προέκυψε που έχει 11 στοιχεία, η τιμή του χ^2 δεν είναι σημαντική και δεν χρειάζεται να εξεταστεί περαιτέρω (Hair et al., (2006), αναφορά στον Καφετζόπουλος, 2011). Τα αποτελέσματα των υπόλοιπων δεικτών φαίνονται στον παρακάτω πίνακα. Οι επιθυμητές τους τιμές έχουν οριστεί από τους Mulaik et al., (1989), Sadikoglu and Zehir, (2010) και Hair et al., (2006), (αναφορά στον Καφετζόπουλος, 2011).

Πίνακας 10: Τιμές δεικτών προσαρμογής του μοντέλου

Δείκτες	Προκύπτουσες τιμές	Επιθυμητές τιμές
χ^2/df (ή CMIN)	64,966/41=1,585	<3
IFI	0,950	>0,90
CFI	0,947	>0,97
TLI	0,914	>0,97
PCFI	0,588	>0,50
PNFI	0,543	>0,50
RMSEA	0,074	<0,08
PCLOSE	0,124	>0,05

Παρατηρούμε ότι οι τιμές των δεικτών που προέκυψαν είναι μέσα στα επιθυμητά όρια, με εξαίρεση τους δείκτες CFI και TLI που είναι οριακά χαμηλότεροι από την χαμηλότερη αποδεκτή τιμή. Σύμφωνα με τα παραπάνω, το μοντέλο που προέκυψε έχει τέτοια δομή ώστε να υποστηρίζει την παραγοντική του εγκυρότητα και την εσωτερική του συνοχή. Για την περαιτέρω εξέταση της εσωτερικής συνοχής του νέου μοντέλου, υπολογίζουμε εκ νέου τον συντελεστή Cronbach's alpha για όλο το ερωτηματολόγιο και βρίσκουμε ότι είναι ίσος με 0,867. Για τις επιμέρους υποκλίμακες που προέκυψαν, οι αντίστοιχοι συντελεστές παίρνουν τιμές ίσες με 0,861 (για την πρώτη υποκλίμακα), 0,790 (για τη δεύτερη) και 0,696 (για την τρίτη) ικανοποιώντας το κριτήριο >0,7 (Ουζούνη και Νακάκης, 2011) και φανερώνοντας καλή εσωτερική συνοχή στις επιμέρους υποκλίμακες, αλλά και στο σύνολο του ερωτηματολογίου.

Παρακάτω παρατίθενται οι τιμές των τυποποιημένων συντελεστών παλινδρόμησης που προέκυψαν από την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, δηλαδή οι τιμές των παραγοντικών φορτίσεων των στοιχείων στους αντίστοιχους παράγοντες. Οι τιμές αυτές δεν θα πρέπει να είναι χαμηλές, δηλαδή <0,5 (Καφετζόπουλος, 2011). Παρατηρούμε ότι αυτό το κριτήριο ικανοποιείται σε όλες τις παρακάτω περιπτώσεις, συμβάλλοντας έτσι στην επιβεβαίωση της καταλληλότητας της νέας δομής.

Πίνακας 11: Τιμές τυποποιημένων συντελεστών παλινδρόμησης (standardized regression weights)

Στοιχείο	Περιγραφή	Παράγοντες		
		1	2	3
5	Εξηγήσεις σχετικά με τη θεραπεία	0,745		
6	Πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη της πάθησης	0,702		
7	Προσαρμογή θεραπείας	0,766		
4	Άνεση κατά τη θεραπεία	0,800		
14	Περιγραφή με μία λέξη	0,730		
12	Φωτισμός, θερμοκρασία		0,803	
11	Άνεση, καθαριότητα		0,736	
13	Ατμόσφαιρα		0,707	
9	Ευκολία πρόσβασης			0,784
10	Ευκολία προσανατολισμού			0,708
2	Χρόνος για κλείσιμο ραντεβού			0,516

Ακολουθεί η ερμηνεία και η περαιτέρω συζήτηση των αποτελεσμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

4.1 Εισαγωγή

Το ερωτηματολόγιο Patient Satisfaction Questionnaire των Monnin και Perneger (2002), μεταφράστηκε στα ελληνικά, υπέστη διαπολιτισμική προσαρμογή και εξετάστηκε για τις ψυχομετρικές του ιδιότητες, όπως είναι η πρακτική του εφαρμογή, η αξιοπιστία και η εγκυρότητά του. Παρακάτω θα αναλυθούν τα αποτελέσματα της έρευνας, θα συγκριθούν με αυτά παρόμοιων ερευνών, θα αναφερθούν οι δυνάμεις και οι αδυναμίες της έρευνας και θα γίνουν προτάσεις για το μέλλον.

4.2 Ερμηνεία αποτελεσμάτων και σύγκριση με παρόμοιες έρευνες

4.2.1 Πρακτική εφαρμογή και αποδοχή από τους συμμετέχοντες

Η πρακτική εφαρμογή-αποδοχή του ερωτηματολογίου διαφαίνεται από το ποσοστό των ερωτηματολογίων επανελέγχου σε σχέση με τα ερωτηματολόγια ελέγχου, το ποσοστό των αναπάντητων ερωτήσεων και το χρόνο που απαιτήθηκε για να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο. Τα υψηλά ποσοστά συμπλήρωσης των αρχικών ερωτηματολογίων, τα υψηλά ποσοστά επιστροφής των ερωτηματολογίων επανελέγχου, τα χαμηλά ποσοστά αναπάντητων ερωτήσεων και το μικρό χρονικό διάστημα που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, όπως προέκυψαν από τα αποτελέσματα της έρευνας, δείχνουν ότι το ερωτηματολόγιο έχαιρε της αποδοχής του πληθυσμού στον οποίο απευθυνόταν. Το γεγονός αυτό φανερώνει την μεγάλη πρακτικότητά του για εφαρμογή σε ανάλογες καταστάσεις.

Τα αποτελέσματα της ελληνικής έκδοσης του PSQ συνάδουν με αυτά της αρχικής γαλλικής έκδοσης, καθώς και της μεταφρασμένης γερμανικής έκδοσης. Το ποσοστό συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ελέγχου που αναφέρουν οι Monnin και Perneger, (2002) ανερχόταν στο ποσοστό του 52%, ενώ στην παρούσα έρευνα το αντίστοιχο ποσοστό

της ανέρχεται στο 79,85%, ήταν δηλαδή αρκετά υψηλότερο. Αυτό, βέβαια, ίσως να οφείλεται και στο γεγονός ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας είναι αρκετά πιο ομοιογενής από αυτόν της Ελβετίας, όπου διεξήχθη η αρχική έρευνα, οπότε είναι πιθανότερο οι ασθενείς που κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο στο ελληνικό περιβάλλον να γνωρίζουν την ελληνική σε μεγαλύτερο ποσοστό, από ότι γνώριζαν τη γαλλική οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην αρχική έρευνα. Τέλος, σημειώνεται ότι στην έρευνα των Scascighini, Angst και Aeschlimann, (2008) το αντίστοιχο ποσοστό ανερχόταν στο 82%, πολύ κοντά, δηλαδή, στο ποσοστό που προέκυψε από την παρούσα έρευνα.

Επίσης, το ποσοστό επιστροφής των ερωτηματολογίων επανελέγχου της γερμανικής έκδοσης ανερχόταν στο 46% (Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008), ενώ της ελληνικής στο 67,29%, ήταν, δηλαδή, αρκετά υψηλότερο. Βέβαια εδώ υπήρξε μια διαφορά στη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της κάθε έρευνας, η οποία να συνετέλεσε στην εμφάνιση αυτής της διαφοράς. Οι Scascighini, Angst και Aeschlimann, (2008) ζήτησαν από ένα δείγμα του αρχικού πληθυσμού να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο επανελέγχου (σε 49 άτομα από τα 123 που έλαβαν αρχικά μέρος στην έρευνα), ενώ στην παρούσα έρευνα ζητήθηκε από όλους τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο επανελέγχου, αυξάνοντας έτσι το ποσοστό επιστροφής των ερωτηματολογίων επανελέγχου.

