

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**Διδακτορική Διατριβή**

**Μελέτη Συσχέτισης του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την Ικανοποίηση  
των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας από τις Υπηρεσίες Υγείας**

**Γεώργιος Μ. Κριτσωτάκης**

**2009**

**Μελέτη Συσχέτισης του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την  
Ικανοποίηση των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας από τις Υπηρεσίες  
Υγείας**

*Διδακτορική Διατριβή στην Κοινωνική Ιατρική  
του Γιώργου Μ. Κριτσωτάκη*

**Επιβλέπων:**

Αναστάσιος Ε. Φιλαλήθης

*Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης*

**Συνεπιβλέποντες:**

Βασίλειος Γεωργούλιας

*Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης*

Κωνσταντίνος Γκούνης

*Επ. Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης*

**Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής,  
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης**

**2009**

**στην οικογένειά μου**



# Μελέτη Συσχέτισης του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την Ικανοποίηση των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας από τις Υπηρεσίες Υγείας

## Κατάλογος δημοσιεύσεων

Κατά την περίοδο παρουσίασης της Διδακτορικής Διατριβής έχουν γίνει οι εξής δημοσιεύσεις:

- I. Kritsotakis G, Koutis A, Alegakis A, Philalithis A. (2008). Development of the social capital questionnaire in Greece. *Research in Nursing & Health* 31, 217-225.
- II. Kritsotakis G, Koutis A, Kotsori A, Alexopoulos C, Philalithis A. (2009, article in press). Measuring patient satisfaction in oncology units: interview based psychometric validation of the 'Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care' in Greece. *European Journal of Cancer Care*.
- III. Kritsotakis G, Gamarnikow E. (2004). What is social capital and how does it relate to health? *International Journal of Nursing Studies* 51, 43-50.
- IV. Γ. Κριτσωτάκης, Π. Μαϊόβης, Α. Κούτης, Τ. Φιλαλήθης. (2009, υπό δημοσίευση). Ατομική και οικολογική επίδραση κοινωνικών παραγόντων στους δείκτες υγείας: η περίπτωση του κοινωνικού κεφαλαίου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*.

## Υπό υποβολή

- V. Kritsotakis G, Koutis A, Alegakis A, Philalithis A. (under submission). Individual-level social capital affects patient satisfaction in oncology settings.
- VI. Γ. Κριτσωτάκης, Α. Κούτης, Τ. Φιλαλήθης. (υπό υποβολή). Ανασκόπηση των παραγόντων που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*.
- VII. Γ. Κριτσωτάκης, Α. Κούτης, Τ. Φιλαλήθης. (υπό υποβολή). Γνωσιακή στάθμιση της Κλίμακας για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου στην Ελλάδα.

## \_\_7μελής Εξεταστική Επιτροπή

Επιβλέπων	<b>Τάσος Φιλαλήθης</b>	Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
Συνεπιβλέποντες	<b>Βασίλειος Γεωργούλιας</b>	Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
	<b>Κωνσταντίνος Γκούνης</b>	Επ. Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης
Μέλη	<b>Μανόλης Κογεβίνας</b>	Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
	<b>Οδυσσέας Ζώρας</b>	Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
	<b>Γρηγόριος Χλουβεράκης</b>	Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
	<b>Ηρώ Μποκαλάκη</b>	Επ. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθήνας

## \_\_ευχαριστίες

Τώρα που η διδακτορική διατριβή ολοκληρώνεται, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τη βαθιά μου ευγνωμοσύνη σε όσους και όσες ήταν δίπλα μου και μου συμπαραστάθηκαν σε αυτό το επίπονο, αλλά και τόσο συναρπαστικό, ταξίδι.

Θα ήθελα, κατ' αρχήν, να ευχαριστήσω από καρδιάς όσους έδωσαν το χρόνο τους για να συμμετέχουν στην έρευνα και, ιδιαίτερα, τους *ογκολογικούς ασθενείς και τις οικογένειές τους*. Πολλοί από αυτούς δεν είναι πια μαζί μας. Χωρίς την υπομονετική συνεισφορά και το ειλικρινές ενδιαφέρον τους, η παρούσα διατριβή δεν θα είχε πραγματοποιηθεί.

Τον επιβλέποντα *Καθηγητή Τάσο Φιλαλήθη*. Πρωτοπόρος μελετητής των υπηρεσιών υγείας, αλλά, κυρίως, άνθρωπος με σπάνιο ήθος και ευγένεια, αποτέλεσε το ουσιαστικότερο πρότυπο για τη διαμόρφωση της επιστημονικής σκέψης μου, αναδεικνύοντας παράλληλα την αξία της ουσιαστικής συνεργασίας. Χωρίς την καθοδήγηση και την εμπιστοσύνη του, δεν θα ήταν δυνατό να φέρω εις πέρας αυτό το έργο.

Τον *Δρ. Αντώνη Κούτη* για την εμπιστοσύνη του, την υπομονή του, και τις εποικοδομητικές του συμβουλές και υποδείξεις πριν και καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής. Η επιστημονική του κατάρτιση και το ειλικρινές του ενδιαφέρον ήταν καθοριστικός παράγοντας για την ολοκλήρωσή της.

Την *Dr Eva Gamarnikow*, Καθηγήτρια Κοινωνικής Δικαιοσύνης στο Πανεπιστήμιο το Λονδίνου. Μου ενέπνευσε στην πράξη ότι πίσω από κάθε αριθμό κρύβεται ένας άνθρωπος.

Τον *Δρ. Κωνσταντίνο Αλεξόπουλο*, Διευθυντή της Παθολογικής Ογκολογικής κλινικής του νοσοκομείου Ευαγγελισμός που μου έδωσε τη δυνατότητα να πραγματοποιήσω την έρευνα στην άρτια οργανωμένη κλινική του και έκανε καίριες

παρατηρήσεις σε μεθοδολογικά ζητήματα. Το *προσωπικό της κλινικής, ιατρούς και νοσηλεύτες*, για τον αρχικό προσανατολισμό και τη συνεχή βοήθειά τους.

Τον *Δρ. Θανάση Αλεγκάκη*, για τη συνεργασία του στην στατιστική επεξεργασία μέρους των δεδομένων της διατριβής.

Τα *μέλη της εξεταστικής επιτροπής*, για τις γόνιμες παρατηρήσεις τους.

Τις φίλες *Άρτεμις Καμπουράκη* και *Αντιόπη Βασιλάκη*, που βοήθησαν ουσιαστικά στη συλλογή στοιχείων για την παρούσα έρευνα.

Τη φίλη *Δρ. Άννα Παπαδοπούλου*. Η συμπαράστασή της από την αρχή της διατριβής είναι ανεκτίμητη.

Το φίλο *Γιώργο Αναστασάκη* για την υπομονή του.

Τους φίλους *Δρ. Έφη Αντωνιάδου*, *Δρ. Παντελή Μαϊόβη* και *Δρ. Σοφία Χωλίδου*. Για τα ατέλειωτα τηλεφωνήματα συμπαράστασης, τη βοήθειά τους σε κάθε στιγμή αδυναμίας, και την ενεργό συμμετοχή τους στη μετάφραση των ερωτηματολογίων και στην ενότητα της ποιοτικής ανάλυσης. Κυρίως, όμως, γιατί κάναμε όλο το δρόμο μαζί. Τελειώσαμε, ότι αρχίσαμε όλοι το 1999 στο Λονδίνο. Πολλές φορές ήταν ο μοχλός που έκανε τα δικά μου γρανάζια να γυρίζουν.

Τη σύντροφο μου, *Δρ. Βασιλική Πιτσούνη*, που στάθηκε δίπλα μου. Η παρουσία της και η κατανόησή της στις ατέλειωτες ώρες εργασίας έκαναν τα πάντα πιο εύκολα.

Τέλος, μα πάνω απ' όλους, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου *Μιχάλη* και *Ελένη Κριτωτάκη*, και την αδερφή μου, *Άντα*. Οι Καθηγητές μου, μου άνοιγαν τους ορίζοντες, όμως αυτοί πλήρωναν αδιαμαρτύρητα το ταξίδι.

Τους ευχαριστώ πολύ.

Σας ευχαριστώ πολύ όλους.



## Συντομογραφίες

EKE	Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα (European Social Survey)
ΕΣΥΕ	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Μ.Ο.	Μέσος Όρος
ΣΑ	Σταθερά Απόκλιση
CASC	Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care (Ερωτηματολόγιο για τη 'Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία')
SD	Standard Deviation
SCQ	Social Capital Questionnaire (Κλίμακα για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου)
SCQ-G	Κλίμακα για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου - ελληνική έκδοση
WVS	World Values Survey (Παγκόσμια Έρευνα Αξιών)

## Περιεχόμενα

Κατάλογος δημοσιεύσεων	i
7μελής Εξεταστική Επιτροπή	ii
Κατάλογος συντομογραφιών	v
Περίληψη της Διδακτορικής Διατριβής	viii
Summary	xi
Πίνακες της διατριβής	xv
Εισαγωγικό σημείωμα	xvi
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b>	
1.1. Εισαγωγή	1
1.2. Η έννοια και ο όρος	1
1.3. Ορισμός και όψεις	3
1.3.1. Κοινοτικό κοινωνικό κεφάλαιο	4
1.3.2. Ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο	6
1.3.3. Συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου	7
1.3.4. Κριτική της θεωρίας του κοινωνικού κεφαλαίου	9
1.4. Κοινωνικό κεφάλαιο & υγεία	10
1.4.1. Αρνητική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου σε δείκτες υγείας	13
1.5. Ατομική & οικολογική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία	15
1.5.1 Φύλο και κοινωνικό κεφάλαιο	17
1.6. Ποιοτική και ποσοτική εκτίμηση του κοινωνικού κεφαλαίου	18
1.7. Επίγραμμα	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ</b>	
2.1. Εισαγωγή	21
2.2. Γιατί να ασχοληθούμε με την ικανοποίηση των ασθενών	22
2.3. Ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών	23
2.4. Τι έχει σημασία για τους ασθενείς	25
2.5. Διεθνής πρακτική και ελληνική πραγματικότητα	27
2.6. Θετική μεροληψία στις μελέτες ικανοποίησης των ασθενών	29
2.7. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών	33
2.7.1. Παράγοντες σε σχέση με τους ασθενείς	34
2.7.2. Παράγοντες σε σχέση με τους/τις ιατρούς	38
2.7.3. Παράγοντες σε σχέση με τους/τις νοσηλευτές/τριες	40
2.7.4. Παράγοντες σε σχέση με την οργάνωση του συστήματος υγείας	42
2.7.5. Μεθοδολογικοί παράγοντες	43
2.7.6. Άλλοι παράγοντες	44
2.8. Η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην ικανοποίηση των ασθενών	45
2.9. Επίγραμμα	47

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

3.1.	Ερευνητική υπόθεση και σκοπός της διατριβής	48
3.2.	Ενότητες της διατριβής	49

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

4.1.	Περιγραφή των ερωτηματολογίων	50
4.1.1.	‘Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού	50
4.1.2.	Ερωτηματολόγιο για τη ‘Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία’	51
4.2.	Μετάφραση των ερωτηματολογίων	52
4.3.	Ψυχομετρική στάθμιση του SCQ-G	55
4.4.	Γνωσιακή στάθμιση του SCQ-G	57
4.5.	Ψυχομετρική Στάθμιση του CASC	61
4.6.	Συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την ικανοποίηση των ασθενών	63
4.6.1	Πληθυσμός	63
4.6.2	Μεθοδολογία	66
4.6.3	Στατιστικές μέθοδοι	68

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

5.1.	Ψυχομετρική στάθμιση του SCQ-G	69
5.2.	Γνωσιακή στάθμιση του SCQ-G	76
5.3.	Ψυχομετρική στάθμιση του CASC	80
5.4.	Συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την ικανοποίηση των ασθενών	84

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

6.1.	Ψυχομετρική στάθμιση του SCQ-G	92
6.2.	Γνωσιακή στάθμιση του SCQ-G	95
6.3.	Ψυχομετρική στάθμιση του CASC	102
6.4.	Συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την ικανοποίηση των ασθενών	106
6.4.1.	Περιορισμοί της μελέτης	110

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

<b>ΠΙΝΑΚΕΣ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ</b>	114
-------------------------------------------	-----

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ</b>	124
--------------------------------	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b>	144
--------------------	-----

A:	Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου	145
B:	Social Capital Questionnaire (πρωτότυπο)	150
Γ:	Ερωτηματολόγιο για τη Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία	153
Δ:	Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care (πρωτότυπο)	160
E:	Άτομα που συμμετείχαν στη μετάφραση των ερωτηματολογίων	164
ΣΤ:	Έντυπο Συγκατάθεσης Ασθενών	165

<b>ΠΡΩΤΟΤΥΠΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ</b>	166
--------------------------------	-----

## Περίληψη της Διδακτορικής Διατριβής

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση της επίδρασης του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου στην ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από τη νοσηλεία τους. Επιμέρους στόχοι είναι η στάθμιση της 'Κλίμακας για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου' (SCQ) και του ερωτηματολογίου για τη 'Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία' (CASC) στην Ελλάδα.

**ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ SCQ: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήθηκε Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση και Συσχετίσεις Πολλαπλών Κλιμακώσεων σε δείγμα ευκολίας 521 ενηλίκων από 3 αστικά κέντρα (Αθήνα, Κόρινθο, Ηράκλειο).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ελληνική έκδοση του SCQ περιλαμβάνει 6, από τους αρχικούς 8, παράγοντες: *Συμμετοχή στην Κοινότητα, Αισθήματα Ασφάλειας, Επαφές με Συγγενείς & Φίλους, Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής, Σχέσεις στην Εργασία, και Ανοχή στη Διαφορετικότητα*. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach) στο ελληνικό δείγμα ήταν .83 για το σύνολο της κλίμακας και μεταξύ .68 και .77 για τις υποκλίμακες.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Το ερωτηματολόγιο είναι επαρκές για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου στην Ελλάδα. Η στάθμιση, σε συνδυασμό με άλλα ευρήματα, αποτελεί ένδειξη ότι το κοινωνικό κεφάλαιο δεν έχει κοινά χαρακτηριστικά σε όλες τις χώρες.

**ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ SCQ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ:** Το νόημα των λέξεων που χρησιμοποιούνται στη ρητορική του κοινωνικού κεφαλαίου διαφοροποιείται μεταξύ των χωρών υπονομεύοντας την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Η γνωσιακή στάθμιση διερευνά το τι αντιπροσωπεύουν οι απαντήσεις του ελληνικού πληθυσμού επιτρέποντας τις συγκρίσεις μεταξύ της Ελλάδας και άλλων χωρών.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με 25 ενήλικα άτομα στην Αθήνα. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων αντλεί τον ευρύτερο θεωρητικό και μεθοδολογικό της προσανατολισμό από την 'ανάλυση του λόγου'.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Λέξεις όπως κοινότητα, κουλτούρα, πολιτισμικότητα κ.ά., χρησιμοποιήθηκαν σπάνια από τους συμμετέχοντες, χωρίς να υπάρχει κοινός ορισμός από αυτούς που τις χρησιμοποίησαν. Παράλληλα, αναγνωρίστηκαν πολλαπλές

ερωτήσεις σε μία μόνο ερώτηση (multiple questions within one) για τον παράγοντα *Ανοχή στη Διαφορετικότητα*.

*ΣΥΖΗΤΗΣΗ:* Η γνωσιακή στάθμιση των ερωτηματολογίων χρειάζεται, επιπλέον της ψυχομετρικής, προκειμένου να μπορούν να ερμηνευτούν αξιόπιστα τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών.

**ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ CASC: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η επάρκεια του CASC για χρήση στην Ελλάδα ελέγχθηκε μέσω Συσχετίσεων Πολλαπλών Κλιμακώσεων και άλλων στατιστικών δοκιμασιών, χρησιμοποιώντας τα στοιχεία που συλλέχθηκαν για τη συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την ικανοποίηση των ασθενών.

*ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:* Ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach ήταν πάνω από .85 για όλες τις υποκλίμακες και .97 για το σύνολο του ερωτηματολογίου. Οι υποκλίμακες για το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζουν ορισμένες διαφοροποιήσεις σε σχέση με την αρχική δομή.

*ΣΥΖΗΤΗΣΗ:* Η ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών στην Ελλάδα μπορεί να καταγραφεί αξιόπιστα από το CASC.

### **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:**

Ογδόντα τέσσερις ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη σε περίοδο 10 διαδοχικών εβδομάδων, σε μία παθολογική ογκολογική κλινική (νοσοκομείο Ευαγγελισμός): να είναι από 18 έως 79 ετών, να μην έχουν ψυχιατρικό ιστορικό, να μπορούν να επικοινωνήσουν (για παράδειγμα, να μην έχουν εκτενείς εγκεφαλικές μεταστάσεις), να μπορούν να καταλάβουν και να μιλήσουν ελληνικά, να έχουν μείνει στο νοσοκομείο τουλάχιστον για 2 βράδια.

Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ταυτόχρονα μέσω ατομικής συνέντευξης και τα 2 ερωτηματολόγια για λόγους αξιοπιστίας και εγκυρότητας των αποτελεσμάτων (τα ερωτηματολόγια συμπληρωνόταν από τους ίδιους τους ασθενείς και όχι από συγγενείς τους, διερευνούταν γιατί οι ασθενείς δεν απαντούν ορισμένες ερωτήσεις).

Η συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την ικανοποίηση των ασθενών ελέγχθηκε με μονοπαραγοντική (simple) και πολυπαραγοντική (multiple) γραμμική παλινδρόμηση (linear regression) μεταξύ παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου και 13 παραμέτρων ικανοποίησης.

*ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:* Ο 'γενικός βαθμός ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα' εμφανίζει τους υψηλότερους συντελεστές συσχέτισης  $r$  με το σύνολο του κοινωνικού κεφαλαίου

( $r = .570$ ,  $p < .001$ ) και με την *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής* ( $r = .532$ ,  $p < .001$ ). Η *Ανοχή στη Διαφορετικότητα* δεν σχετίζεται με καμία παράμετρο της ικανοποίησης ενώ οι παράγοντες *Συμμετοχή στην Κοινότητα* και *Αισθήματα Ασφάλειας* εμφανίζουν ασθενείς συντελεστές συσχέτισης με ορισμένες παραμέτρους της ικανοποίησης ( $r = .275 - .334$ ,  $p < .05$ ).

Η 'διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού', οι 'κοινωνικές δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού' και η 'ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό' δεν σχετίζονται με κανένα παράγοντα του κοινωνικού κεφαλαίου.

Στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις (συμπεριλήφθησαν οι δημογραφικές μεταβλητές φύλο, ηλικία, εκπαίδευση), οι πιο ισχυρές συσχετίσεις εμφανίζονται μεταξύ του συνόλου του κοινωνικού κεφαλαίου και των: 'γενικού βαθμού ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα' ( $r^2 = .513$ ,  $\beta = .10$ ,  $p < .001$ ), 'κοινωνικές δεξιότητες ιατρικού προσωπικού' ( $r^2 = .475$ ,  $\beta = .14$ ,  $p < .001$ ), 'συνολική ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό' ( $r^2 = .437$ ,  $\beta = .42$ ,  $p < .001$ ). Από τους παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου η *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής* είχε τη μεγαλύτερη επίδραση στην ικανοποίηση. Η *Συμμετοχή στην Κοινότητα* δεν επιδρά στην ικανοποίηση, ενώ οι παράγοντες *Ανοχή στη Διαφορετικότητα* και *Αισθήματα Ασφάλειας* έχουν επίδραση σε ορισμένες υποκλίμακες.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η ερευνητική υπόθεση της παρούσας διδακτορικής διατριβής, ότι το κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει και διαμορφώνει την ικανοποίηση των ασθενών, επιβεβαιώνεται. Όταν αυξάνονται οι δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο, αυξάνεται και ο βαθμός ικανοποίησης από ορισμένες διαστάσεις της νοσηλείας. Τα αποτελέσματα είναι σε συμφωνία με την τρέχουσα βιβλιογραφία για διαφορετική επίδραση των παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου σε δείκτες υγείας. Το κοινωνικό κεφάλαιο δημιουργεί την προδιάθεση, τόσο με όρους εμπιστοσύνης, αλληλεγγύης, συλλογικότητας αλλά και κοινωνικής επαφής, να καλυφθούν οι προσδοκίες των ασθενών από τη νοσηλεία τους. Αναδεικνύεται συνεπώς ο σημαντικός ρόλος που έχουν οι διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, καθώς και οι πεποιθήσεις για την ασφάλεια και τη διαφορετικότητα, στη διαμόρφωση της αξιολόγησης της εμπειρίας των ασθενών για τη νοσηλεία τους.

## **\_\_Summary**

**Background:** Social capital is a term used to reflect the belief that social context and social relations have important consequences on people's everyday life. It has many different conceptualizations but most authors agree that it refers to civic participation, density of social networks, information channels, shared values, trust, mutual support, and reciprocity among people. Its central idea is that social interactions and engagement in community activities are investments that promote individual and collective well-being. Social capital is important because it brings a new emphasis in understanding health outcomes and incorporates contextual perspectives in medical diagnoses and assessments.

Patient satisfaction has emerged as a powerful determinant and outcome of health care quality: satisfied patients have better compliance with their therapy, cooperation with the health staff, health outcomes and quality of life. Financial reasons intervene as well: in a competitive environment, satisfied patients tend both to re-use the same hospital/services and to recommend it to others. Patient satisfaction is influenced by major sociodemographic characteristics (sex, age, education, e.t.c.) but it has not been associated with social capital yet.

**Aim:** The main aim of the thesis is to examine the effect social capital may have on patient satisfaction ratings in oncology settings. Secondary objectives are to validate the Social Capital Questionnaire (SCQ) and the Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care (CASC) in Greece.

**Description of the questionnaires:** SCQ was developed in Australia by Onyx & Bullen (2000). It has 36 questions in eight factors to measure different social capital dimensions, including: *Participation in the Local Community, Social Agency or Proactivity in a Social Context, Feelings of Trust & Safety, Neighborhood Connections, Family & Friends Connections, Tolerance to Diversity, Value of Life, and Work Connections*. Higher scores on a 4-point Likert-type scale indicate more social capital.

CASC was developed by Brédart *et al.* (1998, 1999). It comprises 60 questions that evaluate both inpatient and outpatient dimensions of cancer care i.e. medical, nursing, and administrative. The rating of the responses is in a 5-point Likert scale. 1 represents the worst experience of care while a rating of 5 reveals excellent satisfaction.

**Translation Process:** For both scales, we followed the translation guidelines of the European Social Survey. The translation process was divided into four phases. First, three translators made independent parallel translations of the English version of the questionnaires. In the second stage, the translators and one reviewer agreed on a final version. Third, although it is not part of the ESS guidelines, a back-translation from Greek to English by an independent translator was also performed. In the fourth phase, using all the information from the first three phases and after thorough discussions with translators and reviewers, the doctoral student, acting as adjudicator, approved the final version of the two scales.

**Psychometric and cognitive validation of the Social Capital Questionnaire:** The validation of SCQ was conducted in two phases: First, cognitive validation interviews with 25 adults in Athens were performed by concurrent interviewing. They explored people's understandings in complex and multi-dimensional terms relevant to social capital such as multiculturalism, trust, community, active participation e.t.c. They also revealed issues of multiple questions within one for Greek people's attitudes towards the immigrants.

At the second stage, the psychometric properties of the Greek version of the Social Capital Questionnaire (SCQ-G) were evaluated in a sample of 521 adults drawn from three different urban areas in Greece (Athens, Korinthos, Iraklio-Crete).

Exploratory factor analysis followed by multi-trait scaling yielded six factors: *Participation in the Local Community, Feelings of Safety, Family/Friends Connections, Value of Life and Social Agency, Tolerance of Diversity, and Work Connections*. Variations in the factor solution suggest that social capital does not share the same structure in different countries. Cronbach's alpha for the entire SCQ-G was .83 and between .68 and .77 for the factors. The *Family and Friends Connections* factor did not perform well, with a Cronbach's alpha of .33.



Two limitations of the study must be recognized: The sample consisted only of people from urban settings and criterion validity, how two different scales that measure the same concept relate to each other, was not tested.

**Sample of oncology patients:** 84 cancer inpatients in a department of Medical oncology in Athens for a period of ten weeks met the inclusion criteria: they are 18–79 years old, they are communicative and mentally healthy (with no extensive brain metastases and no previous psychiatric history), able to understand and speak Greek, stay at least two nights in the hospital. Of them, 32 (38%) refused to participate leading to a 62% response rate. Interview-based administration was chosen in order to yield more reliable results in terms of time of assessment, response rate and data omission. Ethical approval was granted by the hospital's ethical committee.

**Validation of CASC:** Multitrait scaling analyses along with construct, item and scale discriminant validity and reliability tests were carried out to establish the Greek version of the CASC.

Scales on Doctors' technical skills, Care organisation and General Satisfaction came to support the European structure. Doctors' scales, in general, had the anticipated structures. Most of the variations were noticed in the Nurses' scales leading to a revised item-scale formation and may reflect dissimilar importance patients attribute to various aspects of nursing care in different countries. Chronbach's alpha was .97 for the entire scale and over .85 for all subscales in the Greek sample.

**Social capital and patient satisfaction:** In order to explore whether patient satisfaction is influenced by individual-level social capital, we performed correlational analyses, as well as simple and multiple linear regressions (including sex, age and education) among social capital factors and 13 dimensions of oncology care.

In multivariate analyses most of the dimensions of cancer care were related to and affected by total Social Capital score and the factor Value of Life and Social Agency with the exception of Doctors Availability.

Feelings of Safety and Tolerance to Diversity both affect some dimensions of patient satisfaction in oncology settings.

Community participation does not affect any dimension of cancer care in current analyses.

Although it is the first time that such a relational analysis is performed, our results agree with current literature in that social capital factors do not equally affect health outcomes. The main research question of the thesis is confirmed. Social capital and other cognitive sociological factors may affect patient satisfaction in oncology care. When social capital score rises, patient satisfaction is increasing. Social capital creates the necessary social conditions, in terms of trust, reciprocity and cohesion, to satisfy patients' expectations with their care.

A limitation is that the study design was cross-sectional and it does not permit final conclusions. Nevertheless, the direction of causality investigated here is certainly the most plausible.

**Conclusions:** Our findings support the view that SCQ is a practical, valid and reliable tool to measure individual-level social capital in Greece. They highlight the need to develop culturally and concept-specific measures of the term using techniques from both cognitive and psychometric paradigms. Social capital measurement tools should be validated in each cultural or national setting in which they are applied.

Greek version of CASC can be used to assess patient satisfaction in oncology settings. Cross-cultural validation of the existing tools is necessary to enable comparison between different countries and settings. Interview-based administration should be considered when validating patient satisfaction instruments.

The present study was conducted to investigate the extent to which cancer care is associated with and thus dependent on social preconditions derived from the social capital. Our results suggest that social capital and other cognitive sociological factors may affect, to some extent, patient satisfaction with cancer care.

## Κατάλογος με τους Πίνακες της Διατριβής

	<b>Σελίδα</b>	
<b>Πίνακας 1.</b>	Κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές του ελληνικού δείγματος για τη στάθμιση της Κλίμακας Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου (N=521)	57
<b>Πίνακας 2.</b>	Παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου και οι ερωτήσεις που τους προσδιορίζουν σε Ελλάδα, Αυστραλία και ΗΠΑ	72
<b>Πίνακας 3.</b>	Συντελεστές $\alpha$ του Cronbach και συσχετίσεις των παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου στο ελληνικό δείγμα	75
<b>Πίνακας 4.</b>	Συσχετίσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών με το κοινωνικό κεφάλαιο.	75
<b>Πίνακας 5.</b>	Ψυχομετρικές ιδιότητες του CASC σε Έλληνες ασθενείς και σύγκριση με τα ευρωπαϊκά δείγματα	82
<b>Πίνακας 6.</b>	Δομή του CASC στην Ελλάδα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες	83
<b>Πίνακας 7.</b>	Συσχετίσεις των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CASC στο ελληνικό δείγμα	84
<b>Πίνακας 8.</b>	Συσχετίσεις μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο και της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλεία τους	87
<b>Πίνακας 9.</b>	Μονοπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας	88
<b>Πίνακας 10.</b>	Συγκεντρωτικές πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας	90
<b>Πίνακας 11.</b>	Πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του παράγοντα Συμμετοχή στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας	114
<b>Πίνακας 12.</b>	Πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του παράγοντα Αισθήματα Ασφάλειας στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας	116
<b>Πίνακας 13.</b>	Πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του παράγοντα Ανοχή στη Διαφορετικότητα στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας	118
<b>Πίνακας 14.</b>	Πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του παράγοντα Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας	120
<b>Πίνακας 15.</b>	Πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας	122
<b>Σχήμα 1.</b>	Τροποποίηση της βαθμολόγησης των απαντήσεων στην ελληνική μετάφραση του SCQ-G	55

## **\_\_εισαγωγικό σημείωμα**

Σκοπός της διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση της επίδρασης του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου στην ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από τη νοσηλεία τους. Επιμέρους στόχοι είναι η στάθμιση της ‘Κλίμακας για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου’ (SCQ) και του ερωτηματολογίου για τη ‘Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία’ (CASC) στην Ελλάδα. Η διατριβή συμβάλλει στη βιβλιογραφία για την εξέταση της επίδρασης κοινωνικών παραγόντων σε δείκτες υγείας.

Το Κεφάλαιο 1 εισάγει την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου και τις βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις του. Επικεντρώνεται στην ανασκόπηση της σχέσης του με την υγεία, αναφέροντας ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους για την εκτίμησή του.

Το Κεφάλαιο 2 εστιάζει στην ικανοποίηση των ασθενών. Διαπραγματεύεται το φαινόμενο της θετικής μεροληψίας κατά την αξιολόγηση του συστήματος υγείας από πλευράς χρηστών – ασθενών. Διερευνά λεπτομερώς τους ποικίλους παράγοντες που διαμορφώνουν και καθορίζουν την ικανοποίηση, ενώ υπογραμμίζει την έλλειψη μελετών που τεκμηριώνουν την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην ικανοποίηση των ασθενών.

Το Κεφάλαιο 3 αναφέρει την ερευνητική υπόθεση και τους σκοπούς της διατριβής.

Το Κεφάλαιο 4 σκιαγραφεί τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη διατριβή, καθώς και τη διαδικασία μετάφρασής τους. Στη συνέχεια, περιγράφει τη μεθοδολογία για την ψυχομετρική και γνωσιακή στάθμιση της ‘Κλίμακας για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου’ (SCQ) και του ερωτηματολογίου για τη ‘Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία’ (CASC) στην Ελλάδα. Καταλήγει αναφέροντας τη μεθοδολογία για τη μελέτη της αλληλεπίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου και της ικανοποίησης των ασθενών.

Το Κεφάλαιο 5 αναφέρει τα αποτελέσματα των 4 ενοτήτων της διατριβής.

Το Κεφάλαιο 6 ασχολείται με τη συζήτηση των αποτελεσμάτων.

Το Κεφάλαιο 7 περιλαμβάνει τα συμπεράσματα της διατριβής.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

#### **1.1. Εισαγωγή**

Η νέα μεθοδολογική τάση που προωθείται τα τελευταία χρόνια για την ερμηνεία και την αιτιολόγηση υγειονομικών αποτελεσμάτων και μεταβλητών βασίζεται στη συνεκτίμηση τόσο ατομικών χαρακτηριστικών όσο και κοινωνικών παραγόντων. Σε αυτό το πλαίσιο, το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί μια ελκυστική σύλληψη, καθώς συμπυκνώνει πλήθος από τους οικολογικούς παράγοντες (κοινωνική συνοχή, εμπιστοσύνη, συμμετοχή, ανταποδοτικότητα, αλληλεγγύη) που μπορούν να διαμορφώνουν και να τροποποιούν δείκτες υγειονομικής, οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης (Γκιωνάκης και συν. 2005).

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα επιχειρήσουμε να συνθέσουμε μια σαφή εικόνα για το τι είναι το κοινωνικό κεφάλαιο και να ερμηνεύσουμε το γιατί έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον της ακαδημαϊκής κοινότητας. Για αυτόν το λόγο, θα γίνει μια σύντομη εισαγωγική αναφορά στην ιστορία του όρου, στις δημοσιεύσεις που αναφέρθηκε για πρώτη φορά, καθώς και σε εκείνες στις οποίες συναντάται η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου, ανεξάρτητα από το ότι δεν υπάρχει ο συγκεκριμένος όρος για να τη στηρίξει. Στη συνέχεια, θα αναλυθούν οι διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις του όρου και η κριτική που τις συνοδεύει. Θα ακολουθήσει ενδεικτική ανασκόπηση της συμβολής του κοινωνικού κεφαλαίου στις επιστήμες υγείας, καθώς και των διάφορων μεθόδων ποιοτικής και ποσοτικής εκτίμησής του.

#### **1.2. Η έννοια και ο όρος**

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις στις κοινωνικές επιστήμες που αναφέρεται μία έννοια, χωρίς να υπάρχει ο αντίστοιχος όρος να την περιγράψει, και το

αντίστροφο: να υπάρχει κάποιος όρος, χωρίς όμως να μπορεί να συστήσει μια ενιαία εννοιολογική οντότητα. Ο όρος 'κοινωνικό κεφάλαιο' έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια να προσελκύει το ενδιαφέρον των ερευνητών σε διάφορα επιστημονικά πεδία με βάση την απλή, αλλά όχι απλοϊκή, ιδέα ότι οι σχέσεις και οι συσχετίσεις μεταξύ των ατόμων έχουν ιδιαίτερη σημασία και μπορούν να επηρεάσουν θετικά τόσο τις οικονομικές, όσο και τις διαπροσωπικές εκφράσεις της ανθρώπινης συνύπαρξης και της υγείας.

Οι περισσότεροι ερευνητές τείνουν να συμφωνήσουν σήμερα ότι ο Alexis de Tocqueville, όταν σχολίαζε το 1832 ότι η Δημοκρατία των ΗΠΑ στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στις οργανώσεις και στις ομάδες που συστήνονται χωρίς κάποια έξωθεν θεσμική υποχρέωση από τους πολίτες, έθετε, εν αγνοία του, τις βάσεις για αυτό που σήμερα ονομάζεται 'κοινωνικό κεφάλαιο' (Whiteley 1999). Ο Farr (2004) τεκμηριώνει ότι ο όρος κοινωνικό κεφάλαιο πρωτοχρησιμοποιείται στις αρχές του προηγούμενου αιώνα στην Αμερική από δύο διαφορετικούς ερευνητές, τον παιδαγωγό και φιλόσοφο Dewey (το 1900, 1909, 1915) και την επίσης παιδαγωγό Hanifan (το 1916). Ο Dewey, έχοντας ως αρχή ότι 'κοινωνική οργάνωση σημαίνει το να συνδέεσαι με άλλους', στόχευε στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, μέσα από μια διαδικασία εποικοδομητικής κριτικής. Αναφορές και δράσεις ανάλογες με αυτές του Dewey μπορούν να βρεθούν στις εργασίες της Hanifan (Farr 2004). Αφορούσαν πρωτοβουλίες που είχε πάρει, ενώ ήταν επικεφαλής των Δημόσιων Σχολείων στην πολιτεία της Δυτικής Βιρτζίνια, προκειμένου να αναπτύξει αυτό που φαινόταν κατεστραμμένο και υπεύθυνο για διάφορα αρνητικά προβλήματα στις αγροτικές περιοχές της Αμερικής: το σαθρό κοινωνικό ιστό.

Τη δεκαετία του '30, ο Gramsci εισάγει την έννοια της 'κοινωνίας των πολιτών' (società civile), με την οποία ορίζει τις κοινωνικές σχέσεις και τη διακρίνει από την 'πολιτική κοινωνία' (società politica), δηλαδή το κράτος, τους θεσμούς του και το νομικό καθεστώς (Gramsci 1973).

Ειδική μνεία, λόγω υγειονομικού ενδιαφέροντος, θα πρέπει να γίνει στον Durkheim. Στο βιβλίο του 'Η Αυτοκτονία' (1902) διερεύνησε κοινωνιολογικά το φαινόμενο των αυτοκτονιών και κατέδειξε πως ορισμένα κοινωνικά δίκτυα (για παράδειγμα, οι ομάδες των καθολικών) ασκούν αποτρεπτική δράση στα άτομα για

αυτοκτονίες εγωιστικού τύπου και πώς η αυτοκτονία, ενώ είναι ατομικό χαρακτηριστικό, επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες.

Τις επόμενες δεκαετίες, ο όρος δεν εντοπίζεται στην τρέχουσα επιστημονική φρασεολογία. Χρησιμοποιήθηκε μόνο μια φορά, τη δεκαετία του '60, από την οικονομολόγο Jacobs (Jacobs 1961). Από τα μέσα της δεκαετίας του '70 ο όρος αρχίζει να χρησιμοποιείται πιο συχνά, αλλά με κάποια ασάφεια. Μόνο μετά τη συνεισφορά των εργασιών των Loury (1977), Bourdieu (1997), Coleman (1988, 1990), και Putnam (1993, 2000), ο όρος ταυτίζεται με την έννοια που του αποδίδεται σήμερα.

### **1.3. Ορισμός και όψεις**

Όπως συμβαίνει και με πολλές άλλες έννοιες στις κοινωνικές επιστήμες, το να οριστεί με σαφήνεια η έννοια του 'κοινωνικού κεφαλαίου' είναι μάλλον προβληματικό. Αυτό συμβαίνει γιατί ο όρος περιλαμβάνει πολλές και διαφορετικές συνιστώσες οι οποίες μερικές φορές είναι αντικρουόμενες μεταξύ τους (Κονιόρδος 2006, Pawar 2006, Price 2002, Durlauf 2002, Whitehead & Diderichsen 2001, Lochner και συν. 1999, Portes 1998, Muntaner & Lynch 1998). Ο Loury (1977) ήταν από τους πρώτους που εισήγαγε τον όρο στη σύγχρονη ακαδημαϊκή ατζέντα. Από έρευνες του στην Αμερική στα μέσα της δεκαετίας του '70, κατέληξε ότι οι Αφρο-αμερικανοί πολίτες είχαν μεγαλύτερη δυσκολία πρόσβασης, μεταξύ άλλων, στην εκπαίδευση και στην αγορά εργασίας σε σχέση με τους λευκούς συμπολίτες τους, με τα ίδια τυπικά προσόντα. Απέδωσε τη διαφορά αυτή στο γεγονός ότι οι Αφρο-αμερικανοί είχαν μικρότερη πρόσβαση στην ενημέρωση για τα τεκταινόμενα και τις διαθέσιμες ευκαιρίες, δεν συμμετείχαν σε κοινωνικά δίκτυα και δεν έχαιραν εμπιστοσύνης από τους λευκούς. Ο Loury (1977) χρησιμοποίησε, συνεπώς, τον όρο 'κοινωνικό κεφάλαιο' για να περιγράψει την έλλειψη όχι ατομικών, αλλά κοινωνικών προσόντων. Πιο συγκεκριμένα, το όρισε ως το σύνολο των χαρακτηριστικών που έχουν οι ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις και οι κοινωνικές συναναστροφές και που βοηθούν τελικά στην ανάπτυξη του ατόμου.

### 1.3.1. Κοινοτικό κοινωνικό κεφάλαιο

Ένας από τους κύριους θεωρητικούς του κοινωνικού κεφαλαίου είναι ο αμερικανός πολιτικός επιστήμονας Robert Putnam (1993). Ο Putnam χρησιμοποίησε τον όρο για να περιγράψει και να ερμηνεύσει τη διαφορετική αποτελεσματικότητα των τοπικών κυβερνήσεων στην Ιταλία. Όρισε το κοινωνικό κεφάλαιο ως το σύνολο των εξής χαρακτηριστικών (όπως αναφέρονται από τις Campbell και συν. 1999):

- Ύπαρξη δικτύων στην κοινότητα (Community networks): επαφή των ατόμων μιας κοινότητας μέσα από συλλόγους, ομάδες, οργανώσεις και άλλα τοπικά κοινοτικά δίκτυα.
- Συμμετοχή των πολιτών στα κοινά (Civic engagement): η συμμετοχή σε διαδικασίες κοινοτικού-τοπικού ενδιαφέροντος και η χρήση των τοπικών κοινοτικών δικτύων.
- Ύπαρξη ισχυρής τοπικής ταυτότητας (Civic identity): η αίσθηση του ανήκειν σε μια κοινότητα ή συγκεκριμένη ομάδα ατόμων η οποία μοιράζεται κοινές αξίες. Αφορά στη συμμετοχή, την ενσωμάτωση, την αλληλεπίδραση και την αλληλοδιαμόρφωση του ατόμου μέσα στα πλαίσια μιας ευρύτερης ομάδας.
- Ανταποδοτικότητα: η αμοιβαία βοήθεια μεταξύ των ατόμων μιας ομάδας ή κοινότητας.
- Εμπιστοσύνη, σε αντιδιαστολή με το φόβο.

Η ύπαρξη των συγκεκριμένων συνθηκών στον πληθυσμό (συμμετοχή, αλληλεπίδραση, αλληλοδιαμόρφωση, αμοιβαία βοήθεια, ενσωμάτωση) θεωρείται ότι προάγει τη συλλογική αποτελεσματικότητα. Αναφέρεται στην εκτίμηση ότι τα μέλη μιας ομάδας, ως σύνολο, διαθέτουν την ικανότητα να ανταπεξέρχονται στις απαιτήσεις μιας δεδομένης κατάστασης, χρησιμοποιώντας τους διαθέσιμους πόρους καλύτερα από ό,τι κάθε άτομο ξεχωριστά.

Ο Putnam (2000), στη συνέχεια, μετέφερε την πολιτική του ανάλυση στην Αμερική γράφοντας το βιβλίο *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. Σε αυτό υποστηρίζει ότι πολλά από τα αρνητικά της σημερινής αμερικάνικης πραγματικότητας – και πιθανότατα του επονομαζόμενου δυτικού κόσμου – μπορούν να αποδοθούν στη ‘διάβρωση’ του κοινωνικού ιστού. Η



‘διάβρωση’ γίνεται αντιληπτή, κατά την άποψή του, όταν συγκριθούν χαρακτηριστικά διαφορετικών γενεών: αναφέρει ότι όσοι γεννήθηκαν στη δεκαετία του ’20 στην Αμερική έχουν διπλάσιο ποσοστό συμμετοχής στις εκλογές και σε συλλόγους και τριπλάσιο ποσοστό ανάγνωσης εφημερίδας σε σχέση με αυτούς που γεννήθηκαν τη δεκαετία του ’60. Ως ‘ένοχους’ για αυτήν την πτώση θεωρεί την εντός του σπιτιού διασκέδαση, κυρίως την τηλεόραση, σε συνδυασμό με την αποσπασματικότητα των σχέσεων, λόγω της έλλειψης χρόνου και χρήματος, και λόγω των μεγάλων αποστάσεων στις σύγχρονες μεγαλουπόλεις.

Από τον παραπάνω ορισμό μπορεί να γίνει κατανοητό ότι το κοινωνικό κεφάλαιο, στη θεωρητική σύλληψη του Putnam, είναι ένα συλλογικό χαρακτηριστικό, που έχουν οι κοινωνίες και όχι τα άτομα. Όπως τονίζουν, άλλωστε, και οι Lochner και συν. (1999, σ. 260), το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ‘δομικό χαρακτηριστικό της κοινωνίας και όχι των ατόμων μέσα στην εκάστοτε κοινωνική δομή’. Με αυτήν την προσέγγιση, το κοινωνικό κεφάλαιο δεν μπορεί και δεν πρέπει να μετράται σε ατομικό επίπεδο, αλλά σε συλλογικό, όπως π.χ. ποσοστό ψηφοφόρων, αναλογία πληθυσμού που διαβάζει εφημερίδα, αναλογία πληθυσμού που μετέχει σε ομάδες, συλλόγους, οργανώσεις κ.λπ. Τονίζεται, μάλιστα, ότι η άθροιση των ατομικών συμπεριφορών και η εξαγωγή του μέσου όρου σε μία κοινότητα δεν είναι επιστημολογικά αποδεκτή (Blaxter & Polland 2002, Blaxter 2004), γιατί αυτός ο μέσος όρος δεν αντικατοπτρίζει πραγματικά επιστημονικά δεδομένα, ούτε περιγράφει τον πληθυσμό της κοινότητας.

Οι ιδέες του Putnam, παρά την επιρροή που έχουν ασκήσει στους επιστήμονες, έχουν δεχτεί έντονη κριτική για πλήθος πραγμάτων που άπτονται τόσο στη θεωρητική σαφήνεια, όσο και στην πρακτική εφαρμογή της θεωρίας του. Μια πιθανή αιτιολόγηση, για παράδειγμα, για τη μειωμένη συμμετοχή σε ομάδες προτάθηκε από τον Price (2002). Ο Price υποστηρίζει ότι οι διακυμάνσεις στη συμμετοχή οφείλονται σε εξωγενείς αιτίες (έλλειψη χρόνου, δυσκολία μετακίνησης) και όχι σε ουσιαστικές αλλαγές στη νοοτροπία των ατόμων για την αξία της συμμετοχής. Επίσης, η συμμετοχή, αυτή καθ’ εαυτή, μετασχηματίζεται. Έτσι, στη θέση της εκκλησιαστικής παρακολούθησης, που συνεχώς υποβαθμίζεται,

αναδύονται συμμετοχικές πρωτοβουλίες σε άλλους οργανισμούς, όπως σε περιβαλλοντικές οργανώσεις, σε κινήματα για το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κ.ο.κ.

Επιπροσθέτως, το κοινωνικό κεφάλαιο, στη θεωρητική σύλληψη του Putnam, ενώ καταγράφει ποσοτικά χαρακτηριστικά, όπως το βαθμό συμμετοχής, αδυνατεί να προσδιορίσει ποιοτικά χαρακτηριστικά. Συνεπώς, ένα ομοιόμορφο ποσοτικά αποτέλεσμα μπορεί να αντιστοιχεί σε ποικιλία κοινωνικών μοντέλων και συσχετισμών. Η Cattel (2001) ερευνώντας υποβαθμισμένες περιοχές του Λονδίνου ταυτοποίησε τουλάχιστον έξι διαφορετικές τυπολογίες κοινωνικών δικτύων (το ομοιογενές, το ανταποδοτικό, το παραδοσιακό κ.ά.), τα οποία διαφέρουν σε δομές, λειτουργίες και διαπροσωπικά χαρακτηριστικά όπως αυτά ορίστηκαν από τον Israel (1985). Επιπλέον, η ίδια ερευνήτρια κατέληξε ότι, σε αντίθεση με τη θεωρία του Putnam, η συμμετοχή σε ομάδες δεν ήταν η κύρια πηγή κοινωνικού κεφαλαίου για τον πληθυσμό. Με αυτό συμφωνούν και οι Onyx & Bullen (2000), οι οποίοι αναφέρουν ότι οι άνθρωποι κάνουν τις κοινωνικές συναναστροφές τους σε συγκεκριμένα πλαίσια, και όχι σε όλα. Συνεπώς, διαφορετικά άτομα κοινωνικοποιούνται με διαφορετικό τρόπο. Τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού κεφαλαίου, όπως αποδόθηκαν από τον Putnam, είναι αρκετά δεσμευτικά και ανελαστικά γιατί αγνοούν άλλες πιθανές μορφές κοινωνικής οργάνωσης ή άλλες όψεις του κοινωνικού κεφαλαίου, όπως το να ασχολούνται οι γονείς με το διάβασμα των παιδιών (High και συν. 1999) ή το να μαζεύει κάποιος σκουπιδάκια άλλων σε δημόσιους χώρους (Onyx & Bullen 2000).

### **1.3.2. Ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο**

Σε αντιδιαστολή, ή σε συμπλήρωση της θεωρητικής διατύπωσης του Putnam, βρίσκεται ο Coleman (1988, 1990), ο άλλος κύριος σύγχρονος θεωρητικός του κοινωνικού κεφαλαίου. Στην αντίληψή του, το κοινωνικό κεφάλαιο δεν είναι συλλογικό, αλλά κυρίως ατομικό χαρακτηριστικό, που χρησιμοποιείται από τα άτομα προς όφελός τους και όχι απαραίτητα προς όφελος των ευρύτερων συνόλων στα οποία ανήκουν. Ο Coleman (1988) στηρίζει τα συμπεράσματά του σε έρευνα που έκανε στο Σικάγο, ΗΠΑ: τα παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν μεγαλύτερο

κοινωνικό κεφάλαιο, είχαν καλύτερες επιδόσεις στο σχολείο και καλύτερες προοπτικές σε ατομικό επίπεδο. Ο Coleman αναγνωρίζει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο δεν είναι απαραίτητα χαρακτηριστικό των ατόμων, κι αυτό το διαφοροποιεί από το οικονομικό κεφάλαιο, αλλά χαρακτηριστικό της μεταξύ τους σχέσης, της δομής την οποία δημιουργούν και στην οποία συνυπάρχουν.

Σε αυτό το μοντέλο αντίληψης, το κοινωνικό κεφάλαιο μετρείται σε ατομικό επίπεδο και επιτρέπεται η συνάθροιση συμπεριφορών και η εξαγωγή μέσου όρου. Σε αυτό συνηγορεί και η Hargham (2008), η οποία σε αντίθεση με την Blaxter (2004) που αναφέρθηκε πρωτύτερα, προασπίζεται την άποψη ότι η άθροιση και η εξαγωγή μέσου όρου στις ατομικές συμπεριφορές μιας κοινωνικής ομάδας σαφώς και μπορεί να δώσει αξιόπιστα και εύχρηστα επιστημονικά δεδομένα. Η σύγκριση μεταξύ των δύο ερευνητριών που έχουν σημαντική συνεισφορά στην ανάπτυξη της έννοιας του κοινωνικού κεφαλαίου πιστοποιεί την ιδεολογική και επιστημολογική ασάφεια γύρω από σημαντικά θέματα της θεωρητικής διάστασης και άρα της μέτρησης και της πρακτικής εφαρμογής του.

### **1.3.3. Συνιστώσες του κοινωνικού κεφαλαίου**

Ο Coleman (1988) αναφέρει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αναπτύσσεται πιο εύκολα σε κοινότητες που έχουν περιβαλλοντική και κοινωνική απομόνωση από άλλες κοινότητες. Αυτό αιτιολογείται εύκολα επειδή τα άτομα γνωρίζονται καλύτερα, συμμετέχουν στις ίδιες δομές και στους ίδιους κοινωνικούς μηχανισμούς, ενώ παράλληλα δημιουργούν τις σχέσεις τους με βάση κοινά κοινωνικά, πολιτισμικά και ηθικά χαρακτηριστικά. Δημιουργούν, συνεπώς, το αίσθημα της τοπικής ταυτότητας. Όμως, αυτές οι κοινότητες δεν παρουσιάζουν καμία ανεκτικότητα σε οτιδήποτε είναι άγνωστο προς αυτές ή αμφισβητεί τις τρέχουσες ιδέες και την ηθική τους, χαρακτηριστικό χαμηλού κοινωνικού κεφαλαίου (Putnam 1995, Cox 1995).

Απάντηση σε αυτήν την αντίφαση έδωσε ο Woolcock (1998), ο οποίος έκανε τη διάκριση μεταξύ εσω-κοινοτικών (intra-community) και δια-κοινοτικών (inter-community) δεσμών, κάτι που οδήγησε σε επιπλέον διαχωρισμό, μεταξύ

Δεσμευτικού (ή Διαχωριστικού, *bonding*), Συνδετικού (*bridging*) και Ενωτικού (*linking*) κοινωνικού κεφαλαίου (Putnam 2000)<sup>1</sup>. Το δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στους στενούς δεσμούς (π.χ. οικογενειακούς) ανάμεσα σε ανθρώπους που βρίσκονται σε παρόμοιες δομές και είναι προσανατολισμένο προς το εσωτερικό μιας κοινωνικής ομάδας. Το συνδετικό κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζει ανθρώπους που βρίσκονται σε μεγαλύτερη απόσταση, που βιώνουν ανόμοιες συνθήκες ή ανήκουν σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες και έχει συλλογικό και περιεκτικό προσανατολισμό (Svendsen 2006). Αναπτύσσεται μεταξύ συναδέλφων στον εργασιακό χώρο, μεταξύ ατόμων που κοινωνικοποιούνται σε ομάδες με ανομοιογενή χαρακτηριστικά κ.λπ. Το ενωτικό κοινωνικό κεφάλαιο αφορά σχέσεις μεταξύ ομάδων ή ατόμων, κυρίως διαφορετικών μεταξύ τους, και στις οποίες υπάρχει κάποια ιεραρχική δομή ή υποβόσκουσα σχέση εξουσίας. Ο Varshney (2002) αναφέρει ένα ενδιαφέρον παράδειγμα της παραπάνω διάκρισης: στις πόλεις της Ινδίας στις οποίες υπάρχουν μικτές ομάδες και σύλλογοι που απαρτίζονται τόσο από Ινδουιστές όσο και από Μουσουλμάνους, δεν παρατηρούνται συγκρούσεις μεταξύ των δύο ομάδων, ούτε τώρα, ούτε κατά το παρελθόν (συνδετικό/ενωτικό κοινωνικό κεφάλαιο). Αντίθετα στις πόλεις που λόγω πολιτισμικών και ιστορικών συνθηκών οι ομάδες είναι μονοθεϊστικές (διαχωριστικό/δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο) παρατηρούνται εμφύλιες συρράξεις.

Ενσωματώνοντας σε ενιαίο μοντέλο τις δυνάμεις που ασκούνται μεταξύ διαφόρων ομάδων, οι Colletta και Cullen (2000) μιλούν αφενός για οριζόντιο κοινωνικό κεφάλαιο, που αφορά στους δεσμούς και τις δομές ανάμεσα σε ισότιμες ομάδες, και αφετέρου για κάθετο κοινωνικό κεφάλαιο που αφορά σε σχέσεις με ιεραρχική δομή. Εμπλέκουν έτσι δομές και φορείς εξουσίας σε μακρο-επίπεδο και ολοκληρώνουν με αυτόν τον τρόπο τις σχετικά μονοδιάστατες προηγούμενες θεωρήσεις, καθώς λαμβάνουν υπόψη και το ευρύτερο κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον.

---

<sup>1</sup> Οι Kawachi και συν. (2008) προτείνουν τη διάκριση μεταξύ Δεσμευτικού και Συνδετικού κοινωνικού κεφαλαίου αντιμετωπίζοντας το Ενωτικό ως υποκατηγορία του Συνδετικού.

Επεκτείνοντας τα παραπάνω συμπεράσματα, μπορεί να γίνει ένας γόνιμος διαχωρισμός μεταξύ δομικού (structural) και γνωστικού (ή γνωσιακού) (cognitive) κοινωνικού κεφαλαίου (Harpm 2008, De Silva και συν. 2006, Uphoff 2000). Η δομική συνιστώσα του κοινωνικού κεφαλαίου αναφέρεται σε ότι *κάνουν* οι άνθρωποι, ενώ η γνωστική σε αυτά που *πιστεύουν* και *αισθάνονται*. Η πρώτη αφορά στα δίκτυα, στις σχέσεις και στις δομές και έχει ποσοτικό προσανατολισμό, ενώ η δεύτερη συνίσταται στις αξίες, στις νόρμες, στην εμπιστοσύνη και χαρακτηρίζεται από ποιοτικές μεταβλητές. Η συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην ερμηνεία υγειονομικών αποτελεσμάτων.

#### **1.3.4. Κριτική της θεωρίας του κοινωνικού κεφαλαίου**

Μια ουσιαστική κριτική της θεωρίας του κοινωνικού κεφαλαίου, τόσο στην εννοιολόγηση του Putnam, όσο και του Coleman, αποτελεί η ανυπαρξία αρνητικών χαρακτηριστικών από τη ρητορική που το συνοδεύει. Τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού κεφαλαίου που θεωρήθηκαν, αρχικά, από τους περισσότερους θετικά, από τη μία μετατόπισαν το έως τότε ενδιαφέρον των επιστημών για τις κοινωνικές ανισότητες και τη διαμόρφωση των υγειονομικών ανισοτήτων (Takahashi & Magalong 2008, Navarro 2002), ενώ παράλληλα κρίθηκαν υπεύθυνα για πλήθος αναξιοκρατικών και περιοριστικών τακτικών (Portes 1998, Portes & Landolt 1996, Putzel 1997): σ' αυτά τα χαρακτηριστικά αποδίδεται ο εθνοκεντρισμός (συνεργασία αποκλειστικά στα πλαίσια μιας εθνικής ομάδας και αποκλεισμός όλων των υπολοίπων) και, γενικά, ο αποκλεισμός ατόμων που δεν εξυπηρετούν τα συμφέροντα ενός λόμπι, ο περιορισμός των ατομικών ελευθεριών και της έκφρασης στα πλαίσια νόμιμων ή παράνομων οργανισμών (όπως η μαφία), η ασύμμετρη πληροφόρηση προς όφελος των μελών μιας συγκεκριμένης ομάδας, η επιβολή με τρόπο μονομερή και αδιαπραγμάτευτο συγκεκριμένου ηθικού κώδικα στα άτομα κ.ά. Ο Bourdieu (1994) επιχειρηματολογεί επιπλέον ότι το κοινωνικό κεφάλαιο, και οι επαφές που απορρέουν από αυτό, είναι ο κύριος τρόπος με τον οποίο διατηρεί την εξουσία της η άρχουσα τάξη, συντηρώντας τις κοινωνικές ανισότητες. Ως αποτέλεσμα των ανωτέρω διαπιστώσεων, σήμερα αναγνωρίζεται καθολικά ότι το

κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να μην έχει απαραίτητα θετική, αλλά και επιβλαβή επίδραση στην κοινωνικοποίηση και στην υγεία, με την ολιστική έννοια, των ατόμων και των πληθυσμών (Kawachi και συν. 2008).

Στη συνέχεια, θα ακολουθήσει συζήτηση σχετικά με τη θεωρητική ετερότητα της φύσης του κοινωνικού κεφαλαίου, εστιάζοντας την προσοχή μας στο πώς διαμορφώνεται η επίδρασή του σε υγειονομικούς δείκτες και στην ποιότητα ζωής.

#### **1.4. Κοινωνικό κεφάλαιο & Υγεία**

Μετά τη δημοσίευση του βιβλίου του Putnam 'Make democracy work' (1993), άρχισε να δημιουργείται το ενδιαφέρον για την πιθανή επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία. Η πρώτη δημοσίευση έγινε από τους Kawachi και συν. (1997), η οποία συσχέτιζε το κοινωνικό κεφάλαιο με την οικονομική ανισότητα και την θνησιμότητα. Οι Kawachi και συν. (1997) μέτρησαν το κοινωνικό κεφάλαιο με βάση δύο προϋπάρχουσες παραμέτρους: η πρώτη ήταν το επίπεδο συμμετοχής σε οργανώσεις και ομάδες και η δεύτερη αφορούσε το βαθμό εμπιστοσύνης μεταξύ του πληθυσμού. Για την πρώτη μεταβλητή υπολόγισαν τον κατά κεφαλή αριθμό των οργανώσεων στις οποίες ανήκαν οι κάτοικοι μιας περιοχής. Για τη δεύτερη, χρησιμοποίησαν τις εξής δύο ερωτήσεις:

- (1) Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι θα προσπαθούσαν να σας εκμεταλλευτούν, αν είχαν την ευκαιρία ή θα προσπαθούσαν να σας φερθούν τίμια;
- (2) Γενικά μιλώντας, θα λέγατε ότι μπορείτε να εμπιστευθείτε τους περισσότερους ανθρώπους ή ότι πρέπει να είστε προσεχτικοί, όταν συναλλάσσετε μαζί τους;

Η πρώτη ερώτηση αναφέρεται στην υποκειμενική αντίληψη τιμιότητας και η δεύτερη στην έλλειψη εμπιστοσύνης. Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν 39 πολιτείες των ΗΠΑ και έγινε στάθμιση για πιθανή μεροληψία στη δειγματοληψία. Ως βασικό συμπέρασμα της έρευνας οι Kawachi και συν. (1997, σ. 1495) αναφέρουν ότι 'η επίδραση της οικονομικής ανισότητας στη θνησιμότητα μετριάζεται από το κοινωνικό κεφάλαιο'.

Ένα επιπλέον παράδειγμα έρχεται από την εργασία του Νομπελίστα κοινωνικού οικονομολόγου Amartya Sen (1999): Οι Αφρο-αμερικανοί στις ΗΠΑ έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με ομάδες από άλλες χώρες με σημαντικά χαμηλότερους οικονομικούς δείκτες ανάπτυξης, όπως η επαρχία της Κεράλα στην Ινδία, η Τζαμάικα, ή η Σρι Λάνκα. Παρ' ότι το κατά κεφαλήν εισόδημα των Αφρο-αμερικανών είναι πολύ χαμηλότερο σε σχέση με αυτό των λευκών συμπατριωτών τους, είναι κατά πολύ υψηλότερο σε σχέση με αυτό των προαναφερθέντων χωρών, μετά από διόρθωση για το κόστος διαβίωσης. Οι λόγοι για αυτό το παράδοξο αποτέλεσμα εντοπίζονται στις κοινωνικές δομές και στις σχέσεις που αναπτύσσονται στην κοινότητα. (Sen 1999, σ. 620).

Σε μια άλλη έρευνα οι Kawachi και συν. (1999), κατέληξαν στο ότι τα άτομα που ζουν σε περιοχές με χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο είναι πιθανότερο να δηλώσουν χαμηλή αυτοεκτίμηση της υγείας, μετά από στάθμιση για ατομικούς παράγοντες κινδύνου όπως χαμηλό εισόδημα, χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, έλλειψη προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας, κάπνισμα, παχυσαρκία. Ο Wilkinson (1996, σ. 4) δήλωσε ότι στις κοινωνίες που υπάρχει περισσότερο κοινωνικό κεφάλαιο καταγράφονται μικρότερες ανισότητες στην υγεία και οι Lindstrom και συν. (2001) απέδειξαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μειώνει τον επιπολασμό συμπεριφορών υψηλού υγειονομικού κινδύνου. Επίσης, το ποσοστό εγκληματικότητας είναι αντιστρόφως ανάλογο του κοινωνικού κεφαλαίου (Wilkinson και συν. 1998). Παράλληλα, το κοινωνικό κεφάλαιο καθορίζει ισχυρότερα την υγιή ανάπτυξη των παιδιών σε σχέση με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες για την οικογένεια σε μια κοινότητα (Jack & Jordan 1999), ιδίως όταν πρόκειται για παιδιά σε ομάδες υψηλού υγειονομικού κινδύνου (Runyan και συν. 1998).

Μετά τις πρώτες αυτές μελέτες, το κοινωνικό κεφάλαιο έχει σχετιστεί με θετική επίδραση σε πληθώρα υγειονομικών παραμέτρων, όπως στη διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών (Poortinga 2006β), στην καλύτερη ποιότητα ζωής σε υποβαθμισμένες συνοικίες (Drukker & van Os 2003) και κατά την τρίτη ηλικία (Nilsson και συν. 2006, Bowling & Gabriel 2004), στη μεγαλύτερη ικανοποίηση από

τη ζωή (Helliwell & Putnam 2004), καθώς και με καλύτερα αποτελέσματα σε κλίμακες αυτο-εκτίμησης της σωματικής (Sirven 2006, Subramanian και συν. 2001) και της ψυχικής υγείας (Lindstrom 2008), και χαμηλότερα ποσοστά: θνησιμότητας (Folland 2007, Skrabski και συν. 2004, Lochner και συν. 2003, Veenstra 2002), καρδιαγγειακών παθήσεων (Sundquist και συν. 2006), χρήσης και κατάχρησης οιοπνευματωδών ποτών (Weitzman & Chen 2005), γεννήσεων στην εφηβική ηλικία (Crosby & Holtgrave 2006, Denner και συν. 2001), και φυματίωσης (Holtgrave & Crosby 2004). Οι Oksanen και συν. (2008) μετά από ανάλυση δεδομένων σε διάρκεια μιας 5ετίας σημειώνουν ότι η μεταβολή του κοινωνικού κεφαλαίου στον εργασιακό χώρο συμπαρασύρει ανάλογα την αυτο-εκτίμηση της υγείας των εργαζομένων.

Η σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου έχει αρχίσει να τεκμηριώνεται και στη νοσηλευτική, τόσο στην πρωτοβάθμια (Lauder και συν. 2006, Ray & Street 2005, Kritsotakis & Gamarnikow 2004), όσο και στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (Looman & Lindeke 2005). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Looman (2006), είναι απαραίτητο πλέον να συνυπολογίζουμε και να χρησιμοποιούμε οικολογικές μεταβλητές στις νοσηλευτικές αξιολογήσεις και παρεμβάσεις μας.

Βεβαίως, υπάρχουν και αντίθετα ερευνητικά αποτελέσματα: αρκετοί είναι οι ερευνητές οι οποίοι βρήκαν μικρή ή ανύπαρκτη συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με υγειονομικούς δείκτες όπως η θνησιμότητα (Turrell και συν. 2006, Mohan και συν. 2005), η υγεία στον γενικό πληθυσμό (Kennelly και συν. 2003), ή το επίπεδο υγείας στην παιδική ηλικία (Drukker και συν. 2003). Επίσης, η συμμετοχή σε συλλόγους, που θεωρείται δομικό συστατικό του κοινωνικού κεφαλαίου σύμφωνα με τη θεωρία του Putnam, δεν σχετίζεται με καλύτερη αυτοεκτίμηση της υγείας (Hyypria & Maki 2001) ή με το γενικό επίπεδο της υγείας (Veenstra 2000). Σε έρευνα στο Luton λίγο έξω από το Λονδίνο, το υψηλό αίσθημα τοπικής ταυτότητας συνοδευόταν στην πράξη με χαμηλότερο επίπεδο υγείας (Campbell και συν. 1999).

Οι πρώτες εξηγήσεις για τα αντιφατικά αυτά αποτελέσματα αναζητήθηκαν και βρέθηκαν στη μεθοδολογία των πρώιμων κυρίως μελετών οι οποίες εκτός από τη θεωρητική ασάφεια, ή και σύγχυση, ήταν σε μεγάλο βαθμό απλουστευτικές (Kritsotakis & Gamarnikow 2004). Αυτό συνέβαινε γιατί χρησιμοποιούσαν



δεδομένα από άλλες έρευνες και κυρίως την Παγκόσμια Έρευνα Αξιών (World Values Survey, WVS) ή την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα (European Social Survey, ESS) χρησιμοποιώντας μονοδιάστατες στατιστικές αναλύσεις. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι τα αποτελέσματα βασιζόταν σε μία ή δύο ερωτήσεις, οι οποίες είχαν σχεδιαστεί για να περιγράψουν άλλα κοινωνικά φαινόμενα και όχι για να αποτυπώσουν την σύνθετη έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου, χωρίς μάλιστα να διαφοροποιούνται υποομάδες στον γενικό πληθυσμό ή επιμέρους χαρακτηριστικά του κοινωνικού κεφαλαίου. Αυτό μοιραία οδήγησε σε υπεραπλούστευση των κοινωνικών φαινομένων και λανθασμένες ερμηνείες κατά τις συσχετίσεις τους (Kritsotakis & Gamarnikow 2004, σελ. 47). Για παράδειγμα, σε μια πρόσφατη ανάλυση στην Φιλανδία οι Nummela και συν. (2008) διαπίστωσαν θετική συσχέτιση στην αυτοεκτίμηση της υγείας των ηλικιωμένων και στο κοινωνικό κεφάλαιο. Μετά την εισαγωγή στο στατιστικό μοντέλο και άλλων πιθανών συγχυτικών παραγόντων η συσχέτιση παρέμεινε ισχυρή μόνο στον αστικό και όχι στον αγροτικό πληθυσμό. Οι Chavez και συν. (2004) άλλωστε, κατέληξαν ότι από τους δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου μόνο η εμπιστοσύνη και η ανταποδοτικότητα επεξηγούν διαφορές στην αυτο-εκτίμηση της υγείας σε υποβαθμισμένες περιοχές του Σίδνεϋ στην Αυστραλία.

Πολλοί ερευνητές τονίζουν επίσης ότι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, όπως το απόλυτο ή το σχετικό εισόδημα, που κατά κανόνα δεν συμπεριλήφθηκαν στις σχετικές έρευνες, έχουν μεγαλύτερη συνεισφορά ή αλληλεπιδρούν με το κοινωνικό κεφάλαιο στη διαμόρφωση της υγείας (Carlson 2004, Lynch και συν. 2001, Ziersch και συν. 2005). Όπως προσθέτει ο Folland (2007), είναι αρκετά δύσκολο να προσδιοριστεί η ακριβής μεταξύ τους σχέση στην πράξη.

#### **1.4.1. Αρνητική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου σε δείκτες υγείας**

Με την προσθήκη πιο πρόσφατων εμπειρικών δεδομένων, χρησιμοποιώντας μεθοδολογίες από το ποιοτικό κυρίως παράδειγμα, έγινε αντιληπτό ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να έχει βλαπτική επίδραση στην υγεία και την ποιότητα ζωής. Οι Mitchell και LaGory (2002) βρήκαν ότι σε υποβαθμισμένες

γειτονίες στις ΗΠΑ τα άτομα που είχαν υψηλό δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο, δηλαδή δεν είχαν ιδιαίτερες επαφές με άτομα έξω από την κοινότητά τους, παρουσίαζαν περισσότερες ψυχολογικές ή/και ψυχιατρικές διαταραχές. Το αντίθετο συνέβαινε με τα άτομα που είχαν υψηλό συνδετικό κοινωνικό κεφάλαιο. Οι Caughy και συν. (2003) παρουσίασαν ανάλογο, και φαινομενικά παράδοξο, εύρημα. Σε επίσης υποβαθμισμένες περιοχές της Βαλτιμόρης στις ΗΠΑ, τα παιδιά των οποίων οι μητέρες ήταν λιγότερο προσκολλημένες στην τοπική κοινότητα παρουσίαζαν τα λιγότερα συμπεριφοριστικά προβλήματα.

Οι Takahashi και Magalong (2008) κατέληξαν μετά από έρευνα σε περιθωριοποιημένους ομοφυλόφιλους Φιλιππινέζους μετανάστες φορείς του AIDS στο Λος Άντζελες των ΗΠΑ ότι η ως τώρα αντίληψη μας για το κοινωνικό κεφάλαιο είναι λανθασμένα διχαστική. Κακώς θεωρούμε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο έχει μονοδιάστατη θετική ή αρνητική επίδραση στην υγεία γιατί στην πράξη ασκεί ταυτόχρονα θετική και αρνητική επιρροή. Στη συγκεκριμένη ομάδα για παράδειγμα, οτιδήποτε και οιοσδήποτε υποστήριζε τα άτομα οικονομικά και συναισθηματικά (φίλοι, ομάδες, συγγενείς) ήταν και η κύρια αιτία που τα εγκλώβιζε σε μια περιορισμένη και περιοριστική πραγματικότητα που δομείται σε συγκεκριμένα κοινωνικά στερεότυπα (μετανάστες, ομοφυλόφιλοι, φορείς του AIDS) από την οποία δεν είχαν την δυνατότητα να ξεφύγουν (έλλειψη συνδετικού/ενωτικού κοινωνικού κεφαλαίου).

Αντίστοιχα παραδείγματα μπορούν να βρεθούν και στο πεδίο της χρήσης παράνομων ναρκωτικών ουσιών (Cairns και συν. 1988), των αστέγων (Fitzpatrick και συν. 2007) ή στη βιβλιογραφία για τα παιδιά με ειδικές ανάγκες (Emerson & Hatton 2007). Τα εμπλεκόμενα άτομα δυσκολεύονται έως αδυνατούν να δημιουργήσουν αμφίδρομες σχέσεις εκτός του παραβατικού ή του στενού οικογενειακού και φιλικού τους πλαισίου και κατά κάποιο τρόπο παγιδεύονται σε αυτό.

Μέλημα συνεπώς, σε παρεμβατικό επίπεδο, θα πρέπει να είναι η δημιουργία αυτών που οι DiCicco-Bloom και συν. (2007) ονομάζουν 'ρευστοί' ή 'μεταβαλλόμενοι σύμμαχοι' (fluid alliances). Αυτές οι 'συμμαχίες' αποτελούν μορφή εκ νέου αυτο-οργάνωσης και αντιπροσωπεύουν την ικανότητα των ατόμων να

προσαρμόζονται σε καταστάσεις και να δημιουργούν νέες σχέσεις που δεν περιορίζονται από τις προϋπάρχουσες κοινωνικές αγκυλώσεις και δεν τους καθιλώνουν στην παρούσα κοινωνική τους κατάσταση. Τα παραπάνω συμπεράσματα καθιστούν σαφές ότι πρέπει να αναμορφώσουμε πολλά από τα υπάρχοντα προγράμματα κοινωνικής και υγειονομικής πολιτικής με σκοπό να προωθείται το συνδεδετικό κοινωνικό κεφάλαιο όταν αυτό είναι δυνατόν.

### **1.5. Ατομική και οικολογική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου σε δείκτες υγείας**

Όπως συμπεράναμε από τη σύντομη ιστορική ανασκόπηση της χρήσης της έννοιας του κοινωνικού κεφαλαίου, δεν φαίνεται να υπάρχει μια κοινά αποδεκτή θεωρητική σύλληψή του. Αυτή η μεθοδολογική ανεπάρκεια οδηγεί στο πρακτικό ερώτημα: είναι το κοινωνικό κεφάλαιο ένα ατομικό ή ένα κοινωνικό χαρακτηριστικό; Σε ποιο επίπεδο μπορεί και πρέπει να μετρηθεί; Σε ποιο επίπεδο θα στοχεύουν οι όποιες παρεμβάσεις μας; Και όσον αφορά τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία: Αφορούν και επηρεάζουν όλα τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού κεφαλαίου την υγεία;

Οι Stafford και συν. (2005) αναφέρουν ως δομικό μειονέκτημα της υπάρχουσας υγειονομικής βιβλιογραφίας την υπόθεση ότι οικολογικές παράμετροι επηρεάζουν ταυτόσημα διαφορετικά άτομα ή ομάδες ατόμων ανεξάρτητα από επιμέρους ατομικά χαρακτηριστικά. Οι Mitchell και συν. (2000) κατέδειξαν ότι η υγεία των ατόμων επηρεάζεται ταυτόχρονα από χαρακτηριστικά της περιοχής που διαμένει το κάθε άτομο, καθώς και από ατομικές παραμέτρους. Παρομοίως, οι Wen και Christakis (2005) διαπίστωσαν ότι η θνησιμότητα μετά από νοσηλεία για διάφορες ασθένειες, (για παράδειγμα, έμφραγμα του μυοκαρδίου) εξαρτάται τόσο από ατομικά όσο και από χαρακτηριστικά της γειτονιάς που μένει ο ασθενής. Επιπλέον, οι Campell και Gillies (2001) επιβεβαίωσαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο δε 'διανέμεται' ούτε χρησιμοποιείται ομοιογενώς από όλον τον πληθυσμό μιας περιοχής. Ο Roortinga (2006) συμπέρανε ότι *τα άτομα που αναφέρουν ότι εμπιστεύονται τους συνανθρώπους τους και συμμετέχουν σε συλλογικές διαδικασίες*

αναφέρουν καλό ή πολύ καλό επίπεδο υγείας σε χώρες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο, κάτι που είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν σε χώρες όπου το κοινωνικό κεφάλαιο είναι χαμηλό' (Poortinga 2006, σ. 292).

Οι συγκεκριμένες παρατηρήσεις έρχονται να επιβεβαιώσουν τις απόψεις του επιδημιολόγου Rose (1993) ο οποίος προτείνει ότι σε υγειονομικές και κοινωνικές παραμέτρους η κατανομή μιας μεταβλητής αυξάνεται ή μειώνεται λειτουργώντας σαν ενιαίο σύνολο. Για παράδειγμα, αν μειωθεί ο μέσος όρος βάρους σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, θα μειωθούν και τα παχύσαρκα άτομα. Κατ' αντιστοιχία, όσο περισσότερο κοινωνικό κεφάλαιο 'εμπεριέχεται' σε μια συγκεκριμένη κοινωνική δομή τόσο αυξάνεται το ποσοστό των ατόμων που θα παρουσιάζουν υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο σε ατομικό επίπεδο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι περισσότερα άτομα θα εμπιστεύονται τους συνανθρώπους τους, θα συμμετέχουν στα κοινωνικά δρώμενα μέσα από πολιτικούς, πολιτιστικούς, αθλητικούς ή άλλους σχηματισμούς, θα έχουν πρόσβαση σε δίκτυα ενημέρωσης κ.ά. Όπως σχολιάζουν οι Elkan και συν. (2001, σ. 115) η εκάστοτε συμπεριφορά ή χαρακτηριστικό δε διαμορφώνεται ανεξάρτητα από το κοινωνικό περιβάλλον, αλλά αντανακλά κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν ουσιαστικά την άποψη ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί ταυτόχρονα ατομική και οικολογική μεταβλητή. Πολλοί κοινωνικοί ερευνητές υιοθετούν την παραπάνω άποψη (Macinko & Starfield 2001, Woolcock 1998, Giddens 1997) και υποστηρίζουν ότι η προσέγγιση μας πρέπει να είναι δυϊκή: για παράδειγμα ο Giddens (1997) κατανέμει ισόποσα το ενδιαφέρον του στις 'μικρο' και 'μάκρο' αναλύσεις και επιρροές: Οι αναλύσεις σε μακροσκοπικό επίπεδο είναι απαραίτητες αν θέλουμε να κατανοήσουμε τις δομικές και θεσμικές συνιστώσες της καθημερινής πράξης. Από την άλλη όμως, οι 'μικρο' αναλύσεις θεωρούνται απολύτως απαραίτητες καθώς η προσωπική επαφή παραμένει η βάση όλων των μορφών κοινωνικής οργάνωσης, ανεξάρτητα από το επίπεδο στο οποίο αναφερόμαστε (Giddens 1997, σ. 85).

### **1.5.1. Φύλο και κοινωνικό κεφάλαιο**

Βασικός υποστηρικτής στην ιδέα ότι η θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου, τουλάχιστον στη σχέση του με την υγεία, ωφελείται από μια δυϊκή προσέγγιση που τροφοδοτείται τόσο από τις αρχές του Putnam (1993, 2000), όσο και των Coleman (1988, 1994) και Bourdieu (1997), βρίσκεται στις αρχές του φεμινισμού λόγω των διακριτών κοινωνικών ρόλων που αναγνωρίζονται στα δύο φύλα (vanEmmerik 2006). Η θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου δέχεται έντονη κριτική ως μια έννοια που δημιουργήθηκε από άντρες και αφορά κυρίως τους άντρες γιατί δε διαχωρίζει και δε διερευνά τη διαφορετική κοινωνική συμπεριφορά και συνεισφορά αντρών και γυναικών (Adkins 2005). Πράγματι, αρκετές εμπειρικές μελέτες ήρθαν να επιβεβαιώσουν τις υποθέσεις και τους ισχυρισμούς της φεμινιστικής θεωρίας. Οι Boneham & Sixsmith (2006) έδειξαν ότι οι γυναίκες είναι πιο αυτόνομες σε θέματα υγείας σε σχέση με τους άντρες στην τρίτη ηλικία. Η αυτονομία δημιουργείται σε σημαντικό βαθμό από τον κοινωνικό ρόλο των φροντιστών που έχουν επιφορτιστεί οι γυναίκες και τα αντίστοιχα δίκτυα αλληλοβοήθειας που αναπτύσσονται λόγω του συγκεκριμένου ρόλου. Παρομοίως, για τις γηραιότερες γυναίκες, ανεξάρτητα από την οικογενειακή τους κατάσταση, είναι πολύ πιο σημαντικό το να έχουν κοινωνικές σχέσεις για να δηλώσουν ευτυχισμένες σε σχέση με τους άντρες της ίδιας ηλικιακής ομάδας (Cheng & Chan 2006). Οι Stafford και συν. (2005) επιβεβαίωσαν ότι η αυτοεκτίμηση της υγείας επηρεάζεται περισσότερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες από χαρακτηριστικά της γειτονιάς και διάφορους άλλους κοινωνικούς παράγοντες που συνιστούν το κοινωνικό κεφάλαιο. Οι άντρες, από την πλευρά τους, δίνουν περισσότερη σημασία και επηρεάζονται από χαρακτηριστικά του εργασιακού τους περιβάλλοντος και όχι της γειτονιάς. Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων παρατηρούνται σταθερά στην τρέχουσα βιβλιογραφία και υποστηρίζουν την ιδέα ότι το φύλο είναι σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας για ορισμένα αντιφατικά αποτελέσματα που προκύπτουν από την εμπειρική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με υγειονομικές μεταβλητές. Επίσης, δημιουργούν επιτακτικά την ανάγκη να γίνουν διαφορετικές

παρεμβάσεις, σε επίπεδο κοινωνικής πολιτικής, για τους άντρες και τις γυναίκες σε θέματα που αφορούν στο κοινωνικό κεφάλαιο και κατ' επέκταση στην υγεία.

### **1.6. Ποιοτική και ποσοτική εκτίμηση του κοινωνικού κεφαλαίου**

Με στόχο την καλύτερη κατανόηση του τρόπου λειτουργίας του κοινωνικού κεφαλαίου έχουν αναπτυχθεί διάφοροι τρόποι μέτρησής του τόσο σε ατομικό, όσο και σε οικολογικό επίπεδο.

Οι De Silva και συν. (2006) στάθμισαν ένα σύντομο ερωτηματολόγιο με 9 ερωτήσεις για χρήση όταν το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί ένα μέρος μιας ευρύτερης κοινωνικής έρευνας. Η κλίμακα Social Capital Scale (Looman 2006, Looman & Farrag 2009) αξιολογεί το κοινωνικό κεφάλαιο των οικογενειών οι οποίες έχουν παιδιά με χρόνιες ή ειδικές ανάγκες υγείας. Η 'Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου' (Social Capital Questionnaire, SCQ) αναπτύχθηκε στην Αυστραλία από τους Onyx & Bullen (2000) και αποτελείται από 36 ερωτήσεις που αξιολογούν και δομικές και γνωστικές διαστάσεις του όρου. Οι van Der Gaag και Snijders (2005) ανέπτυξαν μια κλίμακα (Resource Generator) που διερευνά πόσο βοηθητικό είναι το κοινωνικό περιβάλλον για τους ερωτώμενους ενώ ο Lin (2001β) ζητάει από τα άτομα να κατονομάσουν ποιοί από τον κοινωνικό τους κύκλο έχουν κατάλληλες θέσεις για να τους βοηθήσουν να επιτύχουν τους εκάστοτε στόχους τους (Position Generator).

Οι Hean και συν. (2003) πρότειναν ένα αναλυτικό πλαίσιο που βασίζεται σε ποιοτικά δεδομένα και χρησιμοποιεί την έννοια του 'κεφαλαίου' από το κοινωνικό κεφάλαιο όπως αυτό ορίζεται με μαρξιστικούς όρους. Στο συγκεκριμένο μοντέλο όμως το ζητούμενο δεν είναι τα χρήματα, όπως στη θεωρία του Marx, αλλά οι κοινωνικές συνδιαλλαγές και τα κοινωνικά οφέλη που προκύπτουν από αυτές. Ορισμένες από τις ερωτήσεις της ποιοτικής ανάλυσης που προτείνουν οι Hean και συν. (2003) μπορεί να είναι οι εξής:

- Ποια ήταν τα αρχικά σας συναισθήματα για την ομάδα;
- Πώς άλλαξαν αυτά τα συναισθήματα;
- Τι περιμένετε ότι θα αποκομίσετε από τη συμμετοχή σας στη συγκεκριμένη ομάδα;

- Τι αποκομίσατε στην πραγματικότητα από αυτήν την ομάδα;
- Θα βοηθούσατε την ομάδα; (π.χ. ως εκπαιδευτής σε μια ομάδα χορού)

Στην Ελλάδα, ομάδα εμπειρογνομόνων από την Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης 'ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β' ΦΑΣΗ' (Γκιωνάκης και συν. 2005) πρότειναν για την έμμεση εκτίμηση των ψυχικών αναγκών μιας κοινότητας την αξιολόγηση του κοινωνικού κεφαλαίου βασιζόμενοι στις εξής οικολογικές παραμέτρους:

- Ποσοστό μακροχρονίων ανέργων στο σύνολο του εργατικού ενεργού πληθυσμού της κοινότητας.
- Ποσοστό μονογονεϊκών οικογενειών στο σύνολο των διγονεϊκών.
- Ποσοστό ατόμων τρίτης ηλικίας που ζουν μόνοι, χωρίς συντροφιά.
- Ποσοστό αστέγων στο σύνολο του πληθυσμού.
- Ποσοστό μεταναστών στο συνολικό πληθυσμό της κοινότητας.
- Ποσοστό ατόμων που ανήκουν σε χαμηλά εισοδηματικά στρώματα.

### 1.7. Επίγραμμα

Ο σκοπός της παρούσας εισαγωγικής ανασκόπησης δεν ήταν μια διεξοδική και σε βάθος ανάλυση όλων των πτυχών του κοινωνικού κεφαλαίου και της πιθανής σχέσης του με διαφορετικές διαστάσεις της υγείας. Διαφάνηκε άλλωστε από την αρχή η πολλαπλότητα και πολυπλοκότητα, στο πρωταρχικό ακόμα επίπεδο, του ορισμού και της μέτρησης της ίδιας της έννοιας κοινωνικό κεφάλαιο.

Θίγοντας απλά τον κορμό του επίκαιρου αυτού όρου, έγινε προσπάθεια να αναδειχθεί η συνεπαγόμενη δυσκολία του ερευνητή, στο εμπειρικό πεδίο, να μετρήσει αυτή την έννοια και να την συνδέσει με ποικίλους τομείς της ανθρώπινης υγείας, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινοτικό/κοινωνικό επίπεδο. Η δυσκολία αυτή αντικατοπτρίζεται πλήρως στη μεθοδολογική ετερογένεια των ερευνών που μελετούν το κοινωνικό κεφάλαιο σε σχέση με την υγεία, παράμετρος που καθιστά δύσκολη την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Ωστόσο, η απουσία οριστικών συμπερασμάτων δεν αναιρεί την επιταγή προς τους επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν και να λαμβάνουν σοβαρά υπ' όψιν το κοινωνικό πλαίσιο, τα κοινωνικά δίκτυα, τις διαθέσιμες υποστηρικτικές δομές,

τα επίσημα και τα ανεπίσημα δίκτυα πληροφόρησης. Όλα τα παραπάνω, που στη σύγχρονη κοινωνική θεωρία συνιστούν το κοινωνικό κεφάλαιο, πρέπει να συνυπολογίζονται κατά τη διάγνωση, την αντιμετώπιση, και τη θεραπεία των ασθενών ή των χρηστών υπηρεσιών υγείας που συναντούμε.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ**

#### **2.1. Εισαγωγή**

Παραδοσιακά, οτιδήποτε αφορούσε στην φροντίδα των ασθενών ή την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, καθοριζόταν από το υγειονομικό και κυρίως το ιατρικό προσωπικό. Αυτό βασιζόταν στην ευρέως εδραιωμένη αντίληψη ότι οι ασθενείς δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις ή την κατάρτιση για να έχουν άποψη για ιατρικές διαδικασίες. Συνεπώς, δεν μπορούν να συνεισφέρουν στη φροντίδα της υγείας τους ή στην αξιολόγησή της. Η συγκεκριμένη αντίληψη λειτουργούσε ικανοποιητικά σε μια βιοϊατρική θεώρηση της υγείας και της ιατρικής σύμφωνα με την οποία η αρρώστια είναι μια αυστηρά αντικειμενική παθοφυσιολογική μεταβλητή. Αυτό το μοντέλο δεν εστιάζει στα άτομα (υγιή ή ασθενή), αλλά στις ασθένειες, η θεραπεία των οποίων είναι ανεξάρτητη από τον παθόντα οργανισμό και από τα ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά του χαρακτηριστικά ή τον πληθυσμό στον οποίο ανήκει (Nettleton 2002, σελ. 26).

Τα τελευταία 30-40 χρόνια η συγκεκριμένη θεώρηση έχει αρχίσει να υποχωρεί. Υπάρχει ένα συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό ενημερωμένων ασθενών οι οποίοι απαιτούν να έχουν ενεργό συμμετοχή στις αποφάσεις που τους αφορούν. Εντυπωσιακό γεγονός, και ενδεικτικό της αλλαγής νοοτροπίας που έχει συντελεστεί, είναι ότι η αυτονόητη πλέον σήμερα ενημέρωση και συγκατάθεση ασθενούς, για συμμετοχή π.χ. σε κλινικές μελέτες, κερδήθηκε με δικαστικές αποφάσεις που άρχισαν το 1957 στις ΗΠΑ και συνεχίστηκαν ως τα μέσα της δεκαετίας του '70 (Sullivan 2003).

## 2.2. Γιατί να ασχοληθούμε με την ικανοποίηση των ασθενών

Με δεδομένες τις εξελίξεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, και υπό την επίδραση και άλλων κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων, παρατηρείται ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον στο να γίνουν οι υπηρεσίες υγείας περισσότερο φιλικές και προσιτές στους χρήστες τους. Σε αυτό το πλαίσιο δίδεται ιδιαίτερη σημασία στις εμπειρίες των ασθενών. Μάλιστα, το πόσο ικανοποιημένοι μένουν από τη νοσηλεία τους θεμελιώνεται ως μια ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος του συστήματος υγείας.

Η αναγνώριση της ικανοποίησης των ασθενών δεν είναι τυχαία: οι ασθενείς με μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης έχουν μεταξύ άλλων καλύτερη κατανόηση των υγειονομικών οδηγιών και καλύτερη συμμόρφωση με την θεραπεία (Wagner & Bear 2009, Wright 1998), συνεργάζονται καλύτερα με την υγειονομική ομάδα και έχουν αποτελεσματικότερη έκβαση της ασθένειας (Gold & McClung 2006, Larsson και συν. 2005, Li και συν. 2000). Επιπλέον, έρευνες έχουν συσχετίσει την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας με την ποιότητα της ζωής η οποία έχει σχετιστεί επίσης με την έκβαση της θεραπείας (Renzi και συν. 2005, Asadi-Lari & Tamburini 2004, Bredart και συν. 1998). Παράλληλα, έχει τεκμηριωθεί ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, όπως αξιολογείται μέσω της ικανοποίησης των ασθενών, καθορίζει το κατά πόσο οι χρήστες θα καθυστερήσουν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας στο μέλλον, κάτι που επιδρά αρνητικά στους δείκτες υγείας (Edwards & Staniszevska 2000, Becker & Newsom 2003). Επίσης, στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον οικονομικοί λόγοι κάνουν επιτακτική την εύρεση των περισσότερο αποδοτικών διαδικασιών και παρεμβάσεων σε σχέση με το κόστος τους (cost-effective). Οι ικανοποιημένοι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν στο μέλλον το ίδιο νοσοκομείο (Sun και συν. 2000) και να το συστήσουν σε άλλους (Lee & Yom 2007, Kleeberg και συν. 2005, Otani & Kurz 2004, Boudreaux και συν. 2000).

Υπάρχουν ορισμένοι οι οποίοι θεωρούν ότι η ικανοποίηση των ασθενών καταγράφει κυρίως υποκειμενικές αντιλήψεις. Σημειώνουν ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προτιμηθεί μία μεταξύ δύο ή περισσότερων ιατρικών πρακτικών που έχουν ισάξια θεραπευτικά αποτελέσματα, δεν μπορεί όμως να αποτελέσει έναν αντικειμενικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Υποστηρίζουν ότι είναι ιδιαίτερα αδρή και ασαφής παράμετρος για να της δοθεί το κύρος της κλινικής αξιολόγησης. Οι επιστημονικές εξελίξεις των τελευταίων χρόνων συνηγορούν για το αντίθετο.

Από τις αρχές της δεκαετίας του '80 άρχισαν να παρουσιάζονται οι έρευνες που συσχετίζουν τα αποτελέσματα της ικανοποίησης των ασθενών με παραδοσιακά ισχυρούς δείκτες αποτελεσματικότητας όπως η θνησιμότητα. Ο Steiber (1988) αναφέρει συντελεστή συσχέτισης  $r = .71$  μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας φροντίδας με αυστηρούς κλινικούς δείκτες. Σε δείγμα 2.116 ασθενών που υποβλήθηκαν σε χολοκυστεκτομή η σχετική βελτίωση της υγείας όπως αξιολογήθηκε από το ιατρικό προσωπικό (πριν και μετά την εγχείρηση) σχετίστηκε ισχυρά με την ικανοποίηση από τη νοσοκομειακή φροντίδα όπως την αξιολόγησαν οι ασθενείς (Kane και συν. 1997). Άλλοι ερευνητές αναφέρουν σημαντική, ισχυρή και συστηματική συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών και της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας από το ιατρικό προσωπικό (Ware & Davies 1988) καθώς και της οικονομικής απόδοσης του νοσοκομείου (Nelson και συν. 1992). Οι Pound και συν. (1999) μελετώντας ασθενείς με εγκεφαλικό κατέληξαν ότι τα διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης αντανακλούν αντίστοιχα επίπεδα φροντίδας.

### 2.3. Ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών

*'What's in a name? That which we call a rose  
by any other name would smell as sweet'*  
William Shakespeare, Ρωμαίος και Ιουλιέτα  
(Πράξη II, Σκηνή II)

Παρ' ότι ο όρος 'ικανοποίηση των ασθενών' χρησιμοποιείται ευρέως, εντυπωσιακά λίγες δημοσιευμένες μελέτες αναφέρουν κάποιον ορισμό της ή βασίζονται σε κάποιο θεωρητικό μοντέλο για την ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους. Γενικά, ως ικανοποίηση των ασθενών εννοούμε 'το βαθμό στον οποίο οι εμπειρίες των ασθενών συναντούν τις προσδοκίες τους' (Asadi-Lari και συν. 2004) καθώς και την 'αξιολόγηση της νοσηλευτικής διαδικασίας και του αποτελέσματός της' (Shikiar & Rentz 2004). Ο Press (2005) τονίζει ότι με τον όρο

εννοούμε την ικανοποίηση με το σύνολο της εμπειρίας από την επαφή με το σύστημα υγείας ενώ οι Strasser and Aharony (1993) προσθέτουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι και πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια συνεχής διαδικασία και όχι ως ένα τελικό αποτέλεσμα. Η Carr-Hill (1992) στον ορισμό της αναφέρει ότι η ικανοποίηση είναι ιδιαίτερα πολυδιάστατο φαινόμενο που δεν καθορίζεται μόνο από τις προσδοκίες, αλλά και σε σχέση με τις προηγούμενες εμπειρίες ή/και τις μελλοντικές, και το γενικότερο τρόπο ζωής των ασθενών. Σε αυτό συνηγορεί και η Παπανικολάου (2006), η οποία σε εκτενή και ουσιαστική ανάλυση των υπηρεσιών υγείας από πλευράς των χρηστών τεκμηριώνει ότι η ικανοποίηση είναι ‘...αντίδραση στα ερεθίσματα που δέχονται (οι ασθενείς) στο περιβάλλον του τομέα υγείας μόλις πριν, στη διάρκεια, και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο...’ (σελ. 267). Δηλαδή η ικανοποίηση είναι μια σύνθετη διαδικασία που προσδιορίζεται από την υποκειμενική αξιολόγηση των γνωστικών και συναισθηματικών αντιδράσεων των ασθενών σε σχέση με τις προσδοκίες τους από τη νοσηλεία και την αντίληψη τους για το ιδανικό επίπεδο φροντίδας (Johansson και συν. 2002). Η έκφραση της ικανοποίησης συνεπώς υπερβαίνει τα όρια της μονοδιάστατης κλινικής αξιολόγησης ή του υγειονομικού αποτελέσματος, και περιλαμβάνει πληθώρα ψυχοκοινωνικών μεταβλητών όπως είχε τονιστεί και από τον Donabedian (1966, 1980, 1985), πρωτοπόρο μελετητή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Η Carr-Hill (1992), πάντως, δεν θεωρεί απαραίτητα προβληματική την ύπαρξη, ή την ανυπαρξία καλύτερα, ενός κοινά αποδεκτού ορισμού και θεωρητικού μοντέλου. Όσο κι αν αυτό ακούγεται αφοριστικό, και μη λειτουργικό ενίοτε, μετατοπίζει το βάρος των προσπαθειών μας από την ακαδημαϊκή προσέγγιση της εννοιολογικής ανάπτυξης του όρου στο ουσιαστικό ζητούμενο, που είναι η εστίαση στις εμπειρίες των ασθενών.

Ένα επιπλέον σημείο ισχυρής κριτικής του όρου της ικανοποίησης των ασθενών είναι ότι εστιάζει στην ικανοποίηση και όχι στη δυσαρέσκεια των ασθενών ή στα αρνητικά συμβάντα κατά τη νοσηλεία τους (Coyle & Williams 1999). Εικάζεται ότι με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται πλαστά θετική προδιάθεση, και άρα μεροληψία, στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Η άποψή μας είναι ότι η επαφή με το σύστημα υγείας είναι στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων

εξ' ορισμού αρνητική και δεν θετικοποιείται από μία λέξη. Κανένας δε θα επέλεγε να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας αν είχε τη ρεαλιστική δυνατότητα να μην το κάνει. Ο όρος της ικανοποίησης χρησιμοποιείται στη διατριβή για να περιγράψει την έννοια της εμπειρίας από τις υπηρεσίες υγείας και για να υπενθυμίζει το επιθυμητό αποτέλεσμα<sup>2</sup>.