Ο χρόνος συμπλήρωσης της γερμανικής έκδοσης ήταν κατά μέσο όρο τα 6 λεπτά, ενώ της ελληνικής τα 7 λεπτά. Επίσης, οι Scascighini, Angst και Aeschlimann, (2008) αναφέρουν ότι κανένα από τα ερωτηματολόγια που συνέλεξαν δεν είχε περισσότερες από 2 αναπάντητες ερωτήσεις. Ωστόσο, και στην ελληνική έκδοση τα ποσοστά των ερωτηματολογίων που είχαν ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων λιγότερο από το 10% του συνόλου των ερωτήσεων ανέρχονταν στο 96,26% για τα ερωτηματολόγια ελέγχου και στο 91,89% για τα ερωτηματολόγια επανελέγχου, φανερώνοντας τον παρόμοιο βαθμό πρακτικότητας των δύο εκδόσεων του ερωτηματολογίων (γερμανικής και ελληνικής).

Η ανάλυση των επιμέρους στοιχείων του ερωτηματολογίου αποκάλυψε μια αρνητική λοξότητα της κατανομής των απαντήσεων που κατέληγε στο φαινόμενο της επίδρασης οροφής (ceiling effect) για την πλειοψηφία των ερωτήσεων. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με τα συμπεράσματα των Scascighini, Angst και Aeschlimann, (2008), αλλά και των

Roush, Jones και Nassaney, (2007). Το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης που φαίνεται να προκύπτει από παρόμοιες έρευνες σε ασθενείς έχει αναφερθεί και μελετηθεί εκτενώς. Οι Williams, Coyle και Healy, (1998) ερευνήσαν το ζήτημα της υψηλής ικανοποίησης που αναφέρθηκε από ασθενείς σε ανάλογες έρευνες, και ανακάλυψαν ότι όταν οι συμμετέχοντες σε μια έρευνα ικανοποίησης ερωτούνταν στα πλαίσια μιας αδόμητης σε βάθος συνέντευξης, τότε κάποιες αρνητικές πλευρές που αφορούσαν τη θεραπευτική αντιμετώπιση που έλαβαν έρχονταν στην επιφάνεια, παρά τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης που προέκυπταν από τη συμπλήρωση ενός αντίστοιχου ερωτηματολογίου. Για αυτόν τον λόγο, στην περίπτωση που ο σκοπός της έρευνας θα είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, προτείνεται και η χρήση ανοιχτών ερωτήσεων που να επιτρέπει το σχολιασμό και την ελεύθερη έκφραση των ασθενών.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι όπως στις έρευνες της γαλλικής (Monnin and Perneger, 2002) και της γερμανικής έκδοσης του εν λόγω ερωτηματολογίου (Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008), έτσι και στην παρούσα έρευνα δεν παρουσιάστηκαν αξιολογικά φαινόμενα βάσης ή επίδρασης οροφής ούτε στις επιμέρους υποκλίμακες του ερωτηματολογίου (με εξαίρεση την υποκλίμακα της συνολικής αξιολόγησης του PSQ-GR), ούτε στο συνολικό ερωτηματολόγιο. Το γεγονός αυτό φανερώνει ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να δείξει ευαισθησία σε αλλαγές των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με την ικανοποίησή τους, καθιστώντας το έτσι ακόμη πιο πρακτικό στη χρήση του.

4.2.2 Έλεγχος αξιοπιστίας

4.2.2.1 Έλεγχος εσωτερικής συνοχής

Οι Monnin και Perneger, (2002) θεωρούν πως οι τιμές μεγαλύτερες του $>0,75$ κρίνονται ικανοποιητικές για τον συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha. Στην ελληνική έκδοση του PSQ το κριτήριο αυτό ικανοποιείται από την τιμή του Cronbach's alpha για όλο το ερωτηματολόγιο που βρέθηκε ίση με 0,91, καθώς και από τις τιμές των 3 πρώτων υποκλιμάκων που κυμαίνονται από 0,76-0,87. Η τελευταία υποκλίμακα «Συνολική αξιολόγηση» έχει την χαμηλότερη τιμή, ίση με 0,69, η οποία, ωστόσο, μπορεί να θεωρηθεί οριακά αποδεκτή, σύμφωνα με το κριτήριο του $>0,7$, όπως αναφέρεται στους Ουζούνη και

Νακάκη, (2011). Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η εσωτερική συνοχή της ελληνικής έκδοσης του PSQ κρίνεται ικανοποιητική στο σύνολό της.

Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν και με τα ευρήματα των Monnin και Perneger, (2002), οι οποίοι βρήκαν ότι ο Cronbach's alpha των υποκλιμάκων της αρχικής γαλλικής έκδοσης του ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 0,77-0,90, με την τέταρτη υποκλίμακα να έχει τον μικρότερο συντελεστή, όπως και στην περίπτωση μας. Ωστόσο, στη γερμανική έκδοση του ερωτηματολογίου οι αντίστοιχες τιμές για τις υποκλίμακες βρέθηκαν αρκετά ψηλότερες (0,94-0,95) (Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008), το οποίο ενδεχομένως φανερώνει ότι η αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης έχει ακόμη περιθώρια βελτίωσης.

4.2.2.2 Έλεγχος αξιοπιστίας επανεξέτασης

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας επανεξέτασης έγινε με τον υπολογισμό του συντελεστή Pearson και του ενδοταξικού συντελεστή συσχέτισης ICC(3,1).

Η τιμή του συντελεστή Pearson για το συνολικό ερωτηματολόγιο (0,79) κρίνεται αρκετά ικανοποιητική και δείχνει ότι, σε γενικές γραμμές, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στο πρώτο και δεύτερο ερωτηματολόγιο κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση. Ωστόσο, οι αντίστοιχοι συντελεστές για τα επιμέρους στοιχεία βρέθηκαν σχετικά χαμηλοί (από 0,41 ως 0,78), το οποίο σημαίνει ότι σε ορισμένες, τουλάχιστον, ερωτήσεις, οι συμμετέχοντες δεν απάντησαν με τον ίδιο τρόπο. Το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται ενδεχομένως στο γεγονός ότι τα αρχικά ερωτηματολόγια δόθηκαν στους συμμετέχοντες προς συμπλήρωση την τελευταία μέρα της θεραπείας τους, οπότε οι ασθενείς είχαν νωπές τις μνήμες από τον χώρο και τη θεραπεία τους και ενδεχομένως κάποιιοι να πίστευαν ότι οι θεραπευτές τους θα λάμβαναν γνώση του τρόπου με τον οποίο αξιολόγησαν την εμπειρία τους από τον χώρο. Ίσως αυτό το γεγονός να τους οδήγησε ώστε να δώσουν υψηλότερη βαθμολογία στα στοιχεία του ερωτηματολογίου ελέγχου. Σε αντίθεση, το δεύτερο ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε στο σπίτι του κάθε ασθενούς και στάλθηκε ανώνυμα, μία βδομάδα μετά την αρχική συμπλήρωση, το οποίο μπορεί ενδεχομένως να σημαίνει ότι πολλοί από τους συμμετέχοντες ένιωσαν περισσότερη ασφάλεια και άνεση στο οικείο περιβάλλον τους και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο επανελέγχου με περισσότερη ειλικρίνεια.