#### **2.4. Τι έχει σημασία για τους ασθενείς**

Πλήθος μελετών καταλήγουν στο ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζουν διαφορετικά και μοναδικά την επαφή τους με το σύστημα υγείας. Παράλληλα, και οι ίδιοι αντιμετωπίζονται διαφορετικά από το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους ή την κατάσταση της υγείας τους. Η κατανόηση αυτής της υποκειμενικότητας δημιουργεί ένα ερώτημα: κάθε ασθενής έχει αποκλειστικά υποκειμενική αντίληψη των υπηρεσιών υγείας;

Η απάντηση είναι συγχρόνως θετική, επειδή οι προσδοκίες του ενός ατόμου είναι ανεξάρτητες από αυτές του συνόλου, και αρνητική: οι προσδοκίες των ατόμων καθορίζονται σε κάποιο βαθμό από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο λειτουργούν και μεταβάλλονται από άσχετους προς το σύστημα υγείας ατομικούς δημογραφικούς παράγοντες. Η υποκειμενικότητα δεν αποκλείει τη δημιουργία 'συνόλων αντιλήψεων' (Παπανικολάου 2006, σελ. 267). Έτσι, όπως θα αναλυθεί λεπτομερώς στη συνέχεια του κεφαλαίου, τα άτομα π.χ. με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης τείνουν να έχουν μεγαλύτερες προσδοκίες οι οποίες δεν ικανοποιούνται και επομένως εμφανίζουν χαμηλότερη ικανοποίηση, οι ηλικιωμένοι πιθανότατα με αντίστοιχο μηχανισμό εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι κ.λπ. Η

---

<sup>2</sup> Καθώς το ερευνητικό μέρος της διατριβής αφορά ογκολογικούς ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, προτιμάται ο όρος 'ικανοποίηση των ασθενών' και λιγότερο η 'ικανοποίηση των χρηστών' παρ' ότι χρησιμοποιούνται παράλληλα και οι δύο. Η χρήση αυτή δεν υπονοεί ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητα ασθενείς ή ότι η ικανοποίηση αφορά μόνο στους ασθενείς και όχι τους χρήστες. Ο ιδεολογικός προσανατολισμός του γράφοντος είναι ότι ανεξάρτητα από την ονοματολογία και τα ιδεολογήματα που την συνοδεύουν κάθε υπηρεσία πρέπει να προσφέρει ότι καλύτερο έχει στους 'πελάτες' της (Ιορδάνου 2001, σελ. 3).

κοινωνική προδιάθεση απέναντι στις υπηρεσίες υγείας τροφοδοτεί και το εννοιολογικό πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής που θα αναπτυχθεί εκτενώς στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο.

Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν σταθερά σημεία αναφοράς από πλευράς ασθενών που να αφορούν στην εμπειρία της νοσηλείας. Ο Press (2005) αναφέρει ότι ακόμα κι αν δεν υπάρχουν προκαθορισμένες προσδοκίες, σ' αυτούς π.χ. που νοσηλεύονται για πρώτη φορά, όλοι/ες έχουν κοινές και παρόμοιες ελπίδες ότι:

- Το προσωπικό θα είναι καταρτισμένο, ευγενικό και αποτελεσματικό.
- Η νοσηλεία – θεραπεία θα είναι σύντομη και γρήγορη.
- Η νοσηλεία – θεραπεία θα είναι καλά ανεκτή.
- Η νοσηλεία – θεραπεία θα είναι αποτελεσματική.
- Ο ασθενής θα νοιώσει καλύτερα.

Ο Pearse (2005), βασιζόμενος σε έρευνα του Ινστιτούτου Picker, η οποία σε μεγάλο βαθμό αναπαραγάγει τα συμπεράσματα της μετα-ανάλυσης των Hall και Dornan (1988), αναφέρει τις εξής διαστάσεις που καθορίζουν την εμπειρία των ασθενών από τη νοσηλεία τους:

- Προσβασιμότητα (περιλαμβάνεται ο χρόνος αναμονής για την εισαγωγή).
- Σεβασμός στις αξίες των ασθενών, τις προτιμήσεις τους και τις εξεφρασμένες ανάγκες τους (αξιοπρέπεια, αυτονομία, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, επίπτωση της θεραπείας στην ποιότητα ζωής).
- Συνεργασία και συνέχεια της φροντίδας στα διαφορετικά επίπεδα, ύπαρξη υποστηρικτικών ομάδων – οργανισμών.
- Ενημέρωση, εκπαίδευση και επαρκής επικοινωνία (εξέλιξη της ασθένειας, ενημέρωση για τα αποτελέσματα εξετάσεων και τη σημασία τους, πρόγνωση, διαδικασίες σε σχέση με τη νοσηλεία – θεραπεία, αυτοφροντίδα).
- Σωματική άνεση – υποβοήθηση (βοήθεια για τις καθημερινές ανάγκες) και αξιοπρεπές νοσοκομειακό περιβάλλον.
- Συναισθηματική υποστήριξη και καθησυχασμός – απαλλαγή από φόβους και ανησυχίες (συμπεριλαμβανομένης της επίδρασης που έχει η νοσηλεία στο

οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών, καθώς και των οικονομικών δυσχερειών που προκύπτουν).

- Ενεργός συμπαράσταση στην οικογένεια και συμμετοχή της στην φροντίδα.
- Διαδικασίες μετάβασης στο σπίτι (ενημέρωση για πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων και σημεία αναγνώρισής τους, κοινωνική μέριμνα κ.ά.).

Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν σε μια πρόσφατη μελέτη τους και οι Bikker & Thompson (2006), οι οποίοι σημειώνουν επιπλέον ότι τα διαπροσωπικά χαρακτηριστικά του προσωπικού και η ποιότητα και επάρκεια της πληροφόρησης που έχουν οι ασθενείς καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίησή τους από τη νοσηλεία.

## **2.5. Διεθνής και ελληνική πρακτική ως προς την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλεία τους**

### **2.5.1. Διεθνής πρακτική**

Η ανάγκη για παρακολούθηση και βελτίωση της εμπειρίας που έχουν οι ασθενείς από τη νοσηλεία τους αποτελεί παγκόσμια πραγματικότητα. Χώρες με διαφορετική οικονομική ανάπτυξη, κουλτούρα και οργάνωση του συστήματος υγείας ενδιαφέρονται για το πόσο ικανοποιημένοι μένουν οι χρήστες από τις υπηρεσίες υγείας. Το ενδιαφέρον είναι πιο έντονο, στην παρούσα φάση, σε χώρες του επονομαζόμενου δυτικού κόσμου, από τις οποίες πηγάζει η συντριπτική πλειοψηφία των δημοσιευμένων μελετών, χωρίς να περιορίζεται αποκλειστικά σε αυτές (Bernhart και συν. 1999, Andaleeb 2001, Sadjadian 2004). Η αναγκαιότητα για συστηματική καταγραφή και διαχείριση δεδομένων για την ικανοποίηση των ασθενών έχει από καιρό αναγνωριστεί θεσμικά σε χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Αγγλία, η Αυστραλία και ο Καναδάς. Ενδεικτικά αναφέρεται η κατάσταση σ' αυτές τις χώρες, έτσι ώστε να μπορεί να γίνει εύκολα σύγκριση με την ελληνική πραγματικότητα.

Στις ΗΠΑ, είναι υποχρεωτική η παρακολούθηση και καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών καθώς και η ύπαρξη ομάδας για την αξιολόγηση και τη βελτίωσή της. Πλήθος οργανισμών συνιστούν και επιβάλλουν τη συγκεκριμένη

τακτική: Η Αμερικανική Ένωση Νοσοκομείων (American Hospital Association, AHA 2006) χρησιμοποιεί δείκτες ικανοποίησης για την αξιολόγηση και κατάταξη των νοσοκομείων ως προς την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Ο Διεθνής Οργανισμός Πιστοποίησης ISO 9001:2000 (International Organization for Standardization, ISO nd) προκειμένου να δώσει την πιστοποίησή του, απαιτεί μέτρα παρακολούθησης της ικανοποίησης των ασθενών ενώ και σε ομοσπονδιακό επίπεδο απαιτούνται παρόμοια μέτρα (Federal Register 2003).

Στον Καναδά, η καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών γίνεται από την αντίστοιχη Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και αποτελεί έναν από τους δέκα δείκτες αξιολόγησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (CIHI 2006). Επιπλέον δείκτες που χρησιμοποιούνται είναι, μεταξύ άλλων, οι: μέρες νοσηλείας για την αρθροπλαστική ισχίου, θνησιμότητα στις 30 μέρες για το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου κ.ά.

Στην Αυστραλία (Pearse 2005), η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών πραγματοποιείται με κάποιο τρόπο σε όλες τις περιφέρειές της από την κεντρική διοίκηση και είναι προαπαιτούμενη για τη συμμετοχή στο Συμβούλιο Διασφάλισης Ποιότητας στην Φροντίδα Υγείας (Australian Council on Healthcare Standards, ACHS).

Στην Αγγλία, από το 1984 δίδεται σημασία στην καταγραφή των απόψεων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας ύστερα από προτροπή του Υπουργείου Υγείας (Department of Health 1984). Από το 1998 χρησιμοποιείται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System, NHS) ερωτηματολόγιο για την ικανοποίηση των ασθενών που έχει αναπτυχθεί από το ινστιτούτο Picker, παράρτημα Ευρώπης. Την ευθύνη χρήσης έχει η κάθε μονάδα υγείας σε συνεργασία με τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες της κεντρικής διοίκησης.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organisation, WHO) δίδει επίσης έμφαση στη δημιουργία υπηρεσιών υγείας, οι οποίες θα έχουν ως επίκεντρο τις εμπειρίες των ασθενών. Στην έκθεση World Health Report (WHO 2000), αναφέρει τις εξής διαστάσεις φροντίδας ως ιδιαίτερα σημαντικές για τους ασθενείς: σεβασμός στην αυτονομία τους, δικαίωμα επιλογής υπηρεσιών υγείας, εμπιστευτικότητα – ιατρικό απόρρητο, επικοινωνία, σεβασμός στην ανθρώπινη



αξιοπρέπεια, απουσία διακρίσεων μεταξύ των ασθενών, ποιότητα στις υποδομές, στήριξη στην οικογένεια και πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα.

### **2.5.2 Ελληνική πραγματικότητα**

Η Ελλάδα βρίσκεται στον αντίποδα αυτών των πρακτικών: στην Ελλάδα δεν υπάρχει θεσμικά κατοχυρωμένη αναγκαιότητα διεξαγωγής αντίστοιχων μελετών, ούτε καν κάποια αναφορά η σύσταση για τη χρησιμότητά της στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Μοιραία λοιπόν, χωρίς την υποχρέωση νομοθετικής συμμόρφωσης, οι όποιες προσπάθειες εκτίμησης και βελτίωσης της ικανοποίησης των χρηστών είναι αποσπασματικές και αφορούν συνήθως χρονικές στιγμές και όχι χρονική διάρκεια. Γίνεται καταγραφή, όχι όμως και παρακολούθηση. Οφείλονται στην πρωτοβουλία ακαδημαϊκών ιδρυμάτων μέσω διδακτορικών διατριβών ή μεμονωμένων υπηρεσιών υγείας και συνήθως αφορούν κάποιο συγκεκριμένο κέντρο ή υπηρεσία. Παραδείγματα αποτελούν οι εργασίες των Τούντα και συν. (2003) για τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, των Διομήδους και συν. (2005) για μια χειρουργική κλινική γενικού νοσοκομείου ή των Λεβεντέλη και συν. (2007) για το τμήμα επειγόντων περιστατικών του Θριάσιου. Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα παραμένει ότι τα ευρήματα δεν μεταφράζονται σε πράξη και δεν συνεισφέρουν ιδιαίτερα στην χάραξη στρατηγικής για το Εθνικό Σύστημα Υγείας που να βασίζεται στις εμπειρίες των ατόμων που το χρησιμοποιούν. Η πανελλαδική προσπάθεια που έγινε από τους Gnardellis & Niakas (2005) από το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο για καταγραφή της άποψης του πληθυσμού για τις υπηρεσίες υγείας, κατέληξε σε γενικά θετικά συμπεράσματα και δεν έδωσε αφορμή για προβληματισμό και ουσιαστική αναζήτηση-συζήτηση προτάσεων για τον εκσυγχρονισμό των δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων.

### **2.6. Θετική μεροληψία στις μελέτες ικανοποίησης των ασθενών**

Ένα από τα ζητήματα που προκύπτουν στις μελέτες ικανοποίησης των ασθενών και αποτελεί σημείο ισχυρής κριτικής για πολλούς ερευνητές, είναι ότι τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στην βιβλιογραφία είναι σχετικά ομοιογενή και

πάντα θετικά. Ανεξάρτητα από τον τρόπο και χώρο διεξαγωγής της αξιολόγησης, οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζονται πολύ ή πάρα πολύ ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες υγείας ή βρίσκουν το επίπεδο νοσηλείας που τους παρασχέθηκε εξαιρετικό. Το γεγονός αυτό θέτει σημαντικά μεθοδολογικά και ουσιαστικά ερωτήματα. Τι νόημα έχει, για παράδειγμα, η καταγραφή συστηματικά θετικών απόψεων που δεν ευνοούν τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται;

Από τη σχετική βιβλιογραφία τεκμηριώνεται ότι και με την υπάρχουσα κατάσταση καταγράφονται διακυμάνσεις οι οποίες είναι μετρήσιμες, και άρα αξιοποιήσιμες, σε οργανωτικό επίπεδο (Press 2005). Αντικατοπτρίζεται όμως και η ανυπαρξία κινήτρων στο να διερευνηθούν θετικά αποτελέσματα τα οποία χρησιμοποιούνται από τις εκάστοτε διοικήσεις (είτε είναι του νοσοκομείου, είτε κεντρικών φορέων διοίκησης, όπως το Υπουργείο Υγείας) ως άλλοθι για την αποτελεσματικότητά τους.

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που να ασχολούνται με το φαινόμενο της συστηματικά θετικής απόκλισης στις απαντήσεις των ασθενών. Από τις λίγες έρευνες που το μελέτησαν διεξοδικά και προσπάθησαν να το ερμηνεύσουν πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία από τις Edwards και συν. (2004). Οι ερευνήτριες κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα:

Οι ασθενείς βαθμολογούν θετικά την εμπειρία τους με το σύστημα υγείας ενώ συνήθως δεν είναι απόλυτα ικανοποιημένοι/ες επειδή:

- είναι ενημερωμένοι/ες για τα προβλήματα έλλειψης προσωπικού και δεν θέλουν να παραπονιούνται ότι δε λαμβάνουν τη δέουσα προσοχή και σημασία.
- αποφασίζουν ότι οι ανησυχίες τους είναι ατομικές, δεν αφορούν άλλους και άρα δεν πρέπει να εκφράζονται.
- θεωρούν ότι άλλοι ασθενείς έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για φροντίδα, άρα δεν μπορούν να διαμαρτυρηθούν για τις δικές τους ανάγκες.
- θεωρούν τους προβληματισμούς τους 'μικροπράγματα' που δεν αξίζει να αναφερθούν.

- ρίχνουν το φταίξιμο για αρνητικά συμβάντα στους ίδιους ή σε άλλους που δε σχετίζονται με τη φροντίδα τους έτσι ώστε να μειώσουν την ευθύνη του προσωπικού και να μη χρειαστεί να κάνουν αρνητική κρίση.
- προτιμούν να μη μπλέξουν σε φασαρίες οι ίδιοι ή το προσωπικό και δεν αναφέρουν τα αρνητικά γεγονότα.
- θεωρούν ότι τα αρνητικά περιστατικά αντιπροσωπεύουν μια δύσκολη μέρα, 'μια κακή στιγμή', και όχι το συνηθισμένο επίπεδο φροντίδας, και συνεπώς το δικαιολογούν.
- συγκρίνουν την εμπειρία της νοσηλείας τους με άλλες χειρότερες οπότε η δική τους είναι σχετικά καλή και όχι κακή σε απόλυτους όρους.
- αισθάνονται εξαρτημένοι από το προσωπικό και προσπαθούν να αποφύγουν πιθανές αντιπαραθέσεις.
- θεωρούν ότι το προσωπικό έχει τις καλύτερες προθέσεις και δεν θέλουν να τους κρίνουν ή να τους κατηγορήσουν για πράγματα τα οποία μπορεί να είναι ανθρωπίνως αναπόφευκτα.
- κατανοούν ότι οι γιατροί, οι νοσηλευτές και το προσωπικό είναι άνθρωποι, συνεπώς δεν μπορούν να τους προσάψουν την ανυπαρξία ικανότητας για επικοινωνία και άλλα ατομικά, κοινωνικά ή ακόμη και κλινικά χαρακτηριστικά.

Μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο οι ασθενείς:

- αισθάνονται ανακούφιση που βρίσκονται στο σπίτι και προτιμούν να ξεχάσουν και να μην ασχοληθούν με αρνητικά περιστατικά της νοσηλείας.
- εστιάζουν στο τελικό αποτέλεσμα. Θεωρούν ότι αφού είναι ζωντανοί ή είναι καλύτερα τα υπόλοιπα ξεπερνιούνται.

Ένα συναφές στοιχείο που προέκυψε κατά τη συλλογή δεδομένων για την παρούσα διατριβή είναι το εξής: οι ασθενείς καλούνται στις σχετικές έρευνες να απαντήσουν σε ερωτήματα συνολικά για όλο το προσωπικό. Θεωρούν όμως ότι αν βασιστούν σε μια αρνητική εμπειρία με κάποιο άτομο ή άτομα και βαθμολογήσουν χαμηλά όλη την ομάδα, π.χ. τους νοσηλευτές/τριες, θα συμπαρασύρουν στην αρνητική κρίση και άτομα τα οποία όχι μόνο τα συμπαθούν αλλά και όντως είναι

αρκετά ή πολύ ευχαριστημένοι/ες από την απόδοσή τους. Αυτή όμως η συλλογική 'αρνητικοποίηση' τους δημιουργεί δυσθυμία και επιλέγουν τελικά να βαθμολογήσουν την καλύτερη εμπειρία που είχαν και όχι το μέσο όρο ή τη χειρότερη, για να μην αδικήσουν κανέναν.

Πολλοί ερευνητές έχουν προτείνει ότι για να αντιμετωπιστεί η μεροληψία θα πρέπει να στραφούμε σε μεθόδους ποιοτικής ανάλυσης της εμπειρίας των ασθενών (Merkouris και συν. 2004, Tasso και συν. 2002, Hyrkas & Raunonen 2000). Η συμπλήρωση ερωτηματολογίων θα πρέπει να αντικατασταθεί μερικά ή συνολικά από τη διενέργεια ατομικών ή ομαδικών συνεντεύξεων. Η συγκεκριμένη μεθοδολογική προσέγγιση φαίνεται να έχει σαφή πλεονεκτήματα ως προς το εύρος και το βάθος των δεδομένων που συλλέγονται και επιπλέον μπορεί να αντιμετωπίσει συγκεκριμένα θέματα που προκύπτουν σε πραγματικό χρόνο. Ωστόσο, ένα ουσιαστικό μειονέκτημα της είναι ότι απαιτεί σημαντικά υψηλότερους πόρους σε χρόνο, χρήματα και ανθρώπινο δυναμικό και συνεπώς δεν μπορεί να εφαρμοστεί ευρέως (Brédart και συν. 2004). Η τριγωνοποίηση, ο συνδυασμός μεθόδων και από τα δύο επιστημονικά παραδείγματα (ποσοτικό - ποιοτικό), ίσως τελικά αποτελεί τη χρυσή τομή για τη συλλογή δεδομένων που θα έχουν ποσοτικό εύρος και ποιοτικό βάθος.

Οι Press και Ganey (2006) θεωρούν ότι ακόμα και με τα στενά όρια της ποσοτικής προσέγγισης υπάρχει περιθώριο να μετριαστεί η θετική μεροληψία και να δοθούν αξιοποιήσιμες απαντήσεις, αρκεί να τεθούν σωστά οι ερωτήσεις. Το κυριότερο μέλημά μας θα πρέπει να είναι, σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές, η κατάλληλη διαμόρφωση των ερωτήσεων ώστε να στοχεύουν στην αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών και όχι των γραφειοκρατικών - οργανωτικών χαρακτηριστικών του συστήματος που ελάχιστη σχέση έχουν στην πράξη με τις ανάγκες των ασθενών. Στις έρευνες που διεξάγει το Ινστιτούτο Press και Ganey (2006) παρουσιάζονται αρκετές διαφοροποιήσεις ανάλογα με τις παραλλαγές των ερωτήσεων που χρησιμοποιούνται για ένα θέμα. Για παράδειγμα, για να αξιολογηθεί η ποιότητα της φροντίδας σε σχέση με τη χορήγηση παυσίπων φαρμάκων σε ασθενείς, συνήθως διερευνάται το πόσο γρήγορα ανταποκρίθηκαν οι νοσηλευτές/τριες στο αίτημά τους. Τα αποτελέσματα οδηγούν σε διοικητικό έλεγχο

για συντομότερη διεκπεραίωση του συγκεκριμένου καθήκοντος από το νοσηλευτικό προσωπικό και χρησιμεύουν ως δείκτες επαρκούς στελέχωσης του νοσοκομείου, καλύτερης οργανωτικής κουλτούρας κ.ά. Όταν όμως το ίδιο δείγμα ασθενών ερωτάται κατά πόσο η χορήγηση παυσίπων ήταν αποτελεσματική, αν ανακουφίστηκαν δηλαδή, τα ποσοστά ικανοποίησης μειώνονται σημαντικά και απαιτούν μια συνολικότερη αντιμετώπιση του ζητήματος. Στη δεύτερη περίπτωση απομακρυνόμαστε από τη στείρα αντίληψη της τεχνοκρατικής αξιολόγησης (χρόνος μέχρι να χορηγηθεί το παυσίπονο) και εισάγουμε ποιοτικά κριτήρια (επάρκεια αντιμετώπισης του πόνου) για την καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών. Ανάλογη επισήμανση κάνει και η Turtis (2005): στα τμήματα επειγόντων περιστατικών αξιολογείται ποσοτικά η ικανοποίηση των επισκεπτών από τους χρόνους αναμονής. Τα αποτελέσματα χρησιμοποιούνται για διοικητική αξιολόγηση των επειγόντων. Δεν διερευνάται παράλληλα, όμως, και δεν αξιολογείται, το ότι το ενοχλητικό γεγονός δεν είναι απαραίτητα ο μεγάλος χρόνος αναμονής, αλλά ο υποβόσκων φόβος των ασθενών ότι κατά την αναμονή η κατάστασή τους μπορεί να χειροτερέψει και να συμβούν μη αναστρέψιμες βλάβες στην υγεία τους.

## **2.7. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών**

Η πιθανή επίδραση δημογραφικών παραγόντων στην ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία τους αναφέρεται συχνά στη σχετική βιβλιογραφία. Παρ' ότι η ερμηνεία των αποτελεσμάτων δεν είναι πάντα συστηματική και δεν βασίζεται απαραίτητα σε κάποιο θεωρητικό πλαίσιο, πολλές από τις συσχετίσεις απαντώνται σταθερά και συνεπώς πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά τη διενέργεια αντίστοιχων ερευνών. Σε αυτό συνηγορούν και οι Sixma και συν. (1998), οι οποίοι διατύπωσαν την άποψη ότι δημογραφικές μεταβλητές μπορούν να ερμηνεύσουν σε ορισμένες περιπτώσεις μέχρι και το 90% των αποτελεσμάτων σε μελέτες ικανοποίησης των ασθενών.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν και θα σχολιαστούν οι σημαντικότεροι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία τους. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται είτε με τους ίδιους τους ασθενείς,

είτε με τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό, είτε με μεταβλητές που αφορούν στην οργάνωση του συστήματος υγείας και στη μεθοδολογία των ερευνών.

### **2.7.1. Παράγοντες σε σχέση με τους ασθενείς**

*Ηλικία:* Από τα πιο σταθερά ευρήματα στην τρέχουσα βιβλιογραφία είναι η συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με την ηλικία. Οι γηραιότεροι ασθενείς παρουσιάζονται συστηματικά πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς που υπόκεινται στις ίδιες διαδικασίες (Johansson και συν. 2002, Rahmqvist 2001, Williams 1994, Hall & Dornan 1990). Αυτό μπορεί να οφείλεται στις μικρότερες προσδοκίες που έχουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και αντικατοπτρίζει τη νοοτροπία του 'εγώ την έζησα τη ζωή μου' ή να οφείλεται στην συνεπίδραση άλλων κοινωνικών μεταβλητών, όπως για παράδειγμα, ότι οι γηραιότεροι είναι πιο διστακτικοί στο να εκφράσουν παράπονα (Cohen 1996). Ο Marshall (1981) υποστηρίζει ότι για τους ηλικιωμένους η φροντίδα (caring) μπορεί να είναι πιο σημαντική από την θεραπεία (curing). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται τη νοσηλεία σαν κάτι πιο συμβατό με την ηλικία τους, σαν κάτι το αναμενόμενο, και προσαρμόζονται στη διαδικασία καλύτερα. Αντίθετα, οι νεότεροι μπορεί να εκφράζουν τη δυσθυμία τους για την κατάστασή τους μέσα από την αξιολόγηση της εμπειρίας τους στο νοσοκομείο.

Από τους ελάχιστους που έχουν καταλήξει σε αντίθετο αποτέλεσμα είναι οι Walker και συν. (2003) και οι Plomondon και συν. (2003) οι οποίοι δεν βρήκαν κάποια ισχυρή συσχέτιση της ικανοποίησης με την ηλικία. Παρ' ότι αυτό το εύρημα είναι φαινομενικά αντιφατικό, μάλλον οφείλεται στον υπό μελέτη πληθυσμό: Για παράδειγμα, οι Plomondon και συν. (2003) μελέτησαν την ικανοποίηση που έχουν οι ασθενείς μετά από εγχείρηση by-pass. Ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού ήταν 64.2+/- 9.1 έτη, δεν παρουσιάζει συνεπώς μεγάλη ηλικιακή διακύμανση έτσι ώστε να καταγραφούν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι Jaipaul και Rosenthal (2003) μελέτησαν ένα δείγμα 64900 ασθενών σε διάστημα μιας πενταετίας. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές χώρισαν το δείγμα τους σε 5 ηλικιακές κατηγορίες και

συμπεριέλαβαν ως ξεχωριστή κατηγορία την ηλικία 80+. Η συνηθισμένη πρακτική είναι να περιλαμβάνεται μόνο μια ηλικιακή κατηγορία 65+. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ηλικία έχει μια σύνθετη σχέση με την ικανοποίηση και αυξάνεται έως τις ηλικίες 65-80, ενώ μετά μειώνεται. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν πρόσφατα και οι Moret και συν. (2007). Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι σε σοβαρές απειλές της υγείας με μεγάλη διάρκεια νοσηλείας άλλοι παράγοντες, όπως π.χ. η έκβαση της ασθένειας, διαμορφώνουν την εμπειρία των ασθενών από τη νοσηλεία τους.

**Φύλο:** Οι περισσότερες έρευνες συνηγορούν στο ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο ικανοποιημένες από το επίπεδο φροντίδας που λαμβάνουν και ότι τα δύο φύλα αντιλαμβάνονται διαφορετικά την επαφή με το σύστημα υγείας. Σε μια έρευνα των Weissman και συν. (2001) στις ΗΠΑ δεν παρουσιάστηκαν, αρχικά, διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων. Μια πιο προσεκτική εκτίμηση των ερευνητών, όμως, αποκαλύπτει ότι το 18% των γυναικών, σε σχέση με το 9% των αντρών, άλλαξε ιατρό τα τελευταία 5 χρόνια. Οι γυναίκες το έκαναν κυρίως επειδή δεν έμειναν ικανοποιημένες από το επίπεδο επικοινωνίας που είχαν (Weissman και συν. 2001). Για τους άντρες, λόγοι όπως η απόσταση καθόρισαν την απόφασή τους για αλλαγή ιατρού. Η Foss (2002) από τη μεριά της, παρουσίασε σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων κάνοντας ξεχωριστή ανάλυση για διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Βρήκε ότι οι νεότερες γυναίκες, σε σχέση με τους νεότερους άντρες, ήταν σημαντικά πιο δυσαρεστημένες από τη νοσηλευτική φροντίδα, όχι όμως και από την ιατρική. Διάφορες εξηγήσεις γι' αυτό μπορούν να δοθούν από την κοινωνιολογική και φεμινιστική προσέγγιση (Gijsbers van Wijk 1996, Foss 2002), όπως ότι γυναίκες και άντρες αντιμετωπίζονται διαφορετικά από το σύστημα υγείας και ότι οι γυναίκες δε νοιώθουν ότι καλύπτουν τις απορίες τους και τους προβληματισμούς τους από τις εξηγήσεις που παίρνουν από το προσωπικό.

Ορισμένες μελέτες δεν παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων (Bredart και συν. 2007, Sitzia & Wood 1997, Hall & Dornan 1990), ενώ σε άλλες οι γυναίκες φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένες από τη νοσηλεία

τους. Βασικό ζήτημα ωστόσο παραμένει η ανάγκη για λεπτομερέστερη διερεύνηση της ικανοποίησης που έχουν τα δύο φύλα σε διαφορετικές ηλικίες και σε διαφορετικές διαστάσεις της νοσοκομειακής φροντίδας.

*Εθνικότητα:* Οι περισσότεροι ερευνητές/τριες που μελέτησαν την εθνικότητα ως μεταβλητή για την ικανοποίηση των ασθενών συμφωνούν ότι τα άτομα που ανήκουν σε μειονότητες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης (Haviland και συν. 2005). Οι Garroutte και συν. (2004) τονίζουν ότι οι μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις εμφανίζονται σε όσους αυτοκαθορίζονται ως μειονοτικοί, και όχι σε όσους ανήκουν σε μια μειονότητα, βάση καταγωγής ή κοινωνικών χαρακτηριστικών. Τα στοιχεία αυτά παραμένουν σταθερά ανεξάρτητα από τη χώρα διεξαγωγής της μελέτης (κυρίως Αγγλία, ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία). Διαφορετική ικανοποίηση καταγράφεται και μεταξύ των εθνικών μειονοτικών ομάδων. Στις ΗΠΑ, οι λευκοί μη ισπανόφωνοι είναι πιο ικανοποιημένοι, ακολουθούμενοι από τους Αφρο-αμερικανούς, τους Ασιάτες, τους Ισπανόφωνους και τελευταίους τους Ινδιάνους ιθαγενείς και τους ιθαγενείς από την Αλάσκα (Haviland και συν. 2005). Ανάλογες διακυμάνσεις παρουσιάζονται ανάμεσα σε άτομα της ίδιας εθνικής ομάδας. Στον Καναδά, τα άτομα της κινέζικης μειονότητας είναι λιγότερο ικανοποιημένα από τους λευκούς Καναδούς. Λιγότερο ικανοποιημένοι όμως είναι και όσοι γεννήθηκαν στην Κίνα και ήρθαν σχετικά πρόσφατα στον Καναδά σε σχέση με τα άτομα που γεννήθηκαν εκεί (Liu 2007). Το συγκεκριμένο εύρημα εγείρει ερωτήματα ως προς το κατά πόσο η επίδραση της εθνικότητας είναι υπερεκτιμημένη και αποτελεί συγχυτικό παράγοντα άλλων μεταβλητών, όπως για παράδειγμα η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών – προσωπικού (Dayton και συν. 2007).

Η τελευταία διαπίστωση δεν αναιρεί τις διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται μεταξύ εθνικών κρατών και αποδίδονται σε πολιτισμικούς παράγοντες. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 5 ευρωπαϊκά κράτη και στην Ταϊβάν οι Brédart και συν. (2007) κατέγραψαν σημαντικές διαφορές στη γενική ικανοποίηση από τη νοσηλεία, από τα διαπροσωπικά χαρακτηριστικά του προσωπικού και από την ποιότητα της ενημέρωσης, ένδειξη ότι το πολιτισμικό



υπόβαθρο επηρεάζει τον τρόπο που απαντώνται οι ερωτήσεις. Με βάση τα παραπάνω, προκύπτει ως αναγκαιότητα η στάθμιση των ερωτηματολογίων στις εθνικές ομάδες για να λαμβάνεται υπ' όψιν η επίδραση της κουλτούρας στη διακύμανση των απαντήσεων (Hayes & Baker 1998).

*Εκπαίδευση:* Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με την ικανοποίηση των ασθενών. Όσο λιγότερα τα χρόνια εκπαίδευσης, τόσο υψηλότερη είναι η ικανοποίηση, τουλάχιστον για κάποιες διαστάσεις της νοσηλείας (Quintana και συν. 2006, Braunsberger & Gates 2002, Wallin και συν. 2000, Hall & Dornan 1990). Ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν ότι για τους ηλικιωμένους ασθενείς η συσχέτιση είναι θετική, και ως εκ τούτου η ικανοποίηση αυξάνεται ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης (Calnan και συν. 2003).

*Κατάσταση της υγείας:* Αρκετές μελέτες τεκμηρίωσαν ότι το επίπεδο της υγείας σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Οι πιο υγιείς ασθενείς, τόσο σωματικά (Brédart και συν. 2007, Sandoval και συν. 2006, Redekop και συν. 2002, Druss και συν. 1999, Hall και συν. 1998, Williams & Calnan 1991) όσο και ψυχικά (Holcomb και συν. 1998), είναι περισσότερο ικανοποιημένοι. Το ενδιαφέρον σημείο της συγκεκριμένης συσχέτισης είναι η εύρεση του αίτιου και του αιτιατού. Οι περισσότερες μελέτες που ασχολούνται με το θέμα είναι συγχρονικές και συνεπώς καθιστούν προβληματική την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων.

Οι πρώτες αναφορές υποστήριζαν ότι η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας επηρεάζει θετικά την υγεία. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς, όπως έχει ήδη αναφερθεί, έχουν καλύτερη επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, δεν αλλάζουν υπηρεσίες υγείας και ακολουθούν τις ιατρικές και νοσηλευτικές οδηγίες πιστότερα. Έχουν, συνεπώς, συνέχεια στη φροντίδα υγείας και καλύτερη πληροφόρηση για θέματα που τους αφορούν. Παράλληλα, η χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών συνοδεύεται με αισθήματα άγχους, στενοχώριας, και απόγνωσης που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία (Frostholm και συν. 2005).

Άλλοι ερευνητές συνηγορούν στο ότι η κατεύθυνση της επίδρασης είναι διαφορετική. Το υγειονομικό προσωπικό προτιμάει και συνεργάζεται καλύτερα με ασθενείς σε καλύτερη κατάσταση υγείας (Hall και συν. 1996). Ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο θεωρούν ότι είχαν λιγότερη υποστήριξη από το ιατρικό προσωπικό, σε σχέση με ασθενείς χωρίς μεταστάσεις (Bitar και συν. 2004). Οι Convincki και συν. (1998) διετύπωσαν τη θεωρία ότι αυτό που καθορίζει την ικανοποίηση των ασθενών είναι το επίπεδο υγείας κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, και όχι κατά την είσοδο, και μάλιστα ανεξάρτητα από το αν το επίπεδο υγείας κατά την έξοδο συνιστά βελτίωση, σταθερότητα ή επιδείνωση σε σχέση με την κατάσταση εισαγωγής. Επίσης, το αυτο-εκτιμώμενο επίπεδο υγείας αποτελεί πιο ισχυρό προσδιοριστικό παράγοντα για την ικανοποίηση, σε σχέση με την κλινική εικόνα των ασθενών (DaCosta 1999).

Ο ακριβής μηχανισμός της παραπάνω συσχέτισης δεν είναι εύκολο να καθοριστεί. Στη μελέτη των Parghman και συν. (2005) για την ικανοποίηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όσοι/ες είχαν πάνω από δύο χρόνιες καταστάσεις υγείας ανέφεραν περισσότερα ενοχλητικά συμβάντα σε σχέση με αυτούς/ές που είχαν μόνο μία. Το ενδιαφέρον όμως είναι ότι τα συμβάντα αυτά περιορίστηκαν και η ικανοποίηση αυξήθηκε όταν ο χρόνος και η ποιότητα επικοινωνίας με το προσωπικό βελτιώθηκε και επιτεύχθηκε καλύτερος συντονισμός μεταξύ των διαφορετικών υγειονομικών υπηρεσιών.

### **2.7.2. Παράγοντες σε σχέση με τους/τις ιατρούς**

*Φύλο του/της Ιατρού:* Αυτό που απασχολούσε τους ερευνητές είναι το κατά πόσο οι άντρες ασθενείς θα ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες ιατρούς, λόγω της μακρόχρονης κυριαρχίας του αντρικού φύλου στο επάγγελμα. Το φύλο του/της ιατρού δεν φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι αναμενόμενο από τη στιγμή που υπάρχει συνήθως η δυνατότητα επιλογής του/της ιατρού. Επιπλέον, όταν παρατηρούνται διαφοροποιήσεις που αποδίδονται στο φύλο προς όφελος των αντρών, αυτές εξομαλύνονται με την πάροδο του χρόνου (Duberstein και συν. 2007). Αυτό όμως δεν αποκλείει το αντίθετο αποτέλεσμα: οι γυναίκες

εμφανίζονται πιο ικανοποιημένες όταν είναι γυναίκα η ιατρός, ενώ η ικανοποίηση των αντρών δεν επηρεάζεται από το φύλο του/της ιατρού (Derose και συν. 2001). Σημαντική συμμετοχή στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών φαίνεται να έχουν τα επικοινωνιακά χαρακτηριστικά του ιατρικού προσωπικού, όπως για παράδειγμα, το ότι οι γυναίκες ιατροί ασχολούνται περισσότερο από τους άντρες συναδέλφους τους με οικογενειακά και κοινωνικά θέματα των ασθενών (Bertakis και συν. 1995). Η απουσία καταγραφής διαφορών δεν σημαίνει ότι τα δύο φύλα δεν έχουν διαφορετικές προτιμήσεις. Γυναίκες που υποβλήθηκαν από άντρες ιατρούς σε υστεροσκόπηση στην Αγγλία, ενώ έμειναν απόλυτα ικανοποιημένες από τη διαδικασία, δήλωσαν ότι θα προτιμούσαν γυναίκα ιατρό αν τους δινόταν η επιλογή (McGurgan και συν. 2001).

*Ικανοποίηση από την εργασία & Επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών:* Στις οικονομικές επιστήμες η ικανοποίηση από την εργασία έχει σχετιστεί επαρκώς με θετικότερα αποτελέσματα για πλήθος επαγγεμάτων. Από τον κανόνα δεν εξαιρείται το ιατρικό προσωπικό, η επαγγελματική ικανοποίηση του οποίου σχετίζεται ισχυρά και θετικά με την ικανοποίηση των ασθενών (DeVoe και συν. 2007, Landon και συν. 2006). Επιπρόσθετα, η επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών (burn out syndrome, Hobfoll 1989, 2001) μειώνει την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία και αυξάνει τη χρονική διάρκεια ανάρρωσης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Halbesleben & Rathert 2008).

*Επικοινωνία με τους ασθενείς:* Τα επικοινωνιακά χαρακτηριστικά του ιατρικού προσωπικού έχουν ιδιαίτερα σημαντική επίδραση σε διάφορα υγειονομικά αποτελέσματα, καθώς και στο να διαμορφώσουν οι ασθενείς συμπεριφορές σε σχέση με την υγεία τους (Dube 2000, Stewart και συν. 1999). Η ικανοποίηση των ασθενών δεν εξαιρείται από τον κανόνα, χωρίς βέβαια να είναι η ποιότητα της επικοινωνίας από μόνη της ικανή να τη διαμορφώσει (Anderson 2007). Οι White και συν. (2005) κατέληξαν ότι μεγάλο ποσοστό παραπόνων ή/και μηνύσεων για τους ιατρούς στις ΗΠΑ οφείλεται σε κακή ποιότητα επικοινωνίας, όπως την

αντιλαμβάνονται οι ασθενείς. Η καλή επικοινωνία δεν είναι κάτι το αφηρημένο, κάτι που είτε υπάρχει, είτε όχι. Αντίθετα, μπορεί να βελτιωθεί και προοιωνίζεται από τρία κυρία χαρακτηριστικά (Rutten και συν. 2006):

- Πρώτον, ύπαρξη ουσιαστικής διαπροσωπικής σχέσης, η οποία απαιτεί χρόνο για να δημιουργηθεί. Όσοι ασθενείς συνεργάζονται πάνω από 2 χρόνια με τον ίδιο ιατρό είναι περισσότερο ικανοποιημένοι (Donahue και συν. 2005). Παρ' ότι οι κυριότερες έρευνες σ' αυτόν τον τομέα αφορούν στην ΠΦΥ, δεν υπάρχουν λόγοι που να μην επιτρέπουν τη μεταφορά των συμπερασμάτων και στη νοσοκομειακή φροντίδα.
- Δεύτερον, να προωθείται από το ιατρικό προσωπικό εις βάθος ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των ιδίων και των ασθενών: να ακούν προσεχτικά χωρίς να διακόπτουν, να δείχνουν εμπάθεια, να μεταδίδουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και να βεβαιώνονται ότι έγιναν κατανοητές (Zachariae και συν. 2003). Αυτή η διαδικασία είναι περισσότερο χρονοβόρα και συνεπώς λιγότερο αποδοτική από διοικητικής και οικονομοτεχνικής πλευράς, δίνει όμως την ευκαιρία για καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Zyzanski 1998).
- Τρίτον, να εμπλέκεται ο/η ασθενής στις αποφάσεις για διαδικασίες που τον/την αφορούν, να αποφεύγεται δηλαδή οποιαδήποτε πατερναλιστική συμπεριφορά (Cecil & Killeen 1997).

### **2.7.3. Παράγοντες σε σχέση με τους/τις νοσηλευτές/τριες**

*Γενικά:* Οι νοσηλευτές/τριες αποτελούν την πολυπληθέστερη υγειονομική ομάδα και αυτήν με την οποία έρχονται συχνότερα σε επαφή οι ασθενείς. Η συνεισφορά τους, συνεπώς, στη διαμόρφωση της εμπειρίας των ασθενών για τη νοσηλεία τους είναι αδιαμφισβήτητη. Αυτό που κατά κάποιο τρόπο αμφισβητείται, και δίνει αφορμή για αρκετές συζητήσεις, είναι κατά πόσο η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται και εξαρτάται περισσότερο από το νοσηλευτικό ή το ιατρικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα είναι αρκετά μεροληπτικά και μπορούν να βρεθούν μελέτες που να υποστηρίζουν τη μία ή την άλλη άποψη. Στην ιατρική βιβλιογραφία, η ιατρική ομάδα απεικονίζεται ως ο κύριος παράγοντας που καθορίζει το ποσοτικό

αποτέλεσμα της ικανοποίησης, με το νοσηλευτικό προσωπικό να ευθύνεται για σημαντικό αλλά μικρότερο ποσοστό επεξήγησης του τελικού αποτελέσματος (Thiedke 2007, Brown και συν. 1997). Διαφορετικά ευρήματα παρουσιάζονται συνήθως στον επιστημονικό νοσηλευτικό τύπο (Biering και συν. 2006, Urden 2002), ενώ υπάρχουν και αποτελέσματα που αποδίδουν ισόποση συνεισφορά στο σύνολο του προσωπικού (Brédart και συν. 2007, Kavadas και συν. 2004, Skarstein και συν. 2002).

Αυτό που ενδεχομένως ισχύει στην καθημερινή πρακτική είναι ότι το σύνολο του προσωπικού συνεισφέρει στην εμπειρία των ασθενών. Η ιατρική ομάδα είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που καθορίζει την επιλογή των ασθενών. Κανένας ασθενής δε διαλέγει νοσοκομείο ή υπηρεσία υγείας βάση των νοσηλευτών, αλλά βάση των ιατρών και της φήμης που έχουν. Η αποτελεσματικότητα όμως του συνόλου του προσωπικού αξιολογείται ως σημαντικός παράγοντας ικανοποίησης από το σύνολο των ασθενών (Otani & Kurz 2004) και οι νοσηλευτές και η συνολική ποιότητα στη φροντίδα είναι σε θέση να 'κρατήσουν' τους ασθενείς (Brown και συν. 1997, Abramowitz και συν. 1987).

Ένα ενδιαφέρον σημείο είναι ότι σε χώρες, όπως η Αγγλία, που οι νοσηλευτές έχουν αυξημένες ευθύνες και αρμοδιότητες λόγω έλλειψης ιατρικού προσωπικού (δικαίωμα δεύτερης συνταγογράφησης, λειτουργία κλινικών αποκλειστικά από νοσηλευτές κ.ά.), δεν παρατηρούνται διαφορές στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών συγκριτικά με τις παραδοσιακά οργανωμένες υπηρεσίες υγείας. Το συγκεκριμένο γεγονός συνηγορεί στην άποψη ότι το τι καθορίζει την ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από το πλαίσιο στο οποίο γίνεται η αξιολόγηση. Όποια και να είναι η οργάνωση του πλαισίου διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με τους νοσηλευτές επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Αυτοί οι παράγοντες θα συζητηθούν στη συνέχεια.

*Επικοινωνιακά χαρακτηριστικά του προσωπικού:* Σε πλήρη αντιστοιχία με το ιατρικό προσωπικό, η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών είναι ιδιαίτερα ισχυρός προγνωστικός δείκτης ικανοποίησης. Δυστυχώς, η κύρια πρακτική στην

Ελλάδα και στις περισσότερες χώρες είναι να ασχολούνται οι νοσηλευτές με 'τεχνικές' διαστάσεις της φροντίδας (οργάνωση του υλικού και του τμήματος, γραφειοκρατικές διαδικασίες για εξετάσεις κ.ά.) και όχι με τη διαπροσωπική επαφή και την επικοινωνία. Οι ασθενείς θα ήθελαν τους νοσηλευτές να έχουν διαφορετικό ρόλο. Σε μία μελέτη των Taylor και συν. (1991), οι ασθενείς ρωτήθηκαν τι σημαίνει γι' αυτούς/ες ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Οι σημαντικότερες παράμετροι στις οποίες αναφέρθηκαν ήταν το να τους ακούν οι νοσηλευτές και να απαντούν στους προβληματισμούς τους, και το να είναι υπομονετικοί και στοργικοί. Παρομοίως ο Bader (1988) αναφέρει ότι από τους 15 παράγοντες που ευθύνονται για τη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών, οι 12 αφορούσαν μη τεχνικές διαστάσεις της φροντίδας, όπως η ευγένεια, η επικοινωνία και η παροχή πληροφοριών.

*Ικανοποίηση από την Εργασία & Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών:* Σε τμήματα που χαρακτηρίζονται από επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού η ικανοποίηση των ασθενών είναι σημαντικά χαμηλότερη για όλες σχεδόν τις παραμέτρους της νοσηλείας και όχι μόνο για αυτές που αφορούν στους νοσηλευτές/τριες (Vahey και συν. 2004, Leiter και συν. 1998). Η σχέση βέβαια δεν είναι μονοδιάστατα γραμμική αλλά ακολουθεί ένα πιο σύνθετο μονοπάτι: επάρκεια της υπηρεσίας σε δομές, συνθήκες, προσωπικό → ικανοποίηση των νοσηλευτών → διατήρησή τους στο επάγγελμα → ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα → ικανοποίηση των ασθενών (Newman και συν. 2001).

#### **2.7.4. Παράγοντες σε σχέση με την οργάνωση του συστήματος υγείας**

Η εμπειρία και η ικανοποίηση των ασθενών δεν επηρεάζεται μόνο από δημογραφικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του προσωπικού και των ασθενών αλλά και από οργανωτικές παραμέτρους του συστήματος υγείας.

*Στελέχωση κλινικής:* Σε μεγάλα νοσοκομεία και σε κλινικές που η αναλογία ιατρών/ασθενών είναι μεγάλη, οι ασθενείς είναι λιγότερο ικανοποιημένοι/ες από τη διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού και τις διαπροσωπικές του

ικανότητες. Αντίθετα, όταν αυξάνονται οι αναλογίες νοσηλευτών/τριών-ασθενών οι ασθενείς μένουν ικανοποιημένοι/ες από την ενημέρωση που γίνεται από τους νοσηλευτές, αλλά όχι από τη διαθεσιμότητα των ιατρών (Brédart και συν. 2007). Επίσης όταν ένας νοσηλευτής/τρια είναι υπεύθυνος/η για περισσότερους από 8 ασθενείς σε πρωινή βάρδια η ικανοποίηση μειώνεται (Tervo-Heikkinen και συν. 2008).

*Εκπαίδευση φοιτητών:* Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι η διαδικασία της εκπαίδευσης των φοιτητών ιατρικής και νοσηλευτικής η οποία συνήθως γίνεται σε νοσοκομεία πολλών κλινών διαφοροποιεί τις εμπειρίες των ασθενών κάνοντας την περισσότερο τεχνική και απρόσωπη (Sjetne και συν. 2007) χωρίς όμως να μειώνεται το επίπεδο ικανοποίησής τους (Simon και συν. 2000, York και συν. 1995).

*Σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού:* Όταν αυξάνεται η αναλογία των πτυχιούχων νοσηλευτών / βοηθών νοσηλευτών-πρακτικών αδελφών σε ένα τμήμα αυξάνεται και η ικανοποίηση των ασθενών ακόμα και μετά από έλεγχο για όλες τις πιθανές παραμέτρους που καθορίζουν την ικανοποίηση (Hall και συν. 2003).

*Αυτο-χορήγηση φαρμάκων:* Το να παίρνουν οι ασθενείς μόνοι τους τα φάρμακα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους κερδίζει συνεχώς έδαφος επειδή αυξάνει τη συμμόρφωση, κυρίως των ηλικιωμένων ασθενών, στη θεραπεία τους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Hatch & Tapley 1982) και αυξάνει την αυτονομία και ανεξαρτησία των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (UKCC 1992). Αυτό αντανακλάται στην αξιολόγηση της εμπειρίας τους καθώς είναι πιο πιθανό να την βαθμολογήσουν ως 'εξαιρετική' (Deeks & Byatt 2000).

### **2.7.5. Μεθοδολογικοί παράγοντες**

Σε έρευνες στις οποίες το ζητούμενο δεν είναι η εμπειρία των ασθενών αλλά η αξιολόγηση του συστήματος υγείας ή η σύγκριση μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν ορισμένες μεθοδολογικές παράμετροι

οι οποίες επηρεάζουν την βαθμολόγηση των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια ικανοποίησης των ασθενών.

*Χρονική στιγμή της αξιολόγησης:* Οι απαντήσεις των ασθενών για το πόσο ικανοποιημένοι/ες έμειναν από τη νοσηλεία τους διαφοροποιούνται ανάλογα με τη χρονική στιγμή της αξιολόγησης. Οι μόνες απόψεις που φαίνεται να παραμένουν σταθερές αφορούν στην καθαριότητα και τους χρόνους του επισκεπτηρίου (Quintana και συν. 2006). Γενικά φαίνεται ότι όσο πιο σύντομα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο γίνεται η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, τόσο υψηλότερο είναι το ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα, αλλά και μεγαλύτερο το ποσοστό μη απαντημένων ερωτήσεων (Brédart και συν. 2002). Το ποσοστό παράλειψης απαντήσεων είναι κατά μέσο όρο 1.68 απαντήσεις για αξιολόγηση που γίνεται τρεις μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο σε αντιδιαστολή με το 3.82 που αναφέρεται για αξιολόγηση δύο εβδομάδες μετά. Η διαφορά είναι σημαντική επειδή οι ασθενείς αποφεύγουν να απαντήσουν τις ερωτήσεις στις οποίες δεν θέλουν να βαθμολογήσουν χαμηλά μια διάσταση της φροντίδας (Kritsotakis και συν. 2009, υπό δημοσίευση). Η παρατήρηση αφορά κατά πρώτο λόγο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και όχι τις διοικητικές παραμέτρους του συστήματος υγείας. Η μείωση της βαθμολογίας με την πάροδο του χρόνου καταγράφεται και από άλλους ερευνητές (Stevens και συν. 2006, Kinnnersly και συν. 1996). Φαίνεται ότι η χρονική αποστασιοποίηση από τη νοσηλεία επιτρέπει στους ασθενείς να αξιολογήσουν πιο αντικειμενικά την εμπειρία τους, χωρίς να φοβούνται ότι αυτό θα επιφέρει κάποιες συνέπειες στην αντιμετώπισή τους από το προσωπικό.

#### **2.7.6. Άλλοι παράγοντες**

*Συχνότητα εισαγωγής στο νοσοκομείο:* οι ασθενείς που κατά τη διάρκεια των 2 προηγούμενων ετών εισήχθησαν για νοσηλεία 1 μόνο φορά ήταν σημαντικά πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με όσους εισήχθησαν 3 ή 4 φορές (Sandoval και συν. 2006).



*Διάρκεια νοσηλείας:* Η γενική ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από τη διάρκεια σε ορισμένες περιπτώσεις μετεγχειρητικής νοσηλείας (Plomondon και συν. 2003) όχι όμως σε όλες (Sandoval και συν. 2006, Cleary και συν. 1991, Tokunaga & Imanaka 2002). Επηρεάζεται, όμως, η αξιολόγηση που κάνουν οι ασθενείς σε επιμέρους παράγοντες, όπως η άνεση που τους προσφέρει ο χώρος, η καθαριότητα κ.ά. (Quintana και συν. 2006). Ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας αποδίδεται διαφορετική βαρύτητα σε παραμέτρους της φροντίδας, κάτι που δεν είναι ανεξάρτητο από την πολιτισμική προέλευση των ασθενών: Στην έρευνα των Tokunaga και Imanaka (2002) η κλινική αποτελεσματικότητα των γιατρών και των νοσηλευτών ήταν ιδιαίτερα σημαντική για όλους τους ασθενείς. Για αυτούς/ές που είχαν διάρκεια νοσηλείας μεγαλύτερη από μία εβδομάδα είχε επίσης ιδιαίτερη σημασία ο σεβασμός στις απόψεις και τα συναισθήματά τους, ενώ όσοι/ες νοσηλευόταν πάνω από μήνα ήθελαν επιπλέον ουσιαστική και αποτελεσματική ανακούφιση από το σωματικό τους πόνο.

## **2.8. Η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην ικανοποίηση των ασθενών**

Οι Perry και συν. (2008) έλεγξαν εάν διαμορφώνεται η αξιολόγηση του συστήματος υγείας από το κοινωνικό κεφάλαιο σε δείγμα 1216 ατόμων από χαμηλά εισοδήματα στις ΗΠΑ. Κατέληξαν ότι ορισμένες παράμετροι, όπως οι κοινωνικές επαφές, όχι όμως και η συμμετοχή, επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση του γενικού πληθυσμού, ανεξάρτητα από την ύπαρξη συγκυτικών οικονομικών παραγόντων. Οι Lindstrom & Axen (2002) διερεύνησαν το κατά πόσο τα χαμηλά επίπεδα δύο δεικτών του κοινωνικού κεφαλαίου, η κοινωνική συμμετοχή και η εμπιστοσύνη, σχετίζονται με δυσαρέσκεια από πλευράς ασθενών για ορισμένες διαστάσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το χαμηλό επίπεδο εμπιστοσύνης σχετίστηκε με αδυναμία του ιατρικού προσωπικού να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών και με μικρότερη, αλλά σημαντική συσχέτιση, με λιγότερες πληροφορίες γύρω από τη θεραπεία, τις απαραίτητες εξετάσεις κ.ά.

Στο συγγενικό πεδίο της κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών (social support) έχει δειχθεί ότι περισσότερη στήριξη βελτιώνει την αξιολόγηση των

υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς και προδιαθέτει για καλύτερα υγειονομικά αποτελέσματα, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της νόσου (Barry και συν. 2007, DaCosta και συν. 1999, Sarason και συν. 1997). Οι ερευνητές δεν μπόρεσαν να αποδώσουν σε συγκεκριμένα αίτια το αποτέλεσμα, αλλά υπέθεσαν ότι τα άτομα με υψηλή στήριξη βιώνουν λιγότερο άγχος ή/και κατάθλιψη από την εμπειρία της ασθένειας και παράλληλα οι ασθενείς με χαμηλή υποστήριξη παρουσιάζουν απαιτήσεις κοινωνικής φύσεως η ικανοποίηση των οποίων υπερβαίνει τους σκοπούς του συστήματος υγείας όπως αυτό γίνεται αντιληπτό από τους επαγγελματίες υγείας.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έκανε σαφή την απουσία σχετικής επιστημονικής μελέτης σε ογκολογικούς ασθενείς σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Η θεωρητική βάση για τη συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την ικανοποίηση των ασθενών είναι ισχυρή. Το συνδετικό/ενωτικό κοινωνικό κεφάλαιο σε ατομικό επίπεδο συνοψίζει τις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων. Αποτελεί έκφραση κοινωνικών επαφών και συνδιαλλαγών. Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη εμπιστοσύνης, την κοινωνική συμμετοχή, την ικανότητα πρόσβασης σε αναγκαίες πληροφορίες, την ανοχή στο διαφορετικό, τη διάθεση για κοινωνική συνεργασία και συνύπαρξη. Η ικανοποίηση των ασθενών, στο βαθμό που είναι η ικανοποίηση των προσδοκιών των ατόμων, διαμορφώνεται σε συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο, επηρεάζεται συνεπώς από το κοινωνικό κεφάλαιο, τον τρόπο λειτουργίας των ατόμων σε συγκεκριμένες κοινωνικές δομές.

Μια ουδέτερη συσχέτιση δεν είναι απίθανη. Η διάγνωση για νεοπλασματική ασθένεια προκαλεί μεγάλη αναστάτωση. Οι ασθενείς καλούνται να προσαρμοστούν σε πλήθος νέων δεδομένων και πρωτίστως στις επικείμενες αλλαγές στην καθημερινότητα και στο φόβο του θανάτου (Ρηγάτος 2007). Σε αυτήν την περίπτωση, τα κοινωνικά χαρακτηριστικά ίσως να μην είναι ικανά να επηρεάσουν την αντίληψη για τη νοσηλεία και άλλοι παράγοντες, όπως για παράδειγμα η κατάσταση της υγείας τη στιγμή της αξιολόγησης, να έχουν σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωσή της.

## 2.9. Επίγραμμα

Στο παρόν κεφάλαιο αναφέρθηκαν οι σημαντικότεροι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται και να επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία τους. Παρ' ότι πολλά από τα αποτελέσματα δεν είναι οριστικά ή είναι αντιφατικά ως προς το περιεχόμενό τους, ο καθορισμός αυτών των παραγόντων είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την κατανόηση του πώς και γιατί οι ασθενείς μπορούν να μείνουν ευχαριστημένοι από μία διαδικασία την οποία δεν επέλεξαν, από υπηρεσίες που δεν ήθελαν να χρησιμοποιήσουν. Επιπλέον, είναι σημαντικός ο καθορισμός αυτών των παραγόντων για τη σωστή ερμηνεία των αποτελεσμάτων σε διεθνείς μελέτες και, κυρίως, όταν συγκρίνονται διαφορετικές πρακτικές, υπηρεσίες, θεραπείες, ή τα επίπεδα στελέχωσης των τμημάτων.

Από το παρόν κεφάλαιο γίνεται σαφές ότι η χρήση των αποτελεσμάτων επαφίεται στο προσωπικό υπόβαθρο και στην επαγγελματική κουλτούρα αυτών που τα ερμηνεύουν και τα χρησιμοποιούν. Μια εσφαλμένη ερμηνεία της βιβλιογραφίας θα οδηγούσε στο να μην εντατικοποιούμε τις προσπάθειες μας για τη βελτίωση της εμπειρίας των ατόμων και να δεχτούμε a priori ότι τα άτομα ορισμένων ομάδων (για παράδειγμα, εθνικών ή φυλετικών) θα έχουν μικρότερο βαθμό ικανοποίησης. Να παραδεχτούμε, δηλαδή, βασισμένοι στις στατιστικές συσχετίσεις των μεταβλητών, ότι ορισμένα πράγματα δεν μπορούν να αλλάξουν και άρα δεν αξίζουν της προσοχής μας. Ο καθορισμός των συγκεκριμένων παραγόντων πρέπει να οδηγεί στην εντατικότερη φροντίδα, από πλευράς υγειονομικού προσωπικού, για βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών και όχι στη δημιουργία αρνητικών στερεοτύπων, σε σχέση με την αντίληψη ορισμένων ατόμων για τις εμπειρίες τους από τις υπηρεσίες υγείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

#### **3.1. Ερευνητική υπόθεση και σκοπός της διατριβής**

Η ερευνητική υπόθεση της διατριβής είναι ότι το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Συνεπώς, όταν αυξάνονται οι δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο, θα αυξάνεται και ο βαθμός ικανοποίησης από τη νοσηλεία. Το κοινωνικό κεφάλαιο δημιουργεί την προδιάθεση, τόσο με όρους εμπιστοσύνης, αλληλεγγύης, συλλογικότητας, αλλά και κοινωνικής επαφής, να καλυφθούν οι προσδοκίες των ασθενών από τη νοσηλεία τους.

Σκοπός της διατριβής είναι να διερευνήσει την πιθανή επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου, σε ατομικό επίπεδο, στην ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από τη νοσηλεία τους, απαντώντας στα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Σχετίζεται το κοινωνικό κεφάλαιο των ασθενών σε ατομικό επίπεδο με την ικανοποίησή τους από τη νοσηλεία;
2. Μπορεί η ικανοποίησή να προβλεφθεί αξιόπιστα με βάση μοντέλο που θα περιλαμβάνει δημογραφικές μεταβλητές και το κοινωνικό κεφάλαιο;
3. Ποιοι παράγοντες – μεταβλητές του κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζονται/καθορίζουν/προβλέπουν καλύτερα την ικανοποίηση των ασθενών, από διαφορετικές παραμέτρους της νοσηλείας;
4. Αν εμφανιστεί συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου και της ικανοποίησης θα έχει θετική ή/και αρνητική κατεύθυνση;

Επιμέρους στόχοι της διατριβής είναι η στάθμιση της ‘Κλίμακας για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου’ και του ερωτηματολογίου για τη ‘Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία’ στην Ελλάδα.

Σε κάθε περίπτωση, είναι μια ενδιαφέρουσα ερευνητική υπόθεση καθώς μας επιτρέπει να αποκτήσουμε μια καινούρια, πιο ολοκληρωμένη, αντίληψη της

ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και το μηχανισμό με τον οποίο διάφορες κοινωνικές διαδικασίες σχετίζονται με αυτήν και την επηρεάζουν.

### **3.2. Ενότητες της διατριβής**

Το ερευνητικό μέρος της διατριβής βασίζεται σε 4 ενότητες.

Η πρώτη ενότητα αναφέρεται στην ψυχομετρική στάθμιση της ‘Κλίμακας για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου’ (Social Capital Questionnaire, SCQ) σε ελληνικό πληθυσμό. Μετά από στατιστικά τεστ σε δείγμα 521 ερωτηματολογίων από 3 αστικά κέντρα, προτείνεται η δομή της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου.

Η δεύτερη ενότητα πραγματεύεται τη γνωσιακή στάθμιση του παραπάνω ερωτηματολογίου μέσα από συνεντεύξεις με 25 ενήλικα άτομα στην Αθήνα. Στόχος των συνεντεύξεων ήταν να αποκωδικοποιηθεί το περιεχόμενο των απαντήσεων και η οργάνωση του λόγου των συμμετεχόντων προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για το τι πραγματικά αντιπροσωπεύουν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις στον ελληνικό πληθυσμό για τη σημασία λέξεων που χρησιμοποιούνται στη ρητορική του κοινωνικού κεφαλαίου, όπως εμπιστοσύνη, γειτονιά, κοινότητα, ενεργός κοινωνική συμμετοχή κ.ά.

Στην τρίτη ενότητα περιγράφεται η μετάφραση και ψυχομετρική στάθμιση μέσω ατομικών συνεντεύξεων του ερωτηματολογίου για τη ‘Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία’ (Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care) σε δείγμα ογκολογικών ασθενών στην Ελλάδα.

Η τέταρτη ενότητα αφορά στη διερεύνηση της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου στην ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από τη νοσηλεία τους, που αποτελεί το σκοπό της διατριβής.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

#### **4.1. Περιγραφή των ερωτηματολογίων**

##### **4.1.1. 'Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου'**

Ένας από τους επιμέρους στόχους της διατριβής είναι η στάθμιση ενός εργαλείου για τη μέτρηση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου, καθώς δεν υπάρχει κάτι αντίστοιχο στην Ελλάδα (Lyberaki & Paraskevooulos 2002). Το ερωτηματολόγιο που ανταποκρίνεται καλύτερα στον ελληνικό πληθυσμό, και καλύπτει περισσότερο τις ανάγκες της έρευνας, είναι η 'Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου' (Social Capital Questionnaire, SCQ) που αναπτύχθηκε στην Αυστραλία από τους Onyx & Bullen (2000). Προέκυψε από πυρήνα 68 αρχικών ερωτήσεων που δοκιμάστηκαν ψυχομετρικά. Αποτελείται, τελικά, από 36 ερωτήσεις οι οποίες σχηματίζουν 8 παράγοντες που μετρούν διαφορετικές διαστάσεις του όρου, και πιο συγκεκριμένα τις: *Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα, Ανάπτυξη στο Κοινωνικό Πλαίσιο, Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας, Σχέσεις με τους Γείτονες, Σχέσεις με Συγγενείς και Φίλους, Ανοχή στη Διαφορετικότητα, Εκτίμηση της Ζωής και Σχέσεις στην Εργασία*. Η βαθμολόγηση γίνεται είτε για το σύνολο της κλίμακας, είτε για τους επιμέρους παράγοντες που την αποτελούν. Σε όλες τις ερωτήσεις, μεγαλύτερη βαθμολογία σε μια 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert αποτελεί ένδειξη περισσότερου κοινωνικού κεφαλαίου. Οι επιλογές των απαντήσεων διαφοροποιούνται ανάλογα με τον τύπο της ερώτησης, για παράδειγμα: Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση/Ναι, οπωσδήποτε, Καθόλου/Πολύ, Όχι, ούτε μία φορά/Ναι, συχνά.

Έχει σταθμιστεί στην Αυστραλία (Onyx & Bullen) και τις ΗΠΑ (O'Brien και συν. 2004), δείχνοντας ότι είναι ένα πρακτικό, έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο. Το ερωτηματολόγιο έχει επιπλέον χρησιμοποιηθεί στις ΗΠΑ (Siahpush και συν. 2006), την Αυστραλία (Phongsavan και συν. 2006), την Ταϊβάν (Hsieh και συν. 2008), και το Μεξικό (Ferguson, 2006), παρουσιάζοντας επαρκείς και συγκρίσιμες ψυχομετρικές ιδιότητες. Η αρχική κλίμακα και η ελληνική εκδοχή της (Kritsotakis και συν. 2008) αποτελούν τα *Παραρτήματα Α και Β* της διατριβής.

#### **4.1.2. Ερωτηματολόγιο για τη 'Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία'**

Ένας σημαντικός περιοριστικός παράγοντας στις τρέχουσες έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών είναι ότι μολονότι υπάρχει επαρκέστατος αριθμός ερωτηματολογίων (Castle και συν. 2005), απουσιάζει η διαπολιτισμική στάθμισή τους. Επομένως, δεν γίνεται δυνατό να εξαχθούν συγκρίσιμα αποτελέσματα μεταξύ διαφορετικών χωρών (Brédart και συν. 2001), παρ' ότι υπάρχουν ορισμένες σημαντικές εξαιρέσεις (Brédart και συν. 2007, Brédart και συν. 2005, Wensing και συν. 2002)<sup>3</sup>.

Ένα από τα ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια σήμερα είναι αυτό για τη 'Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία' (Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care', CASC) (CASC-G). Το CASC αναπτύχθηκε από τους Brédart και συν. (1998, 1999) και έχει σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί σε ογκολογικούς ασθενείς στην Ιταλία, Γαλλία, Πολωνία, Σουηδία (Brédart και συν. 2001), αποδεικνύοντας ότι είναι ένα πρακτικό, αν και σχετικά εκτενές, εργαλείο για την αξιόπιστη αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών. Το CASC αποτελείται

---

<sup>3</sup>Οι Arolone και Mosconi (2005) έθεσαν το ερώτημα κατά πόσο χρειαζόμαστε πλέον καινούρια ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών. Πρότειναν μάλιστα ότι, σε αναλογία με τις κλινικές μελέτες, τα νέα εργαλεία θα πρέπει να αποδεικνύουν επαρκέστερες ψυχομετρικές ή/και άλλες ιδιότητες, σε σχέση με τα υπάρχοντα, προκειμένου να δικαιολογήσουν την ανάγκη ύπαρξής τους.

από 61 ερωτήσεις οι οποίες αξιολογούν την ιατρική, τη νοσηλευτική και την οργανωτική-διοικητική διάσταση της ογκολογικής φροντίδας. Στις οδηγίες που δίνονται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αναφέρεται ότι οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και δεν πρόκειται να κοινοποιηθούν μεμονωμένα στο προσωπικό της κλινικής. Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων τύπου Likert (από 1 = κακό έως 5 = άριστο), εκτός από την τελευταία ερώτηση για τη συνολική ικανοποίηση, που αξιολογείται από μια 10βάθμια κλίμακα. Υπάρχουν, επίσης, 5 δηλώσεις για το σύνολο της εμπειρίας της νοσηλείας στις οποίες οι δυνατότητες απάντησης είναι από 1 = διαφωνώ απόλυτα έως 5 = συμφωνώ απόλυτα. Για κάθε διάσταση της νοσηλείας υπολογίζεται μια συνολική τιμή ή ο μέσος όρος, που προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις της κάθε υποκλίμακας. Η συνολική βαθμολογία αντιπροσωπεύει το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο πιο υψηλό είναι αυτό το επίπεδο.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή ασχολείται με την ψυχομετρική στάθμιση της συγκεκριμένης κλίμακας σε ογκολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα (Kritsotakis και συν. 2009, υπό δημοσίευση). Η στάθμιση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, καθώς εκτός από την καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών, θα παρέχει τη δυνατότητα αξιόπιστης σύγκρισης των αποτελεσμάτων και των παραγόντων που την επηρεάζουν σε διαφορετικές χώρες. Τόσο η αγγλική όσο και η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται στα *Παραρτήματα Γ και Δ* της διατριβής.

#### **4.2. Μετάφραση των ερωτηματολογίων**

Η ισοδυναμία των αρχικών με τα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια είναι ζωτικής σημασίας για την εγκυρότητα των ερευνών, ιδίως κατά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ διαφορετικών χωρών. Η μετάφραση των ερωτηματολογίων στην παρούσα έρευνα έγινε με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας (Harkness 2007, EKE, ESS) η οποία διεξάγεται σε 22 Ευρωπαϊκές χώρες και στοχεύει στην καταγραφή των στάσεων και των



διαφορετικών αξιών μεταξύ του πολυ-πολιτισμικού ευρωπαϊκού πληθυσμού (Jowell 2003).

Η διαδικασία της μετάφρασης έγινε σε 4 διαδοχικά στάδια. Επιλέχθηκε η συλλογική προσέγγιση της επιτροπής (committee approach), η οποία προσαρμόστηκε στους σκοπούς και τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Αρχικά, 3 μεταφραστές έκαναν παράλληλα, αλλά ανεξάρτητα, μεταφράσεις και των 2 ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν. Στο δεύτερο στάδιο ακολούθησαν συναντήσεις κατά τις οποίες οι 3 μεταφραστές και ένας συντονιστής συζήτησαν τις μεταφράσεις για κάθε ερώτηση ξεχωριστά. Για κάθε ερώτηση διαβαζόταν η κάθε μετάφραση. Οι υπόλοιποι είτε συμφωνούσαν, είτε πρότειναν αλλαγές (λέξεων, συντακτικού, νοήματος) μέχρι να οριστικοποιηθεί η τελική διατύπωση. Το πλεονέκτημα αυτής της προσέγγισης έγκειται στο γεγονός ότι η συνύπαρξη τριών ατόμων μπορεί να παράγει πιο ακριβείς και αξιόπιστες μεταφράσεις, ενώ επιπλέον δίνει τη δυνατότητα στους μεταφραστές να εξηγήσουν και να συζητήσουν τις όποιες τους επιλογές.

Παρ' ότι δεν περιλαμβάνεται στις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΚΕ, έγινε αντίστροφη μετάφραση (back-translation) του ελληνικού ερωτηματολογίου στα αγγλικά από τέταρτο μεταφραστή, ο οποίος δεν είχε καμία συμμετοχή στην πρότερη διαδικασία μετάφρασης, με σκοπό να συγκριθούν οι δύο ομόγλωσσες εκδοχές μεταξύ τους. Αυτή η μεθοδολογία έχει δεχτεί έντονη κριτική επειδή δεν είναι πολιτισμικά ευαίσθητη και επιπροσθέτως, δεν είναι δυνατό να αποδοθούν σε συγκεκριμένα αίτια οι διαφορές που παρουσιάζονται μεταξύ των μεταφράσεων (Martinez και συν. 2006, Mimura & Griffiths 2004). Στη συγκεκριμένη περίπτωση χρησιμοποιήθηκε ως μία επιπλέον αφορμή για συζήτηση πιθανών υφολογικών και γλωσσολογικών διαφορών, και όχι σαν αναγκαιότητα για ταυτόσημες εκδοχές. Στην τέταρτη φάση, χρησιμοποιώντας όλες τις πληροφορίες από τα προηγούμενα στάδια, ο υποψήφιος διδάκτορας κατέληξε στην τελική μετάφραση των ερωτηματολογίων στην ελληνική γλώσσα. Τα στοιχεία όσων συμμετείχαν στη διαδικασία της μετάφρασης βρίσκονται στο *Παράρτημα Ε* της Διατριβής.

#### **4.2.1. Κλίμακα για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου**

Η τελική μετάφραση της 'Κλίμακας για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου' (SCQ-G) χρησιμοποιήθηκε πιλοτικά σε δείγμα ευκολίας 30 ατόμων, ανδρών και γυναικών, 18-79 ετών και διαφορετικού επίπεδου εκπαίδευσης. Αυτό έγινε για να διασφαλιστεί η νοηματική ισοδυναμία του πρωτοτύπου με τη μετάφραση, καθώς και η ευκρίνεια και κατανόηση των οδηγιών από τους συμμετέχοντες.

Στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο οι απαντήσεις καταγράφονται σε 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert. Λεκτικοποιούνται μόνο οι επιλογές 1 και 4, και όχι οι 2 και 3 όπως φαίνεται στο Σχήμα 1. Μια σημαντική τροποποίηση που έγινε σε αυτό το στάδιο στο SCQ-G, είναι ότι αναφέρονται σαφώς όλες οι επιλογές επειδή αρκετά ηλικιωμένα άτομα ή/και άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης επέλεγαν μόνο τις απαντήσεις που συνοδεύονταν από φράσεις, και όχι αυτές που είχαν μόνο αριθμούς, παρά τις σαφείς οδηγίες που τους είχαν δοθεί ότι μπορούν να επιλέξουν το 1, το 2, το 3, ή το 4.

Επιπλέον, οι περισσότεροι παρανόησαν την ερώτηση 'Εάν χαλάσει κάποιο αυτοκίνητο έξω από το σπίτι σας, θα προσκαλούσατε τον/την οδηγό μέσα στο σπίτι σας για να χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο;' (If someone's car breaks down outside your house, do you invite them into your home to use the phone?). Οι απαντήσεις τους αφορούσαν την διάθεσή τους να προσφέρουν βοήθεια (για παράδειγμα, ένα ποτήρι νερό, το κινητό τους τηλέφωνο, ή οτιδήποτε χρειαζόταν) έξω από το σπίτι και όχι μέσα σε αυτό. Μόνο μετά από διευκρινήσεις γινόταν αντιληπτό ότι η ερώτηση αφορά το να προσκαλέσεις αγνώστους στο σπίτι και όχι απλά να τους βοηθήσεις έξω από αυτό. Η μορφοποίηση της ερώτησης άλλαξε και τονίστηκε η παράμετρος 'μέσα στο σπίτι'.

Ορισμένες ερωτήσεις στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο περιελάμβαναν την έκφραση 'local community' (τοπική κοινότητα). Έγιναν αρκετές συζητήσεις για το πώς θα μπορούσε να αποδοθεί σαφέστερα η έννοια στο ελληνικό ερωτηματολόγιο. Επιλέχθηκε τελικά η ουδέτερη, αλλά κατανοητή, φράση 'στην περιοχή σας'. Έτσι η ερώτηση 'Do you go outside your local community to visit your family?' αποδόθηκε

ως εξής: ‘Επισκέπτεστε μέλη της οικογένειάς σας που μένουν σε άλλη περιοχή από αυτή που μένετε εσείς;’

Περισσότερες λεπτομέρειες για την οριστική απόδοση της κλίμακας στα ελληνικά παρέχονται στην ενότητα της γνωσιακής στάθμησης, παράγραφος 5.2., σελ 78.

	1	2	3	4
Θεωρείται η περιοχή που μένετε ασφαλής;	<input type="checkbox"/> <i>Καθόλου</i>	<input type="checkbox"/> <i>Λίγο</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πολύ</i>	<input type="checkbox"/> <i>Πάρα πολύ</i>
Does your area have a reputation for being a safe place?	<input type="checkbox"/> <i>No, not at all</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Yes</i>

**Σχήμα 1.** Τροποποίηση της βαθμολόγησης των απαντήσεων στην ελληνική μετάφραση του SCQ

#### 4.2.2. Ερωτηματολόγιο για τη ‘Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία’

Δεν ανέκυψαν ιδιαίτερα ζητήματα κατά τη μετάφραση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, κυρίως επειδή οι ερωτήσεις δεν περιείχαν λέξεις με πολλαπλά νοήματα ή σημασιολογικές ασάφειες.

#### 4.3. Ψυχομετρική στάθμηση του SCQ-G

Για την ψυχομετρική στάθμηση του SCQ-G, συμπληρώθηκαν 521 ερωτηματολόγια από ενήλικα άτομα (20-79 ετών) που κατοικούσαν σε 3 αστικές περιοχές της Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα στην Αθήνα, την Κόρινθο και το Ηράκλειο-Κρήτης. Οι επιμέρους περιοχές διαφέρουν μεταξύ τους σε αρκετές παραμέτρους, όπως π.χ. κάτοικοι ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο, ποσοστό ατόμων με πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ποσοστό ανεργίας κ.ά. (ΕΣΥΕ 2005). Η διαδικασία επιλογής του πληθυσμού βασίστηκε στις διαδικασίες που χρησιμοποίησαν οι Onyx & Bullen (2000) όταν κατασκεύαζαν και στάθμισαν το ερωτηματολόγιο. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα είναι δείγμα ευκολίας. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε χώρους εργασίας (ιδιωτικές & δημόσιες υπηρεσίες, και καταστήματα – γραφεία), σε ΚΑΠΗ, καθώς και προσεγγίζοντας

τυχαία άτομα (π.χ. συγγενείς ή φίλους ασθενών σε νοσοκομεία). Προκειμένου να συμπεριληφθούν άνεργοι στη διαδικασία της στάθμισης, συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια σε σπίτια καθώς και σε γραφείο του ΟΑΕΔ (Μαρούσι – Αττικής). Αντιπροσωπεύονται στο δείγμα άτομα διαφορετικών ηλικιών, εκπαίδευσης, εισοδήματος, πηγών εισοδήματος, οικογενειακής κατάστασης και άλλων δημογραφικών μεταβλητών. Σε σχέση με τις αναλογίες του πληθυσμού, όπως έχουν δημοσιευτεί από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (2005), το συγκεκριμένο δείγμα περιλαμβάνει περισσότερες γυναίκες, νέους – νέες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και μεγαλύτερη αναλογία εργαζομένων. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Το δείγμα είναι συγκρίσιμο με αυτό των σταθμίσεων στην Αυστραλία και τις ΗΠΑ, τουλάχιστον για τις μεταβλητές που μπορούν να συγκριθούν, όπως ηλικία και φύλο. Δύο σημαντικές διαφορές με τα συγκεκριμένα δείγματα είναι ότι σε σχέση με την Αυστραλία, το δείγμα μας δεν περιλαμβάνει άτομα από αγροτικές περιοχές, ή άτομα από εθνικές μειονότητες όπως στην Αμερική.

Προκειμένου να οριστούν οι παράγοντες στο SCQ-G και να γίνει σύγκριση με τη δομή του ερωτηματολογίου στην Αυστραλία (Onyx & Bullen 2000) και τις ΗΠΑ (O'Brien και συν. 2004) έγινε Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (Exploratory Factor Analysis). Το δείγμα για Παραγοντική Ανάλυση θεωρείται επαρκές όταν υπάρχουν τουλάχιστον 10 φορές περισσότερες παρατηρήσεις από τις ερωτήσεις (MacCallum και συν. 1999). Οι Sarpas & Zeller (2002) έχουν προτείνει ότι η παραπάνω αναλογία δεν είναι απαραίτητη και πληθυσμός μεταξύ 50 και 100 παρατηρήσεων είναι επαρκής για να διερευνηθούν ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματο-λογίων στις κοινωνικές επιστήμες. Στην παρούσα μελέτη το δείγμα ήταν 521 άτομα για 36 ερωτήσεις, αναλογία μεγαλύτερη από 14:1. Επιπλέον ο δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin για επάρκεια του δείγματος ήταν 0.78, αρκετά υψηλότερος από τη συνιστώμενη τιμή 0.60 (Kaiser 1974). Ακολούθησαν συσχετίσεις πολλαπλών κλιμακώσεων (multitrait scaling analyses, αναλύονται λεπτομερώς στην ενότητα 4.5.1., σελ. 63) καθώς και δοκιμασίες για την εγκυρότητα και τη διακριτική αξιοπιστία των υπο-κλιμάκων. Τέλος, προκειμένου να οριστούν

νόρμες στον ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις των παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου με δημογραφικές μεταβλητές.

#### 4.4. Γνωσιακή στάθμιση του SCQ-G

Η φρασεολογία που χρησιμοποιείται στις έρευνες για το κοινωνικό κεφάλαιο ευθύνεται για πληθώρα μεθοδολογικών προβλημάτων. Αυτό συμβαίνει επειδή χρησιμοποιούνται λέξεις και φράσεις (όπως για παράδειγμα γειτονιά, κοινωνία, ενεργός συμμετοχή), οι οποίες έχουν ασαφείς εννοιολογικές ιδιότητες, είναι σύνθετες και πολυδιάστατες και συνεπώς διαφορετικοί άνθρωποι τους δίνουν διαφορετικό νόημα και σημασία. Το συγκεκριμένο ζήτημα δημιουργεί προβλήματα κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων, την εξαγωγή συμπερασμάτων, τη σύγκριση των δεδομένων από διαφορετικές περιοχές ή σε εύρος χρόνου, και κυρίως κατά τον μετασχηματισμό της ρητορικής σε πολιτική και πράξη. Τα ερωτήματα, συνεπώς, που τίθενται είναι: 'Πώς αντιλαμβάνονται οι ερωτώμενοι τις έννοιες των λέξεων που χρησιμοποιούνται στο SCQ-G και τις έρευνες για το κοινωνικό κεφάλαιο γενικά και πώς αυτό συνεισφέρει ή υπονομεύει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων;'

**Πίνακας 1.** Κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές του ελληνικού δείγματος για τη στάθμιση της κλίμακας του κοινωνικού κεφαλαίου (N=521)

Φύλο	Άντρες	214 (41%)
	Γυναίκες	307 (59%)
Ηλικία (σε χρόνια)	μ.ο.	37.10
	Εύρος	20-79
	ΣΑ	12.856
Αριθμός παιδιών	Εύρος	0-4
	μ.ο.	0.72
Χρόνια διαμονής στην περιοχή	μ.ο.	20
	Εύρος	0.5-79
	ΣΑ	14.058
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένοι/ες	234 (45%)
	Ανύπαντροι/ες	250 (48%)
	Χήροι/ες	11 (2%)
	Διαζευγμένοι/ες	26 (5%)
Εργασία	Εργαζόμενοι	495 (95%)
	Άνεργοι	26 (5%)
Εκπαίδευση	Δημοτικό	26 (5%)
	έως Λύκειο	193 (37%)
	Πανεπιστήμιο	245 (47%)
	Master/PhD	57 (11%)

Προκειμένου να διερευνηθεί προσεκτικότερα τι αντιπροσωπεύουν στην πράξη οι απαντήσεις για το κοινωνικό κεφάλαιο στον ελληνικό πληθυσμό, αποφασίστηκε να πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις και ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Ο αριθμός των συνεντεύξεων που θα διεξάγονταν ορίστηκε με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα. Ακολουθήθηκε η πρόταση των Potter και Wetherell (1987), σύμφωνα με την οποία το μέγεθος του δείγματος καθορίζεται από το σημείο στο οποίο αρχίζουν να επαναλαμβάνονται τα ίδια δείγματα λόγου και, πλέον, δεν προστίθενται νέες πληροφορίες.

Πραγματοποιήθηκαν 25 εις βάθος προσωπικές ημιδομημένες συνεντεύξεις με άτομα που διαμένουν στο λεκανοπέδιο Αττικής. Δεκαέξι από τις συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν μετά από προφορική άδεια των συμμετεχόντων. Κάθε συνέντευξη διήρκεσε κατά μέσο όρο 40 λεπτά (εύρος 25-60 λεπτά). Οι συμμετέχοντες ήταν 12 άντρες (48%) και 13 γυναίκες (52%). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 53,5 έτη (εύρος 22-77, ΣΑ 17.765). Από αυτούς/ές 12 (48%) ήταν παντρεμένοι/ες, 6 (24%) ανύπαντροι/ες, 4 (16%) χήροι/ες και 3 (12%) διαζευγμένοι/ες. Η εκπαίδευση τους ήταν έως απολυτήριο γυμνασίου/λυκείου σε ποσοστό 48% (12), και ανώτερες σπουδές σε ποσοστό 52% (13).

Για την ανάλυση των συνεντεύξεων αντλήθηκαν στοιχεία από τον ευρύτερο θεωρητικό και μεθοδολογικό προσανατολισμό της 'ανάλυσης του λόγου' (discourse analysis), με επικέντρωση στο περιεχόμενο του λόγου (content analysis) (Edwards & Potter 1992). Η θεώρηση αυτή επιτρέπει την ενδελεχή μελέτη της ποικιλίας του λόγου των ανθρώπων, λαμβάνοντας υπόψη το κοινωνικό, ιστορικό, πολιτισμικό και ιδεολογικό πλαίσιο της παραγωγής του (Phillips & Jorgensen 2002). Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση η επιλογή των λέξεων που θα χρησιμοποιηθούν καθορίζει τη δημιουργία του γεγονότος στο οποίο ένας ομιλητής αναφέρεται. Ο λόγος έτσι καθορίζει και παράγει τα αντικείμενα της γνώσης μας (Edwards & Potter 1992, Potter & Wetherell 1987).

Η επιλογή του αναλυτικού μοντέλου καθορίστηκε από το κύριο ερώτημα της παρούσας έρευνας και έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από την εργασία των Bowden και συν. (2002), όπως αυτή χρησιμοποιήθηκε από τους De Silva και συν. (2006). Υιοθετήθηκε το σύστημα της ταυτόχρονης συνέντευξης (concurrent

interviewing) που περιγράφεται αναλυτικά, μεταξύ άλλων, από τους Willis (2005) και Jobe και Mingay (1989). Σε σχέση με άλλες επιλογές, π.χ. τη διενέργεια της συνέντευξης μετά τη συμπλήρωση όλου του ερωτηματολογίου, η ταυτόχρονη πραγματοποίησή της εμφανίζει τα πλεονεκτήματα ότι είναι πιο άμεση, έχει καλύτερη γνωστική συνάφεια με την ερώτηση, και ελαχιστοποιεί το λάθος μνημονικής ανάκλησης (Murtagh και συν. 2007). Η διαδικασία της συνέντευξης άρχιζε με την αναφορά από μέρος του ερευνητή του εξής κειμένου όπως προσαρμόστηκε από το πρότυπο των Green και Gilhooly (1996):

*Σε λίγο θα αρχίσετε να συμπληρώνετε ένα ερωτηματολόγιο για τις κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων. Αυτό θα μας βοηθήσει να δούμε αν αυτές μπορούν να επηρεάσουν την υγεία σας και πώς. Για να είναι τα αποτελέσματα της έρευνας σωστά, θέλουμε να δούμε ότι όλοι καταλαβαίνετε τις ερωτήσεις το ίδιο ή να δούμε τι ακριβώς καταλαβαίνετε. Για να γίνει αυτό θα διαβάζετε κάθε ερώτηση και μετά που θα την απαντάτε θα σας κάνω ορισμένες ερωτήσεις για να μου εξηγήτε τις απαντήσεις σας. Δε θα ήθελα να σχεδιάζετε την απάντηση σας, δεν υπάρχει σωστή και λάθος, μόνο να μου λέτε ότι σκεφτήκατε. Καταλάβετε πως θα το κάνουμε;*

*Ωραία. Σας ευχαριστώ ξανά για τη συμμετοχή σας και το χρόνο σας. Σας παρακαλώ να μιλάτε όσο πιο καθαρά μπορείτε για να καταγράφεται καθαρά η φωνή σας στο κασσετοφωνάκι.*

Στη συνέχεια ο/η ερωτώμενος/η διάβαζε δυνατά την ερώτηση και μετά το τέλος της απάντησης ακολουθούσαν οι διευκρινιστικές ερωτήσεις από τον ερευνητή. Υπήρχαν συγκεκριμένες βοηθητικές ερωτήσεις για κάθε κύρια ερώτηση, οι οποίες όμως μπορούσαν να τροποποιηθούν κατά περίπτωση σε σχέση με την απάντηση. Παράδειγμα των ερωτήσεων που γινόταν είναι οι εξής:

Κύρια ερώτηση:

*Αν προσέχατε κάποιο παιδάκι και χρειαζόταν να βγείτε έξω για λίγο, θα ζητούσατε από κάποιον γείτονα να το κρατήσει;*

Βοηθητικές διευκρινιστικές ερωτήσεις:

*Ποιον σκεφτήκατε ότι μπορεί να σας κρατήσει το παιδί όταν απαντούσατε την ερώτηση;*

*Γιατί δεν θα ζητούσατε από κάποιον γείτονα να το κρατήσει;*

Η ανάλυση βασίζεται στην αρχική κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων, από τη μελέτη στην Αυστραλία (Πίνακας 2, σελ. 74). Περιλαμβάνει απαντήσεις οι οποίες βοηθούν στο να γίνουν σημαντικές αναπαραστάσεις κοινωνικών θεμάτων που αφορούν στο κοινωνικό κεφάλαιο στον ελληνικό πληθυσμό. Επίσης, αναφέρει τυχόν διαφορές ή ομοιότητες που διαπιστώνονται μεταξύ του ελληνικού και πληθυσμών από άλλες χώρες (De Silva και συν. 2006, Blaxter & Poland 2002, Blaxter 2004) σε σύνθετους και πολυδιάστατους όρους που συνήθως χρησιμοποιούνται σε ανάλογες έρευνες, όπως κοινότητα, κοινωνία, γειτονιά, πολιτισμικότητα κ.λπ.

Η ανάλυση που πραγματοποιήθηκε για τις ανάγκες και τους στόχους της παρούσας έρευνας δεν αποσκοπεί στη διατύπωση γενικεύσεων για τις κατανοήσεις των ερωτώμενων για θέματα γενικά ή σχετικά με τις κοινωνικές τους σχέσεις. Επιδιώκει κυρίως τον εντοπισμό κανονικοτήτων στη χρήση του λόγου τους στα συγκεκριμένα πλαίσια συλλογής των δεδομένων (Αντωνιάδου 2008). Για να γίνει αυτό, κατά τη φάση της ανάλυσης έγινε προσπάθεια να εντοπιστούν τα 'ερμηνευτικά ρεπερτόρια' (interpretative repertoires) από τα οποία αντλούν οι ομιλητές/τριες το λόγο τους. Τα 'ερμηνευτικά ρεπερτόρια' ορίζονται ως πολιτισμικά οικείες και συνηθισμένες γραμμές επιχειρηματολογίας τις οποίες χρησιμοποιούν οι ομιλητές για να περιγράψουν το πλαίσιο. Αποτελούνται από αναγνωρίσιμα θέματα, κοινούς τόπους και πιστεύω (Potter & Wetherell 1987, Wetherell 1998). Επομένως, στο λόγο των συμμετεχόντων δεν εξετάζονται στάσεις, απόψεις, ή γνώμες που ήταν κατά κάποιο τρόπο κοινές μεταξύ τους, ή χωρίς πρωτότυπη αναφορά σε στερεότυπα και προκαταλήψεις του ελληνικού πληθυσμού. Για παράδειγμα στην ερώτηση: "Έχετε μαζέψει ποτέ σκουπιδάκια άλλων σε κάποιο δημόσιο χώρο;" διαφορετικές απαντήσεις όπως 'Ναι, στην



παραλία' ή 'Ναι, στο βουνό' δεν εμφανίζουν διαφορές στην υποκείμενη νοοτροπία και συνεπώς δεν περιλαμβάνονται στην επικείμενη ανάλυση.

#### **4.5. Ψυχομετρική στάθμιση του CASC**

Η στάθμιση του ερωτηματολογίου για τη 'Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία' πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τα στοιχεία που συλλέχθηκαν για τη διερεύνηση της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου στην ικανοποίηση των ασθενών. Η διαδικασία επιλογής του δείγματος αναφέρεται στην παράγραφο 4.6.1., σελ. 65.

Οι στατιστικές αναλύσεις για την ψυχομετρική στάθμιση του ερωτηματολογίου στην Ελλάδα βασίστηκαν σε μεγάλο βαθμό στις μεθόδους που χρησιμοποίησαν οι Brédart και συν. (2001) κατά τη διαδικασία στάθμισης του ερωτηματολογίου σε γαλλικό, πολωνικό, σουηδικό και ιταλικό πληθυσμό ογκολογικών ασθενών, και ήταν οι εξής: συσχετίσεις πολλαπλών κλιμακώσεων (multitrait scaling analyses), δοκιμασίες αξιοπιστίας (reliability tests), τεστ για την συγκλίνουσα και τη δομική εγκυρότητα (convergent & construct validity tests), καθώς και τεστ για τη διακριτική εγκυρότητα των ερωτήσεων και των υποκλιμάκων (item-discriminant & scale-discriminant validity tests).

##### **4.5.1. Συσχετίσεις Πολλαπλών Κλιμακώσεων (multitrait scaling analyses)**

Συσχετίσεις πολλαπλών κλιμακώσεων έγιναν στην αναθεωρημένη εκδοχή του CASC (Brédart και συν. 2001) για να ελεγχθεί το κατά πόσον η κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων στις άλλες χώρες ανταποκρίνεται στον ελληνικό πληθυσμό. Η κάθε ερώτηση πρέπει να συσχετιστεί με την υποκλίμακα στην οποία υποτίθεται ότι ανήκει μετά από διόρθωση για πιθανές επικαλύψεις. Ο όρος 'διόρθωση για πιθανές επικαλύψεις' δηλώνει ότι η κάθε ερώτηση αντιμετωπίζεται ως μία ανεξάρτητη μεταβλητή. Οι συσχετίσεις με τις υποκλίμακες υπολογίζονται χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψιν η ερώτηση στην τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου (Ware & Gandek 1998, Bjorner και συν. 1998). Αυτή η διαδικασία αξιολογεί ορισμένα κριτήρια σε σχέση με τη συγκλίνουσα και τη διακριτική

εγκυρότητα των ερωτήσεων. Η συγκλίνουσα εγκυρότητα επιτυγχάνεται όταν η ερώτηση έχει απόλυτη τιμή συντελεστή συσχέτισης (correlation coefficient) μεγαλύτερη από .40, μετά από διόρθωση για πιθανές επικαλύψεις, με την υποκλίμακα στην οποία θεωρείται ότι ανήκει. Αυτή η διαδικασία πιστοποιεί επίσης την ισοδυναμία των ερωτήσεων, ένδειξη ότι η κλίμακα δεν χρειάζεται επιπλέον στάθμιση (weighting). Η διακριτική εγκυρότητα είναι αποδεκτή όταν η κάθε ερώτηση έχει συντελεστή συσχέτισης στατιστικά σημαντικά υψηλότερο με την δική της υποκλίμακα σε σχέση με τις άλλες. Για την παρούσα ψυχομετρική στάθμιση όλοι οι συντελεστές συσχέτισης  $r$  μετατράπηκαν σε συντελεστές  $z$  του Fischer έτσι ώστε να διασφαλιστεί η κανονικότητα. Αν η διαφορά μεταξύ 2  $z$  τιμών διαιρεμένων δια του τυπικού σφάλματος (standard error) είναι υψηλότερη από 1.96, η διαφορά μεταξύ των δύο συσχετίσεων μπορεί να υποστηριχτεί στο διάστημα εμπιστοσύνης (confidence interval) 95% (Ware & Gandek 1998, Bjorner και συν. 1998).

#### **4.5.2. Δομική εγκυρότητα**

Η δοκιμασία για τη δομική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου βασίστηκε στην υπόθεση ότι κάθε υποκλίμακα θα πρέπει να σχετίζεται ισχυρά και σημαντικά με μία γενική ερώτηση για την ικανοποίηση των ασθενών. Υπολογίστηκε με βάση τους συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων και της ερώτησης: 'Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της φροντίδας που είχατε σ' αυτό το νοσοκομείο αυτές τις μέρες;' (σε κλίμακα από 1 έως 10). Απόλυτες τιμές συντελεστή συσχέτισης  $r$  μεγαλύτερες από .50 θεωρούνται υψηλές (Cohen 1988).