Οι Monnin και Perneger, (2002) δεν εξέτασαν καθόλου την αξιοπιστία επανεξέτασης και οι Scascighini, Angst και Aeschlimann, (2008) δεν υπολόγισαν το συντελεστή Pearson, οπότε δεν έχουμε μέτρο σύγκρισης σε αυτήν την περίπτωση.

Όσον αφορά τον ενδοταξικό συντελεστή συσχέτισης, οι τιμές του ακολούθησαν το ίδιο περίπου μοτίβο με αυτές του συντελεστή Pearson, όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα. Η τιμή του ICC(3,1) για το συνολικό ερωτηματολόγιο βρέθηκε ίση με 0,761 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 0,615 έως 0,852. Η τιμή του, σύμφωνα με τους Rodrigues et al., (2013) κρίνεται ικανοποιητική και μπορεί να υποστηρίξει την αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης του ερωτηματολογίου.

Οι τιμές αυτές συγκρινόμενες με τις αντίστοιχες της γερμανικής έκδοσης υπολείπονται. Οι Scascighini, Angst και Aeschlimann, (2008) βρήκαν ότι οι τιμές του ICC για τα επιμέρους στοιχεία κυμαίνονται από 0,74-0,92 και για τις υποκλίμακες από 0,89-0,92. Για τη συνολική κλίμακα, ο αντίστοιχος συντελεστής παίρνει τιμή ίση με 0,94 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 0,86 έως 0,97. Οι τιμές του ICC της γερμανικής έκδοσης είναι σαφώς πιο ικανοποιητικές από αυτές της ελληνικής. Ωστόσο, εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε μία διαφορά στη μεθοδολογία των δύο ερευνών. Οι Scascighini, Angst και Aeschlimann, (2008) υπολόγισαν τον ICC(2,1), ενώ η παρούσα έρευνα τον ICC(3,1), που κατά τη γνώμη της συγγραφέως, είναι ορθότερος σε αυτήν την περίπτωση μια που το εργαλείο μέτρησης και στις δύο περιπτώσεις (πρώτη και δεύτερη αξιολόγηση) είναι το ίδιο και δεν τίθεται περίπτωση σφάλματος από το εργαλείο μέτρησης. Επομένως, είναι πιο δύσκολο να γίνει μία ευθεία σύγκριση των αποτελεσμάτων του ICC για τις δύο αυτές εκδόσεις.

4.2.3 Έλεγχος εγκυρότητας

4.2.3.1 Εγκυρότητα περιεχομένου

Όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα, τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν παρουσίασαν εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων και το εύρος των πιθανών απαντήσεων καλύφθηκε σε μεγάλο βαθμό. Τα δεδομένα που προέκυψαν παρουσίασαν μικρού βαθμού αρνητική λοξότητα, κανένα φαινόμενο βάσης και ελάχιστη,

στο σύνολό τους, επίδραση οροφής. Τα παραπάνω αποτελέσματα συνηγορούν στο συμπέρασμα της υψηλής εγκυρότητας περιεχομένου του PSQ-GR.

Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξαν και οι Scascighini, Angst και Aeschlimann, (2008) όσον αφορά τη γερμανική έκδοση του ίδιου ερωτηματολογίου. Ωστόσο, οι αρχικοί σχεδιαστές του ερωτηματολογίου (Monnin and Perneger, 2002) διατηρούν τις επιφυλάξεις τους όσον αφορά την εγκυρότητα περιεχομένου της τελικής μορφής που έλαβε το PSQ. Αυτό συνέβη, διότι, προκειμένου να καταστήσουν το ερωτηματολόγιο πιο σύντομο, ευέλικτο και πρακτικό στη χρήση του αποφάσισαν να διαγράψουν κάποιες διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών, όπως είναι ο σεβασμός του ιατρικού απορρήτου, γεγονός που, κατά τη γνώμη τους, αποτελεί πρόκληση για την εγκυρότητα περιεχομένου του ερωτηματολογίου στην τελική του μορφή.

4.2.3.2 Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής

4.2.3.2.1 Συγκλίνουσα εγκυρότητα

Ο συντελεστής Spearman κάθε στοιχείου με τη συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0,49 μέχρι 0,72 και κρίνεται αρκετά ικανοποιητικός. Οι αντίστοιχες τιμές του συντελεστή για την γερμανική έκδοχή κυμαίνονται από 0,42 ως 0,79 και πλησιάζουν πολύ τα δεδομένα που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα. Ο συντελεστής Spearman κάθε υποκλίμακας με τη συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0,31 μέχρι 0,96 (για την τέταρτη υποκλίμακα, όταν συμπεριλαμβάνεται το στοιχείο 14). Σημειώνεται ότι, όταν στην τέταρτη υποκλίμακα «Συνολική αξιολόγηση» δεν περιλαμβάνεται το στοιχείο 14, ο συντελεστής Spearman ισούται με 0,50. Οι αντίστοιχες τιμές για την γερμανική έκδοχή κυμαίνονται από 0,53 ως 0,83. Παρατηρούμε ότι οι τιμές του εν λόγω συντελεστή είναι στο σύνολό τους αρκετά ικανοποιητικές και προσομοιάζουν με τις αντίστοιχες της γερμανικής έκδοσης. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι η συγκλίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου μπορεί να κριθεί ως ικανοποιητική.

4.2.3.2.2 Παραγοντική εγκυρότητα

Το μοντέλο του PSQ-GR κρίνεται αρκετά ικανοποιητικό και μπορεί να επιβεβαιώσει τη δομή των 3 παραγόντων που προτάθηκε από τους (Monnin and Perneger, 2002). Οι τρεις αυτοί παράγοντες βρέθηκε ότι ευθύνονται για το 63,768% της συνολικής διακύμανσης της υπό εξέτασης μεταβλητής. Στην έρευνα των Monnin και Perneger, (2002) βρέθηκε ότι αυτοί οι παράγοντες εξηγούν το 67% της συνολικής διακύμανσης. Προέκυψε, δηλαδή, μια διαφορά περίπου 3,25 μονάδων η οποία έγειρε το ερώτημα μήπως μία νέα δομή του ερωτηματολογίου θα ήταν καλύτερα προσαρμοσμένη στα ελληνικά δεδομένα. Για το λόγο αυτό, εφαρμόστηκε ανάλυση πολλαπλών συνιστωσών και επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, με αποτέλεσμα να προκύψει μία νέα δομή του ερωτηματολογίου, επίσης 3 παραγόντων που εξηγούσαν, όμως, το 67,853% της συνολικής διακύμανσης, όπως και στην έρευνα των Monnin και Perneger, (2002).

Το μοντέλο που προέκυψε για τα ελληνικά δεδομένα παρουσιάζει ομοιότητες και διαφορές με το αρχικό γαλλικό μοντέλο. Ο πρώτος παράγοντας περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 4-7 που περιλαμβάνονται στην υποκλίμακα «Θεραπεία» του αρχικού ερωτηματολογίου, αλλά περιλαμβάνει επίσης και την ερώτηση 14 «Συνοψίστε τη φυσικοθεραπεία σας με μια λέξη». Τα στοιχεία του παράγοντα αυτού αφορούν κυρίως τη θεραπεία που έλαβε κάποιος ασθενής, οπότε μπορούμε να τον ονομάσουμε «Θεραπεία». Ο δεύτερος παράγοντας περιλαμβάνει τα στοιχεία 11-13, τα οποία περιλαμβάνονται στην υποκλίμακα «Περιβάλλον» και του αρχικού ερωτηματολογίου. Έτσι, ο παράγοντας αυτός μπορεί να ονομαστεί «Περιβάλλον», όπως και στο αρχικό ερωτηματολόγιο, διότι αφορά τις περιβαλλοντικές συνθήκες όπου λαμβάνει χώρα η θεραπεία. Ο τρίτος παράγοντας περιλαμβάνει τα στοιχεία 9 και 10 που ανήκαν στην υποκλίμακα «Περιβάλλον» του αρχικού ερωτηματολογίου, αλλά περιλαμβάνει και το στοιχείο 2 που ανήκε στην υποκλίμακα «Γραμματεία». Παρατηρούμε ότι τα στοιχεία αυτά δεν έχουν άμεση σχέση ούτε με τη θεραπεία που έλαβε ο κάθε ασθενής, ούτε με το άμεσο περιβάλλον, δηλαδή τους χώρους όπου πραγματοποιήθηκε η θεραπεία. Επομένως, ο παράγοντας αυτός μπορεί να ονομαστεί «Εξωτερικοί παράγοντες».