#### **4.5.3. Αξιοπιστία**

Ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach χρησιμοποιήθηκε για να υπολογιστεί η εσωτερική αξιοπιστία των υποκλιμάκων. Η χαμηλότερη συνιστώμενη αποδεκτή τιμή  $\alpha$  είναι .70 (Cohen 1988).

#### **4.5.4. Διακριτική εγκυρότητα υποκλιμάκων**

Ο σκοπός της στατιστικής δοκιμασίας είναι να αξιολογηθεί η ικανότητα των υποκλιμάκων να διακρίνουν μεταξύ διαφορετικών διαστάσεων της φροντίδας. Έγιναν συσχετίσεις μεταξύ της βαθμολογίας των υποκλιμάκων προσθέτοντας τους βαθμούς των επιμέρους ερωτήσεων που ανήκαν σε αυτές. Εφόσον ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach υπερβαίνει σε απόλυτη τιμή το συντελεστή συσχέτισης  $r$  μεταξύ των 2 υποκλιμάκων, μπορούμε να υποθέσουμε ότι κάθε υποκλίμακα μετράει διαφορετική παράμετρο (Ware & Gandek 1998).

#### **4.6. Συσχέτιση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την Ικανοποίηση των Ασθενών**

##### **4.6.1. Πληθυσμός**

Όλοι οι ογκολογικοί ασθενείς που εισήχθησαν στο τμήμα της Παθολογικής Ογκολογίας του Νοσοκομείου 'Ευαγγελισμός' στην Αθήνα για περίοδο 10 διαδοχικών εβδομάδων προσκλήθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη, εφ' όσον πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής τα οποία ήταν τα εξής:

- α) να είναι από 18 έως 79 ετών
- β) να μην έχουν ψυχιατρικό ιστορικό
- γ) να μπορούν να επικοινωνήσουν  
(για παράδειγμα, να μην έχουν εκτενείς εγκεφαλικές μεταστάσεις)
- δ) να μπορούν να καταλάβουν και να μιλήσουν ελληνικά
- ε) να έχουν μείνει στο νοσοκομείο τουλάχιστον για 2 βράδια και
- στ) να δώσουν έγγραφη συγκατάθεση συμμετοχής στη μελέτη.

Αποφασίστηκε να εξαιρεθούν όσοι είχαν ηλικία άνω των 80 ετών, επειδή τείνουν να μη δίνουν αξιόπιστες απαντήσεις σε έρευνες που χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια (Crow και συν. 2002). Έγκριση για τη διεξαγωγή της μελέτης δόθηκε από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου.

Ακολούθησε πιλοτική φάση σε 10 ασθενείς. Αρχικά είχε αποφασιστεί να γίνει ταχυδρομική αποστολή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους

ασθενείς στο σπίτι τους. Μετά την πιλοτική φάση, αποφασίστηκε να γίνει ταυτόχρονη συμπλήρωση και των 2 ερωτηματολογίων με συνέντευξη για τέσσερις κυρίως λόγους:

1. Προκειμένου να επιτυγχάνεται υψηλό ποσοστό συμμετοχής στις μελέτες ικανοποίησης των ασθενών, ένα συγκεκριμένο άτομο πρέπει να ενημερώνει τους ασθενείς για την έρευνα και τους σκοπούς της (Brédart και συν. 2001). Παρ' ότι ο ερευνητής ενημέρωνε προσωπικά όλους τους ασθενείς για την έρευνα, το ποσοστό επιστροφής των ερωτηματολογίων με το ταχυδρομείο θεωρήθηκε χαμηλό (40%) σε σχέση με αυτό που αναφέρεται σε άλλες μελέτες ικανοποίησης ασθενών (Castle και συν. 2005, Brédart και συν. 2001, Sitzia & Wood 1998).
2. Η χρονική στιγμή που γίνεται η αξιολόγηση επηρεάζει τη βαθμολογία για την ικανοποίηση (Stevens και συν. 2006, Brédart και συν. 2002). Κατά τη διάρκεια της πιλοτικής φάσης, τα ερωτηματολόγια δεν επιστρεφόταν στο αναμενόμενο χρονικό διάστημα και αυτό έγειρε ερωτήματα για την αξιοπιστία των δεδομένων.
3. Ήταν ιδιαίτερα σημαντικό να διερευνηθούν οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς δεν απαντούσαν σε ορισμένες ερωτήσεις. Αυτό ήταν δυνατό μόνο με προσωπική επαφή και συζήτηση μαζί τους.
4. Η ταυτόχρονη συμπλήρωση και των δύο ερωτηματολογίων από τους ίδιους τους ασθενείς, και όχι από συγγενείς τους, είναι απαραίτητη για την αξιοπιστία των δεδομένων. Στην πιλοτική μελέτη διαφάνηκε ότι αυτό διασφαλιζόταν μόνο μέσω της προσωπικής επαφής και της συνέντευξης.

Η συνέντευξη γινόταν τη μέρα που έφευγε ο/η ασθενής από το νοσοκομείο ή την προηγούμενη. Σε κάθε περίπτωση γινόταν μεταξύ της 3<sup>ης</sup> και 5<sup>ης</sup> μέρας νοσηλείας, επειδή η διάρκεια της νοσηλείας ίσως επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών (Tokunaga & Imanaka 2002, Thi και συν. 2002).

Ογδόντα τέσσερις ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στην μελέτη. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες (δημογραφικά στοιχεία και ιατρικά δεδομένα) συλλέχθηκαν από τα ιατρικά και νοσηλευτικά αρχεία και από τον φάκελο των ασθενών. Από τους 84 ασθενείς οι 32 (38%), δε δέχτηκαν να συμμετέχουν. Το

ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα διαμορφώνεται συνεπώς στο 62%. Όσοι δεν συμμετείχαν είχαν κοινά δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά με τους συμμετέχοντες, εκτός από το επίπεδο εκπαίδευσης: όσοι/ες συμμετείχαν είχαν γενικά περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης και μεγαλύτερη αναλογία πτυχίων ανώτατης εκπαίδευσης από τους μη συμμετέχοντες. Ο υποψήφιος διδάκτορας διενήργησε τις συνεντεύξεις με τους υπόλοιπους 52 ασθενείς σε χώρο, το γραφείο της προϊσταμένης, που του παραχωρήθηκε από την κλινική. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν οι ασθενείς δεν μπορούσαν να σηκωθούν από το κρεβάτι λόγω επιβαρυσμένης κλινικής κατάστασης, η συνέντευξη γινόταν μέσα στο δωμάτιο. Σε αυτήν την περίπτωση γινόταν οτιδήποτε δυνατό για να διασφαλιστεί η ανωνυμία των ασθενών: Για παράδειγμα, η συνέντευξη πραγματοποιούταν όταν οι άλλοι ασθενείς έλειπαν για εξετάσεις κ.λπ.

Οι ασθενείς ενημερωνόταν προφορικά για την έρευνα και διαβεβαιωνόταν ότι η συζήτηση είναι εμπιστευτική και καμία αναφορά για οτιδήποτε δεν πρόκειται να γίνει στο προσωπικό της κλινικής. Επίσης, γινόταν σαφές στους ασθενείς ότι μπορούσαν να διακόψουν τη συνέντευξη και να αποχωρήσουν (ή να ζητήσουν από τον ερευνητή να αποχωρήσει) από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή χωρίς την παραμικρή εξήγηση. Στη συνέχεια, διάβαζαν ή τους διάβαζε ο υποψήφιος διδάκτορας το έντυπο συγκατάθεσης το οποίο και υπέγραφαν. Το έντυπο συγκατάθεσης που υπέγραφαν οι ασθενείς αποτελεί το *Παράρτημα ΣΤ*. Κάθε συνέντευξη για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της ικανοποίησης διήρκεσε μεταξύ 20-45 λεπτών, ενώ 3 διήρκεσαν γύρω στα 120 λεπτά. Για την κλίμακα του κοινωνικού κεφαλαίου ο χρόνος της συνέντευξης ήταν κατά κανόνα μικρότερος των 20 λεπτών. Οι συμμετέχοντες ήταν 29 άντρες (56%) και 23 γυναίκες (44%). Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 61.1 έτη (εύρος 36-79, ΣΑ 10,05). Από αυτούς 38 (73%) ήταν παντρεμένοι, 1 (2%) ανύπαντρος και 7 (13.5%) χήροι/ες. Οι 16 είχαν παρακολουθήσει έως δημοτικό (31%), οι 23 έως εξατάξιο γυμνάσιο/έως Λύκειο (44%) και οι 13 ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο (25%). Όλοι/ες έκαναν χημειοθεραπεία. Οι κυριότερες πρωτοπαθείς εντοπίσεις του καρκίνου ήταν στον πνεύμονα (21, 40%),

στο γαστρεντερικό σύστημα (παχύ έντερο, στομάχι) (18, 34.5%), στον τράχηλο (6, 11.5%) και στο στήθος (4, 7.5%).

#### **4.6.2. Μεθοδολογία**

Προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα επιλέχθηκε να γίνει η μελέτη σε ένα μόνο ιατρικό τμήμα. Όπως αναλύθηκε λεπτομερώς στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο, η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από οργανωτικές, διοικητικές και άλλες παραμέτρους, όπως η στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας, η αναλογία ιατρών-νοσηλευτών, τα επικοινωνιακά χαρακτηριστικά του προσωπικού κ.ά. Η πραγματοποίηση της μελέτης σε περισσότερα από ένα κέντρα θα αποτελούσε συγχυτικό παράγοντα που θα υπονόμει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αντίθετα, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σε μία κλινική ελαχιστοποιεί τις αποκλίσεις που οφείλονται σε διαφορετικά χαρακτηριστικά ή στην εργασιακή κουλτούρα του προσωπικού και κάνει τα αποτελέσματα περισσότερο εύχρηστα και αξιόπιστα.

Ένα επίσης μεθοδολογικό ζήτημα που προέκυψε σχετιζόταν με την καταλληλότητα της κλίμακας του κοινωνικού κεφαλαίου για χρήση σε πληθυσμό ασθενών: το πνεύμα των ερωτήσεων του κοινωνικού κεφαλαίου είναι να αποτυπώσουν τη νοοτροπία, τις απόψεις, τις συνηθισμένες δραστηριότητες και την καθημερινότητα του πληθυσμού. Λόγω της ασθένειας και της αυξημένης επαφής με το σύστημα υγείας, είτε για νοσηλεία, είτε για παρακολούθηση, η καθημερινότητα των ασθενών διαταράσσεται. Η καταγραφή αυτών των διακυμάνσεων και των μεταβολών είναι επιθυμητή και συμβάλλει ουσιαστικά στην εγκυρότητα της κλίμακας. Όμως, η διαδικασία της νοσηλείας επηρεάζει άμεσα ορισμένες απαντήσεις και δεν επιτρέπει την αξιόπιστη καταγραφή της συνηθισμένης κατάστασης. Με απλά λόγια, η κλίμακα δεν έχει διερευνηθεί ψυχομετρικά για περιπτώσεις ασθένειας. Για να διερευνηθούν συνεπώς πιθανές διαφοροποιήσεις της κλίμακας στους ασθενείς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, πραγματοποιήθηκαν εκ νέου δοκιμασίες εσωτερικής αξιοπιστίας ( $\alpha$  του Cronbach) στις 31 από τις 36 ερωτήσεις της κλίμακας, χωρίς τη συμμετοχή του παράγοντα *Σχέσεις στην Εργασία*

(5 ερωτήσεις). Ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach ήταν .808 και μπορούσε να βελτιωθεί με τη διαγραφή ορισμένων ερωτήσεων.

Αποφασίστηκε να αφαιρεθούν οι ερωτήσεις που υπονόμειαν την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου στο δείγμα των ογκολογικών ασθενών. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν οι εξής:

- 'Επισκεφθήκατε κάποιον γείτονα την τελευταία εβδομάδα;' του παράγοντα *Συμμετοχή στην Κοινότητα* (ερώτηση 12).
- 'Έχετε πάει σε κάποια εκδήλωση στην περιοχή που μένετε τους τελευταίους 6 μήνες; (π.χ., εκκλησιαστική πανήγυρη, σχολική εορτή, έκθεση χειροτεχνίας κάποιας ομάδας)' του παράγοντα *Συμμετοχή στην Κοινότητα* (ερώτηση 13).
- 'Πόσες φορές μιλήσατε με φίλους στο τηλέφωνο την τελευταία εβδομάδα;' του παράγοντα *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής* (ερώτηση 16).
- 'Με πόσα άτομα μιλήσατε εχθές;' του παράγοντα *Επαφές με Συγγενείς & Φίλους* (ερώτηση 17).

Ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach διαμορφώθηκε στο .828 μετά την αφαίρεση των ερωτήσεων (σύνολο ερωτήσεων κλίμακας = 27). Οι ερωτήσεις που αφαιρέθηκαν δεν είναι ευαίσθητες στην περιγραφή της καθημερινότητας των ασθενών, όπως αυτή επηρεάζεται από την ασθένεια και από τη διαδικασία της νοσηλείας.

Από τους παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου: *Συμμετοχή στην Κοινότητα*, *Αισθήματα Ασφάλειας*, *Επαφές με Συγγενείς & Φίλους*, *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής*, *Σχέσεις στην Εργασία*, και *Ανοχή στη Διαφορετικότητα* δεν συμπεριλήφθηκαν στις τελικές στατιστικές αναλύσεις οι παράγοντες *Σχέσεις στην Εργασία* (5 ερωτήσεις) και *Επαφές με Συγγενείς & Φίλους* [2 ερωτήσεις: *Συνηθίζετε να τρώτε τα Σαββατοκύριακα με φίλους κάπου εκτός σπιτιού;* (ερώτηση 18) & *Με πόσα άτομα μιλήσατε εχθές;* (ερώτηση 17)]. Η ερώτηση 17 αφαιρέθηκε γιατί υπονομεύει ψυχομετρικά την αξιοπιστία της κλίμακας και δε νοείται παράγοντας με μία μόνο ερώτηση. Η ερώτηση 18 συμπεριλαμβάνεται στον υπολογισμό του συνολικού ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου. Οι συντελεστές εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach  $\alpha$ ) για την κλίμακα

του κοινωνικού κεφαλαίου και τις υποκλίμακες μετά την αφαίρεση των ερωτήσεων που δεν συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανάλυση αναφέρονται στα αποτελέσματα της διατριβής.

#### **4.6.3. Στατιστικές μέθοδοι**

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της διδακτορικής διατριβής έγινε με το SPSS (13.0 - 14.0, SPSS, Chicago, IL, USA). Για τη συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την ικανοποίηση των ασθενών πραγματοποιήθηκαν μονοπαραγοντική (simple) και πολυπαραγοντική (multiple) γραμμική παλινδρόμηση (linear regression) μεταξύ του συνόλου της κλίμακας του κοινωνικού κεφαλαίου, και των παραγόντων του, και:

1. Του μέσου όρου του συνόλου του ερωτηματολογίου για τη συνολική εκτίμηση της ικανοποίησης από τη νοσηλεία.
2. Των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου και πιο συγκεκριμένα:
  - A. Συνολική αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού και επιμέρους κατηγορίες (κλινική κατάρτιση, ποιότητα πληροφόρησης - ενημέρωσης, κοινωνικές δεξιότητες, διαθεσιμότητα).
  - B. Συνολική αξιολόγηση για το νοσηλευτικό προσωπικό και επιμέρους κατηγορίες (κλινική κατάρτιση, ποιότητα επικοινωνίας - ενημέρωσης, κοινωνικές δεξιότητες).
  - Γ. Διοικητικές-ξενοδοχειακές παράμετροι της νοσηλείας (χρόνοι αναμονής, καθαριότητα) και το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης (σύσταση του νοσοκομείου σε άλλους).
3. Το γενικό επίπεδο ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα.

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση συμπεριελήφθησαν οι δημογραφικές μεταβλητές φύλο, ηλικία, και επίπεδο εκπαίδευσης. Στις αναλύσεις, η ηλικία ήταν συνεχής μεταβλητή. Το επίπεδο εκπαίδευσης χωρίστηκε σε 2 κατηγορίες: έως Λύκειο και Πανεπιστήμιο. Η συνολική βαθμολογία για τις υποκλίμακες και των δύο ερωτηματολογίων προκύπτει από την πρόσθεση των βαθμών των ερωτήσεων που ανήκουν σε αυτές, εκτός από το μέσο όρο του ερωτηματολογίου της ικανοποίησης.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

#### **5.1. Ψυχομετρική στάθμιση του SCQ-G**

##### **5.1.1. Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση και Συσχετίσεις Πολλαπλών Κλιμακώσεων**

Το ποσοστό των αναπάντητων ερωτήσεων ήταν κάτω από 2% και εξαιρέθηκαν από όλες τις στατιστικές αναλύσεις. Οι άνεργοι και όσοι εργάζονταν μόνοι τους δεν απάντησαν σε ερωτήσεις που σχετίζονται με την εργασία όπως η: 'Νοιώθετε ότι είστε μέρος μιας ομάδας στη δουλειά σας;'. Το ποσοστό αυτών των ερωτήσεων ήταν 5-20% και επίσης εξαιρέθηκαν από τις αναλύσεις.

Δώδεκα παράγοντες είχαν ιδιοτιμές (eigenvalues) > 1.0. Η μελέτη των ιδιοτιμών και του διαγράμματος των παραγόντων (scree plot) συνηγορούσε υπέρ της διατήρησης 6-8 παραγόντων. Επειδή αυτά τα αποτελέσματα δεν ήταν σαφή και ξεκάθαρα, δοκιμάστηκαν διάφορες πιθανές λύσεις χρησιμοποιώντας το στατιστικό λογισμικό SPSS 14.0. Έγινε Εξαγωγή Κυρίων Παραγόντων (Principal components extractions) με varimax και promax εναλλαγές για 6, 7, 8, 9, και 12 παράγοντες. Επειδή δεν υπήρχε λόγος να υποθέσουμε a priori ορθόγωνη δομή (orthogonal pattern), λόγω των χαμηλών συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων, η promax εναλλαγή δοκιμάστηκε πρώτη. Τα αποτελέσματα που έδωσαν οι λύσεις με 9 και 12 παράγοντες ήταν ανεπαρκή επειδή είχαν παράγοντες οι οποίοι οριζόταν μόνο από μία ερώτηση. Προκειμένου να καταλήξουμε στη δομή των παραγόντων λάβαμε υπ' όψιν τη συνολική επεξηγηματική ικανότητα του μοντέλου (hyperplane structure) και την αξιοπιστία των υποκλιμάκων που προέκυπταν, όπως αυτή αποτυπώνεται με το συντελεστή  $\alpha$  του Cronbach. Η επεξηγηματική ικανότητα αντιστοιχεί στον

αριθμό των πρακτικά μηδενικών φορτίων (loadings) ενός παράγοντα (Gorsuch 1983). Αυτό σημαίνει πως οι μεταβλητές έχουν υψηλό φορτίο σε έναν παράγοντα και χαμηλό προς μηδενικό στους υπόλοιπους, κάτι που επιτρέπει τον καλύτερο ορισμό του παράγοντα.

Η λύση με έξι παράγοντες (varimax με κανονικοποίηση Kaiser) αποδείχτηκε πιο ικανοποιητική για την επεξηγηματικότητά της και τη θεωρητική και εννοιολογική ικανότητά της. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι σ' αυτό το μοντέλο οι ερωτήσεις ταίριαζαν πιο πολύ με τους παράγοντες. Η επεξηγηματική ικανότητα των έξι παραγόντων ήταν 41.11% για το δείγμα από την Ελλάδα, σε σχέση με 49.30% για το αυστραλέζικο (Onyx & Bullen 2000), και 68% για το αμερικάνικο (O'Brien και συν. 2004) για 8 παράγοντες.

Για να καθοριστεί σε ποιον παράγοντα ανήκει η κάθε ερώτηση ορίστηκε το .30 ως απόλυτη κατώτερη τιμή του συντελεστή συσχέτισης με τον παράγοντα (factor pattern coefficient). Ο συντελεστής συσχέτισης δείχνει την άμεση συσχέτιση της ερώτησης με τον παράγοντα. Όταν μια ερώτηση είχε τιμές μεγαλύτερες του .30 για περισσότερους από έναν παράγοντες, συμπεριλαμβανόταν όπου εμφάνιζε την υψηλότερη απόλυτη τιμή. Οι 6 παράγοντες στο ελληνικό δείγμα συμπεριλαμβάνουν 34 από τις 36 ερωτήσεις. Η συσχέτιση ερώτησης-συνολικής βαθμολογίας (item-total correlation) ήταν .22- .45 για 33 από τις 36 ερωτήσεις, ένδειξη ότι όλες συνεισφέρουν στη τελική διαμόρφωση της βαθμολογίας, χωρίς να είναι κάποια πιο σημαντική. Δύο από τις 36 ερωτήσεις είχαν χαμηλή συσχέτιση με την τελική βαθμολογία. Οι ερωτήσεις είναι: 'Εάν διαφωνείτε σε κάτι με το οποίο όλοι οι υπόλοιποι έχουν συμφωνήσει, νοιώθετε άνετα να εκφράσετε την διαφωνία σας;' και 'Αν προσέχατε κάποιο παιδάκι και χρειαζόταν να βγείτε έξω για λίγο, θα ζητούσατε από κάποιον γείτονα να το κρατήσει;' Οι συντελεστές συσχέτισης είναι .12 και .16 αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα επιτρέπουν την εξαγωγή μιας συνολικής βαθμολογίας από την κλίμακα (Onyx & Bullen 2000).

Η τελική παραγοντική δομή δοκιμάστηκε στη συνέχεια με Συσχετίσεις Πολλαπλών Κλιμακώσεων οι οποίες έγιναν για να εξεταστεί αν οι ερωτήσεις, μετά από διόρθωση για πιθανές επικαλύψεις, σχετίζονται με τους δικούς τους παράγοντες και όχι με άλλους (Ware & Gandek 1998). Η διαδικασία των

συσχετίσεων πολλαπλών κλιμακώσεων έχει αναλυθεί διεξοδικά στην παράγραφο 4.5.1., σελ. 63. Υπάρχει αποτυχία συσχέτισης όταν μια ερώτηση σχετίζεται υψηλότερα με παράγοντα διαφορετικό από αυτόν στον οποίο υποτίθεται ότι ανήκει. Τέτοια σφάλματα αποκαλύφθηκαν για 2 από τις 36 ερωτήσεις (επιτυχία κλίμακας 94.4%) και οδήγησαν σε νέα κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις μεταφέρθηκαν στους παράγοντες που παρουσίασαν την υψηλότερη συσχέτιση.

Η παραγοντική ανάλυση απεκάλυψε κοινές συμπεριφορές για πολλές από τις ερωτήσεις μεταξύ των διαφορετικών χωρών και οδήγησε στο να διατηρήσουμε την αρχική ονοματολογία των παραγόντων εκτός από τον παράγοντα *Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας* που μετονομάστηκε σε *Αισθήματα Ασφάλειας*. Δύο επιπλέον είναι οι σημαντικότερες διαφορές. Βασιζόμενοι σε διαφορετικές κατηγοριοποιήσεις των ερωτήσεων κατά τη διαδικασία της προσαρμογής της κλίμακας στην Ελλάδα, ο παράγοντας *Εκτίμηση της Ζωής* ενσωματώθηκε στον παράγοντα *Κοινωνική Συμπεριφορά ή Ανάπτυξη στο Κοινωνικό Πλαίσιο*, που μετονομάστηκε σε *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής* στο SCQ-G. Η άλλη διαφορά είναι ότι οι ερωτήσεις του παράγοντα *Σχέσεις με τη Γειτονιά* ενσωματώθηκαν στους παράγοντες *Συμμετοχή στην Κοινότητα* και *Κοινωνική Συμπεριφορά* και συνεπώς η παρουσία του ως ανεξάρτητου παράγοντα δεν στοιχειοθετείται στο ελληνικό δείγμα. Οι παράγοντες του SCQ-G είναι: *Συμμετοχή στην Κοινότητα*, *Αισθήματα Ασφάλειας*, *Επαφές με Συγγενείς & Φίλους*, *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής*, *Σχέσεις στην Εργασία*, και *Ανοχή στην Διαφορετικότητα*. Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τους 6 παράγοντες με τις ερωτήσεις που τους ορίζουν στην Ελλάδα, την Αυστραλία και τις ΗΠΑ. Επίσης αναφέρει τα φορτία (loadings) των ερωτήσεων προς τους παράγοντες για την ελληνική προσαρμογή της κλίμακας.

### **5.1.2. Αξιοπιστία**

Συντελεστές alpha > .70 θεωρούνται επαρκείς για αξιοπιστία κλιμάκων (Nunnally & Bernstein 1994). Ο συντελεστής alpha του Cronbach για το σύνολο της

κλίμακας SCQ-G ήταν .83 και μεταξύ .68 και .77 για τις υποκλίμακες (Πίνακας 3). Ο παράγοντας *Επαφές με Συγγενείς και Φίλους* δεν αποδείχθηκε αξιόπιστος με συντελεστή alpha του Cronbach .33. Οι ερωτήσεις διατηρήθηκαν και στο SCQ-G επειδή υποστήριζαν την συνολική αξιοπιστία της κλίμακας.

**Πίνακας 2.** Οι παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου και οι ερωτήσεις που τους προσδιορίζουν σε Ελλάδα, Αυστραλία και ΗΠΑ

ΕΛΛΑΔΑ	ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	ΗΠΑ
<b>A. Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα</b>		
Προσφέρετε εθελοντική εργασία σε κάποιο τοπικό σύλλογο, ομάδα ή οργάνωση;	(.73) Συμμετοχή	Συμμετοχή
Έχετε πάει σε κάποια εκδήλωση στην περιοχή που μένετε τους τελευταίους 6 μήνες; (π.χ., εκκλησιαστική πανήγυρη, σχολική εορτή, έκθεση χειροτεχνίας)	(.51) Συμμετοχή	Συμμετοχή
Συμμετέχετε ενεργά σε κάποιο τοπικό σύλλογο; (αθλητικό, κοινωνικό, πολιτικό)	(.69) Συμμετοχή	Συμμετοχή
Ανήκετε στο διοικητικό συμβούλιο κάποιου συλλόγου, ομάδας ή οργάνωσης της περιοχής σας;	(.63) Συμμετοχή	Συμμετοχή
Τα τελευταία 3 χρόνια, συνεργαστήκατε με άλλα άτομα για να αντιμετωπίσετε μια έκτακτη ανάγκη στην περιοχή σας; (βαρυχειμωνιά, φωτιά, πλημμύρα)	(.53) Συμμετοχή	Συμμετοχή
Τα τελευταία 3 χρόνια πήρατε μέρος σε κάποια δραστηριότητα που γίνεται στην περιοχή σας; (δενδροφύτευση, καθαρισμός παραλιών, προστασία δάσους κ.λπ.)	(.65) Συμμετοχή	n/a
Έχετε πάρει κάποια πρωτοβουλία για να οργανώσετε κάποιο καινούριο σύλλογο στην περιοχή σας; (εθελοντικής αιμοδοσίας, κατηχητικό, σύλλογο για ηλικιωμένους, χορωδία)	(.49) Συμμετοχή	Συμμετοχή
Αν προσέχατε κάποιο παιδάκι και χρειαζόταν να βγείτε έξω για λίγο, θα ζητούσατε από κάποιον γείτονα να το κρατήσει;	(.31) Γειτονιά	Γειτονιά
Επισκεφτήκατε κάποιον γείτονα την τελευταία εβδομάδα;	(.43) Γειτονιά	Γειτονιά
Έχετε μαζέψει ποτέ σκουπίδιακια άλλων σε κάποιο δημόσιο χώρο;	(.33) Κοινωνική Συμπεριφορά	Κοινωνική Συμπεριφορά
Τους τελευταίους έξι μήνες έτυχε να βοηθήσετε κάποιον γείτονά σας που αρρώστησε;	(.42) Γειτονιά	Γειτονιά
Συμφωνείτε με την άποψη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι	(.31) Ασφάλεια/	Ασφάλεια/

είναι άξιοι εμπιστοσύνης;		Εμπιστοσύνη	Εμπιστοσύνη
<b>Β. Κοινωνική Συμπεριφορά ή Ανάπτυξη στο Κοινωνικό Πλαίσιο</b>			
(δεν αντιπροσωπεύει τον ελληνικό πληθυσμό)			
<b>Γ. Αισθήματα Ασφάλειας</b> (πρωτότυπος τίτλος: Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας)			
Νοιώθετε ασφαλής να περπατάτε στη γειτονιά σας όταν νυχτώσει;	(.82)	Ασφάλεια/ Εμπιστοσύνη	Ασφάλεια/ Εμπιστοσύνη
Θεωρείται η περιοχή που μένετε ασφαλής;	(.78)	Ασφάλεια/ Εμπιστοσύνη	Ασφάλεια/ Εμπιστοσύνη
<b>Δ. Επαφές στη Γειτονιά</b> (δεν αντιπροσωπεύει τον ελληνικό πληθυσμό)			
<b>Ε. Επαφές με Συγγενείς &amp; Φίλους</b>			
Με πόσα άτομα μιλήσατε εχθές;	(.47)	Οικογένεια/ Φίλοι	Οικογένεια/ Φίλοι
Συνηθίζετε να τρώτε τα Σαββατοκύριακα με φίλους κάπου εκτός σπιτιού;	(.62)	Οικογένεια/ Φίλοι	Οικογένεια/ Φίλοι
<b>ΣΤ. Ανοχή στην Διαφορετικότητα</b>			
Πιστεύετε ότι το να ζουν στην περιοχή σας άτομα από διαφορετικά μέρη κάνει τη ζωή σας καλύτερη;	(.75)	Ανοχή	Ανοχή
Σας αρέσει να ζείτε μεταξύ ατόμων με διαφορετικό τρόπο ζωής από τον δικό σας;	(.77)	Ανοχή	Ανοχή
<b>Ζ. Κοινωνική Συμπεριφορά &amp; Εκτίμηση της Ζωής</b> (πρωτότυπος τίτλος: Εκτίμηση της Ζωής )			
Αισθάνεστε καταξιωμένος/η στην κοινωνία;	(.57)	Εκτίμηση Ζωής	Ασφάλεια/ Εμπιστοσύνη <sup>β</sup>
Όταν πηγαίνετε για ψώνια στην περιοχή σας συνήθως συναντάτε γνωστούς και φίλους;	(.32)	Γειτονιά	δ/σχ
Πόσες φορές μιλήσατε με φίλους στο τηλέφωνο την τελευταία εβδομάδα;	(.34) <sup>α</sup>	Οικογένεια/ Φίλοι	Οικογένεια/ Φίλοι
Επισκέπτεστε μέλη της οικογένειάς σας που μένουν σε άλλη περιοχή από αυτή που μένετε εσείς;	(.31) <sup>α</sup>	Κοινωνική Συμπεριφορά	δ/σχ
Εάν χρειαστεί να πάρετε μια πολύ σημαντική απόφαση για τη ζωή σας, ξέρετε που να βρείτε τις απαραίτητες πληροφορίες;	(.43)	Κοινωνική Συμπεριφορά	Ασφάλεια/ Εμπιστοσύνη <sup>β</sup>
Εάν διαφωνείτε σε κάτι με το οποίο όλοι οι υπόλοιποι έχουν συμφωνήσει, νοιώθετε άνετα να εκφράσετε τη διαφωνία σας;	(.49)	Κοινωνική Συμπεριφορά	δ/σχ
Νοιώθετε ότι είστε μέλος της κοινότητας στην περιοχή που εργάζεστε; <sup>γ</sup>	(.39)	Εργασία	Ασφάλεια/ Εμπιστοσύνη <sup>β</sup>
Αν έχετε διαφορές με τους γείτονές σας (π.χ. για το όριο των οικοπέδων ή για τα κατοικίδια τους) είστε	(.54)	Κοινωνική Συμπεριφορά	Εκτίμηση Ζωής

πρόθυμος/η να προσπαθήσετε να τα βρείτε;			
Αν η ζωή σας τελειώνει αύριο, θα ήσασταν ευχαριστημένοι με τη ζωή που ζήσατε;	(.36)	Εκτίμηση Ζωής	Εκτίμηση Ζωής
Έχετε βοήθεια από τους φίλους σας όταν την χρειάζεστε;	(.46)	Γειτονιά	Εκτίμηση Ζωής
Νοιώθετε ότι εκεί που ζείτε είναι «σαν το σπίτι σας»;	(.44)	Ασφάλεια/ Εμπιστοσύνη	Ασφάλεια/ Εμπιστοσύνη
Μερικοί υποστηρίζουν ότι βοηθώντας τους άλλους τελικά βοηθάς τον εαυτό σου. Συμφωνείτε με αυτήν την άποψη;	(.36)	δ/α	Εκτίμηση Ζωής
<b>Η. Σχέσεις στην Εργασία <sup>γ</sup></b>			
Είναι οι συνάδελφοί σας φίλοι σας;	(.62)	Εργασία	Εργασία
Νοιώθετε ότι είστε μέλος μιας ομάδας στη δουλειά σας;	(.63)	Εργασία	Εργασία
Στη δουλειά σας, αναλαμβάνετε την πρωτοβουλία να κάνετε κάτι που χρειάζεται να γίνει ακόμα κι αν δεν σας το έχει ζητήσει κανείς;	(.57)	Κοινωνική Συμπεριφορά	Κοινωνική Συμπεριφορά
Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, βοηθήσατε κάποιο συνάδελφο στη δουλειά του, ενώ δεν ήταν δική σας ευθύνη ή υποχρέωση;	(.62)	Κοινωνική Συμπεριφορά	Κοινωνική Συμπεριφορά
<b>Οι παρακάτω ερωτήσεις δεν σχετίστηκαν με κάποιον παράγοντα:</b>			
Εάν κάποιιοι άγνωστοι, κάποιιοι με διαφορετικές συνήθειες, μετακομίσουν στη γειτονιά σας, θα γίνουν αποδεκτοί από τους γείτονες; (μεγαλύτερη συσχέτιση με τον παράγοντα Ασφάλεια/Εμπιστοσύνη)		δ/α	δ/σχ
Εάν χαλάσει κάποιο αυτοκίνητο έξω από το σπίτι σας, θα προσκαλούσατε τον/την οδηγό μέσα στο σπίτι για να χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο; (μεγαλύτερη συσχέτιση με τον παράγοντα Ασφάλεια/Εμπιστοσύνη)		Ασφάλεια/ Εμπιστοσύνη	Ασφάλεια/ Εμπιστοσύνη <sup>β</sup>

*Σημείωση:* Οι αριθμοί στις παρενθέσεις αναφέρουν τη συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων και των παραγόντων στην παρούσα ανάλυση.

Το δ/α σημαίνει πως δε δίδεται η απαραίτητη πληροφορία στην αντίστοιχη μελέτη.

Το δ/σχ σημαίνει πως η ερώτηση δεν σχετίζεται με κάποιον παράγοντα.

Οι παράγοντες για την Αμερική και την Αυστραλία αναφέρονται στους O' Brien και συν. (2004) και Onyx & Bullen (2000) αντίστοιχα.

<sup>α</sup> αντιστοιχεί στη συσχέτιση που προέκυψε από τις πολυπαραγοντικές συσχετίσεις (multi-trait scaling).

<sup>β</sup> Οι ερωτήσεις δεν σχετίζονται με τον παράγοντα, όμως παρουσιάζουν τον υψηλότερο συντελεστή συσχέτισης προς αυτόν.

<sup>γ</sup> Οι ερωτήσεις απαντήθηκαν από όσους εργάζονται.

**Πίνακας 3.** Συντελεστές  $\alpha$  του Cronbach και συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων του κοινωνικού κεφαλαίου στο ελληνικό δείγμα

Παράγοντες						Cronbach's $\alpha$
Κοινωνικού Κεφαλαίου	Ασφάλεια	Ανεκτικότητα	Οικογένεια - Φίλοι	Εργασία	Εκτίμηση Ζωής	
Συμμετοχή	.30***	.15***	.26***	.23***	.37***	.75
Ασφάλεια		.29***	.15***	.17***	.30***	.77
Ανεκτικότητα			.16***	.13*	.13**	.71
Οικογένεια - Φίλοι				.32***	.39**	.33
Εργασία					.44***	.68
Εκτίμηση Ζωής						.70
Σύνολο Κλίμακας						.83

*Σημείωση:* Οι συντελεστές συσχέτισης  $r$  του Pearson μεταξύ των παραγόντων προκύπτουν από το άθροισμα της βαθμολογίας των ερωτήσεων που αποτελούν τον κάθε παράγοντα στο ελληνικό δείγμα (\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ ).

### 5.1.3. Διακριτική Εγκυρότητα των υποκλιμάκων

Οι συντελεστές συσχέτισης  $r$  του Pearson μεταξύ των υποκλιμάκων εμφανίζονται στον Πίνακα 3. Οι κλίμακες έχουν διακριτική εγκυρότητα (Ware & Gandek 1998), δηλαδή η κάθε μία μετράει διαφορετική παράμετρο του κοινωνικού κεφαλαίου εκτός από τις κλίμακες *Επαφές με Συγγενείς και Φίλους* και *Κοινωνική Συμπεριφορά & Αξία της Ζωής*. Λεπτομέρειες για τη Διακριτική Εγκυρότητα και πως αυτή καθορίζεται αναφέρονται στην παράγραφο 4.5.4., σελ. 65.

**Πίνακας 4.** Συσχετίσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών με τους παράγοντες και το σύνολο της βαθμολογίας του κοινωνικού κεφαλαίου.

Παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου	Συμμετοχή	Εκτίμηση Ζωής	Ασφάλεια	Οικογένεια - Φίλοι	Εργασία	Ανεκτικότητα	Σύνολο
Φύλο	.045	-.032	.257***	.012	-.056	.017	.053
Ηλικία	.257***	.208***	.005	-.160***	.097	-.150***	.182***
Εκπαίδευση	.006	-.167***	.157***	.072	-.091	.254***	.011
Αριθμός παιδιών	.168***	.206***	-.026	-.147***	.112*	-.224***	.197***
Χρόνια διαμονής	.172***	.210***	.004	-.097*	.029	-.130**	.085
Χρόνια γάμου	.221***	.262***	-.026	-.195**	-.003	-.132*	.226**
Εισόδημα	.142**	.160**	.085	.099*	.136**	.039	.184***

*Σημείωση:* Φύλο: 1=γυναίκα, 2=άντρας / Ηλικία: 1=18-24, 5=65-79 / Εκπαίδευση: 1=δεν τελείωσε το δημοτικό, 5=Μεταπτυχιακό/PhD / Αριθμός παιδιών = Αριθμός παιδιών στην οικογένεια / Χρόνια γάμου = Χρόνια γάμου συνολικά / Χρόνια διαμονής = Χρόνια διαμονής στη συγκεκριμένη περιοχή / Εισόδημα: Συνολικό εισόδημα της οικογένειας ανά μήνα, 1= κάτω από 500 ευρώ το μήνα, 7= πάνω από 4.500 ευρώ το μήνα (\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ ).

#### **5.1.4. Συσχετίσεις του κοινωνικού κεφαλαίου με δημογραφικές μεταβλητές**

Προκειμένου να υπάρχει ένα σημείο αναφοράς στον ελληνικό πληθυσμό και να μπορούν να συγκριθούν τα αποτελέσματά μας με την Αυστραλία και τις ΗΠΑ συσχετίστηκαν οι παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου με δημογραφικές μεταβλητές όπως φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, αριθμός παιδιών, χρόνια διαμονής στην περιοχή κ.ά. Στις αναλύσεις βρέθηκαν ορισμένες χαμηλές αλλά ισχυρές συσχετίσεις (Πίνακας 4). Οι κυριότερες θετικές συσχετίσεις ήταν μεταξύ: Ηλικίας και Συμμετοχής στην Κοινότητα ( $r = .25, p = .001$ ), Εκπαίδευσης και Ανοχής στη Διαφορετικότητα ( $r = .25, p = .001$ ), Χρόνια Διαμονής στην Περιοχή και Κοινωνική Συμπεριφορά & Αξία της Ζωής ( $r = .31, p = .001$ ). Αποκαλύφθηκαν επίσης ενδιαφέρουσες αρνητικές συσχετίσεις: Αριθμός Παιδιών και Ανοχή στη Διαφορετικότητα ( $r = -.22, p = .001$ ) και Χρόνια Γάμου και Επαφές με Συγγενείς και Φίλους ( $r = -.20, p = .003$ ). Οι σημαντικότερες συσχετίσεις για το σύνολο της βαθμολογίας ήταν για τα Χρόνια Γάμου ( $r = .23, p = .004$ ) και Αριθμό των Παιδιών ( $r = .20, p = .001$ ).

Κάθε ένας από τους 6 παράγοντες επηρεάζεται τουλάχιστον από 2 κύριες κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές, όπως φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, σε μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regression models). Όμως, η συνολική επεξηγηματικότητα τους δεν ξεπερνάει το 11% και απαιτεί προσεκτική ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

## **5.2. Γνωσιακή στάθμιση του SCQ-G**

Τα αποτελέσματα για τη γνωσιακή στάθμιση της κλίμακας του κοινωνικού κεφαλαίου στην Ελλάδα παρουσιάζονται ανά θεματική ενότητα με βάση το αρχικό ερωτηματολόγιο.

### **5.2.1. Συμμετοχή στην κοινότητα**

Ήταν μάλλον προβληματικό το να διασφαλιστεί μια κοινή αντίληψη για το τι συνιστά 'ενεργός συμμετοχή' στον ελληνικό πληθυσμό. Οι ερωτηθέντες βαθμολογούσαν το ίδιο την 'ενεργή' και την 'παθητική' συμμετοχή, το να



παρευρίσκονται απλώς σε διαδικασίες χωρίς να έχουν κάποιο ιδιαίτερο λόγο ή συμμετοχή σε αυτές.

Ανάλογα προβληματικό ήταν το να βρεθεί ένας λειτουργικός ορισμός της λέξης 'κοινότητα' η οποία χρησιμοποιούταν σπάνια από τους ερωτηθέντες και χωρίς να υπάρχει κοινός ορισμός από αυτούς που την χρησιμοποίησαν. Για να ξεπεραστεί αυτή η εννοιολογική ανεπάρκεια στη μετάφραση του SCQ, η σχετικά αφηρημένη έννοια 'κοινότητα' αντικαταστάθηκε, όπου αυτό ήταν δυνατό, με την φράση 'στην περιοχή σας' που έχει πιο σαφές γεωγραφικό προσανατολισμό και γίνεται ευκολότερα κατανοητή.

### **5.2.2. Κοινωνική Συμπεριφορά**

Το μεγαλύτερο μέρος των θεμάτων που προέκυψαν κατά τη συζήτηση των ερωτήσεων που απαρτίζουν αυτόν τον παράγοντα, αναλύεται στην παράγραφο 5.2.7. Μερικοί συμμετέχοντες ήθελαν επιπλέον διευκρινήσεις για να κατανοήσουν πλήρως την ερώτηση: 'Εάν χρειαστεί να πάρετε μια πολύ σημαντική απόφαση για τη ζωή σας, ξέρετε που να βρείτε τις απαραίτητες πληροφορίες;'. Μετά τις απαραίτητες διευκρινήσεις αποδείχθηκε ότι οι απαντήσεις παρέμεναν ίδιες. Δεν άλλαξε δηλαδή η βαθμολογία στην κλίμακα, ανεξάρτητα από τις επιπλέον πληροφορίες και εξηγήσεις που τους είχαν δοθεί. Αυτό οδήγησε στο να μην τροποποιηθεί η αρχική ερώτηση στο SCQ-G.

### **5.2.3. Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας**

Οι ερωτηθέντες είχαν ξεκάθαρη και κοινή αντίληψη του τι συνιστά το 'νοιώθω ασφαλής' στην περιοχή μου. Επίσης, η έννοια της εμπιστοσύνης δεν ήταν δύσκολο να γίνει κατανοητή από τους Έλληνες συμμετέχοντες.

### **5.2.4. Σχέσεις στη γειτονιά**

Τι συνιστά μια 'γειτονιά' δεν είναι πλήρως ξεκάθαρο στους συμμετέχοντες. Για μερικούς γειτονιά ήταν τα διαμερίσματα του ίδιου ορόφου, ή της ίδιας πολυκατοικίας. Για άλλους, γείτονες ήταν ακόμη και αυτοί που έμεναν στον ίδιο

δρόμο, έστω και σε άλλο τετράγωνο. Οι εντελώς διαφορετικές αντιλήψεις για τον ορισμό της γειτονιάς δε δημιουργούν πρόβλημα, καθώς δεν ξεφεύγουν από τη φιλοσοφία του κοινωνικού κεφαλαίου που περιλαμβάνει άτομα τα οποία δεν αποτελούν κατ' ανάγκη τον στενό προσωπικό μας κύκλο.

Αυτό που αποδεικνύεται πιο προβληματικό είναι ότι ορισμένοι απαντούν στις ερωτήσεις και χρησιμοποιούν τη λέξη 'γείτονες' (ή τη λέξη 'συνάδελφοί' για το χώρο εργασίας) εννοώντας μόνο μία ή δύο συγκεκριμένες οικογένειες ή ένα-δύο άτομα, και όχι έναν ευρύτερο κύκλο ατόμων. Μια τέτοια εννοιολόγηση οδηγεί στον ορισμό της κοινωνικής σχέσης και υποστήριξης (social support) και όχι στον ορισμό του κοινωνικού κεφαλαίου που είναι το ζητούμενο στις συγκεκριμένες έρευνες. Μικρές μετατροπές έγιναν στο SCQ-G σε σχέση με το αρχικό ερωτηματολόγιο. Στο τέλος των σχετικών ερωτήσεων προστέθηκε: (Όχι τους φίλους σας).

#### **5.2.5. Επαφές με Συγγενείς και Φίλους**

Δεν προέκυψαν ζητήματα που να αφορούν στις ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σ' αυτόν τον παράγοντα.

#### **5.2.6. Ανοχή στη Διαφορετικότητα**

Παρ' ότι συζητείται εκτενώς τις μέρες μας, το να ορίσουμε την πολυπολιτισμικότητα είναι αρκετά προβληματικό και δύσκολο (Kandylaki 2005). Οι συμμετέχοντες (Έλληνες από αστική περιοχή) είχαν ιδιαίτερη δυσκολία στο να αντιληφθούν και να αναφερθούν στην πολιτισμικότητα ως μια αφηρημένη έννοια. Αντ' αυτού, αναφερόταν αποκλειστικά σε άτομα με διαφορετικές κουλτούρες ή με διαφορετική εθνική ή πολιτισμική καταγωγή. Οι λέξεις πολιτισμικότητα ή κουλτούρα, όπως και στην περίπτωση της λέξης κοινότητα, δεν χρησιμοποιήθηκαν αυθόρμητα στις συνομιλίες τους. Γι' αυτό το λόγο, οι λέξεις 'κουλτούρα' ή 'πολιτισμικότητα', και τα παράγοντά τους, αντικαταστάθηκαν από τη φράση 'από διαφορετικά μέρη', που θεωρήθηκε πιο κατάλληλη για χρήση στον ελληνικό πληθυσμό.

Οι διευκρινιστικές ερωτήσεις στόχευαν στο να ταυτοποιήσουν τις απαντήσεις και να κατηγοριοποιήσουν τις διαφορετικές χώρες οι οποίες

αναφερόταν αυθόρμητα κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες βαθμολογούσαν χαμηλά σ' αυτές τις ερωτήσεις (1 ή 2) αναφερόμενοι σε άτομα Αλβανικής καταγωγής. Όταν οι διευκρινιστικές ερωτήσεις αναδιαμορφώθηκαν έτσι ώστε να περιλαμβάνουν άτομα από ελληνικές μόνο περιοχές, θετικοποιήθηκαν και οι απαντήσεις. Για βαθμολογία 1 ή 2 για άτομα αλβανικής καταγωγής που ζουν και εργάζονται στην Αθήνα, οι απαντήσεις μετατοπίστηκαν στην κλίμακα 3 ή 4 για τον ελληνικό πληθυσμό. Ανάλογη μετατόπιση παρατηρείται και για άτομα από άλλες χώρες. Η ερώτηση αυτή αποτελεί κλασική περίπτωση πολλαπλών ερωτήσεων σε μία μόνο ερώτηση (multiple questions within one) στην ελληνική μετάφραση του SCQ.

#### **5.2.7. Αξία της Ζωής**

Σε σχέση με την έννοια της κοινωνίας στάθηκε αδύνατο να προσδιοριστεί κάποιος κοινός ορισμός από τους ερωτηθέντες. Η έλλειψη ορισμού όμως, κι αυτό ίσως ακουστεί οξύμωρο, δεν ήταν αποτρεπτική σε μια εννοιολόγηση του όρου που να μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά. Ήταν σαφές ότι στην αντίληψή τους η κοινωνία αφορούσε τον κόσμο γενικά, και όχι γνωστούς και φίλους, κάτι που θα δημιουργούσε μεθοδολογική σύγχυση.

Ένα σημαντικό συμπέρασμα ήταν ότι οι νεότεροι σε ηλικία εξέφρασαν κάποια ενόχληση για το περιεχόμενο αυτής της ομάδας ερωτήσεων ('Αισθάνεστε καταξιωμένος/η στην κοινωνία;' και 'Αν η ζωή σας τελείωνε αύριο, θα ήσασταν ευχαριστημένοι με τη ζωή που ζήσατε;') κυρίως γιατί ένιωσαν ότι δεν τους αφορούν άμεσα. Παρ' ότι στο σύνολό τους ήταν ικανοποιημένοι/ες από τη ζωή τους, δεν μπορούσαν να το δηλώσουν επειδή λόγω του νεαρού της ηλικίας είχαν τη 'ζωή μπροστά τους', πολλές εμπειρίες για να ζήσουν, πολλά πράγματα για να δοκιμαστούν και να αποδείξουν την αξία τους. Στον αντίποδα, οι ηλικιωμένοι δίσταζαν να βαθμολογήσουν τον εαυτό τους στο 4 (την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα), επειδή θεωρούσαν ότι είναι αλαζονικό να παινεύεις εσύ τον εαυτό σου, ενώ το σωστό θα ήταν να μιλούν οι άλλοι για σένα.

### **5.2.8. Σχέσεις στην Εργασία**

Οι συμμετέχοντες είχαν κοινή αντίληψη των όρων για τις εργασιακές σχέσεις.

## **5.3. Ψυχομετρική στάθμιση του CASC**

### **5.3.1. Μη απαντημένες ερωτήσεις**

Το ποσοστό των μη απαντημένων ερωτήσεων κινήθηκε μεταξύ 1.9 και 15.4%. Είναι συγκρίσιμο προς το δείγμα από τις ευρωπαϊκές χώρες και παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 5. Οι περισσότερες ερωτήσεις αφορούν στις Διαπροσωπικές Ικανότητες του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού, και την Οργάνωση της Φροντίδας. Σε πέντε υποκλίμακες (Κλινικές Δεξιότητες του Ιατρικού προσωπικού, Διαθεσιμότητα των Ιατρών, Ποιότητα Πληροφοριών και Ενημέρωσης από το Ιατρικό προσωπικό, Κλινικές Δεξιότητες του Νοσηλευτικού προσωπικού και Γενική Ικανοποίηση) απαντήθηκαν όλες οι ερωτήσεις. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων συμπληρώθηκαν τα κενά στις ερωτήσεις που δεν απαντήθηκαν με το μέσο όρο της υποκλίμακας όταν είχαν απαντηθεί τουλάχιστον οι μισές ερωτήσεις στη συγκεκριμένη υποκλίμακα. Εξαιρέση αποτελεί η υποκλίμακα για τις 'Πληροφορίες για την Εισαγωγή στο Νοσοκομείο και το Κόστος Νοσηλείας'. Οι αναπάντητες ερωτήσεις στη συγκεκριμένη παράμετρο αντικαταστάθηκαν από το μέσο όρο των ερωτήσεων για τις διοικητικές διαστάσεις του νοσοκομείου.

### **5.3.2. Συσχετίσεις πολλαπλών κλιμακώσεων**

Τα αποτελέσματα στις 46 ερωτήσεις από τις ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Όλες οι ερωτήσεις που αφορούσαν μόνο τη νοσηλεία εκτός του νοσοκομείου ή τη νοσηλεία ημέρας εξαιρέθηκαν από τις αναλύσεις. Το εύρος συσχέτισης των ερωτήσεων με τις υποκλίμακες ήταν .50 - .90 εκτός από τις δύο χαμηλότερες τιμές (.42 και .36) για τις ερωτήσεις που αφορούσαν στην Ανθρώπινη διάσταση των Ιατρών και την ικανότητα τους στην Κλινική Εξέταση αντίστοιχα. Η τελευταία ήταν και η μοναδική περίπτωση που δεν επιτεύχθηκε το κριτήριο συντελεστή συσχέτισης .40 για τη συγκλίνουσα

εγκυρότητα των ερωτήσεων. Η τιμή παρέμεινε αμετάβλητη και στην αναθεωρημένη και τελική δομή του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό. Σφάλματα σε σχέση με την διακριτική εγκυρότητα των ερωτήσεων παρουσιάστηκαν στο 24% των περιπτώσεων. Οι κλίμακες για την 'Κλινική κατάρτιση των ιατρών', τη 'Διοικητική οργάνωση της νοσηλείας' και τη 'Γενική ικανοποίηση' παρουσίασαν την ίδια ακριβώς δομή με τις αντίστοιχες ευρωπαϊκές και δεν χρειάστηκαν οποιαδήποτε τροποποίηση. Οι περισσότερες ερωτήσεις που επανακατανεμήθηκαν αφορούσαν στις υποκλίμακες για τις 'Διαπροσωπικές σχέσεις' και τις 'Επικοινωνιακές ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού' (Πίνακας 6). Η αναθεωρημένη δομή του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό εμφάνισε 95.5% επιτυχία συσχέτισης (Πίνακας 5).

### **5.3.3. Αξιοπιστία των κλιμάκων**

Ο συντελεστής alpha του Cronbach ήταν πάνω από .85 για όλες τις υποκλίμακες και .97 για το σύνολο του ερωτηματολογίου (Πίνακας 5).

### **5.3.4. Δομική εγκυρότητα**

Η δομική εγκυρότητα ήταν επαρκής. Κυμάνθηκε μεταξύ .62 και .73 για την υποκλίμακα της Γενικής Ικανοποίησης (Πίνακας 5).

### **5.3.5. Διακριτική εγκυρότητα των κλιμάκων**

Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ των κλιμάκων παρουσιάζονται στον Πίνακα 7. Οι κλίμακες για το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλή συσχέτιση, ένδειξη ότι υπάρχει χαμηλή διακριτική ικανότητα μεταξύ τους, παρ' όλο που σαφώς μετράνε διαφορετικές διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό συμβαίνει επειδή οι μεταξύ τους συντελεστές συσχέτισης  $r$  είναι χαμηλότεροι από τους αντίστοιχους συντελεστές εσωτερικής αξιοπιστίας  $a$  του Cronbach (Ware & Gandek 1998).

**Πίνακας 5. Ψυχομετρικές Ιδιότητες του CASC στο ελληνικό δείγμα και σύγκριση με τα ευρωπαϊκά δείγματα**

Κλίμακες	Με βάση την αρχική ευρωπαϊκή ταξινόμηση						Με βάση την βελτιωμένη ταξινόμηση						Ευρωπαϊκά δεδομένα	
	Συγκλίνοσα εγκυρότητα <sup>α</sup>	Αποτυχία <sup>β</sup>	Επαρκής διακριτική εγκυρότητα <sup>γ</sup>	Cronbach a	Δομική εγκυρότητα <sup>δ</sup>		Συγκλίνοσα εγκυρότητα <sup>α</sup>	Αποτυχία <sup>β</sup>	Επαρκής διακριτική εγκυρότητα <sup>γ</sup>	Cronbach a	Δομική εγκυρότητα <sup>δ</sup>	Μη απαντημένες ερωτήσεις %	Συγκλίνοσα εγκυρότητα <sup>ε</sup>	Cronbach a <sup>στ</sup>
Κλινική κατάρτιση ιατρών	.79-.88 (.36)	1/5	3/5	.89	.64		.79-.88 (.36)	1/5	3/5	.89	.64	0	.53-.78	.84-.91
Διαπροσωπικές ικανότητες ιατρών	.69-.80 (.42)	1/6	2/6	.88	.66		.73-.79	0/5	4/5	.90	.62	3.8-13.5	.52-.82	.81-.91
Διαθεσιμότητα ιατρών	.51-.65	1/5	1/5	.79	.68		.59-.81	0/5	2/5	.85	.62	0	.65-.82	.86-.92
Ενημέρωση - πληροφορίες από ιατρούς	.88-.95	0/3	3/3	.95	.67		.71-.94	0/4	3/4	.93	.68	0	.71-.87	.86-.91
Κλινική κατάρτιση νοσηλευτών	.79-.87	0/5	1/5	.94	.68		.82-.87	0/8	3/8	.95	.68	0	.58-.84	.81-.93
Διαπροσωπικές ικανότητες νοσηλευτών <sup>η</sup>	.59-.81	6/7	0/7	.92	.70					.91	.64	1.9-13.5	.52-.86	.87-.95
Επικοινωνιακά χαρακτηριστικά νοσηλευτών	.69-.90	2/5	3/5	.93	.66		.61-.89	1/7	3/7	.93	.67	1.9-5.8	.63-.88	.90-.93
Διοικητικές - ξενοδοχειακές διαστάσεις φροντίδας	.50-.81	0/6	6/6	.87	.65		.50-.81	0/6	6/6	.87	.65	11.5-15.4	.45-.79	.82-.88
Συνολική ικανοποίηση	.64-.84	0/4	4/4	.88	.73		.64-.84	0/4	4/4	.88	.73	0	.47-.84	.76-.90
Σύνολο ερωτηματολογίου		11/46 (24%)	23/46 (50%)	.97				2/44 (4.5%)	28/44 (63%)	.97				

Σημείωση: Τα δεδομένα για τις 4 ευρωπαϊκές χώρες (Γαλλία, Ιταλία, Πολωνία και Σουηδία) προέρχονται από τους Bredart και συν. (2001).

<sup>α</sup> Τιμές του συντελεστή συσχέτισης ερώτησης - υποκλίμακας μετά από διόρθωση για πιθανές επικαλύψεις.

<sup>β</sup> Αριθμός ερωτήσεων που δεν ανταποκρίθηκαν στα κριτήρια για τη συγκλίνοσα ή/και τη διακριτική εγκυρότητα.

<sup>γ</sup> Θεωρούμε επαρκή την διακριτική εγκυρότητα των ερωτήσεων όταν η διαφορά μεταξύ 2 τιμών z του Fischer διαιρεμένων δια του τυπικού σφάλματος είναι υψηλότερη από 1.96.

<sup>δ</sup> Όλες οι συσχετίσεις είναι σημαντικές στο .001

<sup>ε</sup> Αντιπροσωπεύει το εύρος της συγκλίνοσας εγκυρότητας των ερωτήσεων σε 4 ευρωπαϊκές χώρες.

<sup>στ</sup> Αντιπροσωπεύει το εύρος των συντελεστών a του Cronbach σε 4 ευρωπαϊκές χώρες.

<sup>η</sup> Η συγκεκριμένη κλίμακα δεν συμπεριελήφθη στις αναλύσεις για την ελληνική δομή του ερωτηματολογίου επειδή αποτελείται από 2 μόνο ερωτήσεις.

**Πίνακας 6. Δομή του CASC στην Ελλάδα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες**

Υποκλίμακες	Ερωτήσεις
Κλινική Κατάρτιση Ιατρικού Προσωπικού (Doctors technical skills, dts)	Αξιολόγηση σωματικών προβλημάτων Τρόπος που εξετάζαν Σημασία στο ιστορικό της υγείας Το πόσο καλά φαίνεται να γνωρίζουν την ασθένεια Θεραπεία και ιατρική παρακολούθηση
Κοινωνικές Δεξιότητες Ιατρικού Προσωπικού (Doctors interpersonal skills, dis)	Ερωτήσεις σχετικά με δυσκολίες γενικά Διάθεση να ακούσουν όλες σας τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς Ενδιαφέρον για το άτομο και όχι για την ασθένεια Παρηγοριά και στήριξη Πληροφορίες σχετικά με διαθέσιμες υπηρεσίες βοήθειας
Ποιότητα Ενημέρωσης και Πληροφόρησης από το Ιατρικό Προσωπικό (Doctors information)	Πληροφορίες σχετικά με τις ιατρικές εξετάσεις Πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια Πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία Ευκολία με την οποία μπορούσατε να συναντήσετε τον/την γιατρό (da)
Διαθεσιμότητα Ιατρικού Προσωπικού (Doctors availability, da)	Το πόσο συχνά σας έβλεπαν/εξέταζαν Τη συνεργασία μεταξύ των γιατρών Τη συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών Χρόνος που αφιέρωναν σε κάθε επίσκεψη/εξέταση Τον χαρακτήρα τους (ευγενικοί/ές, με σεβασμό, υπομονετικοί/ές) (dis)
Κλινική Κατάρτιση Νοσηλευτικού Προσωπικού (Nurses technical skills, nts)	Τρόπος που έκαναν νοσηλευτικές πράξεις Το πόσο καλά φαίνεται να γνωρίζουν την ασθένεια Αξιολόγηση σωματικών προβλημάτων Προσοχή που έδωσαν στο να αισθάνεστε άνετα Νοσηλευτική φροντίδα που σας παρείχαν Το χαρακτήρα τους (nis) Το πόσο άμεσα ερχόταν όταν τους καλούσατε (nis) Τη συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών/τριών (nis)
Κοινωνικές Δεξιότητες Νοσηλευτικού Προσωπικού (nis)	Ερωτήσεις σχετικά με δυσκολίες γενικά (ncs) Πληροφορίες για διαθέσιμες υπηρεσίες βοήθειας (ncs)
Ποιότητα Επικοινωνίας με το Νοσηλευτικό Προσωπικό (Nursing communication skills, ncs)	Πληροφορίες σχετικά με τις ιατρικές εξετάσεις Πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια Πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία Διάθεσή να ακούσουν όλες σας τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς (nis) Ενδιαφέρον για το άτομο και όχι για την ασθένεια (nis) Παρηγοριά και στήριξη (nis) Χρόνος που αφιέρωναν σε κάθε επίσκεψη (nis)

**Πίνακας 7.** Συσχετίσεις των παραγόντων του ερωτηματολογίου CASC στο ελληνικό δείγμα

Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό					
	Διαπροσωπικές ικανότητες	Ενημέρωση – Πληροφόρηση	Διαθεσιμότητα	Κλινική Κατάρτιση	Επικοινωνία	Διαπροσωπικές ικανότητες
Κλινική Κατάρτιση	.41**	.74***	.61***	Κλινική Κατάρτιση	.79***	.70***
Διαπροσωπικές ικανότητες		.65***	.45***	Επικοινωνία		.82***
Ενημέρωση – Πληροφόρηση			.60***			

*Σημείωση:* Στις παρενθέσεις αναφέρεται η κλίμακα στην οποία ανήκει η ερώτηση στην ευρωπαϊκή έκδοση του CASC (Brédart και συν. 2001).

*Σημείωση:* Οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων προκύπτουν από το άθροισμα των ερωτήσεων που συνιστούν τον κάθε παράγοντα στο ελληνικό δείγμα. (\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ )

## 5.4. Συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την ικανοποίηση των ασθενών

### 5.4.1. Μη απαντημένες ερωτήσεις

Η διαχείριση των μη απαντημένων ερωτήσεων για το ερωτηματολόγιο της ικανοποίησης των ασθενών αναφέρεται στην παράγραφο 5.3.1., σελ. 82.

Στην κλίμακα ποσοτικής εκτίμησης του κοινωνικού κεφαλαίου υπήρχε μία μη απαντημένη ερώτηση η οποία αντικαταστήθηκε από το μέσο όρο της υποκλίμακας στην οποία άνηκε.

### 5.4.2. Ικανοποίηση των ασθενών

Για λόγους αναφοράς παρατίθεται η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών για την τελευταία νοσηλεία τους. Η ποσοτική βαθμολόγηση της εμπειρίας τους διαμορφώθηκε ως εξής (σε 10βάθμια κλίμακα):

- Για το ιατρικό προσωπικό:
  - κλινική κατάρτιση = 8.3
  - ποιότητα ενημέρωσης και πληροφόρησης = 8.0
  - κοινωνικές δεξιότητες = 5.9
  - διαθεσιμότητα = 8.5
- Για το νοσηλευτικό προσωπικό:
  - κλινική κατάρτιση = 7.3



- κοινωνικές δεξιότητες = 6.4
- ποιότητα επικοινωνίας = 5.3
- Για τις διοικητικές-ξενοδοχειακές διαστάσεις της νοσηλείας (χρόνοι αναμονής, καθαριότητα) = 7.3
- Για το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης = 7.5

#### **5.4.3. Εσωτερική συνέπεια των παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου**

Ο συντελεστής alpha του Cronbach ήταν .83 για το σύνολο της κλίμακας μετά την αφαίρεση των ερωτήσεων (27 ερωτήσεις). Για τον παράγοντα *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής* διαμορφώθηκε στο .66 μετά την αφαίρεση των ερωτήσεων που υπονόμευαν ψυχομετρικά το σύνολο της κλίμακας (10 ερωτήσεις αντί των αρχικών 12) και στο .64 για τον παράγοντα *Συμμετοχή στην Κοινότητα* (10 ερωτήσεις αντί των αρχικών 12). Παρ' ότι προτείνονται τιμές πάνω από .70, στις κοινωνικές επιστήμες, τιμές πάνω από .60 είναι αποδεκτές (Nunnally & Bernstein 1994).

#### **5.4.4. Συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την ικανοποίηση των ασθενών**

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου με τις παραμέτρους της ικανοποίησης των ασθενών (μέσος όρος από το σύνολο του ερωτηματολογίου, συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό, κλινική κατάρτιση ιατρικού προσωπικού, ποιότητα ενημέρωσης και πληροφόρησης από το ιατρικό προσωπικό, κοινωνικές δεξιότητες ιατρικού προσωπικού, διαθεσιμότητα ιατρικού προσωπικού, συνολική ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, κλινική κατάρτιση νοσηλευτικού προσωπικού, κοινωνικές δεξιότητες νοσηλευτικού προσωπικού, ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικές-ξενοδοχειακές διαστάσεις της νοσηλείας, συνολικό επίπεδο ικανοποίησης από τη νοσηλεία, γενικός βαθμός ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα).

Ο 'γενικός βαθμός ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα' εμφανίζει τους υψηλότερους συντελεστές συσχέτισης  $r$  στην παρούσα ανάλυση με το σύνολο του

κοινωνικού κεφαλαίου ( $r = .570, p < .001$ ) και με τον παράγοντα *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής* ( $r = .532, p < .001$ ). Η *Ανοχή στη Διαφορετικότητα* δεν σχετίζεται με καμία παράμετρο της ικανοποίησης ενώ και οι παράγοντες *Συμμετοχή στην Κοινότητα* και *Αισθήματα Ασφάλειας* εμφανίζουν ασθενείς συντελεστές συσχέτισης  $r$  του Pearson με ορισμένες παραμέτρους της ικανοποίησης ( $r = .275 - .334, p < .05$ ).

Η 'διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού', οι 'κοινωνικές δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού' και η 'ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό', δεν σχετίζονται με κανένα παράγοντα του κοινωνικού κεφαλαίου.

Όλα τα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων παρουσιάζονται στον Πίνακα 9. Η πιο ισχυρή συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του 'γενικού βαθμού ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα' και του συνόλου του κοινωνικού κεφαλαίου ( $r^2 = .325, \beta = .093, p < .001$ ) και του παράγοντα *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής* ( $r^2 = .283, \beta = .188, p < .001$ ). Γενικά, αυτές οι δύο μεταβλητές του κοινωνικού κεφαλαίου επηρέαζαν σε κάποιο βαθμό την ικανοποίηση των ασθενών. Στις υπόλοιπες αναλύσεις δεν ερμηνεύεται συνήθως πάνω από το 15% της διακύμανσης της ικανοποίησης των ασθενών, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις το ποσοστό δεν υπερβαίνει το 7 - 8%.

Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι η *Ανοχή στη Διαφορετικότητα* δεν επηρεάζει καμία παράμετρο της ικανοποίησης, ενώ και οι παράγοντες *Συμμετοχή στην Κοινότητα* και *Αισθήματα Ασφάλειας* έχουν οριακή επίδραση σε ελάχιστες παραμέτρους της ικανοποίησης ( $r^2 = .076 - .112, p < .05$ ).

Πιο αναλυτικά, οι διαστάσεις της ικανοποίησης:

- 'μέσος όρος από το σύνολο του ερωτηματολογίου'
- 'συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό'
- 'κλινική κατάρτιση ιατρικού προσωπικού'
- 'ποιότητα ενημέρωσης και πληροφόρησης από το ιατρικό προσωπικό'
- 'διοικητικές-ξενοδοχειακές διαστάσεις της νοσηλείας'
- 'συνολικό επίπεδο ικανοποίησης από τη νοσηλεία' (σύσταση σε άλλους)
- 'γενικός βαθμός ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα'

επηρεάζονται σε κάποιο βαθμό από το κοινωνικό κεφάλαιο ( $r^2 = .105 - .325$ ,  $p < .05$ ).

**Πίνακας 8.** Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο και της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλεία τους

	Συμμετοχή στην Κοινότητα	Αισθήματα Ασφάλειας	Ανοχή στη Διαφ/τητα	Εκτίμηση της Ζωής	Σύνολο κοινωνικού κεφαλαίου
Μέσος όρος από το σύνολο του ερωτηματολογίου	,090	,236	,100	,363**	,343*
Γενικός βαθμός ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα	,334*	,275*	,180	,532***	,570***
Συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό	,049	,239	,155	,368**	,337*
Κλινική κατάρτιση ιατρικού προσωπικού	-,013	,304*	,237	,364**	,341*
Διαθεσιμότητα ιατρικού προσωπικού	-,142	-,002	,089	,262	,145
Κοινωνικές δεξιότητες ιατρικού προσωπικού	,168	,254	,017	,253	,277*
Ενημέρωση & πληροφόρηση από το ιατρικό προσωπικό	,103	,194	,184	,332*	,333*
Συνολική ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό	-,021	,196	,010	,293*	,240
Κλινική κατάρτιση νοσηλευτικού προσωπικού	-,081	,142	,062	,283*	,207
Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό	,049	,231	-,063	,263	,249
Κοινωνικές δεξιότητες νοσηλευτικού προσωπικού	,109	,212	-,064	,223	,205
Συνολικό επίπεδο ικανοποίησης από τη νοσηλεία	,109	,254	,190	,398**	,368**
Διοικητικές-ξενοδοχειακές διαστάσεις της νοσηλείας	,327*	,146	,089	,227	,323*

*Σημείωση:* Οι συντελεστές συσχέτισης  $r$  του Pearson μεταξύ των υποκλιμάκων προκύπτουν από το άθροισμα της βαθμολογίας των ερωτήσεων που αποτελούν την κάθε υποκλίμακα στο ελληνικό δείγμα (\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ ).

**Πίνακας 9.** Μονοπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας

	Συμμετοχή στην Κοινότητα		Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής		Ανοχή στη διαφ/τητα		Αισθήματα ασφάλειας		Σύνολο κοινωνικού κεφαλαίου	
	R <sup>2</sup>	B	R <sup>2</sup>	B	R <sup>2</sup>	B	R <sup>2</sup>	B	R <sup>2</sup>	b
Γενικός βαθμός ικανοποίησης (10βάθμια)	.112	0,191*	.283	0,188***	.032	0,172	.076	0,260*	.325	0,093***
Μέσος όρος από το σύνολο του ερωτηματολογίου	.008	0,022	.132	0,056**	.010	0,041	.056	0,097	.118	0,024*
Συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό	.002	0,224	.135	10,02**	.024	1,17	.057	1,78	.114	0,439*
Κλινική κατάρτιση ιατρικού προσωπικού	.000	-0,018	.132	0,311**	.056	0,545	.092	0,693*	.116	0,134*
Κοινωνικές δεξιότητες ιατρικού προσωπικού	.028	0,274	.064	0,250	.000	0,045	.064	0,683	.077	0,129*
Διαθεσιμότητα ιατρικού προσωπικού	.020	-0,170	.068	0,192	.008	0,176	.000	-0,004	.021	0,049
Πληροφόρηση από το ιατρικό προσωπικό	.011	0,138	.011	0,270**	.034	0,408	.038	0,426	.111	0,126**
Συνολική ικανοποίηση από νοσηλευτικό προσωπικό	.000	-0,104	.086	0,886*	.000	0,085	.038	1.59	.057	0,335
Κλινική κατάρτιση νοσηλευτικού προσωπικού	.007	-0,248	.080	0,536*	.004	0,317	.020	0,718	.043	0,181
Ποιότητα επικοινωνίας με νοσηλευτικό προσωπικό	.002	0,090	.069	0,300	.004	-0,194	.053	0,703	.062	0,131
Κοινωνικές δεξιότητες νοσηλευτικού προσωπικού	.012	0,082	.050	0,101	.004	-0,080	.045	0,263	.042	0,044
Συνολικό επίπεδο ικανοποίησης μ νοσηλεία	.012	0,112	.159	0,253**	.036	0,326	.065	0,432	.135	0,108**
Διοικητικές-ξενοδοχειακές διαστάσεις της νοσηλείας	.107	0,651*	.052	0,279	.008	0,293	.021	0,146	.105	0,183**

(\*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .01)

Οι 'κοινωνικές δεξιότητες του ιατρικού προσωπικού', 'η συνολική ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό' και η 'κλινική κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού' επηρεάζονται οριακά από κάποια παράμετρο του κοινωνικού κεφαλαίου ( $r^2 = .077 - .086$ ,  $p < .05$ ).

Η 'διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού', 'οι κοινωνικές δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού' και η 'ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό' δεν επηρεάζονται από κανένα παράγοντα του κοινωνικού κεφαλαίου.

Το σύνολο των αποτελεσμάτων των πολυπαραγοντικών αναλύσεων (συμπεριελήφθησαν οι δημογραφικές μεταβλητές ηλικία, εκπαίδευση, και φύλο) παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον Πίνακα 10, και αναλυτικά για κάθε παράγοντα του κοινωνικού κεφαλαίου στον Πίνακα 11 (*Συμμετοχή στην Κοινότητα*), Πίνακα 12 (*Αισθήματα Ασφάλειας*), Πίνακα 13 (*Ανοχή στη Διαφορετικότητα*), Πίνακα 14 (*Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής*) & το σύνολο του ερωτηματολογίου (Πίνακα 15) (σελίδες 116 - 125).

Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις κατέδειξαν ότι και οι 13 εξαρτημένες μεταβλητές που διερευνήθηκαν εξαρτώνται, σχετίζονται και επηρεάζονται από το σύνολο του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου καθώς και από τον παράγοντα *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής* (Πίνακες 10, 14, & 15). Εξαίρεση αποτελεί η αξιολόγηση της *Διαθεσιμότητας του ιατρικού προσωπικού* η οποία δεν επηρεάζεται από το κοινωνικό κεφάλαιο σε ατομικό επίπεδο στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις.

Οι παράγοντες *Αισθήματα Ασφάλειας* (Πίνακας 12) και *Ανοχή στη Διαφορετικότητα* (Πίνακας 13) επηρεάζουν ορισμένες υποκλίμακες της ικανοποίησης και κυρίως τις: 'μέσος όρος από το σύνολο του ερωτηματολογίου', 'συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό', 'κλινική κατάρτιση ιατρικού προσωπικού', και 'γενικός βαθμός ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα'.

Ο παράγοντας *Συμμετοχή στην Κοινότητα* (Πίνακας 11) δεν επηρεάζει καμία παράμετρο της ικανοποίησης των ασθενών στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις. Φαίνεται να επιδρά μόνο στις υποκλίμακες για τις *Διοικητικές-Ξενοδοχειακές Διαστάσεις της Νοσηλείας (σύσταση του νοσοκομείου σε άλλους)* ( $r^2 = .290$ ,  $\beta = .44$ ,  $p = .025$ ) και το γενικό βαθμό ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα ( $r^2 = .239$ ,  $\beta = .15$ ,  $p = .013$ ).

**Πίνακας 10.** Συγκεντρωτικές πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας

	Συμμετοχή στην Κοινότητα		Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής		Ανοχή στη Διαφ/κότητα		Αισθήματα Ασφάλειας		Σύνολο Κοινωνικού Κεφαλαίου	
	R <sup>2</sup>	B	R <sup>2</sup>	B	R <sup>2</sup>	B	R <sup>2</sup>	B	R <sup>2</sup>	b
Γενικός βαθμός ικανοποίησης σε 10βάθμια	,239	0,15*	,519	0,23***	,211	0,33*	,224	0,32*	,513	0,10***
Μέσος όρος από το σύνολο του ερωτηματολογίου	,321	0,03	,503	0,07***	,358	0,11*	,391	0,13*	,473	0,03***
Συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό	,245	0,37	,423	1,26***	,308	2,38*	,320	2,33*	,387	0,51***
Κλινική κατάρτιση ιατρικού προσωπικού	,051	-0,06	,261	0,41**	,150	0,89*	,185	0,93**	,188	0,15**
Κοινωνικές δεξιότητες ιατρικού προσωπικού	,401	0,15	,460	0,30*	,402	0,41	,426	0,58	,475	0,14**
Διαθεσιμότητα ιατρικού προσωπικού	,207	0,06	,281	0,21*	,230	0,37	,214	0,22	,244	0,07
Πληροφόρηση από το ιατρικό προσωπικό	,182	0,17	,313	0,35**	,233	0,72*	,220	0,60	,298	0,15**
Συνολική ικανοποίηση από νοσηλευτικό προσωπικό	,348	0,03	,475	1,07**	,359	1,18	,411	2,16*	,437	0,42**
Κλινική κατάρτιση νοσηλευτικού προσωπικού	,229	0,01	,353	0,62**	,255	0,89	,290	1,25	,306	0,23*
Ποιότητα επικοινωνίας με νοσηλευτικό προσωπικό	,456	0,19	,554	0,39***	,443	0,26	,491	0,74*	,530	0,16**
Κοινωνικές δεξιότητες νοσηλευτικού προσωπικού	,333	0,10	,360	0,12**	,306	0,07	,344	0,27	,363	0,05*
Συνολικό επίπεδο ικανοποίησης με νοσηλεία	,128	0,11	,298	0,28***	,150	0,42	,169	0,45	,240	0,11**
Διοικητικές-ξενοδοχειακές διαστάσεις της νοσηλείας	,290	0,44*	,332	0,42**	,289	1,12*	,252	0,76	,376	0,24***

(\*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001)

Οι παρακάτω τομείς της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας επηρεάζονται από όλες τις μεταβλητές του κοινωνικού κεφαλαίου εκτός από τη *Συμμετοχή στην Κοινότητα*:

- 'μέσος όρος από το σύνολο του ερωτηματολογίου'
- 'συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό'
- 'κλινική κατάρτιση ιατρικού προσωπικού'

- 'διοικητικές-ξενοδοχειακές διαστάσεις της νοσηλείας'
- 'γενικός βαθμός ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα'

Οι παρακάτω τομείς επηρεάζονται συνήθως από ορισμένες μεταβλητές του κοινωνικού κεφαλαίου. Οι μεταβλητές αυτές είναι το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο σε ατομικό επίπεδο, η *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής*, και είτε τα *Αισθήματα Ασφάλειας*, είτε η *Ανοχή στη Διαφορετικότητα*.

- 'ποιότητα ενημέρωσης και πληροφόρησης από το ιατρικό προσωπικό'
- 'συνολική ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό'
- 'ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό'

Η αξιολόγηση στους παρακάτω τομείς δεν επηρεάζεται από τους παράγοντες *Αισθήματα Ασφάλειας*, *Ανοχή στη Διαφορετικότητα* και *Συμμετοχή στην Κοινότητα*:

- 'κοινωνικές δεξιότητες του ιατρικού προσωπικού'
- 'κλινική κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού'
- 'κοινωνικές δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού'
- 'συνολικό επίπεδο ικανοποίησης από τη νοσηλεία' (σύσταση του νοσοκομείου σε άλλους)

Ο τομέας 'διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού' δεν επηρεάζεται από κανέναν παράγοντα του κοινωνικού κεφαλαίου εκτός από τον *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής*.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

#### **6.1. Ψυχομετρική στάθμιση του SCQ-G**

Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί σημαντική προσθήκη στις επιστήμες υγείας λόγω της επίδρασης που φαίνεται ότι έχει σε υγειονομικά αποτελέσματα και στην ποιότητα ζωής. Η ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου, με τους περιορισμούς που συζητήθηκαν στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο, συμπαρασύρει δείκτες υγειονομικής, οικονομικής και κοινωνικής ευημερίας. Η ανάγκη συνεπώς για ένα έγκυρο, αξιόπιστο και πρακτικό ερωτηματολόγιο για τη μέτρησή του είναι επαρκώς τεκμηριωμένη στην τρέχουσα βιβλιογραφία. Η 'Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου' δημιουργήθηκε στην Αυστραλία και σταθμίστηκε επιπλέον στις ΗΠΑ με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Η μελέτη μας πραγματοποιήθηκε την ψυχομετρική στάθμιση της κλίμακας στην Ελλάδα, αποδεικνύοντας ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου στον ελληνικό πληθυσμό (Kritsotakis και συν. 2008).

Η πολυπαραγοντική ανάλυση και οι συσχετίσεις πολλαπλών κλιμακώσεων παρήγαγαν ένα μοντέλο 6 παραγόντων που έχει εννοιολογική βάση και κατανέμει λογικά τις ερωτήσεις σε υποκλίμακες. Παρουσιάζει 2 διαφορές σε σχέση με την πρωτότυπη στάθμιση (Onyx & Bullen 2000): ο αρχικός παράγοντας *Εκτίμηση της Ζωής* ενσωματώθηκε στον αρχικό παράγοντα *Κοινωνική Συμπεριφορά ή Ανάπτυξη στο Κοινωνικό Πλαίσιο*. Αυτό υπονοεί ότι στο ελληνικό δείγμα οι δύο παράγοντες αντιπροσωπεύουν ένα ενιαίο στοιχείο. Επιπλέον, ο αρχικός παράγοντας *Επαφές στη Γειτονιά* δεν ανταποκρίνεται στο ελληνικό δείγμα: οι κυριότερες ερωτήσεις που τον απαρτίζουν σχετίστηκαν με τους παράγοντες *Συμμετοχή στην Κοινότητα* και *Κοινωνική Συμπεριφορά* και συνεπώς η αυτόνομη παρουσία του δεν δικαιολογείται.



Στις ΗΠΑ, 11 από τις 36 ερωτήσεις σχετίστηκαν με παράγοντες διαφορετικούς από αυτούς που πρότεινε η αρχική στάθμιση. Στην Ελλάδα, σε 16 στις 36 ερωτήσεις εμφανίστηκε ανάλογο φαινόμενο (Πίνακας 2). Η πιθανότερη εξήγηση για αυτό είναι ότι οι κλίμακες είναι πολιτισμικά ευαίσθητες και οι ίδιες ερωτήσεις δεν είναι ανάλογα σημαντικές στις διαφορετικές χώρες (O'Brien και συν. 2004). Τα αποτελέσματα μας δεν στηρίζουν πλήρως τα αρχικά, και αποτελούν ένδειξη ότι το κοινωνικό κεφάλαιο έχει δομή και χαρακτηριστικά που διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Τα σχετικά ερωτηματολόγια θα πρέπει να σταθμίζονται σε κάθε μέρος, εθνικό ή πολιτισμικό, που χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά.

Η αξιοπιστία της κλίμακας και των υποκλιμάκων όπως αξιολογούνται από τον συντελεστή alpha του Cronbach είναι υψηλή για το σύνολο της κλίμακας (Cronbach's alpha = .83) και συγκρίσιμη με αυτή που αναφέρεται για την Αυστραλία (Cronbach's alpha = .84). Ο παράγοντας *Επαφές με Συγγενείς & Φίλους* είναι ο μοναδικός που δεν έχει επαρκείς ιδιότητες από πλευράς αξιοπιστίας (Cronbach's alpha = .33). Μια πιθανή αιτία είναι ότι ο παράγοντας αποτελείται από δύο μόνο ερωτήσεις, κάτι που επηρεάζει το συντελεστή  $\alpha$  (Nunnally & Bernstein 1994). Όμως, άλλες υποκλίμακες που αποτελούνται επίσης από δύο ερωτήσεις επιδεικνύουν επαρκέστερες ψυχομετρικές ιδιότητες. Συνεπώς το πιθανότερο στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι ότι ο συγκεκριμένος παράγοντας χρειάζεται επιπλέον ερωτήσεις για να συμπεριλάβει το σύνολο του υπό μέτρηση φαινομένου και να είναι ψυχομετρικά επαρκής. Ο παράγοντας διατηρήθηκε στην ελληνική έκδοση επειδή υποστηρίζει τις ψυχομετρικές ιδιότητες του συνόλου της κλίμακας. Οι σταθμίσεις στην Αυστραλία και τις ΗΠΑ δεν παρέχουν δεδομένα για το συγκεκριμένο δείκτη αξιοπιστίας και συνεπώς δεν μπορούμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας σε σχέση με τα δικά τους.

Υπάρχουν αρκετοί προβληματισμοί για τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με δημογραφικούς δείκτες. Στην Αυστραλία δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις του κοινωνικού κεφαλαίου με ατομικά χαρακτηριστικά όπως ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, εισόδημα. Ορισμένες ασθενείς συσχετίσεις που βρέθηκαν δεν αποτελούν ιδιαίτερη εξαίρεση και ερμηνεύονται εύκολα (για παράδειγμα, οι άντρες

νοιώθουν πιο ασφαλείς από τις γυναίκες στο να περπατούν μόνοι στο σκοτάδι). Οι Onyx και Bullen (2000, σελ. 36) υποστήριξαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένα συλλογικό αγαθό 'που αξιοποιείται ισόποσα από πλούσιους και φτωχούς, από άντρες και γυναίκες, από όλες τις ηλικίες και ανεξάρτητα από το επίπεδο εκπαίδευσης'.

Τόσο στην ελληνική, όσο και στην αμερικάνικη ανάλυση, ορισμένες μικρές αλλά σημαντικές συσχετίσεις εμφανίστηκαν μεταξύ παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου και δημογραφικών μεταβλητών όπως εκπαίδευση, ηλικία, εισόδημα. Το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο σε ατομικό επίπεδο σχετίστηκε κυρίως με τα χρόνια γάμου ( $r = .23, p = .004$ ) και τον αριθμό των παιδιών ( $r = .20, p = .001$ ). Σε μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης μεταξύ κύριων δημογραφικών μεταβλητών και του κοινωνικού κεφαλαίου, η συνολική επεξηγηματική ικανότητα του μοντέλου ήταν μικρότερη από 11%. Οι διαφοροποιήσεις στις παραπάνω συσχετίσεις είναι αναμενόμενες με δεδομένο ότι ανάλογες διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των περιοχών στην Αυστραλία. Για να κάνουμε πάντως μια συνολική αποτίμηση των συσχετίσεων πρέπει να είμαστε προσεχτικοί. Τα αποτελέσματα μας αξιώνουν επιπλέον στοιχεία πριν ερμηνευτούν, με δεδομένο ότι όσο μεγαλύτερο το δείγμα τόσο πιο εύκολα επιτυγχάνεται σημαντική συσχέτιση.

Ορισμένοι περιορισμοί της μελέτης θα πρέπει να συζητηθούν. Το δείγμα της στάθμισης δεν ήταν αντιπροσωπευτικό του ελληνικού πληθυσμού και αποτελούταν μόνο από άτομα που κατοικούσαν σε αστικές περιοχές. Η μέθοδος δειγματοληψίας μπορεί να θέσει ερωτήματα υπο-αντιπροσώπευσης ομάδων στο δείγμα της στάθμισης, αν και δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στο να διασφαλιστεί αντιπροσωπευτικό δείγμα ενηλίκων από κάθε περιοχή. Τα άτομα που συμμετείχαν τελικά στη μελέτη κατανέμονται σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, επίπεδα εκπαίδευσης, κατηγορίες και πηγές εισοδήματος. Διαφορές στη σύσταση των δειγμάτων μεταξύ Ελλάδας, Αυστραλίας και ΗΠΑ, δεν επιτρέπουν την ανάλυση και σύγκριση των αποτελεσμάτων για ορισμένες μεταβλητές π.χ. για το σύνολο του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου. Αν και αρκετά από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως ηλικία και φύλο, είναι συγκρίσιμα μεταξύ των τριών μελετών, το δείγμα μας δεν συμπεριλάμβανε άτομα από εθνικές ομάδες ή

μειονότητες, όπως έγινε στην Αμερική, ή άτομα από ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, όπως στην Αυστραλία. Επίσης τα άνεργα άτομα δεν συμμετείχαν σε όλες τις στατιστικές αναλύσεις επειδή δεν μπορούσαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις που αφορούσαν στην εργασία και το εργασιακό περιβάλλον. Η εγκυρότητα του περιεχομένου του ερωτηματολογίου (Criterion validity) δεν εξετάστηκε.

Παρά τους περιορισμούς, οι επαγγελματίες υγείας έχουν ένα χρήσιμο εργαλείο για να διερευνήσουν τους ποικίλους μηχανισμούς που κοινωνικοποιούνται οι άνθρωποι. Για παράδειγμα, το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μας αποκαλύψει ποια χαρακτηριστικά του κοινωνικού κεφαλαίου ή ποιες επαφές επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής σε διάφορα πλαίσια και πολιτισμικά περιβάλλοντα. Η σύγκριση των παραγόντων μεταξύ Ελλάδας, Αυστραλίας και ΗΠΑ, σε συνδυασμό και με άλλα δεδομένα, συνηγορούν στο ότι τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού κεφάλαιο έχουν διαφορετική σπουδαιότητα σε κάθε περιοχή (Blakely και συν. 2006, Cargiano 2007, Ferlander 2007, Griffiths και συν. 2007). Αυτό μπορεί να καθοδηγήσει την επαγγελματική πρακτική μας, έτσι ώστε να προσφέρουμε εξατομικευμένες και πολιτισμικά ευαίσθητες υπηρεσίες υγείας.

## 6.2. Γνωσιακή στάθμιση του SCQ-G

Μια από τις σημαντικότερες μεθοδολογικές προκλήσεις των ποσοτικών ερευνών του κοινωνικού κεφαλαίου είναι η υπέρβαση της εννοιολογικής ετερότητας κατά τη χρήση σύνθετων και πολυδιάστατων όρων όπως γειτονιά, ενεργός συμμετοχή, κοινότητα, πολυπολιτισμικότητα. Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο πολλαπλών ερωτήσεων σε μία, κάτι που υπονομεύει τις προσπάθειες μας να ερμηνεύσουμε τα σχετικά δεδομένα, να τα συγκρίνουμε, και να τα μετασχηματίσουμε σε πράξη. Κι αυτό γιατί παρόμοια ή ίδια ποσοτική βαθμολόγηση αντιπροσωπεύει διαφορετική νοοτροπία μεταξύ των ερωτηθέντων. Η ανάλυση κατά τη γνωσιακή στάθμιση του ερωτηματολογίου του κοινωνικού κεφαλαίου ανέδειξε τις αντιλήψεις και τη νοοτροπία των συμμετεχόντων στις συνεντεύξεις. Πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας μεθοδολογία από το ποιοτικό παράδειγμα,

και πιο συγκεκριμένα την 'ανάλυση του λόγου'. Τα ευρήματα της γνωσιακής στάθμισης του ερωτηματολογίου του κοινωνικού κεφαλαίου στην Ελλάδα επιβεβαιώνουν πλήθος θεμάτων που θίγονται στη σχετική βιβλιογραφία (Blaxter & Poland 2002).

### **6.2.1. Συμμετοχή στην κοινότητα**

Ήταν προβληματικό το να διασφαλιστεί μια κοινή αντίληψη για το τι συνιστά 'ενεργός συμμετοχή' στον ελληνικό πληθυσμό. Οι ερωτηθέντες βαθμολογούσαν το ίδιο την 'ενεργή' και την 'παθητική' συμμετοχή, το να παρευρίσκονται απλώς σε διαδικασίες χωρίς να έχουν κάποιο ιδιαίτερο λόγο ή συμμετοχή σε αυτές. Συνεπώς τα ποσοτικά αποτελέσματα του ερωτηματολογίου δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να προσφέρουν κάποια αξιόπιστη πληροφορία για την ποιότητα της συμμετοχής. Τα συγκεκριμένα ευρήματα ανταποκρίνονται σε αυτά των De Silva και συν. (2006) που δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη δημιουργία καταλόγων που θα περιλαμβάνουν ομάδες, συλλόγους ή οργανισμούς με διαφορετικούς τρόπους συμμετοχής και που θα καλύπτουν τις πολιτιστικές ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής στην οποία πρόκειται να μετρηθεί το κοινωνικό κεφάλαιο (De Silva και συν. 2006, σ. 949).

Ανάλογα προβληματικό ήταν το να βρεθεί ένας λειτουργικός ορισμός της λέξης 'κοινότητα'. Όπως ήταν αναμενόμενο από άλλες μελέτες, η λέξη κοινότητα χρησιμοποιούταν σπάνια από τους ερωτηθέντες (De Silva και συν. 2006) και χωρίς να υπάρχει κοινός ορισμός από αυτούς που την χρησιμοποίησαν (Blaxter 2004, Blaxter & Poland 2002). Αυτό είναι πλέον ένα αναμενόμενο εύρημα στις σύγχρονες έρευνες. Για να ξεπεραστεί αυτή η εννοιολογική ανεπάρκεια στη μετάφραση του SCQ η σχετικά αφηρημένη έννοια 'κοινότητα' αντικαταστάθηκε, όπου αυτό ήταν δυνατό, με την φράση 'στην περιοχή σας' που έχει πιο σαφές γεωγραφικό προσανατολισμό και γίνεται ευκολότερα κατανοητή.

### **6.2.2. Κοινωνική Συμπεριφορά**

Μερικοί συμμετέχοντες ήθελαν επιπλέον διευκρινήσεις για να κατανοήσουν πλήρως την ερώτηση: 'Εάν χρειαστεί να πάρετε μια πολύ σημαντική απόφαση για

τη ζωή σας, ξέρετε που να βρείτε τις απαραίτητες πληροφορίες;'. Μετά τις απαραίτητες διευκρινήσεις αποδείχθηκε ότι οι απαντήσεις παρέμεναν ίδιες. Δεν άλλαξε δηλαδή η βαθμολογία στην κλίμακα, ανεξάρτητα από τις επιπλέον πληροφορίες και εξηγήσεις που τους είχαν δοθεί. Αυτό οδήγησε στο να μην τροποποιηθεί η αρχική ερώτηση στο SCQ-G.

### **6.2.3. Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας**

Οι ερωτηθέντες είχαν ξεκάθαρη και κοινή αντίληψη του τι συνιστά το 'νοιώθω ασφαλής' στην περιοχή μου. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξαν οι De Silva και συν. (2006) η έννοια της εμπιστοσύνης δεν ήταν δύσκολο να γίνει κατανοητή από τους έλληνες συμμετέχοντες στην έρευνα. Αυτό πιθανόν να εξηγείται από το γεγονός ότι η ερώτηση στο SCQ αναφέρεται σαφώς σε άτομα, και όχι σε αφηρημένη έκφραση εμπιστοσύνης σε κάποια έννοια ή θεσμό (για παράδειγμα, το σύστημα υγείας).

Οι Έλληνες συμμετέχοντες ακολουθούν μια διαδικασία δημιουργίας σχέσεων εμπιστοσύνης όμοια με αυτή που περιγράφεται από την Evergeti (2004) κατά τη διάρκεια της εθνογραφικής της μελέτης σε μειονοτικά μουσουλμανικά χωριά της Θράκης: η εμπιστοσύνη στους άλλους δημιουργείται μόνο μέσα από ενεργές κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των ατόμων ή σε μικρότερο βαθμό σε αρχικό στάδιο μεταφέρεται μέσω των συστάσεων από το ένα άτομο στο άλλο. Οι ερωτηθέντες είχαν ξεκάθαρα τη διάθεση να εμπιστευτούν τους άλλους, όμως μόνο μέσα από διαπροσωπικές επαφές και εμπειρίες. Οι απαραίτητες κοινωνικές συνθήκες για τη δημιουργία της εμπιστοσύνης απαντώνται και σε άλλες περιοχές, τόσο στη Μεγάλη Βρετανία, όσο και στην Αυστραλία (Blaxter 2004, Blaxter & Poland 2002, Cambell & Gillies 2001, Falk & Kilpatrick 2000, Foley & Edwards 1999). Η κοινή διαπολιτισμική αντίληψη πίσω από τις απαντήσεις που αφορούν στην εμπιστοσύνη μεταξύ των ατόμων φαίνεται να μας επιτρέπει αξιόπιστες συγκρίσεις μεταξύ των κρατών. Παράλληλα μπορεί να μας οδηγήσει σε ασφαλή συμπεράσματα για το πως διάφοροι πολιτισμοί μετασηματίζουν την εμπιστοσύνη σε καλύτερα υγειονομικά αποτελέσματα.