Το φαινόμενο αυτό, δηλαδή μια νέα δομή ενός ερωτηματολογίου να ταιριάζει καλύτερα σε αλλόγλωσσο περιβάλλον, δεν είναι σπάνιο στη βιβλιογραφία. Οι Scascighini,

Angst και Aeschlimann, (2008), για παράδειγμα, βρήκαν ότι η γερμανική έκδοση του PSQ αποτελείται από μόνο δύο παράγοντες (αντί για τρεις), οι οποίοι στο σύνολό τους εξηγούν το 61% της συνολικής διακύμανσης της υπό εξέταση μεταβλητής. Οι Vanti et al., (2013a) εξετάζοντας τα χαρακτηριστικά του αμερικάνικου PTOPS σε ιταλικό πληθυσμό, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μία δομή με 4 μεν παράγοντες (όπως και στο αρχικό PTOPS), αλλά με ανακατάταξη των στοιχείων μεταξύ των παραγόντων που προέκυψαν, όπως ακριβώς συνέβη και στην περίπτωση μας, ήταν περισσότερο κατάλληλη για τα ιταλικά δεδομένα. Το ίδιο φαινόμενο αναφέρουν και οι Oliveira et al., (2014), οι οποίοι βρήκαν ότι, για τον πορτογαλλόφωνο πληθυσμό στον οποίο απευθύνθηκαν, μία δομή 3 παραγόντων είναι πιο κατάλληλη από τη δομή των 2 παραγόντων του αμερικάνικου MedRisk.

Τέλος, οι τιμές των Cronbach's alpha για την νέα δομή, αλλά και των τυποποιημένων συντελεστών παλινδρόμησης, όπως προέκυψαν από τα αποτελέσματα, συνηγορούν υπέρ της ικανοποιητικής συνοχής της νέας δομής.

4.3 Δυνάμεις και αδυναμίες της έρευνας

4.3.1 Δείγμα της έρευνας

Δεδομένου ότι η υπηρεσίες φυσικοθεραπείας είναι κατά κύριο λόγο εποχιακές, με τους περισσότερους ασθενείς να προσφεύγουν στο φυσικοθεραπευτήριο την άνοιξη και το φθινόπωρο, ο χρόνος (Οκτώβριος-Νοέμβριος) κατά τον οποίο διεξήχθη η έρευνα ήταν τέτοιος, ώστε να εξασφαλίζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, παρόλο που το δείγμα ήταν δείγμα ευκολίας. Ωστόσο, είναι αμφιλεγόμενο για το αν ο αριθμός των συμμετεχόντων μπορεί να θεωρηθεί ικανός, ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, ιδιαίτερα όσον αφορά τη διεξαγωγή και τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης. Οι Williams, Brown και Onsmann, (2012) που μελέτησαν το θέμα του ελαχίστου δείγματος για τη διεξαγωγή της παραγοντικής ανάλυσης βρήκαν ότι οι ερευνητές προτείνουν διαφορετικό αριθμό ως ικανό αριθμό δείγματος, που ξεκινά από τα 50 υποκείμενα (υπό προϋποθέσεις) και φθάνει ως τα περισσότερα από 500. Επομένως, ίσως τα 107 υποκείμενα της παρούσας

έρευνας να μη θεωρηθούν από κάποιους ερευνητές αρκετά, ώστε να έχουμε ασφαλή συμπεράσματα.

4.3.2 Μεθοδολογία της έρευνας

Στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας αναφέρθηκε ότι κατά τη μετάφραση και τη διαπολιτισμική προσαρμογή της αρχικής γαλλικής έκδοσης του PSQ στο ελληνικό περιβάλλον λήφθηκαν υπόψη τα στάδια που περιγράφηκαν από τους Beaton et al., (2000), και από τους Guillemin et al., (1993). Ωστόσο, δεν ήταν εφικτό στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, τα στάδια αυτά να ακολουθηθούν κατά γράμμα. Για παράδειγμα, τα στάδια της μετάφρασης του ερωτηματολογίου από τα γαλλικά στα ελληνικά και το αντίστροφο προϋποθέτει την εμπλοκή τουλάχιστον 2 διαφορετικών δίγλωσσων μεταφραστών για κάθε στάδιο, από τους οποίους ο ένας να γνωρίζει το αντικείμενο και ο άλλος όχι. Οι μεταφράσεις που θα προκύψουν θα πρέπει να ελεγχθούν από εξωτερικό παρατηρητή σε συνδυασμό με τους μεταφραστές. Στην περίπτωσή μας, η μετάφραση έγινε αποκλειστικά από την ερευνήτρια.

Επίσης, για να είναι επιτυχημένη η διαπολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τους Beaton et al., (2000), θα πρέπει οι μεταφράσεις που προέκυψαν από τα προηγούμενα στάδια να εξεταστούν από επιτροπή ειδικών και να αποφασιστεί η μορφή που θα λάβει το ερωτηματολόγιο για την πιλοτική έρευνα. Σύμφωνα με τους ανωτέρω ερευνητές, η επιτροπή αυτή θα πρέπει να αποτελείται τουλάχιστον από μεθοδολογιστές, επαγγελματίες της υγείας, φιλόλογους και τους μεταφραστές. Στην περίπτωση μας, ζητήθηκε η γνώμη μόνο από επαγγελματίες υγείας, τους φυσικοθεραπευτές που εργάζονταν στο χώρο που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, για να αποφανθούν το κατά πόσο θα μπορούσε να εφαρμοστεί το εργαλείο που προέκυψε από τις μεταφράσεις στον πληθυσμό για τον οποίο προοριζόταν.

Παρόλα αυτά, παρατηρήθηκε ότι το εργαλείο που προέκυψε από την παραπάνω διαδικασία ήταν πολύ κατανοητό, ιδιαίτερα στα άτομα της νεότερης ηλικίας, ήδη από τη φάση της πιλοτικής έρευνας. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι όποια ερωτηματολόγια περιλάμβαναν αναπάντητα ερωτήματα είχαν συμπληρωθεί από ασθενείς μεγαλύτερης

ηλικίας. Το γεγονός αυτό ίσως να σημαίνει ότι ενδεχομένως υπάρχει ανάγκη επαναδιατύπωσης ορισμένων ερωτημάτων, ώστε να καταστεί ακόμη πιο σαφές, ιδιαίτερα στους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας.

Επιπρόσθετα, ο τρόπος λειτουργίας του φυσικοθεραπευτηρίου στο οποίο έλαβε χώρα η παρούσα έρευνα θέτει μία πρόκληση στη δομή του ερωτηματολογίου, και ιδιαίτερα όσον αφορά την υποκλίμακα που αναφέρεται στην ικανοποίησή τους από την επαφή τους με τη γραμματεία. Κάποιοι ασθενείς δεν προσέρχονται οι ίδιοι για να κλείσουν το ραντεβού τους, αλλά στέλνουν τους συγγενείς τους. Αυτοί οι ασθενείς αδυνατούν να απαντήσουν στις ερωτήσεις που αφορούν τη γραμματεία, διότι δεν έχουν την ανάλογη εμπειρία. Εδώ θα έπρεπε ίσως να γίνει μια τροποποίηση στο ερωτηματολόγιο του τύπου παράκαμψης (πχ. «αν δεν προσήλθατε για τις διαδικασίες κλεισίματος του ραντεβού, προχωρήστε στην επόμενη ενότητα»)

Επίσης, λήφθηκε υπόψη ότι η μεγιστοποίηση του ποσοστού επιστροφής των ερωτηματολογίων (στην περίπτωση μας των ερωτηματολογίων επανελέγχου) είναι ζωτικής σημασίας για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Όπως επισημαίνουν οι Mazor et al., (2002), οι συμμετέχοντες που τείνουν να είναι περισσότερο ευχαριστημένοι από τη θεραπεία τους, συμπληρώνουν το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο σε μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς που είναι λιγότερο ευχαριστημένοι. Έτσι, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να παρουσιαστεί το φαινόμενο της θετικής μεροληψίας και τα αποτελέσματα της έρευνας να μην ανταποκρίνονται ακριβώς στην πραγματικότητα.

Στην παρούσα έρευνα καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια, ώστε να περιοριστεί το φαινόμενο αυτό. Έτσι, δόθηκαν ερωτηματολόγια επανελέγχου σε όλους τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα (κι όχι σε δείγμα αυτών, όπως απαντάται συχνά στη βιβλιογραφία σε ανάλογες έρευνες) και ακολούθησαν 2 υπενθυμητικές τηλεφωνικές κλήσεις. Το ποσοστό επιστροφής των ερωτηματολογίων επανελέγχου ήταν αρκετά ικανοποιητικό (ποσοστό ανταπόκρισης 67,29%), ώστε να θεωρηθεί ακριβής ο υπολογισμός της αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου.

Επίσης, το γεγονός ότι η ερευνήτρια ήταν υπάλληλος στο συγκεκριμένο χώρο για αρκετά έτη, με αποτέλεσμα να τη γνωρίζουν πολλοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα,

ίσως να συνετέλεσε στο φαινόμενο της θετικής μεροληψίας και της υψηλότερης βαθμολογίας στα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν μέσα στο χώρο του φυσικοθεραπευτηρίου, διότι ενδεχομένως κάποιοι ασθενείς μπορεί να θεώρησαν ότι ήταν δυνατό να γνωρίζει τις βαθμολογίες που έδωσαν, παρά τις διαβεβαιώσεις της για το αντίθετο. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνουν οι Goldstein, Elliott και Guccione, (2000), οι ασθενείς είναι πολλές φορές απρόθυμοι να αποκαλύψουν την αρνητική στάση τους προς έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης, λόγω της αίσθησης της εξάρτησής τους από την επικοινωνία τους με τον πάροχο.

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας, αυτό που παρατηρήθηκε από την ίδια τη συγγραφέα, αλλά επισημάνθηκε και από ορισμένους ασθενείς είναι το νόημα του στοιχείου 14 «Συνοψίστε τη φυσικοθεραπεία σας με μία λέξη». Με βάση το ερωτηματολόγιο, η ερώτηση αυτή καλεί τους ασθενείς να συνοψίσουν σε μία λέξη την εμπειρία τους από την παρουσία τους στον χώρο, όπως είναι η επαφή με τη γραμματεία και με τον θεραπευτή και οι εντυπώσεις από το περιβάλλον του φυσικοθεραπευτηρίου. Στην πραγματικότητα, όμως, το στοιχείο αυτό κρύβει και μια άλλη διάσταση που δεν καλύπτεται από το ερωτηματολόγιο στη μορφή που του δώσανε οι Monnin και Perneger, (2002). Η διάσταση αυτή είναι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Έτσι, παρόλο που οι Hush, Cameron και Mackey, (2011) βρήκαν ότι το αποτέλεσμα της θεραπείας δε σχετίζεται σε σταθερή βάση με την ικανοποίηση των ασθενών, στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε το φαινόμενο να υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι έμειναν πολύ ευχαριστημένοι από την εμπειρία τους από τον χώρο και δώσανε υψηλή βαθμολογία στα στοιχεία των 3 πρώτων υποκλιμάκων. Ωστόσο, δεν είχαν την αναμενόμενη ή επιθυμητή βελτίωση της κατάστασής τους, με αποτέλεσμα να μη δώσουν την αντίστοιχη υψηλή βαθμολογία στο στοιχείο 14. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως περιορίζει την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου στην παρούσα του μορφή και χρίζει περαιτέρω διερεύνησης κι αντιμετώπισης.

Ένα άλλο ζήτημα που επισημάνθηκε σχετικά με την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου αφορά την ερώτηση 7. Η ερώτηση 7 ζητά από τους ασθενείς να αξιολογήσουν την προσπάθεια προσαρμογής του θεραπευτικού σχήματος στις ιδιαιτερότητες του προβλήματός τους. Το πρόβλημα σε αυτήν την περίπτωση είναι ότι πολλές φορές οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να αξιολογήσουν άμεσα την ποιότητα της

θεραπείας που λαμβάνουν, στην οποία περιλαμβάνεται και η προσπάθεια προσαρμογής του θεραπευτικού σχήματος, επειδή δεν έχουν την κατάλληλη και ανάλογη τεχνική δεξιότητα και γνώση (Rao et al., 2006; Goldstein, Elliott and Guccione, 2000; Hush, Cameron and Mackey, 2011). Αυτός, άλλωστε, είναι και ο λόγος για τον οποίο αξιολογούν την υπηρεσία που έλαβαν από τις άλλες διαστάσεις της ποιότητας της υπηρεσίας, όπως η επικοινωνία με το προσωπικό, το περιβάλλον, η προσβασιμότητα στην υπηρεσία, κλπ (Rao et al., 2006). Επομένως, είναι πιθανό αυτή η ερώτηση να θέτει σε κίνδυνο την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής.

Τέλος, υπήρξαν και κάποιοι περιορισμοί που αφορούν τη διερεύνηση της εγκυρότητας όψης και της συγκλίνουσας εγκυρότητας του ερωτηματολογίου. Η εγκυρότητα όψης ελέγχθηκε μόνο από την ερευνήτρια και τους συναδέλφους της στην παρούσα εργασία, ενώ στη βιβλιογραφία προτείνεται ο έλεγχός της από πάνελ ειδικών (πχ. προϊσταμένων φυσικοθεραπευτηρίου, ανεξάρτητους φυσικοθεραπευτές, ιατρούς, ανώτερα διοικητικά στελέχη), τα οποία βαθμολογούν την κάθε ερώτηση (Scascighini, Angst and Aeschlimann, 2008). Επίσης, λόγω έλλειψης ενός «χρυσού κανόνα», δηλαδή ενός αντίστοιχου ερωτηματολογίου στα ελληνικά, ελεγμένο για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του, δεν ήταν δυνατός ο έλεγχος της εγκυρότητας κριτηρίου, αλλά και ο έλεγχος της συγκλίνουσας εγκυρότητας έγινε αποκλειστικά με τη μέθοδο της ανάλυσης των πολλαπλών χαρακτηριστικών (Αλετράς και συν., 2009).