#### **6.2.4. Σχέσεις στη γειτονιά**

Τι συνιστά γειτονιά δεν είναι πλήρως ξεκάθαρο στο δείγμα μας όπως συμβαίνει και σε όλες τις περιπτώσεις που δε δίδεται ένας σαφής ορισμός από την ερώτηση (Blaxter & Poland 2002). Στην περίπτωση μας, για μερικούς γειτονιά ήταν τα διαμερίσματα του ίδιου ορόφου, ή της ίδιας πολυκατοικίας. Για άλλους, γείτονες ήταν ακόμη και αυτοί που έμεναν στον ίδιο δρόμο, έστω και σε άλλο τετράγωνο. Οι εντελώς διαφορετικές αντιλήψεις για τον ορισμό της γειτονιάς δεν ξεφεύγουν από τη φιλοσοφία του κοινωνικού κεφαλαίου που περιλαμβάνει άτομα τα οποία δεν αποτελούν κατ' ανάγκη τον στενό προσωπικό μας κύκλο.

Αυτό που αποδεικνύεται πιο προβληματικό είναι ότι ορισμένοι απαντούν στις ερωτήσεις και χρησιμοποιούν τη λέξη 'γείτονες' (ή τη λέξη 'συνάδελφοι' για το χώρο εργασίας) εννοώντας μόνο μία ή δύο συγκεκριμένες οικογένειες ή ένα-δύο άτομα, και όχι έναν ευρύτερο κύκλο ατόμων. Μια τέτοια εννοιολόγηση μας οδηγεί στον ορισμό της κοινωνικής σχέσης και υποστήριξης (social support) και όχι στον ορισμό του κοινωνικού κεφαλαίου που είναι το ζητούμενο στις συγκεκριμένες έρευνες. Συμβαίνει κυρίως στις ερωτήσεις που έχουν θετικές αναπαραστάσεις της γειτονιάς. Αντίθετα, στις περιπτώσεις που η ερώτηση περιλαμβάνει αρνητικές αναφορές π.χ. 'Αν έχετε διαφορές με τους γείτονές σας (για το όριο των οικοπέδων ή για τα κατοικίδια τους) είστε πρόθυμος/η να προσπαθήσετε να τα βρείτε;' οι απαντήσεις αποκτούν το εύρος που επιβάλλει η αντίληψη του κοινωνικού κεφαλαίου. Μικρές μετατροπές έγιναν στο SCQ-G σε σχέση με το αρχικό ερωτηματολόγιο. Στο τέλος των σχετικών ερωτήσεων προστέθηκε: ('Όχι τους φίλους σας).

#### **6.2.5. Επαφές με Συγγενείς και Φίλους**

Δεν προέκυψαν ζητήματα που να αφορούν στις ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σ' αυτόν τον παράγοντα.

#### **6.2.6. Ανοχή στη Διαφορετικότητα**

Παρ' ότι συζητείται εκτενώς τις μέρες μας, το να ορίσουμε την πολυπολιτισμικότητα είναι αρκετά προβληματικό και δύσκολο (Kandylaki 2005).

Οι συμμετέχοντες (Έλληνες από αστική περιοχή) είχαν ιδιαίτερη δυσκολία στο να αντιληφθούν και να αναφερθούν στην πολιτισμικότητα ως μια αφηρημένη έννοια. Αντ' αυτού αναφερόταν αποκλειστικά σε άτομα με διαφορετικές κουλτούρες ή με διαφορετική εθνική ή πολιτισμική καταγωγή. Η λέξη πολιτισμικότητα ή κουλτούρα, όπως και στην περίπτωση της λέξης κοινότητα, δε χρησιμοποιήθηκε αυθόρμητα στις συνομιλίες τους. Γι' αυτό το λόγο οι συγκεκριμένες λέξεις, και τα παράγοντά τους, αντικαταστάθηκαν από τη φράση 'από διαφορετικά μέρη', που θεωρήθηκε πιο κατάλληλη για χρήση στον ελληνικό πληθυσμό.

Οι διευκρινιστικές ερωτήσεις στόχευαν στο να ταυτοποιήσουν τις απαντήσεις και να κατηγοριοποιήσουν τις διαφορετικές χώρες οι οποίες αναφερόταν αυθόρμητα κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες βαθμολογούσαν χαμηλά σ' αυτές τις ερωτήσεις (1 ή 2) αναφερόμενοι σε άτομα Αλβανικής καταγωγής.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup>Για να γίνει αυτό πλήρως κατανοητό, είναι σκόπιμο να αναφερθούν οι σημαντικές αλλαγές που έχουν γίνει τα τελευταία 20 χρόνια στη χώρα. Κατά τη διάρκεια αυτών των ετών, η Ελλάδα μετασχηματίστηκε: έως τότε ήταν χώρα που έστελνε οικονομικούς κυρίως μετανάστες σε άλλες χώρες. Σημαντικό μέρος του πληθυσμού έφυγε τις δεκαετίες του '50, '60 και '70 για να αναζητήσει εργασία σε χώρες όπως η Γερμανία, Αμερική, Αυστραλία. Αντίθετα, από τις αρχές της δεκαετίας του '90 και μετά η Ελλάδα δέχθηκε πάνω από ένα εκατομμύριο οικονομικούς μετανάστες, περίπου το 10% του πληθυσμού (Cavounidis 2002). Οι περισσότεροι από αυτούς είχαν καταγωγή από την Αλβανία και χώρες του τέως Ανατολικού Μπλοκ. Επίσης τότε ήρθαν στη χώρα και Έλληνες ομογενείς από την τέως Σοβιετική Ένωση. Αυτές οι ομάδες είχαν χαρακτηριστικά που διέφεραν από τον αυτόχθονα πληθυσμό (διαφορετικά ήθη-έθιμα-καταγωγή-θρησκεία, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ανεργία ή εργασία σε χειρωνακτικά επαγγέλματα, παράνομη είσοδο στη χώρα). Σε απουσία κάποιας συγκεκριμένης μεταναστευτικής πολιτικής, χρησιμοποιήθηκαν σαν αποδιοπομπαίοι τράγοι για διάφορα αρνητικά οικονομικά αποτελέσματα και κοινωνικά φαινόμενα. 'Έτσι, οι μετανάστες αντιμετωπίστηκαν εξ' ορισμού σαν κάτι το προβληματικό και ταυτίστηκαν με αρνητικά στερεότυπα' (Lazaridis & Wickens 1999, σ. 633). Περισσότερες πληροφορίες και ανάλυση της μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα και της στάσης των Ελλήνων απέναντι στους μετανάστες παρέχονται από τους Tzanelli (2006), Hatziprokopiou (2004), και Figgou (2000).

Όταν οι διευκρινιστικές ερωτήσεις αναδιαμορφώθηκαν έτσι ώστε να περιλαμβάνουν άτομα από ελληνικές μόνο περιοχές, θετικοποιήθηκαν και οι απαντήσεις. Για βαθμολογία 1 ή 2 για άτομα αλβανικής καταγωγής που ζουν και εργάζονται στην Αθήνα, οι απαντήσεις μετατοπίστηκαν στην κλίμακα 3 ή 4 για τον ελληνικό πληθυσμό. Ανάλογη μετατόπιση παρατηρείται και για άτομα από άλλες χώρες. Συμπερασματικά, ταυτοποιήθηκαν 3 ομάδες πληθυσμών: στην πρώτη, η οποία σχετίζεται με την περισσότερο θετική αντιμετώπιση, ανήκουν οι έλληνες και όσοι κατάγονται από χώρες του επονομαζόμενου δυτικού κόσμου (Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, ΗΠΑ, Καναδάς κ.ά.). Η δεύτερη ομάδα απαρτίζεται από άτομα αναπτυσσόμενων κυρίως χωρών ή χωρών του τέως κομμουνιστικού μπλοκ (Βουλγαρία, Ρουμανία, Τσεχία, χώρες από την Αφρική κ.λπ.). Η τρίτη ομάδα, που χαρακτηρίζεται από τη χαμηλότερη βαθμολογία, περιλαμβάνει κυρίως άτομα αλβανικής καταγωγής. Η αναφορά των συγκεκριμένων χωρών είναι ενδεικτική και σε καμία περίπτωση οριστική. Η συνέντευξη δεν κάλυψε όλες τις χώρες των οποίων πληθυσμός εκπροσωπείται στην Ελλάδα, κάτι που σίγουρα είναι απαραίτητο, αλλά υπερβαίνει τους σκοπούς της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Περιορίζεται μόνο σε απόψεις ατόμων από την ευρύτερη περιοχή του λεκανοπεδίου Αττικής και δεν χαρακτηρίζει απαραίτητα το σύνολο του πληθυσμού ή τις απόψεις ατόμων από διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας, στις οποίες πιθανόν να υπάρχουν άλλες αντιλήψεις, κατηγοριοποιήσεις και στερεότυπα.

Η ερώτηση αυτή αποτελεί κλασσική περίπτωση πολλαπλών ερωτήσεων σε μία μόνο ερώτηση (multiple questions within one) στην ελληνική μετάφραση του SCQ κάτι που συνήθως αντιμετωπίζεται με την προσθήκη επιπλέον διευκρινιστικών ερωτήσεων. Αυτό δεν έγινε στη συγκεκριμένη περίπτωση για 2 λόγους: πρώτον, οι αυθόρμητες απαντήσεις αφορούσαν πάντα στην τρίτη κατηγορία, δηλαδή η βαθμολόγηση γινόταν για την ομάδα για την οποία υπήρχε η χειρότερη αντίληψη. Τα δεδομένα μας συνεπώς μπορεί να μην περιγράφουν την κατηγοριοποίηση της ανεκτικότητας των Ελλήνων απέναντι σε αλλοδαπούς πληθυσμούς στο σύνολό τους, όμως είναι σταθερά ως προς την ερμηνεία τους. Δεύτερον, η προσθήκη επιπλέον ερωτήσεων θα διαφοροποιούσε το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο από



το αρχικό, κάτι που θα υπονόμειε την σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των χωρών.

### **6.2.7. Αξία της Ζωής**

Ένα σημαντικό συμπέρασμα ήταν ότι οι νεότεροι σε ηλικία εξέφρασαν κάποια ενόχληση για το περιεχόμενο αυτής της ομάδας ερωτήσεων ('Αισθάνεστε καταξιωμένος/η στην κοινωνία;' και 'Αν η ζωή σας τελείωνε αύριο, θα ήσασταν ευχαριστημένοι με τη ζωή που ζήσατε;') κυρίως γιατί ένιωσαν ότι δεν τους αφορούν άμεσα. Παρ' ότι στο σύνολό τους ήταν ικανοποιημένοι/ες από τη ζωή τους, δεν μπορούσαν να το δηλώσουν επειδή λόγω του νεαρού της ηλικίας είχαν 'ζωή μπροστά τους', πολλές εμπειρίες για να ζήσουν, πολλά πράγματα για να δοκιμαστούν και να αποδείξουν την αξία τους. Δήλωσαν για παράδειγμα, ότι δεν έχουν την δική τους οικογένεια ή το δικό τους εισόδημα ακόμα, πως μπορούν συνεπώς να αισθάνονται ικανοποιημένοι/ες ή καταξιωμένοι/ες; Τα άτομα, συνήθως κάτω των 35 ετών, είχαν μια αίσθηση 'κοινωνικής ανωριμότητας', ότι δεν συνεισφέρουν στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Αυτό μεταφραζόταν σε χαμηλότερη βαθμολόγηση στις ερωτήσεις, κάτι που ίσως εξηγείται εύκολα για την ελληνική κοινωνία στην οποία υπάρχει μια καλά εδραιωμένη παράδοση συστηματικής βοήθειας (κοινωνικής και οικονομικής) από τους γονείς στα παιδιά. Μια επίσης πιθανή εξήγηση είναι ότι στις νεαρές ηλικίες ατομικά, και όχι κοινωνικά, χαρακτηριστικά διαμορφώνουν την κοινωνική τους ταυτότητα και την αξία για τη ζωή.

Στον αντίποδα, οι ηλικιωμένοι δίσταζαν να βαθμολογήσουν τον εαυτό τους στο 4 (την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα), επειδή θεωρούσαν ότι είναι αλαζονικό να παινεύεις εσύ τον εαυτό σου, ενώ το σωστό θα ήταν να μιλούν οι άλλοι για σένα.

Σε σχέση με την έννοια της κοινωνίας στάθηκε αδύνατο να προσδιοριστεί κάποιος κοινός ορισμός από τους ερωτηθέντες, κάτι που ήταν αναμενόμενο από τη σχετική βιβλιογραφία. Η έλλειψη ορισμού όμως, κι αυτό ίσως ακουστεί οξύμωρο, δεν ήταν αποτρεπτική σε μια εννοιολόγηση του όρου που να μοιράζεται κοινά

χαρακτηριστικά. Ήταν σαφές ότι στην αντίληψή τους η κοινωνία αφορούσε τον κόσμο γενικά και όχι γνωστούς και φίλους, κάτι που θα δημιουργούσε μεθοδολογική σύγχυση. Συνέδεσαν την καταξίωση με την ύπαρξη μιας σωστής οικογένειας και το να μην έχεις κάνει κάτι που θα σε ντροπιάζει. Για να το αιτιολογήσουν αυτό έδωσαν παραδείγματα ‘καταξίωσης’ στη δική τους αντίληψη: αναφέρθηκαν σε παρελθόντα γεγονότα με δύο τρόπους: όταν χρειαζόταν κάποια μορφή βοήθειας (οικονομικής, συναισθηματικής ή πιο πρακτικής φύσεως) οι ‘άλλοι’, και όχι απαραίτητα οι συγγενείς ή οι φίλοι, τους βοήθησαν. Επιπρόσθετα, όταν έφευγαν από κάποιο μέρος, (για παράδειγμα, λόγω αλλαγής εργασίας), οι ‘άλλοι’ δεν είχαν κάτι αρνητικό να πουν γι’ αυτούς, κάτι κακό να τους προσάψουν. Μια ενδιαφέρουσα διάκριση έγινε επίσης μεταξύ ‘ικανοποίησης’ και ‘καταξίωσης’: το πρώτο σχετίστηκε κυρίως με οικονομικές παραμέτρους (να μπορώ να προσφέρω στην οικογένειά μου πράγματα) ενώ το δεύτερο με την επίτευξη κοινωνικά αναγνωρίσιμων αξιών (να έχω καλή οικογένεια να μη με ντροπιάζει).

#### **6.2.8. Σχέσεις στην Εργασία**

Οι συμμετέχοντες είχαν κοινή αντίληψη των όρων για τις εργασιακές σχέσεις.

### **6.3. Ψυχομετρική στάθμιση του CASC**

Η θετική εμπειρία από τις υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ογκολογικούς ασθενείς γιατί βελτιώνει πλήθος υγειονομικών αποτελεσμάτων και την ποιότητα ζωής. Η αξιόπιστη εκτίμησή της είναι, συνεπώς, ιδιαίτερα σημαντική. Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει με αμφισβητήσιμα αποτελέσματα, λόγω της πλημμελούς ή ανύπαρκτης ψυχομετρικής στάθμισης των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν. Το CASC έχει σταθμιστεί σε τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες, με διαφορετική κουλτούρα, εμφανίζοντας σταθερές και συγκρίσιμες ιδιότητες. Στην παρούσα μελέτη έγινε η στάθμιση του εργαλείου σε ογκολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα (Kritsotakis και συν. 2009, υπό δημοσίευση). Αξιολογήθηκαν αρκετές ψυχομετρικές ιδιότητες, όπως η διακριτική εγκυρότητα των ερωτήσεων και των κλιμάκων, η δομική εγκυρότητα και η αξιοπιστία,

κρίνοντας ότι μπορεί να εκτιμήσει την ικανοποίηση από τη νοσηλεία των ογκολογικών ασθενών στην Ελλάδα.

Η αυτο-συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους ασθενείς είναι προτιμητέα από άποψη χρόνου και πόρων. Για την παρούσα στάθμιση όμως επιλέχθηκε η διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών μέσω ατομικών συνεντεύξεων. Σκοπός ήταν να συλλεχθούν αξιόπιστα δεδομένα, χωρίς διαφορές στο χρόνο καταγραφής της αξιολόγησης, και με δυνατότητα να ελεγχθεί η αιτία που ορισμένες ερωτήσεις έμεναν αναπάντητες. Επιπρόσθετα, αυτή η διαδικασία ήταν η μόνη που μπορούσε να διασφαλίσει ότι τα ερωτηματολόγια τα απαντούσαν οι ασθενείς και όχι οι συγγενείς τους.

Οι συνεντεύξεις θέτουν ορισμένες μεθοδολογικές προκλήσεις, όπως για παράδειγμα το να μην επηρεάζονται οι απαντήσεις των ασθενών λόγω της τάσης τους να δίδουν απαντήσεις κοινωνικά αποδεκτές (social desirability bias). Έχει καταδειχθεί ωστόσο ότι οι απαντήσεις των ασθενών δεν επηρεάζονται από τον τρόπο που διενεργείται η αξιολόγηση (Brédart και συν. 2004). Επιπροσθέτως, οι συνεντεύξεις είναι πολλαπλώς καταλληλότερες για να διερευνηθούν εις βάθος οι απόψεις και οι εμπειρίες των ασθενών από τη νοσηλεία τους (Merkouris και συν. 2004, Tasso και συν. 2002, Hyrkas & Paunonen 2000).

Στο δείγμα των ελλήνων ασθενών το μεγαλύτερο ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων (15.4%) αφορούσε στην κλίμακα για τις 'Πληροφορίες για τις διαδικασίες και το κόστος'. Η επεξήγηση βρίσκεται στο ότι οι περισσότερες διοικητικές διαδικασίες γινόταν από τους συγγενείς ή φίλους των ασθενών, και όχι από τους ίδιους, οπότε δεν είχαν προσωπική άποψη να εκφράσουν. Σε αυτήν την περίπτωση, το υψηλό ποσοστό των αναπάντητων ερωτήσεων δεν εγείρει θέμα αξιοπιστίας την κλίμακας, λόγω μη σχετικότητας των ερωτήσεων ή μη κατανόησης τους, γεγονός το οποίο θα απαιτούσε τη διαγραφή ή την επαναδιατύπωσή τους. Η περίπτωση ήταν διαφορετική σε σχέση με τις υποκλίμακες για τις Διαπροσωπικές Ικανότητες Ιατρών και Νοσηλευτών. Οι περισσότεροι/ες ασθενείς δεν ήθελαν να βαθμολογήσουν χαμηλά τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του προσωπικού ή την ποιότητα πληροφοριών που τους έδινε και προτιμούσαν να αφήσουν κενές τις

απαντήσεις. Αυτή η αντίδραση από πλευράς ασθενών απαιτεί άμεσα δράσεις για τη βελτίωση της εμπειρίας τους από τη νοσηλεία.

Αρκετοί/ές ασθενείς δεν απάντησαν επίσης στην ερώτηση για το ενδιαφέρον του προσωπικού (ιατρών και νοσηλευτών) για αυτούς/ές προσωπικά και όχι για την ασθένειά τους. Παρ' ότι η ερώτηση επέδειξε επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες, πολλοί ασθενείς δεν την κατανοούσαν. Δήλωσαν ότι, κατά τη γνώμη τους, δεν μπορεί να διαχωριστεί η αρρώστια τους από την προσωπικότητά τους και συνεπώς η ερώτηση δεν είναι απαραίτητη. Όπως αναφέρθηκε πρωτύτερα, η μετάφραση του CASC έγινε σε 4 στάδια με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΚΕ. Παρ' ότι έγινε ιδιαίτερη προσπάθεια να διασφαλιστεί η υφολογική και γλωσσική ισοδυναμία μεταξύ των δύο εκδόσεων, η συγκεκριμένη ερώτηση μπορεί να μην ανταποκρίνονται στη νοοτροπία του ελληνικού πληθυσμού. Η ερώτηση δεν διαγράφηκε προκειμένου να διατηρηθεί κοινή δομή του ερωτηματολογίου μεταξύ των χωρών.

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν 62%. Είναι εντός των ορίων που αναφέρονται για μελέτες ικανοποίησης ασθενών (Castle και συν. 2005) και σαφώς υψηλότερο από το 40% που είχε καταγραφεί κατά την πιλοτική φάση. Επίσης είναι μεγαλύτερο από το 28% που αναφέρουν οι Gnardellis και Niakas (2005) για έρευνα μέσω ταχυδρομείου για την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Είναι αρκετά χαμηλότερο από το ποσοστό συμμετοχής που αναφέρεται για το πρωτόκολλο που εφαρμόστηκε (Brédart και συν. 2001). Όταν ένα συγκεκριμένο άτομο ασχολείται με την ενημέρωση των ασθενών για τη μελέτη, όπως έγινε κατά τη στάθμιση του ερωτηματολογίου σε άλλες χώρες, καταγράφονται ποσοστά συμμετοχής από 91-100%. Αν και οι λιγότερο ικανοποιημένοι ασθενείς τείνουν να μη συμμετέχουν στις έρευνες ικανοποίησης (Mazor και συν. 2002) δεν επηρεάζεται η ψυχομετρική στάθμιση. Σαφώς όμως απαιτείται προσοχή κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων (Edwards και συν. 2004).

Η αρχική δομή του CASC υποστηρίχθηκε μερικώς έπειτα από τις συσχετίσεις πολλαπλών κλιμακώσεων στους Έλληνες ασθενείς. Οι υποκλίμακες 'Κλινική Κατάρτιση των Ιατρών', 'Διοικητική Οργάνωση της Νοσηλείας' και 'Γενική Ικανοποίηση' παρουσίασαν την ίδια ακριβώς δομή με τις αρχικές. Οι υποκλίμακες

για το ιατρικό προσωπικό παρουσίασαν γενικά τις αναμενόμενες δομές και χρειάστηκαν ελάχιστες τροποποιήσεις για να είναι ψυχομετρικά επαρκείς.

Οι μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις εντοπίστηκαν στις υποκλίμακες για το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι διαφορές αποδίδονται είτε σε διαφορετική θεσμική αντίληψη της νοσηλευτικής από χώρα σε χώρα, είτε σε διαφορετική αξιολόγηση των διαστάσεων της φροντίδας από τους ασθενείς (Groenewegen και συν. 2005). Για παράδειγμα, το πόσο γρήγορα ανταποκρινόταν οι νοσηλευτές όταν οι ασθενείς χτυπούσαν το κουδούνι, σχετίστηκε με τις κλινικές τους ικανότητες και όχι με τα διαπροσωπικά τους χαρακτηριστικά, όπως ήταν αρχικά. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι ασθενείς, με δεδομένη την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, αξιολογούν την άμεση εξυπηρέτησή τους από τους νοσηλευτές ως ένδειξη κλινικής ικανότητας.

Η δομή του CASC στην Ελλάδα επέδειξε 95.5% επιτυχία στην συγκλίνουσα εγκυρότητα και τη διακριτική εγκυρότητα των ερωτήσεων. Η τελευταία είναι εμφανής όταν οι διαφορές μεταξύ δύο τιμών μετασχηματισμένων συντελεστών συσχέτισης  $z$  του Fischer διαιρεμένων δια του τυπικού σφάλματος είναι υψηλότερη από 1.96. Επαρκής διακριτική εγκυρότητα καταγράφηκε στο 63% των ερωτήσεων. Τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με την αρχική στάθμιση και κυρίως με τη Σουηδία στην οποία το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 56% (Brédart και συν. 2001).

Οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων είναι δείκτης της διακριτικής τους εγκυρότητας η οποία ήταν επαρκής, αν και μικρή. Οι κλίμακες αναφέρονται σε διαφορετικές διαστάσεις της φροντίδας καθώς ο συντελεστής συσχέτισης  $r$  του Pearson μεταξύ των υποκλιμάκων έχει μικρότερη απόλυτη τιμή από τους αντίστοιχους συντελεστές  $\alpha$  του Cronbach παρά τις αξιοπρόσεκτες επικαλύψεις, ιδίως για τη νοσηλευτική φροντίδα (υποκλίμακες ιατρών,  $r = .41 - .74$ ,  $\alpha > .85$ , υποκλίμακες νοσηλευτών,  $r = .70 - .82$ ,  $\alpha > .91$ ). Αυτό προφανώς αντανακλά πραγματικές επικαλύψεις μεταξύ των διαφορετικών διαστάσεων της νοσηλείας (Brédart και συν. 2001), όμως μπορεί και να αποτυπώνει τις διαφορετικές απαιτήσεις που έχουν οι ασθενείς από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι

ιατροί έχουν καίρια και σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών (Braunsberger & Gates 2002). Για τους ιατρούς, το να είναι κλινικά αποτελεσματικοί είναι διαφορετικό από το να έχουν διαπροσωπικές ικανότητες και συνεπώς αυτά τα δύο αξιολογούνται διαφορετικά και ανεξάρτητα. Οι νοσηλευτές από την άλλη, αναμένεται να είναι επικοινωνιακοί και φιλικοί επιπλέον της κλινικής τους δεξιότητας. Αυτές οι δύο διαστάσεις δεν διαχωρίζονται από τους ασθενείς και άρα αξιολογούνται ενιαία. Η συγκεκριμένη νοοτροπία πιθανόν να ερμηνεύει το σύνολο των διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται μεταξύ της Ελλάδας και των άλλων ευρωπαϊκών χωρών στη δομή του CASC.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν .97 για το σύνολο του ερωτηματολογίου και πάνω από .85 για τις υποκλίμακες και είναι εξαιρετικά υψηλή. Η δομική εγκυρότητα ήταν πάνω από .62 για όλες τις υποκλίμακες και παρ' ότι δεν υπάρχουν δεδομένα για να συγκριθεί, θεωρείται επαρκής.

Αν και η ελληνική μετάφραση του CASC έδειξε ψυχομετρικές ιδιότητες συγκρίσιμες σε αυτές που αναφέρονται για την αρχική έκδοση, ένας βασικός περιορισμός της μελέτης θα πρέπει να αναφερθεί: ο αριθμός του δείγματος ήταν σχετικά μικρός και αποτελούταν από ασθενείς σε ένα μόνο ογκολογικό τμήμα. Παρόλο που αντιπροσωπεύονται στο δείγμα άτομα με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά και τύπους νεοπλασμάτων, τα αποτελέσματα μπορεί να μην είναι γενικεύσιμα στο σύνολο των ογκολογικών ασθενών. Ωστόσο, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τη χρήση του ερωτηματολογίου για μέτρηση της ικανοποίησης των ογκολογικών ασθενών από τη νοσηλεία τους στην Ελλάδα.

#### **6.4. Συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την ικανοποίηση των ασθενών**

Η ερευνητική υπόθεση της παρούσας διδακτορικής διατριβής, ότι το κοινωνικό κεφάλαιο διαμορφώνει και επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, επιβεβαιώνεται. Τα αποτελέσματα είναι σε συμφωνία με την τρέχουσα βιβλιογραφία για διαφορετική επίδραση των παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου σε δείκτες υγείας. Όταν αυξάνεται το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο, και ορισμένοι από τους δείκτες του, αυξάνεται και ο βαθμός ικανοποίησης από ορισμένες διαστάσεις της νοσηλείας. Το κοινωνικό κεφάλαιο δημιουργεί τις

συνθήκες, τόσο με όρους εμπιστοσύνης, αλληλεγγύης, συλλογικότητας, αλλά και κοινωνικής επαφής, να καλυφθούν οι προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.

Στις απλές συσχετίσεις, καθώς και στις μονοπαραγοντικές και πολυπαραγοντικές αναλύσεις (Πίνακες 8 – 15), η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται, σχετίζεται και επηρεάζεται, κατά κύριο λόγο, από το σύνολο του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου καθώς και από τον παράγοντα *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής*. Η συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου και της ικανοποίησης έχει αποκλειστικά θετικό πρόσημο.

Εξαίρεση αποτελεί η αξιολόγηση της *Διαθεσιμότητας του ιατρικού προσωπικού*, η οποία δεν επηρεάζεται από το κοινωνικό κεφάλαιο σε ατομικό επίπεδο στις παρούσες αναλύσεις. Αυτό μπορεί ίσως να αποδοθεί στην οργάνωση της κλινικής στην οποία έγινε η μελέτη. Στο συγκεκριμένο τμήμα το ιατρικό προσωπικό επισκέπτεται σταθερά, τουλάχιστον 2 φορές τη μέρα (πρωί και απόγευμα), όλους τους ασθενείς, και όχι μόνο όσους έχουν παρουσιάσει κάποια παρενέργεια από το χημειοθεραπευτικό σχήμα. Επίσης, ανταποκρίνεται άμεσα όταν κρίνει το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό το μοντέλο λειτουργίας ίσως δεν αφήνει περιθώρια να καταγραφούν διακυμάνσεις στην ικανοποίηση, ευαίσθητες στην επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου.

Η *Συμμετοχή στην Κοινότητα* δεν επηρεάζει καμία παράμετρο της ικανοποίησης των ασθενών στις πολυπαραγοντικές δοκιμασίες. Φαίνεται να σχετίζεται και να επιδρά ελάχιστα μόνο στις υποκλίμακες για το *συνολικό επίπεδο ικανοποίησης από τη νοσηλεία* (σύσταση του νοσοκομείου σε άλλους) και το *γενικό βαθμό ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα*. Στις συνεντεύξεις, κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, διαφάνηκε ότι δομικά χαρακτηριστικά του κοινωνικού κεφαλαίου, όπως η συμμετοχή, μεταβάλλονται σε περίπτωση εμφάνισης ογκολογικής ασθένειας. Δηλαδή, όσοι συμμετείχαν σε συλλόγους, ομάδες, ή οργανώσεις πριν την έναρξη της ασθένειας, σταμάτησαν ή περιόρισαν τη συμμετοχή μετά τη διάγνωση. Στην παρούσα διερεύνηση δεν αναλύθηκε η κατάσταση που προϋπήρχε της διαγνώσεως του καρκίνου. Στους ογκολογικούς

ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, η διακύμανση των απαντήσεων στον συγκεκριμένο παράγοντα είναι περιορισμένη. Πρακτικά υπήρχαν μόνο 6 άτομα, σε σύνολο 52, τα οποία συμμετείχαν σε ομάδες κατά τη φάση της αξιολόγησης. Συνεπώς, δεν μπορεί να γίνει κάποια συσχέτιση η οποία θα επιτρέψει την εξαγωγή έστω και ενδεικτικών συμπερασμάτων. Ανάλογα μικρό ήταν και το εύρος των απαντήσεων για το διάστημα της τελευταίας τριετίας, κάτι που μάλλον αποδίδεται στο ότι οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν σχετικά μεγάλοι στην ηλικία και είχαν μικρή ηλικιακή διακύμανση. Παρ' όλο που η ουδέτερη επίδραση της *Συμμετοχής στην Κοινότητα* στην ικανοποίηση δεν τεκμηριώνεται οριστικά από την παρούσα μελέτη, η μη επίδραση της συμμετοχής σε δείκτες υγείας είναι σταθερό εύρημα στη σχετική βιβλιογραφία (Perry και συν. 2008, Lindstrom & Axen 2002).

Η *Συμμετοχή*, ως βασικό χαρακτηριστικό του κοινωνικού κεφαλαίου όπως αυτό έχει εννοιολογηθεί από τον Putnam (1993, 2000), έχει δεχτεί έντονη κριτική για τρεις κυρίως λόγους που άπτονται τόσο στη θεωρητική σαφήνεια, όσο και στην πρακτική εφαρμογή της θεωρίας του.

Πρώτον, δεν λαμβάνει υπ' όψιν τις υποκειμενικές ή αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα στην καθημερινή τους ζωή όπως έλλειψη χρόνου και δυσκολία μετακίνησης (Price 2002).

Δεύτερον, το κοινωνικό κεφάλαιο, στη συγκεκριμένη θεωρητική σύλληψη, καταγράφει ποσοτικά το βαθμό συμμετοχής, αδυνατεί όμως να προσδιορίσει ποιοτικά χαρακτηριστικά. Τα άτομα αναφέρουν ότι συμμετέχουν σε τοπικές οργανώσεις, όχι όμως και αν συμμετέχουν ενεργά, με τη θέλησή τους, από γνήσιο ενδιαφέρον ή από ανάγκη να ικανοποιήσουν τοπικές συμβάσεις. Συνεπώς ένα ομοιόμορφο ποσοτικά αποτέλεσμα μπορεί να αντιστοιχεί σε ποικιλία κοινωνικών μοντέλων και συσχετισμών (Kritsotakis & Gamarnikow 2004).

Τρίτον, δεν έχει ακόμη διερευνηθεί, και δεν διαχωρίζεται, η πιθανή διαφορετική επίδραση της συμμετοχής σε διαφορετικούς συλλόγους, ομάδες και οργανισμούς (De Silva και συν. 2006). Για παράδειγμα, δεν γνωρίζουμε κατά πόσο η συμμετοχή σε εκκλησιαστικές οργανώσεις έχει παρόμοια επίδραση σε δείκτες υγείας με τη συμμετοχή σε πολιτικές, περιβαλλοντικές, ή ανθρωπιστικές ομάδες με



δεδομένο ότι στη μία περίπτωση ο σκοπός είναι η διατήρηση του κοινωνικού status quo και στην άλλη η ανατροπή του με ήπιες ή πιο ριζοσπαστικές εκδηλώσεις.

Τα αποτελέσματα σε σχέση με τους παράγοντες *Αισθήματα Ασφάλειας* και *Ανοχή στη Διαφορετικότητα* δείχνουν μια ουδέτερη ή οριακή επίδραση σε παραμέτρους της ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος των στατιστικών αναλύσεων: για παράδειγμα, ο παράγοντας *Ανοχή στη Διαφορετικότητα* δε σχετίζεται με καμία διάσταση της ικανοποίησης των ασθενών, ενώ επηρεάζει σε πολυπαραγοντικές αναλύσεις μερικές διαστάσεις της νοσηλείας. Υπάρχει συνεπώς ένα ενδεχόμενο να επηρεάζεται η αξιολόγηση του συστήματος υγείας από κοινωνικές συνθήκες φαινομενικά άσχετες προς αυτό, όμως αυτή η πιθανότητα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Οι διαστάσεις της νοσηλείας που επηρεάζονται περισσότερο από το κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται να είναι αυτές για τις οποίες οι ασθενείς θεωρούν ότι δεν έχουν επαρκείς γνώσεις, δυνατότητες ή εμπειρίες για να τις κρίνουν. Αυτές για τις οποίες δεν υπάρχει μια υποκειμενική ή αντικειμενική 'οικειότητα'. Για παράδειγμα, η αξιολόγηση της ποιότητας του φαγητού δεν επηρεάζεται από το κοινωνικό κεφάλαιο γιατί το φαγητό εμπίπτει στο γνωστικό πεδίο των ασθενών. Οι ασθενείς στη συγκεκριμένη περίπτωση εμπιστεύονται την κρίση τους και την προσωπική τους άποψη. Αντίθετα, στις περιπτώσεις που το πεδίο της αξιολόγησης υπερβαίνει τις γνώσεις τους (για παράδειγμα, η κλινική κατάρτιση του Ιατρικού προσωπικού), η κοινωνική προδιάθεση των ασθενών διαμορφώνει, σε κάποιο βαθμό, την ικανοποίησή τους. Αυτό αποτελεί μια πιθανή ερμηνεία γιατί ορισμένες διαστάσεις της ικανοποίησης επηρεάζονται από το κοινωνικό κεφάλαιο, ενώ άλλες όχι. Ένα παράδειγμα είναι οι διαφορές που εμφανίζονται στην αξιολόγηση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού: το κοινωνικό κεφάλαιο παρουσιάζει μικρότερη ή μηδαμινή επίδραση στην ικανοποίηση από το νοσηλευτικό σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό. Αυτό είναι ένδειξη διαφορετικής αντίληψης και αντιμετώπισης των δύο ομάδων από το γενικό πληθυσμό. Στην περίπτωση των ιατρών οι ασθενείς αξιολογούν με βάση αυτά που 'νοιώθουν', ενώ στην περίπτωση των νοσηλευτών με βάση αυτά που θεωρούν ότι 'ξέρουν'.

Οι έως τώρα έρευνες (Platonova και συν. 2008, Baker και συν. 2003) υποστήριζαν ότι η εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρών και ασθενών και η μεταξύ τους σχέση καθορίζει τελικά την ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης, από το συγγενές θεματικά πεδίο της κοινωνικής υποστήριξης είναι γνωστό ότι άτομα με υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον προσαρμόζονται καλύτερα στις επιδράσεις της ασθένειας και αξιολογούν καλύτερα τις υπηρεσίες υγείας (Barry και συν. 2007, DaCosta και συν. 1999, Sarason και συν. 1997). Ένα σημαντικό εύρημα της διατριβής είναι ο σημαντικός ρόλος που έχουν οι φαινομενικά άσχετες με το σύστημα υγείας διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, καθώς και οι πεποιθήσεις για την ασφάλεια και τη διαφορετικότητα στη διαμόρφωση της αξιολόγησης του συστήματος υγείας και τον καθορισμό της εμπειρίας των ασθενών από τη νοσηλεία τους. Η παρουσία υψηλού κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο, ενδέχεται να δημιουργεί την πεποίθηση ότι το υγειονομικό προσωπικό παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα, και το σύστημα υγείας γενικότερα είναι οργανωμένο με βάση το συμφέρον των χρηστών/ασθενών.

Ένας επίσης πιθανός μηχανισμός δημιουργίας της θετικής συσχέτισης είναι ότι η εξωστρέφεια των ατόμων με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο θα αντανακλάται στη συμπεριφορά του προσωπικού της κλινικής επηρεάζοντας παράγοντες που έχουν σχετιστεί με την ικανοποίηση των ασθενών, όπως η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και υγειονομικού προσωπικού και η καλύτερη προσφορά πληροφοριών σε σχέση με την ασθένεια και τις διαδικασίες. Η καλύτερη επικοινωνία δημιουργείται τόσο από τη θετική ανταπόκριση του υγειονομικού προσωπικού στα άτομα που τους εμπιστεύονται, όσο και στην καλύτερη κατανόηση, λόγω υψηλής κοινωνικής όσμωσης και προσαρμογής, για τις δυσκολίες νοσηλείας από πλευράς ασθενών.

#### **6.4.1. Περιορισμοί της μελέτης**

Παρ' ότι τα αποτελέσματα της διατριβής είναι σημαντικά, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί που πρέπει να αναφερθούν. Ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν συγχρονικός (cross-sectional) και δεν επιτρέπει την εξαγωγή οριστικών

συμπερασμάτων για το αίτιο και το αιτιατό, αν και η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην ικανοποίηση των ασθενών που προτείνεται είναι η πιο πιθανή.

Η σχετικά μικρή διακύμανση συγκεκριμένων μεταβλητών αποτρέπει την ερμηνεία ορισμένων αποτελεσμάτων. Για παράδειγμα, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε αν η ουδέτερη επίδραση της *Συμμετοχής* στην ικανοποίηση των ασθενών είναι πραγματική ή οφείλεται στη αδυναμία μας να εντοπίσουμε την επίδρασή της λόγω της περιορισμένης συμμετοχικής διακύμανσης που εμφανίζουν οι ογκολογικοί ασθενείς. Κατ' αντιστοιχία, δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε την πιθανή συνεισφορά των παραγόντων *Αισθήματα Ασφάλειας* και *Ανοχή στη Διαφορετικότητα* στην τελική αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών, με δεδομένο ότι το σύνολο της κλίμακας εμφανίζει επαρκέστερες ψυχομετρικές ιδιότητες σε σχέση με τους μεμονωμένους παράγοντες.

Έως τώρα δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για το αν και κατά πόσο το κοινωνικό κεφάλαιο μεταβάλλεται με την εμφάνιση νεοπλασματικής ασθένειας. Το πιθανότερο είναι ότι γνωστικά χαρακτηριστικά του κοινωνικού κεφαλαίου (εμπιστοσύνη, ανταποδοτικότητα) δεν επηρεάζονται, σε αντίθεση με τα δομικά χαρακτηριστικά του (συμμετοχή). Συνεπώς, μπορεί να υποτιμάται η πιθανή επίδραση των δομικών χαρακτηριστικών του κοινωνικού κεφαλαίου στην ικανοποίηση των ασθενών.

Ένας επιπλέον περιορισμός είναι ότι το δείγμα μας προέρχεται από ογκολογικούς ασθενείς ενός τμήματος. Αυτό υποστηρίζει μεθοδολογικά την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, όμως δυσχεραίνει τη γενίκευσή τους στο σύνολο των ογκολογικών ασθενών ή στο σύνολο του υγιούς πληθυσμού. Επίσης, η διακύμανση των δημογραφικών παραγόντων του δείγματος είναι περιορισμένη και δεν μπορούμε να γνωρίζουμε αν και άλλες ομάδες πληθυσμού, (για παράδειγμα, έφηβοι ή άνεργοι) εμφανίζουν ανάλογη θετική προδιάθεση στην αξιολόγηση του συστήματος υγείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η διδακτορική διατριβή πραγματεύτηκε τέσσερα επιστημονικά πεδία: την ψυχομετρική και τη γνωσιακή στάθμιση της ‘Κλίμακας για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου’ (Kritsotakis και συν. 2008), την ψυχομετρική στάθμιση μέσω ατομικών συνεντεύξεων του ερωτηματολογίου για τη ‘Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία’ (Kritsotakis και συν. 2009, υπό δημοσίευση), και τη διερεύνηση της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου στην ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από τη νοσηλεία τους.

Η ψυχομετρική στάθμιση της ‘Κλίμακας για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου’ νομιμοποιεί τη χρήση της στην Ελλάδα. Αποτελεί ένδειξη ότι το κοινωνικό κεφάλαιο έχει διαφορετική δομή και χαρακτηριστικά σε κάθε χώρα, ακόμα και μεταξύ χωρών του επονομαζόμενου ‘δυτικού κόσμου’. Συνεπώς, στις σχετικές έρευνες, είναι απαραίτητη η στάθμιση των ερωτηματολογίων σε κάθε μέρος στο οποίο χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά.

Στη γνωσιακή στάθμιση του ερωτηματολογίου παρουσιάστηκαν αρκετές εννοιολογικές ανεπάρκειες κατά τη χρήση κοινών όρων του κοινωνικού κεφαλαίου. Όπως σκιαγραφήθηκε στην παρούσα διατριβή, λέξεις όπως κοινότητα, κουλτούρα, γειτονιά, συμμετοχή, πολιτισμικότητα κ.ά., πρέπει να οριοθετούνται σε κάθε έρευνα, έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι ερμηνεύσιμα, αξιόπιστα και συγκρίσιμα.

Κατά την ψυχομετρική στάθμιση, μέσω ατομικών συνεντεύξεων, του ερωτηματολογίου για την ικανοποίηση από τη νοσηλεία, αποδείχθηκε ότι η συγκεκριμένη διαδικασία παράγει πιο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα, σε

σχέση με την αυτο-συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, που χρησιμοποιείται συνήθως.

Ο σκοπός της διατριβής ήταν η διερεύνηση της επίδρασης παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου σε διαφορετικές παραμέτρους της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλεία τους σε ογκολογικά τμήματα. Για τη συσχέτιση χρησιμοποιήθηκαν η 'Κλίμακα για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου' και το 'Ερωτηματολόγιο για τη Συνολική Ικανοποίηση από τη Νοσηλεία'. Και οι δύο κλίμακες παρουσίασαν επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες στον ελληνικό πληθυσμό, προσθέτοντας στην αξιοπιστία και εγκυρότητα της μελέτης.

Οι παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου που καθορίζουν καλύτερα την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία είναι, κυρίως, το συνολικό ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο και η *Κοινωνική Συμπεριφορά & Εκτίμηση της Ζωής*. Η ικανοποίηση των ασθενών καθορίζεται σε μικρότερο ή μηδαμινό βαθμό από τους παράγοντες *Αισθήματα Ασφάλειας*, *Ανοχή στη Διαφορετικότητα* και *Συμμετοχή στην Κοινότητα*. Οι διαστάσεις της νοσηλείας που επηρεάζονται περισσότερο από το κοινωνικό κεφάλαιο είναι αυτές για τις οποίες οι ασθενείς θεωρούν ότι δεν έχουν επαρκείς γνώσεις, δυνατότητες ή εμπειρίες για να τις κρίνουν. Αυτές για τις οποίες δεν έχουν μια υποκειμενική ή αντικειμενική 'οικειότητα'.

Η διατριβή συμπληρώνει τη σχετική βιβλιογραφία, αναφορικά με την επίδραση κοινωνιολογικών μεταβλητών, όπως η εμπιστοσύνη, η κοινωνική υποστήριξη, και η συλλογικότητα, στην ικανοποίηση των ασθενών. Συγκεκριμένα, συνεισφέρει στην κατανόηση των κοινωνικών μηχανισμών που δημιουργούν την προδιάθεση για την ικανοποίηση των ασθενών σε ογκολογικά τμήματα.