4.4 Συμπεράσματα και προτάσεις για το μέλλον

Το PSQ-GR είναι αυτή τη στιγμή το μοναδικό εργαλείο στην Ελλάδα, το οποίο μπορεί να χρησιμεύσει στους φυσικοθεραπευτές για να μετρήσουν την ικανοποίηση των ασθενών τους από την εμπειρία της φυσικοθεραπείας που έχουν λάβει. Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι ψυχομετρικές του ιδιότητες, όπως είναι η πρακτικότητα στην εφαρμογή του, η αξιοπιστία και η εγκυρότητά του είναι αρκετά ικανοποιητικές, ώστε να δώσει μια σαφή εικόνα της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας που έχουν λάβει.

Ωστόσο, υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και περαιτέρω διερεύνησης των ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου. Προτείνεται να γίνει περαιτέρω έρευνα με μεγαλύτερο αριθμό δείγματος, να ακολουθηθούν με μεγαλύτερη αυστηρότητα οι προτυποποιημένες διαδικασίες που αφορούν τη μετάφραση και τη διαπολιτισμική του προσαρμογή και να εξεταστεί το ερωτηματολόγιο και σε άλλους χώρους, πέρα από τις δημόσιες δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να ελεγχθεί η καθολικότητα της χρησιμότητάς του σε όλες τους φορείς, δημόσιους και ιδιωτικούς, που προσφέρουν τις ανάλογες υπηρεσίες στον ελληνικό χώρο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Αρθρογραφία

Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ. και Νιάκας, Δ. (2007). «Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τεύχος 24(1), σελ.89-96

Αλετράς, Β., Μπασιούρη, Φ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Δ. και Νιάκας, Δ. (2009). «Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τεύχος 26(1), σελ.79-89

Γαλάνης, Π. (2013). «Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τεύχος 30(1), σελ. 97-110

Καδδά, Ο., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Κ., Παληός Θ., Κόντας, Ν. και Ανδρουλάκη, Ζ. (2010). «Οι ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 9(1), σελ. 61-75

Καφετζόπουλος, Δ. (2011) «Η αποτελεσματικότητα των συστημάτων ποιότητας και ασφάλειας των τροφίμων. Οι Κρίσιμοι Παράγοντες Αποτελεσματικής Εφαρμογής και η επίδραση στην απόδοση των επιχειρήσεων τροφίμων», *Διδακτορική Διατριβή*, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ουζούνη, Χ. και Νακάκης, Κ. (2011). «Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες». *Νοσηλευτική*, Τεύχος 50(2), σελ.231-239

Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλάς, Ν. (2012) «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τεύχος 29(4), σελ.480-488

Πατσάλης, Χ. (2012). «Ερωτηματολόγιο FDI4-6 – GR. Μία πρόταση για τη «μέτρηση» των διαστάσεων της ενσωμάτωσης μαθητών δημοτικού σχολείου με δυσκολίες». Ανακοίνωση στο 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Π.Ε.Ε. με θέμα: «Ελληνική Παιδαγωγική και Εκπαιδευτική Έρευνα», Ιωάννινα, 2-4 Νοεμβρίου 2012

Σαμακουρή, Μ., Μπούχος, Γ., Καδόγλου, Μ., Γιαντσελίδου, Α., Τσολάκη, Κ. και Λειβαδίτης, Μ. (2012). «Στάθμιση της Ελληνικής εκδοχής της Κλίμακας Αυτοαξιολόγησης Άγχους (SAS) του Zung». *Ψυχιατρική*, Τεύχος 23(3), σελ.212-220.

Τούντας, Γ. (2003). “Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας”. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, Τεύχος 20, σελ.532-546

Τούντας, Γ., και Οικονόμου, Ν.Α. (2007). «Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, Τεύχος 24(1), σελ.7-21

Ξένη Αρθρογραφία

Argimon-Pallàs, J.M., Flores-Mateo, G., Jiménez-Villa, J., Pujol-Ribera, E., Foz, G., Bundó-Vidiella, M., Juncosa, S., Fuentes-Bellido, C.M., Pérez-Rodríguez, B., Margalef-Pallarès, F., Villafafila-Ferrero, R., Forès-Garcia, D., Roman-Martínez, J. and Vilert-Garroga, E. (2009). “Study protocol of psychometric properties of the Spanish translation of a competence test in evidence based practice: The Fresno test”. *BMC Health Services Research*, Vol.9(37)

Beattie, P. and Nelson, R. (2008). “Preserving the quality of the patient-therapist relationship: An important consideration for value-centered physical therapy care”. *Journal of Orthopaedic & Sports physical therapy*, Vol.38(2), pp.34-35.

Beattie, P., Dowda, M., Turner, C., Michener, L. and Nelson, R. (2005a). “Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy”. *Physical Therapy*, Vol.85, pp.1046-1052

Beattie, P., Turner, C., Dowda, M., Michener, L. and Nelson, R. (2005b). “The MedRisk instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy care: A psychometric analysis”. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, Vol.35(1), pp.861-869

Beattie, P., Pinto, M., Nelson, M. and Nelson, R. (2002). “Patient satisfaction with outpatient physical therapy: Instrument validation”. *Physical Therapy*, Vol.82, pp. 557-565

Beattie, P., Nelson, R. and Lis, Angela. (2007). “Spanish-language version of the MedRisk instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy care (MRPS): Preliminary validation”. *Physical Therapy*, Vol.87, pp. 793-800

Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. and Ferraz, M.B. (2000). “Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures”. *Spine*, Vol. 25, pp.3186–91.

Cacchio, A., Necozone, S., MacDermid, J.C., Rompe, J.D., Maffulli, N., Orio, F., Santilli, V. and Paoloni, M. (2012). “Tennis Elbow Evaluation (PRTEE) questionnaire properties of the Italian version of the patient-rated cross-cultural adaptation and measurement”. *Physical Therapy*, Vol.92(8), pp.1036-1045.

Campbell, S.M., Roland, M.O. and Buetow, S.A. (2000). “Defining quality of care”, *Social Science & Medicine*, Vol.51, pp.1611-1625

Casserley-Feeney, S., Phelan, M., Duffy, F., Roush S., Cairns M. and Hurley, D. (2008) “Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain”. *BMC Musculoskeletal Disorders*, Vol.9(50)

Cleary, P.D and McNeil B.J. (1988). “Patient satisfaction as an indicator of quality care”, *Inquiry*, Vol.25, pp.25–36.

Cooperberg, M., Birkmeyer, J. and Litwin, M. (2009). “Defining high quality health care”, *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, Vol.27, pp.411–416

Curran, P.J., West, S. and Finch, J. (1996). "The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis", *Psychological Methods*, Vol.1(1), pp.16-29

Devreux, I., Jacquerye, A., Kittel, F., Elsayed, E. and Al-Awa, Bahjat. (2012). "Benchmarking of patient satisfaction with physical rehabilitation services in various hospitals of Jeddah". *Life Science Journal*, Vol. 9(3), pp.73-78.

Donabedian, A. (1997). "The quality of care. How it can be assessed?". *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, Vol. 121, pp. 1145–1150.

Donabedian, A. (2005). "Evaluating the Quality of Medical Care", *The Milbank Quarterly*, Vol. 83(4), pp. 691–729.

Folorunso, O. and Ogunseye, O. (2006) "An exploratory study of the critical factors affecting the acceptability of e-learning in Nigerian universities", *Information Management & Computer Security*, Vol. 14(5), pp. 496-505

Goldstein, M.S., Elliott, S.D. and Guccione, A.A. (2000) "The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy". *Physical Therapy*, Vol.80, pp.853–63.

Grimmer, K., Beard, M., Bell, A., Chipchase, L., Edwards, E., Fulton, I. and Gill, T. (2000) "On the constructs of quality physiotherapy". *Australian Journal of Physiotherapy*, Vol. 46, pp. 3-7

Guedes, K., Pereira, C., Pavan, K., Cataldo, B. and Valério, O. (2010). "Cross-cultural adaptation and validation of ALS Functional Rating Scale-Revised in Portuguese language". *Arq Neuropsiquiatr*, Vol.68(1), pp.44-47

Guillemin, F., Bombardier, C. and Beaton, D. (1993). "Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines". *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol.46(12), pp. 1417-32

Hush, J., Cameron, K. and Mackey, M. (2011). "Patient Satisfaction With Musculoskeletal Physical Therapy Care: A Systematic Review". *Physical Therapy*, Vol.91, pp.25-36.

Hush, J., Yung, V., Mackey, M., Adams, R., Wand, B., Nelson, R. and Beattie, P. (2012), "Patient satisfaction with musculoskeletal physiotherapy care in Australia: an international comparison". *Journal of Manual and Manipulative Therapy*, Vol. 20(4), pp. 201-208

Jette, A. (1995). "Outcomes research: Shifting the dominant research paradigm in physical therapy". *Physical Therapy*, Vol.75, pp.965-970

Kidd, M., Bond, C., Bell, M. (2011) "Patients' perspectives of patient-centredness as important in musculoskeletal physiotherapy interactions: a qualitative study". *Physiotherapy*, Vol.97, pp.154–162.

Kringos, D., Boerma W., Hutchinson, A., van der Zee, J. and Groenewegen, P. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions", *BMC Health Services Research*, Vol. 10, pp.65.

Krishnan Kutty, R., Gebremichae, H., Tadesse, K., Negash, K., Teame, B. and Abraha, M. (2014). "Evaluation of Patient's Satisfaction level and Associated factors of Physiotherapy Services in Mekelle Ortho-Physiotherapy Centre, North Ethiopia: A Cross Sectional Study", *International Journal of Pharmaceutical and Biological Sciences Fundamentals*, Vol.8(1)

Maxwell, R.J. (1984). "Quality assessment in health", *British Medical Journal*, Vol. 288, pp.1470-1472

Maxwell, R.J. (1992). "Dimensions of quality revisited: from thought to action", *Quality in Health Care*, Vol. 1, pp.171-177

Mazor, K., Clauser, B., Field, T., Yood, R. and Gurwitz, J. (2002). “A demonstration of the impact of response bias on the results of patient satisfaction surveys”, *Health Services Research*, Vol. 37(5), pp.1403-1417.

Mendonça, K.M. and Guerra, R.O. (2007). “Development and validation of an instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy”, *Revista Brasileira de Fisioterapia*, Vol.11(5), pp.369-76

Miranda, F.J., Chamorro, A., Murillo, L.R. and Vega, J. (2010). “Assessing primary healthcare services quality in Spain: managers vs. patients perceptions”. *The Service Industries Journal*, Vol. 30(13), pp. 2137–2149

Monnin, D. and Perneger, T.V. (2002). “Scale to Measure Patient Satisfaction with Physical Therapy”. *Physical Therapy*, Vol. 82, pp.682-691.

Odebiyi, D., Aiyejusunle, C.B., Ojo, T.S. and Tella, B.A. (2009) “Comparison of Patients’ Satisfaction with Physiotherapy Care in Private and Public Hospitals”, *Journal of the Nigeria Society of Physiotherapy*, Vol.17, pp.23-29

Oliveira, N., Costa, L., Nelson, R., Maher, C., Beattie, P., de Bie, R., Oliveira W., Azevedo D. and Costa L. (2014) “Measurement Properties of the Brazilian Portuguese Version of the MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care”. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, Vol.44(11), pp. 879-889.

Papp, R., Borbas, I., Dobos, E., Bredehorst, M., Jaruseviciene, L., Vehko, T. and Balogh, S. (2014). “Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions”. *BMC Family Practice*, Vol. 25, pp.128.

Rao, M., Clarke, A., Sanderson, C. and Hammersley., R. (2006) “Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study”. *British Medical Journal.*, Vol.333, pp.19

Rodrigues, S.L.L., Rodrigues, R.C.M., São-João, T.M., Pavan, R.B.B., Padilha, K.M., Gallani, M. (2013). “Impact of the disease: acceptability, ceiling and floor effects and reliability of an instrument on heart failure”. *Rev Esc Enferm USP*, Vol.47(5), pp.1091-8.

Roush, S.E., Jones, M. and Nassaney, M. (2007). “Patient satisfaction in physical therapy: Concurrent comparison of two instruments in outpatient settings”. *HPA Journal*, Vol.7(3), pp. 1-8.

Roush, S.E. and Sonstroem R.J. (1999) “Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS)”. *Physical Therapy*, Vol.79, pp.159–70.

Sadeq, M.M. and Adib S.M. (2002) “Satisfaction with physiotherapy among patients at a general hospital in Kuwait”. *Saudi Medical Journal*, Vol.23, pp.981–5.

Scascighini, L., Angst, F., Uebelhart, D. and Aeschlimann, A. (2008). “Translation, transcultural adaptation, reliability and validity of the Patient Satisfaction Questionnaire in German”. *Physiotherapy*, Vol. 94, pp.43–55.

Vanti, C., Bonetti, F., Ceron, D., Piccarreta, R., Violante F.S., Guccione, A.A. and Pillastrini, P. (2013a). “Cross-cultural adaptation and validation of the Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey in an Italian musculoskeletal population”. *BMC Musculoskeletal Disorders*, Vol.14, pp. 145.

Vanti, C., Monticone, M., Ceron, D., Bonetti, F., Piccarreta, R., Guccione, A.A. and Pillastrini, P. (2013b). “Italian version of the Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire: cross-cultural adaptation and psychometric properties”. *Physical Therapy*, Vol.93(7), pp. 911–922.

Vanti, C., Pillastrini, P., Monticone, M., Ceron, D., Bonetti, F., Piccarreta, R., Guccione, A.A. and Violante F.S. (2014). “The Italian version of the Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire - [PTPSQ-I(15)]: psychometric properties in a sample of inpatients”. *BMC Musculoskeletal Disorders*, Vol.15, pp. 135.

Williams, B., Brown, T. and Onsmann, A. (2012). “Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices”. *Australasian Journal of Paramedicine*, Vol.8(3)

Williams, B., Coyle, J. and Healy, D. (1998). “The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels”. *Social Science & Medicine*, Vol.47, pp.1351–9.

Willis, G.B. and Artino, A.R. Jr. (2013). “What do our respondents think we’re asking? Using cognitive interviewing to improve medical education surveys”. *Journal of Graduate Medical Education*, Vol. 5(3), pp.353-6.

Βιβλία

Harrington, D. (2009), “Confirmatory factor analysis”, *Oxford University Press*, New York.

Ιστοσελίδες

Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 1978. Available at: www.who.int/hpr/NPH/docs/declarationalmaata.pdf (accessed 11 October 2015)

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ.
ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ, Αρ. Φύλλου 38, ΝΟΜΟΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘ. 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις». Διαθέσιμο: <http://www.eopyy.gov.gr/Εγγραφα%20ΕΟΠΥΥ/Κανονισμός%20-%20Νομοθεσία/NΟΜΟΣ%204238-2014.pdf> (25 Σεπτεμβρίου 2015)

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (2009). Διαθέσιμο: www.moh.gov.gr/articles/.../nomothesia.../194-isxyoyisa-nomothesia (25 Σεπτεμβρίου 2015)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών
φυσικοθεραπείας
(Μετάφραση από τα Γαλλικά - Monnin and Perneger, 2002)

Στοιχεία συμμετέχοντα

Α. Ηλικία

_____ ετών

Β. Φύλο

Άνδρας

Γυναίκα

Συχνότητα επισκέψεων στο χώρο

Ήταν η πρώτη φορά που κάνατε φυσικοθεραπείες στο χώρο μας ή έχετε ξανακάνει και στο παρελθόν;

Ναι, είναι η
πρώτη φορά

Όχι, έχω
ξαναέρθει 1
φορά

Όχι, έχω ξαναέρθει 2-10
φορές

Όχι, έχω
ξαναέρθει πάνω
από 10 φορές

Επιλογή φυσικοθεραπευτηρίου για τη θεραπεία σας

Επέλεξα:

Από
μόνος/η μου

Με
σύσταση
του γιατρού
μου

Από
γνωστό/φίλο

Δεν είχα άλλη
επιλογή

Γραμματεία

1. Πώς αξιολογείτε την απλότητα των διαδικασιών για το κλείσιμο των ραντεβού;

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Πώς αξιολογείτε τον χρόνο που ήταν απαραίτητος για το κλείσιμο των ραντεβού;

Εξαιρετικός	Πολύ καλός	Καλός	Μέτριος	Κακός
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Πώς αξιολογείτε την εξυπηρετικότητα, ευγένεια και προθυμία του προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις και να ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας;

Εξαιρετικές	Πολύ καλές	Καλές	Μέτριες	Κακές
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Η θεραπεία σας

4. Πώς αξιολογείτε την ικανότητα του θεραπευτή σας να σας κάνει να αισθανθείτε άνετα και, ενδεχομένως, να σας καθησυχάσει;

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Πώς αξιολογείτε τις εξηγήσεις που λάβατε σχετικά με το τι θα κάνετε κατά τη διάρκεια της θεραπείας και το τι αναμένεται από εσάς να κάνετε;

Εξαιρετικές	Πολύ καλές	Καλές	Μέτριες	Κακές
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Πώς αξιολογείτε τις πληροφορίες που λάβατε σχετικά με την εξέλιξη της πάθησής σας στο μέλλον;

Εξαιρετικές	Πολύ καλές	Καλές	Μέτριες	Κακές
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Πώς αξιολογείτε την προσπάθεια του θεραπευτή σας να προσαρμόσει τη θεραπεία που λάβατε στις ιδιαίτερες ανάγκες του προβλήματός σας;

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Πώς αξιολογείτε την αίσθηση ασφάλειας που νιώθατε καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας σας;

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Περιβάλλον

9. Πώς αξιολογείτε την ευκολία πρόσβασης στο φυσικοθεραπευτήριο;

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Πώς αξιολογείτε την ευκολία προσανατολισμού μέσα στο κτίριο;

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Πώς αξιολογείτε την άνεση και την καθαριότητα του δωματίου στο οποίο λάβατε θεραπεία;

Εξαιρετικές	Πολύ καλές	Καλές	Μέτριες	Κακές
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Πώς αξιολογείτε τον φωτισμό και τη θερμοκρασία του δωματίου στο οποίο λάβατε θεραπεία;

Εξαιρετικά	Πολύ καλά	Καλά	Μέτρια	Κακά
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Πώς αξιολογείτε την ησυχία, την προστασία της ιδιωτικότητάς σας και τη χαλαρωτική ατμόσφαιρα στους χώρους θεραπείας;

Εξαιρετικές	Πολύ καλές	Καλές	Μέτριες	Κακές
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Συνολική αξιολόγηση

14. Συνοψίστε τη φυσικοθεραπεία σας με μια λέξη

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Αν χρειαστεί να ξανακάνετε φυσικοθεραπεία, θα ερχόσασταν ξανά στην υπηρεσία μας;

Ναι, χωρίς αμφιβολία	Μάλλον ναι	Ίσως	Μάλλον όχι	Όχι, σε καμιά περίπτωση
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας σας, υπήρξε κάτι που να σας προκάλεσε έκπληξη;

Ευχάριστη έκπληξη

Δυσάρεστη έκπληξη

17. Κατά τη γνώμη σας, τι θα μπορούσαμε να κάνουμε για να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες μας;

Σας ευχαριστούμε θερμά για την πολύτιμη συνεργασία σας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β



Έντυπο συναίνεσης συμμετέχοντα σε ερευνητική εργασία

Τίτλος Ερευνητικής Εργασίας: Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: κα Γκοτζαμάνη Αικατερίνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια τμήματος ΟΔΕ Πανεπιστημίου Μακεδονίας

Ερευνήτρια: Μαστρογιάννη Αικατερίνη, μεταπτυχιακή φοιτήτρια MBA Executive, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

1. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση της καταλληλότητας του ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών των Monnin και Perneger (2002) να ανιχνεύσει, σε ελληνικό περιβάλλον, την αντιλαμβανόμενη, από την μεριά των ασθενών, ποιότητα της υπηρεσίας φυσικοθεραπείας που έλαβαν.

2. Διαδικασία

Ως συμμετέχοντες (ασθενείς του Β' Φυσικοθεραπευτηρίου ΠΕΔΥ Θεσ/νίκης) καλείστε να συμπληρώσετε το εν λόγω ερωτηματολόγιο μεταφρασμένο στα ελληνικά, ανώνυμα, δύο φορές. Την πρώτη φορά, το ερωτηματολόγιο θα συμπληρωθεί στο χώρο του φυσικοθεραπευτηρίου μετά το πέρας των 10 συνεδριών που δικαιούστε και θα τοποθετηθεί σε κουτί που βρίσκεται στο χώρο αναμονής του φυσικοθεραπευτηρίου ειδικά για το σκοπό αυτό. Κατόπιν θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο αυτό 7 μέρες μετά την πρώτη συμπλήρωση, να τοποθετηθεί σε φάκελο με πληρωμένο τέλος και να σταλεί ταχυδρομικά στην ερευνήτρια. Η ερευνήτρια θα σας υπενθυμίσει τηλεφωνικά την αποστολή των ερωτηματολογίων, 7 μέρες και 3 βδομάδες μετά τη συμπλήρωση του πρώτου ερωτηματολογίου.

3. Προσδοκώμενες ωφέλειες

Η συμμετοχή σας θα συμβάλλει στην εξακρίβωση της καταλληλότητας ενός, καταξιωμένου στο εξωτερικό, εργαλείου μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών φυσικοθεραπείας, στο ελληνικό περιβάλλον. Εφόσον το ερωτηματολόγιο αυτό κριθεί κατάλληλο, θα αποτελέσει σημαντικό εργαλείο για την επιστημονική κοινότητα των φυσικοθεραπευτών που θα είναι πλέον σε θέση να διερευνήσουν την ικανοποίηση των ασθενών που υποβάλλονται σε φυσικοθεραπείες και, κατ' επέκταση, την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.

4. Δημοσίευση δεδομένων – αποτελεσμάτων

Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την μελλοντική δημοσίευση των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν τα ονόματα και τα λοιπά στοιχεία σας.

5. Πληροφορίες

Μη διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από το σκοπό ή την διαδικασία της εργασίας. Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία ή ερώτηση, ζητήστε διευκρινίσεις.

6. Ελευθερία συναίνεσης

Η συμμετοχή σας στην εργασία είναι εθελοντική. Είστε ελεύθερος-η να μην συναινέσετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας όποτε το επιθυμείτε.

7. Δήλωση συναίνεσης

Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανοώ τις διαδικασίες που θα ακολουθήσω. Συναινώ να συμμετέχω στην ερευνητική εργασία.

Ημερομηνία: ____/____/____

**Όνοματεπώνυμο και
υπογραφή συμμετέχοντα**

**Τηλέφωνο επικοινωνίας
συμμετέχοντα**

Υπογραφή ερευνήτριας