**Πίνακας 11.** Πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του παράγοντα συμμετοχή του κοινωνικού κεφαλαίου στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας

	B	95%LI	95%UI	P	R2
<b>Μέσος Όρος από το Σύνολο του Ερωτηματολογίου</b>					
Συμμετοχή	0,03	-0,02	0,07	0,233	0,321
Φύλο	0,29	-0,02	0,60	0,067	
Ηλικία	0,03	0,01	0,04	0,001	
Έως λύκειο	0,09	-0,27	0,45	0,617	
Πανεπιστήμιο	-0,30	-0,69	0,09	0,129	
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Ιατρικό Προσωπικό</b>					
Συμμετοχή	0,37	-0,52	1,26	0,405	0,245
Φύλο	4,01	-2,05	10,07	0,190	
Ηλικία	0,50	0,20	0,81	0,002	
Έως λύκειο	2,72	-4,39	9,82	0,445	
Πανεπιστήμιο	-3,13	-10,85	4,59	0,418	
<b>Διαθεσιμότητα Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Συμμετοχή	-0,06	-0,29	0,17	0,589	0,207
Φύλο	0,36	-1,19	1,91	0,646	
Ηλικία	0,07	-0,01	0,15	0,090	
Έως λύκειο	0,70	-1,11	2,52	0,440	
Πανεπιστήμιο	-1,96	-3,93	0,01	0,052	
<b>Κλινική Κατάρτιση Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Συμμετοχή	0,11	-0,20	0,41	0,494	0,051
Φύλο	0,29	-1,81	2,39	0,784	
Ηλικία	0,07	-0,04	0,17	0,217	
Έως λύκειο	0,11	-2,35	2,58	0,927	
Πανεπιστήμιο	-0,64	-3,32	2,03	0,630	
<b>Κοινωνικές Δεξιότητες Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Συμμετοχή	0,15	-0,14	0,45	0,292	0,401
Φύλο	2,97	0,98	4,96	0,004	
Ηλικία	0,24	0,14	0,34	0,000	
Έως λύκειο	0,91	-1,42	3,24	0,437	
Πανεπιστήμιο	-0,10	-2,64	2,43	0,935	
<b>Ενημέρωση &amp; Πληροφόρηση από το Ιατρικό Προσωπικό</b>					
Συμμετοχή	0,17	-0,10	0,44	0,210	0,182
Φύλο	0,39	-1,47	2,25	0,675	
Ηλικία	0,13	0,03	0,22	0,009	
Έως λύκειο	0,99	-1,18	3,17	0,364	
Πανεπιστήμιο	-0,42	-2,79	1,94	0,720	
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό Προσωπικό</b>					
Συμμετοχή	0,27	-0,59	1,13	0,535	0,348
Φύλο	7,07	1,20	12,95	0,019	

Ηλικία	0,52	0,22	0,82	0,001	
Έως λύκειο	1,30	-5,59	8,19	0,705	
Πανεπιστήμιο	-7,75	-15,23	-0,26	0,043	
	<b>B</b>	<b>95%LI</b>	<b>95%UI</b>	<b>P</b>	<b>R2</b>
<b>Κλινική Κατάρτιση Νοσηλευτικού Προσωπικού</b>					
Συμμετοχή	0,01	-0,56	0,59	0,961	0,229
Φύλο	2,72	-1,19	6,63	0,168	
Ηλικία	0,22	0,03	0,42	0,028	
Έως λύκειο	0,83	-3,75	5,41	0,717	
Πανεπιστήμιο	-5,04	-10,02	-0,07	0,047	
<b>Ποιότητα Επικοινωνίας με το Νοσηλευτικό Προσωπικό</b>					
Συμμετοχή	0,19	-0,12	0,50	0,219	0,456
Φύλο	3,79	1,69	5,88	0,001	
Ηλικία	0,24	0,14	0,35	0,000	
Έως λύκειο	0,18	-2,28	2,64	0,883	
Πανεπιστήμιο	-2,55	-5,22	0,12	0,060	
<b>Κοινωνικές Δεξιότητες Νοσηλευτικού Προσωπικού</b>					
Συμμετοχή	0,10	-0,04	0,24	0,171	0,333
Φύλο	1,14	0,18	2,10	0,021	
Ηλικία	0,09	0,05	0,14	0,000	
Έως λύκειο	0,28	-0,85	1,41	0,618	
Πανεπιστήμιο	-0,53	-1,75	0,70	0,391	
<b>Γενικός Βαθμός Ικανοποίησης σε 10βάθμια Κλίμακα</b>					
Συμμετοχή	0,15	0,03	0,26	0,013	0,239
Φύλο	0,46	-0,33	1,25	0,244	
Ηλικία	0,03	-0,01	0,07	0,157	
Έως λύκειο	0,22	-0,70	1,14	0,632	
Πανεπιστήμιο	-0,69	-1,69	0,31	0,173	
<b>Συνολικό Επίπεδο Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία</b>					
Συμμετοχή	0,11	-0,11	0,33	0,315	0,128
Φύλο	0,80	-0,72	2,31	0,294	
Ηλικία	0,05	-0,02	0,13	0,167	
Έως λύκειο	1,31	-0,47	3,08	0,145	
Πανεπιστήμιο	-0,10	-2,03	1,83	0,918	
<b>Διοικητικές-Ξενοδοχειακές Διαστάσεις της Νοσηλείας</b>					
Συμμετοχή	0,44	0,06	0,82	0,025	0,290
Φύλο	1,39	-1,23	4,00	0,291	
Ηλικία	0,19	0,06	0,32	0,006	
Έως λύκειο	-1,05	-4,12	2,02	0,495	
Πανεπιστήμιο	-2,87	-6,21	0,46	0,089	

**Πίνακας 12.** Πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του παράγοντα Ασφάλεια του κοινωνικού κεφαλαίου στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας

	B	95%LL	95%UL	P	R2
<b>Μέσος Όρος Από Το Σύνολο Του Ερωτηματολογίου</b>					
Ασφάλεια	0,13	0,03	0,23	0,013	0,391
Φύλο	0,18	-0,12	0,49	0,237	
Ηλικία	0,03	0,01	0,04	0,001	
Έως λύκειο	0,01	-0,34	0,35	0,959	
Πανεπιστήμιο	-0,43	-0,81	-0,05	0,027	
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Ιατρικό Προσωπικό</b>					
Ασφάλεια	2,33	0,37	4,29	0,021	0,320
Φύλο	2,02	-4,01	8,04	0,504	
Ηλικία	0,48	0,19	0,77	0,002	
Έως λύκειο	1,33	-5,46	8,11	0,696	
Πανεπιστήμιο	-5,36	-12,81	2,08	0,154	
<b>Διαθεσιμότητα Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Ασφάλεια	0,22	-0,31	0,74	0,411	0,214
Φύλο	0,12	-1,50	1,73	0,885	
Ηλικία	0,07	-0,01	0,15	0,083	
Έως λύκειο	0,64	-1,18	2,46	0,482	
Πανεπιστήμιο	-2,07	-4,07	-0,08	0,042	
<b>Κλινική Κατάρτιση Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Ασφάλεια	0,93	0,26	1,59	0,007	0,185
Φύλο	-0,53	-2,57	1,51	0,606	
Ηλικία	0,06	-0,04	0,15	0,247	
Έως λύκειο	-0,41	-2,71	1,89	0,720	
Πανεπιστήμιο	-1,49	-4,01	1,03	0,240	
<b>Κοινωνικές Δεξιότητες Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Ασφάλεια	0,58	-0,08	1,25	0,083	0,426
Φύλο	2,51	0,47	4,55	0,017	
Ηλικία	0,23	0,14	0,33	0,000	
Έως λύκειο	0,52	-1,78	2,82	0,652	
Πανεπιστήμιο	-0,72	-3,25	1,80	0,566	
<b>Ενημέρωση &amp; Πληροφόρηση από το Ιατρικό Προσωπικό</b>					
Ασφάλεια	0,60	-0,01	1,22	0,055	0,220
Φύλο	-0,08	-1,98	1,81	0,930	
Ηλικία	0,12	0,03	0,21	0,012	
Έως λύκειο	0,58	-1,56	2,72	0,589	
Πανεπιστήμιο	-1,08	-3,42	1,27	0,361	
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό Προσωπικό</b>					
Ασφάλεια	2,16	0,26	4,06	0,027	0,411
Φύλο	5,19	-0,66	11,04	0,081	



Ηλικία	0,50	0,22	0,78	0,001	
Έως λύκειο	0,07	-6,52	6,66	0,984	
Πανεπιστήμιο	-9,74	-16,97	-2,50	0,009	
<b>Κλινική Κατάρτιση Νοσηλευτικού Προσωπικού</b>	<b>B</b>	<b>95%LL</b>	<b>95%UL</b>	<b>P</b>	<b>R2</b>
Ασφάλεια	1,25	-0,03	2,52	0,056	0,290
Φύλο	1,55	-2,37	5,48	0,430	
Ηλικία	0,21	0,03	0,40	0,026	
Έως λύκειο	0,22	-4,21	4,64	0,922	
Πανεπιστήμιο	-6,06	-10,91	-1,20	0,016	
<b>Ποιότητα Επικοινωνίας με το Νοσηλευτικό Προσωπικό</b>					
Ασφάλεια	0,74	0,05	1,44	0,036	0,491
Φύλο	3,19	1,07	5,32	0,004	
Ηλικία	0,23	0,13	0,33	0,000	
Έως λύκειο	-0,31	-2,71	2,08	0,793	
Πανεπιστήμιο	-3,34	-5,96	-0,71	0,014	
<b>Κοινωνικές Δεξιότητες Νοσηλευτικού Προσωπικού</b>					
Ασφάλεια	0,27	-0,06	0,59	0,105	0,344
Φύλο	0,94	-0,05	1,94	0,063	
Ηλικία	0,09	0,04	0,14	0,000	
Έως λύκειο	0,08	-1,04	1,21	0,883	
Πανεπιστήμιο	-0,84	-2,07	0,40	0,179	
<b>Γενικός Βαθμός Ικανοποίησης Σε 10βάθμια Κλίμακα</b>					
Ασφάλεια	0,32	0,05	0,59	0,021	0,224
Φύλο	0,24	-0,59	1,07	0,562	
Ηλικία	0,02	-0,02	0,06	0,289	
Έως λύκειο	-0,04	-0,98	0,90	0,934	
Πανεπιστήμιο	-1,09	-2,12	-0,06	0,038	
<b>Συνολικό Επίπεδο Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία</b>					
Ασφάλεια	0,45	-0,05	0,96	0,076	0,169
Φύλο	0,43	-1,12	1,98	0,576	
Ηλικία	0,05	-0,03	0,12	0,212	
Έως λύκειο	1,01	-0,74	2,75	0,250	
Πανεπιστήμιο	-0,57	-2,49	1,34	0,550	
<b>Διοικητικές-Ξενοδοχειακές Διαστάσεις της Νοσηλείας</b>					
Ασφάλεια	0,76	-0,15	1,68	0,101	0,252
Φύλο	0,92	-1,89	3,73	0,513	
Ηλικία	0,17	0,04	0,30	0,015	
Έως λύκειο	-1,73	-4,89	1,44	0,278	
Πανεπιστήμιο	-3,92	-7,39	-0,44	0,028	

**Πίνακας 13.** Πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του παράγοντα Ανοχή του κοινωνικού κεφαλαίου στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας

	B	95%LI	95%UI	P	R2
<b>Μέσος Όρος από το Σύνολο του Ερωτηματολογίου</b>					
Ανοχή	0,11	0,00	0,23	0,049	0,358
Φύλο	0,30	0,00	0,60	0,053	
Ηλικία	0,03	0,02	0,05	0,000	
Έως λύκειο	-0,07	-0,44	0,31	0,727	
Πανεπιστήμιο	-0,51	-0,93	-0,09	0,019	
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Ιατρικό Προσωπικό</b>					
Ανοχή	2,38	0,21	4,55	0,032	0,308
Φύλο	4,05	-1,73	9,83	0,165	
Ηλικία	0,57	0,27	0,86	0,000	
Έως λύκειο	-0,43	-7,70	6,84	0,906	
Πανεπιστήμιο	-7,33	-15,46	0,80	0,076	
<b>Διαθεσιμότητα Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Ανοχή	0,37	-0,20	0,94	0,202	0,230
Φύλο	0,30	-1,23	1,82	0,697	
Ηλικία	0,08	0,00	0,16	0,044	
Έως λύκειο	0,30	-1,61	2,21	0,752	
Πανεπιστήμιο	-2,49	-4,63	-0,35	0,024	
<b>Κλινική Κατάρτιση Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Ανοχή	0,89	0,14	1,63	0,021	0,150
Φύλο	0,29	-1,70	2,27	0,772	
Ηλικία	0,09	-0,01	0,19	0,083	
Έως λύκειο	-1,03	-3,53	1,46	0,408	
Πανεπιστήμιο	-2,17	-4,96	0,62	0,123	
<b>Κοινωνικές Δεξιότητες Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Ανοχή	0,41	-0,34	1,15	0,278	0,402
Φύλο	3,03	1,05	5,02	0,004	
Ηλικία	0,25	0,15	0,35	0,000	
Έως λύκειο	0,31	-2,18	2,80	0,803	
Πανεπιστήμιο	-0,91	-3,70	1,88	0,515	
<b>Ενημέρωση &amp; Πληροφόρηση από το Ιατρικό Προσωπικό</b>					
Ανοχή	0,72	0,05	1,40	0,036	0,233
Φύλο	0,44	-1,36	2,23	0,626	
Ηλικία	0,14	0,05	0,24	0,003	
Έως λύκειο	-0,01	-2,26	2,25	0,996	
Πανεπιστήμιο	-1,76	-4,28	0,76	0,167	
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό Προσωπικό</b>					
Ανοχή	1,18	-1,00	3,36	0,283	0,359
Φύλο	7,14	1,34	12,95	0,017	

Ηλικία	0,55	0,25	0,85	0,001	
Έως λύκειο	-0,31	-7,61	6,99	0,933	
Πανεπιστήμιο	-9,90	-18,07	-1,73	0,019	
Κλινική Κατάρτιση Νοσηλευτικού Προσωπικού					
Ανοχή	0,89	-0,55	2,32	0,222	0,255
Φύλο	2,67	-1,16	6,50	0,168	
Ηλικία	0,25	0,05	0,45	0,015	
Έως λύκειο	-0,25	-5,07	4,56	0,917	
Πανεπιστήμιο	-6,48	-11,87	-1,10	0,019	
Ποιότητα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό					
Ανοχή	0,26	-0,53	1,06	0,506	0,443
Φύλο	3,88	1,76	5,99	0,001	
Ηλικία	0,24	0,13	0,35	0,000	
Έως λύκειο	-0,27	-2,93	2,39	0,838	
Πανεπιστήμιο	-3,17	-6,14	-0,19	0,038	
Κοινωνικές Δεξιότητες Νοσηλευτικού Προσωπικού					
Ανοχή	0,07	-0,30	0,44	0,711	0,306
Φύλο	1,19	0,21	2,17	0,018	
Ηλικία	0,09	0,04	0,14	0,001	
Έως λύκειο	0,13	-1,10	1,36	0,832	
Πανεπιστήμιο	-0,73	-2,11	0,64	0,289	
Γενικός βαθμός ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα					
Ανοχή	0,33	0,03	0,63	0,032	0,211
Φύλο	0,52	-0,28	1,32	0,195	
Ηλικία	0,03	-0,01	0,07	0,109	
Έως λύκειο	-0,28	-1,28	0,72	0,575	
Πανεπιστήμιο	-1,36	-2,48	-0,24	0,018	
Συνολικό Επίπεδο Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία					
Ανοχή	0,42	-0,14	0,97	0,142	0,150
Φύλο	0,83	-0,66	2,32	0,266	
Ηλικία	0,06	-0,01	0,14	0,110	
Έως λύκειο	0,73	-1,15	2,60	0,439	
Πανεπιστήμιο	-0,88	-2,97	1,22	0,404	
Διοικητικές-Ξενοδοχειακές Διαστάσεις της Νοσηλείας					
Ανοχή	1,12	0,14	2,10	0,026	0,289
Φύλο	1,56	-1,05	4,17	0,235	
Ηλικία	0,21	0,07	0,35	0,003	
Έως λύκειο	-2,71	-5,99	0,57	0,103	
Πανεπιστήμιο	-5,11	-8,78	-1,44	0,007	

**Πίνακας 14.** Πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του παράγοντα *Εκτίμηση της Ζωής & Κοινωνική Συμπεριφορά του κοινωνικού κεφαλαίου στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας*

	B	95%LL	95%UL	p	R2
<b>Μέσος Όρος από το Σύνολο Του Ερωτηματολογίου</b>					
Εκτίμηση Ζωής	0,07	0,04	0,10	0,000	0,503
Φύλο	0,35	0,08	0,62	0,012	
Ηλικία	0,03	0,02	0,04	0,000	
Έως λύκειο	-0,07	-0,39	0,26	0,678	
Πανεπιστήμιο	-0,48	-0,82	-0,13	0,008	
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Ιατρικό Προσωπικό</b>					
Εκτίμηση Ζωής	1,26	0,62	1,90	0,000	0,423
Φύλο	5,31	-0,03	10,65	0,051	
Ηλικία	0,50	0,22	0,77	0,001	
Έως λύκειο	-0,58	-7,05	5,89	0,857	
Πανεπιστήμιο	-6,38	-13,23	0,47	0,067	
<b>Διαθεσιμότητα Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Εκτίμηση Ζωής	0,21	0,03	0,39	0,025	0,281
Φύλο	0,47	-1,03	1,97	0,528	
Ηλικία	0,07	0,00	0,15	0,062	
Έως λύκειο	0,30	-1,52	2,11	0,744	
Πανεπιστήμιο	-2,36	-4,29	-0,44	0,017	
<b>Κλινική Κατάρτιση Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Εκτίμηση Ζωής	0,41	0,18	0,64	0,001	0,261
Φύλο	0,64	-1,25	2,54	0,498	
Ηλικία	0,07	-0,03	0,17	0,154	
Έως λύκειο	-0,84	-3,13	1,46	0,465	
Πανεπιστήμιο	-1,66	-4,09	0,77	0,175	
<b>Κοινωνικές Δεξιότητες Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Εκτίμηση Ζωής	0,30	0,07	0,53	0,011	0,460
Φύλο	3,39	1,50	5,29	0,001	
Ηλικία	0,23	0,13	0,33	0,000	
Έως λύκειο	-0,05	-2,35	2,24	0,962	
Πανεπιστήμιο	-0,97	-3,40	1,47	0,428	
<b>Ενημέρωση &amp; Πληροφόρηση από το Ιατρικό Προσωπικό</b>					
Εκτίμηση Ζωής	0,35	0,14	0,55	0,001	0,313
Φύλο	0,80	-0,91	2,52	0,352	
Ηλικία	0,12	0,03	0,21	0,007	
Έως λύκειο	0,01	-2,06	2,09	0,990	
Πανεπιστήμιο	-1,39	-3,59	0,81	0,210	
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό Προσωπικό</b>					
Εκτίμηση Ζωής	1,07	0,43	1,72	0,002	0,475
Φύλο	7,87	2,49	13,25	0,005	

Ηλικία	0,54	0,26	0,82	0,000	
Έως λύκειο	-0,95	-7,46	5,57	0,771	
Πανεπιστήμιο	-10,35	-17,25	-3,45	0,004	
Κλινική Κατάρτιση Νοσηλευτικού Προσωπικού					
Εκτίμηση Ζωής	0,62	0,18	1,06	0,006	0,353
Φύλο	3,05	-0,61	6,71	0,101	
Ηλικία	0,25	0,06	0,43	0,012	
Έως λύκειο	-0,28	-4,71	4,16	0,901	
Πανεπιστήμιο	-6,40	-11,09	-1,71	0,009	
Ποιότητα Επικοινωνίας με το Νοσηλευτικό Προσωπικό					
Εκτίμηση Ζωής	0,39	0,16	0,62	0,001	0,554
Φύλο	4,13	2,20	6,07	0,000	
Ηλικία	0,25	0,15	0,35	0,000	
Έως λύκειο	-0,71	-3,06	1,63	0,543	
Πανεπιστήμιο	-3,60	-6,08	-1,11	0,006	
Κοινωνικές Δεξιότητες Νοσηλευτικού Προσωπικού					
Εκτίμηση Ζωής	0,12	0,01	0,23	0,035	0,360
Φύλο	1,36	0,42	2,30	0,006	
Ηλικία	0,09	0,04	0,14	0,001	
Έως λύκειο	-0,18	-1,32	0,96	0,750	
Πανεπιστήμιο	-0,92	-2,13	0,29	0,131	
Γενικός Βαθμός Ικανοποίησης σε 10βάθμια Κλίμακα					
Εκτίμηση Ζωής	0,23	0,15	0,30	0,000	0,519
Φύλο	0,71	0,07	1,35	0,030	
Ηλικία	0,03	-0,01	0,06	0,101	
Έως λύκειο	-0,37	-1,15	0,40	0,333	
Πανεπιστήμιο	-1,34	-2,16	-0,52	0,002	
Συνολικό Επίπεδο Ικανοποίησης Από τη Νοσηλεία					
Εκτίμηση Ζωής	0,28	0,11	0,45	0,001	0,298
Φύλο	0,99	-0,40	2,38	0,157	
Ηλικία	0,06	-0,01	0,13	0,091	
Έως λύκειο	0,76	-0,92	2,44	0,367	
Πανεπιστήμιο	-0,81	-2,59	0,97	0,366	
Διοικητικές-Ξενοδοχειακές Διαστάσεις της Νοσηλείας					
Εκτίμηση Ζωής	0,42	0,11	0,74	0,009	0,332
Φύλο	1,77	-0,82	4,36	0,176	
Ηλικία	0,20	0,07	0,33	0,004	
Έως λύκειο	-1,95	-5,09	1,19	0,217	
Πανεπιστήμιο	-4,19	-7,51	-0,87	0,015	

**Πίνακας 15.** Πολυπαραγοντικές αναλύσεις της επίδρασης του συνόλου του κοινωνικού κεφαλαίου στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας

	B	95%LI	95%UI	P	R2
<b>Μέσος Όρος Από Το Σύνολο Του Ερωτηματολογίου</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,03	0,01	0,04	0,000	0,473
Φύλο	0,26	-0,02	0,53	0,066	
Ηλικία	0,03	0,02	0,04	0,000	
Έως λύκειο	-0,04	-0,36	0,29	0,818	
Πανεπιστήμιο	-0,47	-0,82	-0,12	0,010	
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Ιατρικό Προσωπικό</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,51	0,20	0,82	0,002	0,387
Φύλο	3,37	-2,10	8,83	0,221	
Ηλικία	0,52	0,24	0,79	0,000	
Έως λύκειο	0,56	-5,92	7,04	0,863	
Πανεπιστήμιο	-5,95	-13,01	1,11	0,097	
<b>Διαθεσιμότητα Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,07	-0,02	0,15	0,118	0,244
Φύλο	0,21	-1,30	1,72	0,782	
Ηλικία	0,07	0,00	0,15	0,060	
Έως λύκειο	0,50	-1,30	2,29	0,580	
Πανεπιστήμιο	-2,22	-4,18	-0,26	0,027	
<b>Κλινική Κατάρτιση Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,15	0,05	0,26	0,006	0,188
Φύλο	0,09	-1,86	2,04	0,926	
Ηλικία	0,07	-0,03	0,17	0,154	
Έως λύκειο	-0,54	-2,84	1,77	0,643	
Πανεπιστήμιο	-1,49	-4,01	1,03	0,239	
<b>Κοινωνικές Δεξιότητες Ιατρικού Προσωπικού</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,14	0,04	0,25	0,008	0,475
Φύλο	2,82	0,96	4,69	0,004	
Ηλικία	0,24	0,15	0,34	0,000	
Έως λύκειο	0,27	-1,94	2,48	0,808	
Πανεπιστήμιο	-0,94	-3,36	1,47	0,435	
<b>Ενημέρωση &amp; Πληροφόρηση από το Ιατρικό Προσωπικό</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,15	0,05	0,24	0,004	0,298
Φύλο	0,24	-1,48	1,96	0,777	
Ηλικία	0,13	0,04	0,22	0,004	
Έως λύκειο	0,33	-1,71	2,37	0,747	
Πανεπιστήμιο	-1,29	-3,52	0,93	0,248	
<b>Συνολική Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό Προσωπικό</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,42	0,11	0,72	0,008	0,437
Φύλο	6,53	1,06	11,99	0,020	

Ηλικία	0,53	0,26	0,81	0,000	
Έως λύκειο	-0,44	-6,92	6,04	0,892	
Πανεπιστήμιο	-10,01	-17,08	-2,95	0,006	
<b>Κλινική Κατάρτιση Νοσηλευτικού Προσωπικού</b>	<b>B</b>	<b>95%LI</b>	<b>95%UI</b>	<b>P</b>	<b>R2</b>
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,23	0,02	0,44	0,031	0,306
Φύλο	2,35	-1,37	6,06	0,210	
Ηλικία	0,23	0,05	0,42	0,015	
Έως λύκειο	-0,03	-4,43	4,37	0,988	
Πανεπιστήμιο	-6,16	-10,96	-1,36	0,013	
<b>Ποιότητα Επικοινωνίας με το Νοσηλευτικό Προσωπικό</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,16	0,05	0,27	0,005	0,530
Φύλο	3,63	1,67	5,58	0,001	
Ηλικία	0,24	0,15	0,34	0,000	
Έως λύκειο	-0,27	-2,86	1,76	0,634	
Πανεπιστήμιο	-3,51	-6,04	-0,99	0,007	
<b>Κοινωνικές Δεξιότητες Νοσηλευτικού Προσωπικού</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,05	0,00	0,11	0,048	0,363
Φύλο	1,11	0,17	2,05	0,022	
Ηλικία	0,09	0,05	0,14	0,000	
Έως λύκειο	0,15	-1,10	1,13	0,979	
Πανεπιστήμιο	-0,88	-2,10	0,34	0,153	
<b>Γενικός Βαθμός Ικανοποίησης σε 10βάθμια Κλίμακα</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,10	0,07	0,14	0,000	0,513
Φύλο	0,37	-0,26	1,00	0,243	
Ηλικία	0,03	0,00	0,06	0,075	
Έως λύκειο	-0,27	-1,02	0,47	0,466	
Πανεπιστήμιο	-1,34	-2,15	-0,52	0,002	
<b>Συνολικό Επίπεδο Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,11	0,03	0,19	0,007	0,240
Φύλο	0,68	-0,74	2,09	0,340	
Ηλικία	0,06	-0,02	0,13	0,125	
Έως λύκειο	0,82	-0,86	2,50	0,330	
Πανεπιστήμιο	-0,74	-2,57	1,09	0,421	
<b>Διοικητικές-Ξενοδοχειακές Διαστάσεις της Νοσηλείας</b>					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	0,24	0,10	0,38	0,001	0,376
Φύλο	1,24	-1,22	3,69	0,315	
Ηλικία	0,19	0,06	0,31	0,004	
Έως λύκειο	-2,25	-5,16	0,66	0,127	
Πανεπιστήμιο	-4,46	-7,63	-1,28	0,007	

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Αντωνιάδου Έφη. (2008). Προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας με έμφαση στις κοινωνικές σχέσεις των παιδιών: μια κριτική προσέγγιση. Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.
- Γκιωνάκης Ν, Σταθακοπούλου Ε, Στεφανάτου Π, Ζήση Α, Μαυρέας Β για την Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης 'ΨΥΧΑΡΓΩΣ - Β' ΦΑΣΗ'. (2005). Εκτίμηση αναγκών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Μεθοδολογικός Οδηγός. Αθήνα.
- Διομήδους Μ, Διαμαντής Θ, Λιάσκος Ι, Πιστόλης Ι, Μαντάς Ι. (2005). Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε χειρουργικούς ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου. Νοσηλευτική 44(1), 106-114.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος. (2005). Η Ελλάδα σε αριθμούς. Αθήνα: Γενική Γραμματεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας.
- Ιορδάνου Π. (2001). Βασικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Παρεμβάσεις. Αθήνα.
- Κονιόρδος ΣΜ. (2006). Κοινωνικό Κεφάλαιο: μεταξύ θεωρητικής σαφήνειας και σύγχυσης. Επιστήμη και Κοινωνία 16, 1-38.
- Κριτσωτάκης Γ, Μαϊόβης Π, Κούτης Α, Φιλαλήθης Τ (υπό δημοσίευση, 2009). Ατομική και οικολογική επίδραση κοινωνικών παραγόντων στους δείκτες υγείας: η περίπτωση του κοινωνικού κεφαλαίου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.
- Λεβεντέλης Χ, Αποστόλου Ι, Βόρδου Π, Γατσοπούλου Β, Κουτσούκης Κ, Καμπίτση Α. (2007). Συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με την προσβασιμότητα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Νοσηλεία και Έρευνα 19, 28-34.
- Παπανικολάου Β. (2006). Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση των χρηστών (261-278). Στο: Γ Κυριόπουλος, Χ Λιονής, Κ Σουλιώτης, Γ Τσάκος (επιμ). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. 2<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Ρηγάτος Γ. (2007). Θέματα ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Αθήνα: Ascent.
- Τούντας Γ, Λοπατατζίδης Θ, Χουλιάρα Λ. (2003). Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(5), 497-503.



## Ξενόγλωσση

- Abramowitz S, Cote AA, Berry E. (1987). Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Research Bulletin*, 122-130.
- Adkins L. (2005). Social capital: The anatomy of a troubled concept. *Feminist Theory* 6(2), 195-211.
- American Hospital Association. (2006). Protecting and Improving Care for Patients and Communities. [www.aha.org/aha/content/2006/pdf/Iss-Paper-Quality-06.pdf](http://www.aha.org/aha/content/2006/pdf/Iss-Paper-Quality-06.pdf)
- Andaleeb SS. (2001). Service quality dimensions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine* 52, 1359-1370.
- Anderson R, Barbara A, Feldman S. (2007). What patients want: A content analysis of key qualities that influence patient satisfaction. *The Journal of Medical Practice Management* 22, 255-261.
- Apolone G, Mosconi P. (2005). Satisfaction surveys: do we really need new questionnaires? *International Journal for Quality in Health Care* 17, 463-464.
- Asadi-Lari M, Tamburini M. (2004). Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model. *Health & Quality of Life Outcomes* [electronic resource] 2(1). [www.hqlo.com/content/2/1/32](http://www.hqlo.com/content/2/1/32), (last accessed July 2007).
- Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. (2004). Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health & Quality of Life Outcomes* [electronic resource] 2(32).
- Bader MMM. (1988). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *Journal of Nursing Quality Assurance* 2, 11-17.
- Baker R, Gray D, Love M. (2003). Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21, 27-32.
- Barry LC, Lichtman JH, Spertus JA, Rumsfeld JS, Vaccarino V, Jones PG, Plomondon ME, Parashar S, Krumholz HM. (2007). Patient Satisfaction with Treatment after Acute Myocardial Infarction: Role of Psychosocial Factors. *Psychosomatic Medicine* 69, 115-123.
- Becker G, Newsom E. (2003). Socioeconomic status and dissatisfaction with health care among chronically ill African Americans. *Public Health Matters* 93, 742-748.
- Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. (1999). Patient satisfaction in developing countries. *Social Science & Medicine* 48, 989-996.
- Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. (1995). The influence of gender on physician practice style. *Medical Care* 33, 407-416.

- Biering P, Becker H, Calvin A, Grobe SJ. (2006). Casting light on the concept of patient satisfaction by studying the construct validity and the sensitivity of a questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 19, 246-258.
- Bikker AP, Thompson AGH. (2006). Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation. *Social Science & Medicine* 63(6), 1671-1683.
- Bitat R, Bezjak A, Mah K, Loblaw DA, Gotowiec AP, Devins GM. (2004). Does tumor status influence cancer patients satisfaction with the doctor-patient interaction? *Supportive Care in Cancer* 12, 34-40.
- Bjorner JB, Damsgaard MT, Torquil W, Groenvold M. (1998). Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability of the Danish SF-36. *Journal of Clinical Epidemiology* 51, 1001-1011.
- Blakely T, Atkinson J, Ivory V, Collings S, Wilton J, Howden-Chapman P. (2006). No association of neighborhood volunteerism with mortality in New Zealand: A national multilevel cohort study. *International Journal of Epidemiology* 35, 981-989.
- Blaxter M, Poland F. (2002). Moving beyond the survey in measuring social capital and health. In: C Swann, A Morgan (Eds.), *Social capital for health: Insights from qualitative research*. London: Health Development Agency.
- Blaxter M. (2004). Questions and their meanings in social capital surveys. In A Morgan, C Swann (Eds.), *Social capital for health; issues of definition, measurement and links to health*. London: Health Development Agency.
- Bolin K, Lindgren B, Lindstrom M, Nystedt P. (2003). Investments in social capital—implications of social interactions for the production of health. *Social Science & Medicine* 56, 2379-2390.
- Boneham M, Sixsmith JA. (2006). The voices of older women in a disadvantaged community: Issues of health and social capital. *Social Science & Medicine* 62, 269-279.
- Bourdieu P. (1997). The forms of capital. In: AH Halsey, H Lauder, P Brown, A Stuart Wells (Eds.), *Education: Culture, economy, and society* (pp. 46-58). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bowden A, Fox-Rushby JA, Nyandieka L, Wanjau, J. (2002). Methods for pre-testing and piloting survey questions: Illustrations from the KENQOL survey of health-related quality of life. *Health Policy and Planning* 17(3), 322-330.
- Bowling A, Gabriel Z. (2004). An integrational model of quality of life in older age. Results from the ESRC/MRC HSRC quality of life survey in Britain. *Social Indicators Research* 69, 1-36.
- Boyce WF, Davies D, Gallupe O, Shelley D. (2008). Adolescent Risk Taking, Neighborhood Social Capital, and Health. *Journal of Adolescent Health* 3(3), 246-52.
- Braunsberger K, Gates RH. (2002). Patient/enrollee satisfaction with healthcare and health plan. *Journal of Consumer Marketing* 19, 575-590.
- Brédart A, Razavi D, Robertson C, Brignone S, Fonzo D, Petit J-Y, De Haes JCJM. (2002). Timing of patient satisfaction assessment: Effect on questionnaire acceptability,

- completeness of data, reliability and variability of scores. *Patient Education and Counselling* 46, 131-136.
- Brédart A, Bottomley A, Blazeby JM, Conroy T, Coens C, Haese SD, Chie W-C, Hammerlid E, Arraras JI, Efficace F, Rodary C, Schraub S, *et al.* on behalf of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group and Quality of Life Unit. (2005). An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). *European Journal of Cancer* 41, 2120–2131.
- Bredart A, Coens C, Aaronson N, Chie W-C, Efficace F, Conroy T, Blazeby JM και συν, on behalf of the EORTC Quality of Life Group and the EORTC Quality of Life Unit. (2007). Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: Preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. *European Journal of Cancer* 43, 323-330.
- Brédart A, Mignot V, Rousseau A, Dolbeault S, Beauloye N, Adam V, Elie C, Léonard I, Asselain B, Conroy T. (2004). Validation of the EORTC QLQ-SAT32 cancer inpatient satisfaction questionnaire by self- versus interview-assessment comparison. *Patient Education and Counselling* 54, 207-212.
- Brédart A, Razavi D, Deelvuax N, Goodman V, Farvacques C, Van Heer C. (1998). A comprehensive assessment of satisfaction with care for cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 6, 518-523.
- Brédart A, Razavi D, Robertson C, Batel-Copel L, Larsson G, Lichosik D, Meyza J, Schraub S, von Essen L, De Haes JCJM. (2001). A comprehensive assessment of satisfaction with care: Preliminary psychometric analysis in French, Polish, Swedish and Italian oncology patients. *Patient Education and Counseling* 43, 243-252.
- Brédart A, Razavi D, Robertson C, Didier F, Scaffidi E, De Haes JCJM. (1999). A comprehensive assessment of satisfaction with care: Preliminary psychometric analysis in an oncology institute in Italy. *Annals of Oncology* 10, 839-846.
- Brown JB, Dickie I, Brown L, Biehn J. (1997). Long-term attendance at a family practice teaching unit. Qualitative study of patients' views. *Canadian Family Physician* 43, 901-906.
- Cairns RB, Cairns BD, Neckerman HJ, Gest SD, Garipey, J-L. (1988). Social networks and aggressive behavior: peer support or peer rejection? *Developmental Psychology* 24(6), 815–823.
- Calnan M, Almond S, Smith N. (2003). Ageing and public satisfaction with health service: An analysis of recent trends. *Social Science & Medicine* 57, 757- 62.
- Cambell C, Gillies P. (2001). Conceptualizing social capital for health promotion in small local communities: a micro-qualitative study. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 11, 329-346
- Campbell C, Wood R, Kelly MK. (1999). *Social Capital and Health*. Health Education Authority, London.

- Carlson P. (2004). The European health divide: A matter of financial or social capital? *Social Science & Medicine* 59, 1985–1992.
- Carpiano RM. (2007). Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model. *Health and Place* 13, 639-655.
- Castle NG, Brown J, Hepner KA, Hays RD. (2005). Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patients' perceptions of care. *Health Services Research* 40, 1996-2017.
- Cattel V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine* 52, 1501–1516.
- Caughy MO, O'Campo PJ, Muntaner C. (2003). When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health. *Social Science & Medicine* 57, 227–237.
- Cavounidis J. (2002). Migration in Southern Europe and the case of Greece. *International Migration*, 40(1), 45-68.
- Cecil DW, Killeen I. (1997). Control, compliance and satisfaction in the family practice encounter. *Family Medicine* 29, 653-657.
- Chavez R, Kemp L, Harris E. (2004). The social capital: health relationship in two disadvantaged neighborhoods. *Journal of Health Services Research and Policy*, 9(suppl. 2), 29-34.
- Cheng S-T, Chan ACM. (2006). Relationship with others and life satisfaction in later life: Do gender and widowhood make a difference? *Journals of Gerontology - Series B*, 61(1), 46-53.
- CIHI, Canadian Institute for Health Information. (2006). Health Indicators no.1. Component of Statistics Canada Catalogue no. 82-221-XIE2006001
- Cleary PD, Greenfield S, Mulley AG, Pauker SG, Schroeder SA, Wexler L, McNeil BJ. (1991). Variations in length of stay and outcomes for six medical and surgical conditions in Massachusetts and California. *Journal of the American Medical Association* 266(1), 73-79.
- Cohen G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science & Medicine* 42(7), 1085-93.
- Cohen J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd edition. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale NJ.
- Coleman JS. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology* 94, S95–S120.
- Coleman JS. (1990). *Foundations of Social Theory*. Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge.
- Colletta NJ, Cullen ML. (2000). *Violent conflict and the transformation of social capital: lessons from Cambodia, Rwanda, Guatemala and Somalia*. Washington, DC: World Bank.
- Covinski KE, Rosenthal GE, Chren MM, Justice AC, Fortinsky RH, Palmer RM, Landefeld CS. (1998). The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *Journal of General Internal Medicine* 13, 223-229.

- Cox E. (1995). *A Truly Civil Society*. ABC books, Sydney.
- Coyle J, Williams B. (1999). Seeing the woods for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 12(6-7), 95-124.
- Crosby RA, Holtgrave DR. (2006). The protective value of social capital against teen pregnancy: a state-level analysis. *Journal of Adolescent Health* 38, 556–559.
- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 6, 1-244.
- DaCosta D, Clarke AE, Dobkin PL, Senecal, JL, Fortin PR, Danoff DS, Esdaile JM. (1999). The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care* 11(3), 201-207.
- Dayton E, Zhan C, Sangl J, Darby C, Moy E. (2006). Racial and Ethnic Differences in Patient Assessments of Interactions with Providers: Disparities or Measurement Biases? *American Journal of Medical Quality* 21, 109.
- De Silva MJ, Harpham T, Tuan T, Bartolini R, Penny ME, Huttly SR. (2006). Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam. *Social Science & Medicine* 62, 941–953.
- Deeks PA, Byatt K. (2000). Are patients who self-administer their medicines in hospital more satisfied with their care? *Journal of Advanced Nursing* 31(2), 395-400.
- Denner J, Kirby D, Coyle K, Brindis C. (2001). The protective role of social capital and cultural norms in Latino communities: A study of adolescent births. *Hispanic Journal of Behavioral Science* 23, 3-21.
- Department of Health. (1984). *National Health Services Management Inquiry Report*. HMSO, London.
- Derose KP, Hays DR, McCaffrey DF, Baker DW. (2001). Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? *Journal of General Internal Medicine* 16, 218-226.
- DeVoe J, Fryer GE, Straub A, McCann J, Fairbrother G. (2007). Congruent satisfaction: is there geographic correlation between patient and physician satisfaction? *Medical Care* 45, 88–94.
- DiCicco-Bloom B, Frederickson K, O'Malley D, Shaw E, Crosson JC, Looney JA. (2007). Developing a Model of Social Capital: Relationships in Primary Care. *Advances in Nursing Science* 30, E13–E24.
- Donabedian A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian A. (1985). Twenty years of research on the quality of medical care. *Evaluation and the Health Professions* 8, 243.

- Donabedian A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 260(12), 1743–1748.
- Donahue KE, Ashkin E, Pathman DE. (2005). Length of patient physician relationship and patients' satisfaction and preventive service use in the rural south: a cross-sectional telephone study. *BMC Family Practice* 6:40.
- Drukker M, van Os J. (2003). Mediators of neighbourhood socioeconomic deprivation and quality of life. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 38, 698–706.
- Druss BG, Schlesinger M, Thomas T, Allen H. (1999). Depressive symptoms and plan switching under managed care. *American Journal of Psychiatry* 156, 697-701.
- Dube CE, O'Donnell JF, Novack DH. (2000). Communication skills for preventive interventions. *Academic Medicine* 75, S45–S54.
- Duberstein P, Meldrum S, Fiscella K, Shields CG, Epstein RM. (2007). Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient Education and Counseling* 65, 270–274.
- Durkheim E. (1902). *Suicide: A study in sociology*. London: Routledge and Kegan Paul (republication 1960).
- Durlauf S. (2002). Bowling alone: a review essay. *Journal of Economic Behavior and Organization* 47, 259–273.
- Edwards C, Staniszewska S, Crichton N. (2004). Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociology of Health & Illness* 26, (2) 159–183.
- Edwards C, Staniszewska S. (2000) Accessing the user's perspective. *Health and Social Care in the Community* 8, 417–424.
- Edwards D, Potter J. (1992). *Discursive psychology*. London: Sage
- Elkan R, Robinson J, Williams D, Blair M. (2001). Universal vs selective services: the case of British health visiting. *Journal of Advanced Nursing* 33, 113–119.
- Emerson E, Hatton C. (2007). Poverty, socio-economic position, social capital and the health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain: a replication. *Journal of Intellectual Disability Research* 51(11), 866–874.
- Ervin NE. (2006). Does Patient Satisfaction Contribute to Nursing Care Quality? *Journal of Nursing Administration* 36, 126-130.
- Evergeti V. (2004). Building trust through social capital in the field: reflections from an ethnography in minority communities in Greece. In: R. Edwards (Ed.), *Social Capital in the Field: Researchers' Tales* (pp 41-46). London: South Bank University.
- Falk I, Kilpatrick S. (2000). What is social capital? A study of interaction in a rural community. *Sociologia ruralis* 40(1), 87-110.
- Farr J. (2004). Social Capital: a conceptual history. *Political theory* 32(1), 6-33.
- Federal Register. (2003). Hospital Conditions of Participation: Quality assessment and performance improvement program. Vol. 68, No. 16, p. 3442 & 3454.
- Ferguson KM. (2006). Social capital predictors of children's school status in Mexico. *International Journal of Social Welfare* 15, 321–331.
- Ferlander S. (2007). The importance of different forms of social capital for health. *Acta Sociologica* 50, 115-128.

- Field J. (2003). *Key ideas: Social Capital*. Routledge: London.
- Figgou L. (2002). *Social psychological and lay understandings of prejudice, racism and discrimination: An exploration of their dilemmatic aspects*. Unpublished PhD Thesis, Lancaster University, UK.
- Fitzpatrick KM, Irwin J, LaGory M, Ritchey F. (2007). Just Thinking about It. *Social Capital and Suicide Ideation among Homeless Persons*. *Journal of Health Psychology* 12(5), 750-760.
- Foley MW, Edwards B. (1999). Is it time to disinvest in social capital? *Journal of Public Policy* 19(2), 141-173.
- Folland S. (2007). Does “community social capital” contribute to population health? *Social Science & Medicine* 64, 2342-2354.
- Frosthalm L, Fink P, Oernboel E *et al.* (2005). The uncertain consultation and patient satisfaction. *Psychosomatic Medicine* 67, 897-905.
- Garrouette EM, Kunovich RM, Jacobsen C, Goldberg J. (2004). Patient satisfaction and ethnic identity among American Indian older adults. *Social Science & Medicine* 59, 2233-2244.
- Giddens A. (1997). *Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Gijsbers van Wijk CMT, van Vliet KP, Kolk AM. (1996). Gender perspectives and quality of care: towards appropriate adequate health care for women. *Social Science & Medicine* 43(5), 707-20.
- Gnardellis C, Niakas D. (2005). Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System. *International Journal of Healthcare Technology and Management* 6, 307-320.
- Gold DT, McClung B. (2006). Approaches to Patient Education: Emphasizing the Long-Term Value of Compliance and Persistence. *The American Journal of Medicine* 119, 32S-37S.
- Gorsuch RL. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gramsci A. (1973). *Ιστορικός υλισμός: τετράδια της φυλακής I*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Green C, Gilhooly K. (1996). Protocol analysis: Practical implementation. In: JT E Richardson (Ed.). *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences* (55-74). Leicester: BPS Books.
- Griffiths R, Horsfall J, Moore M, Lane D, Kroon V, Langdon R. (2007). Assessment of health, well-being and social connections: A survey of women living in western Sydney. *International Journal of Nursing Practice* 13, 3-13.
- Groenewegen PP, Kerssens JJ, Herman JS, van der Eijk I, Wienke GW, Boerma WG. (2005). What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. *BMC Health Services Research* 5, 16. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/16>.
- Halbesleben JRB, Rathert C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Management Review* 33(1), 29-39.

- Hall J, Dornan M. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science & Medicine* 30(7), 811-818.
- Hanifan LJ. (1916). The rural school community center. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 67, 130-138.
- Harkness JA. (2007). European social survey translation strategies and procedures (round 3).  
[www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com\\_docman&task=docdownload&gid=178&Itemid=80](http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_docman&task=docdownload&gid=178&Itemid=80). (August 2007).
- Harpham T. (2008). The measurement of social capital through surveys (51-62). In: I Kawachi, SV Subramanian, D Kim (eds). *Social capital and Health*. New York: Springer.
- Hatch AM, Tapley A. (1982). A self-administration system for elderly patients at Highbury Hospital. *Nursing Times* 78, 1773-74.
- Hatziprokopiou P. (2004). Balkan immigrants in the Greek city of Thessaloniki. Local processes of incorporation in an international perspective. *European Urban and Regional Studies* 11(4), 321-338.
- Haviland MG, Morales LS, Dial TH, Pincus HA. (2005). Race/ethnicity, socioeconomic status, and satisfaction with health care. *American Journal of Medical Quality* 20(4), 195-203.
- Hayes RP, Baker DW. (1998). Methodological problems in comparing English-speaking and Spanish-speaking patients' satisfaction with interpersonal aspects of care. *Medical Care* 36, 230-236.
- Hean S, Cowley S, Forbes A, Griffiths P, Maben J. (2003). The M-C-M cycle and social capital. *Social Science & Medicine* 56, 1061-1072.
- Helliwell JF, Putnam RD. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 359, 1435-1446.
- High P, Hopmann M, LaGrasse E, Sege R, Moran J, Guterrez C, Becker S. (1999). Child-centered literacy orientation: a form of social capital. *Pediatrics* 103, 1-7.
- Hobfoll SE. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist* 44, 513-524.
- Hobfoll SE. (2001). The influence of culture, community, and the nested self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review* 50, 337-370.
- Holcomb WR, Parker JC, Leong GB, Thiele J, Higdon J. (1998). Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* 49(7), 929-34.
- Holtgrave DR, Crosby RA. (2004). Social determinants of tuberculosis case rates in the United States. *American Journal of Preventive Medicine* 26, 159-162.
- Hsieh C-H, Wang C-Y, Mccubbin M, Zhang S, Inouye J. (2008). Factors influencing osteoporosis preventive behaviors: testing a path model. *Journal of Advanced Nursing* 62(3), 336-345.



- Hyrkas K, Paunonen M. (2000). Patient satisfaction and research-related problems (Part 2). Is triangulation the answer? *Journal of Nursing Management* 8, 237–245.
- Hyypä M, Maki J. (2001). Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine* 32, 148–155.
- International Organization for Standardization, ISO. [www.iso.org](http://www.iso.org)
- Israel BA. (1985). Social networks and social support: implications for natural helper and community level interventions. *Health Education Quarterly* 12, 65–80.
- Jack G, Jordan B. (1999). Social capital and child welfare. *Children and Society* 13, 242–256.
- Jacobs J. (1961). *The Death and Life of Great American Cities*. Penguin: Harmondsworth.
- Jaipaul CK, Rosenthal GE. (2003). Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal of General Internal Medicine* 18, 23-30.
- Jobe J, Mingay D. (1989). Cognitive research improves questionnaires. *American Journal of Public Health* 79, 1053-1055.
- Johansson P, Oleni M, Fridlund B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16, 337-344.
- Jowell R & The Central coordinating team. (2003). *European social survey 2002/2003: Technical report*. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University.
- Kaiser HF. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika* 39, 31-36.
- Kandylaki A. (2005). Social Work Practice in Multicultural Settings: A Pilot Study in Thrace, Greece. *South European Society & Politics* 10(3), 433–450.
- Kane RL, Maciejewski M, Finch M. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical Care* 35, 714–730.
- Kavadas V, Barham CP, Finch-Jones MD, Vickers J, Sanford E, Alderson D, Blazeby JM. (2004). Assessment of satisfaction with care after inpatient treatment for oesophageal and gastric cancer. *British Journal of Surgery* 91, 719-723.
- Kawachi I, Berkman L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. In: L Berkman, I Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Kawachi I, Kennedy B, Glass R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health* 89, 1187–1193.
- Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Prothrow Stith D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 87, 1491–1498.
- Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. (2008). Social capital and Health: a decade of progress and beyond (1-28). In: I Kawachi, SV Subramanian, D Kim (eds). *Social capital and Health*. New York: Springer.
- Kennelly B, O’Shea E, Garvey E. (2003). Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination. *Social Science & Medicine* 56, 2367–2377.
- Kinnersly P, Stott N, Peters T, Harvey I, Hackett P. (1996). A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Family Practice* 13, 41–6.

- Kleeberg UR, Tews J-T, Ruprecht T, Höing M, Kuhlmann A, Runge C. (2005). Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC study. *Supportive Care in Cancer* 13, 303–310.
- Kritsotakis G, Koutis AD, Kotsori A, Alexopoulos CG, Philalithis AE. (2009 in press). Measuring patient satisfaction in oncology units: interview-based psychometric validation of the 'Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care' in Greece. *European Journal of Cancer Care*.
- Kritsotakis G, Gamarnikow E. (2004). What is social capital and how does it relate to health? *International Journal of Nursing Studies* 41, 43–50.
- Kritsotakis G, Koutis AD, Alegakis AK, Philalithis AE. (2008). Development of the social capital questionnaire in Greece. *Research in Nursing and Health* 31, 217-225.
- Landon BE, Reschovsky JD, Pham HH, et al. (2006). Leaving medicine: the consequences of physician dissatisfaction. *Medical Care* 44, 234 –242.
- Larsson BW, Larsson G, Chantereau MW, vonHolstein KS. (2005). International comparisons of patients' views on quality of care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 18, 62–73.
- Lauder W, Reel S, Farmer J, Griggs H. (2006). Social capital, rural nursing and rural nursing theory. *Nursing Inquiry*, 13, 73–79.
- Lazaridis G, Wickens E. (1999). 'Us' and the 'others': Ethnic minorities in Greece. *Annals of Tourism Research* 26(3), 632-655.
- Lee MA, Yom Y-H. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 44, 545-555.
- Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science & Medicine* 47(10), 1611-1617.
- Li BD, Brown WA et al. (2000). Patient compliance is critical for equivalent outcomes for breast cancer treated by breast-conservation therapy. *Annals of Surgery* 231, 883-889.
- Lin N. (2001). *Social Capital: A Theory of Structure and Action*. London: Cambridge University Press.
- Lin N. (2001β). *Social Capital: Theory & Research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Lindstrom M, Axen E. (2004). Social capital, the miniaturization of community and assessment of patient satisfaction in primary healthcare: a population-based study *Scandinavian Journal of Public Health* 32, 243-249.
- Lindstrom M, Hanson B, Ostergen PO. (2001). Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science & Medicine* 52, 441–451.
- Lindstrom M. (2008). Social capital, anticipated ethnic discrimination and self-reported psychological health: A population-based study. *Social Science & Medicine* 66, 1–13.
- Liu R, So L, Quan H. (2007). Chinese and white Canadian satisfaction and compliance with Physicians. *BMC Family Practice* 8:11. doi:10.1186/1471-2296-8-11
- Lochner K, Kawachi I, Kennedy B. (1999). Social capital: a guide to its measurement. *Health and Place* 5, 259–270.

- Locke S, Colligan D. (1986). *The Healer Within*. E. P. Dutton, New York.
- Lomas J. (1998). Social capital and health: implications for public health and epidemiology. *Social Science & Medicine* 47, 1181–1188.
- Looman WS, Farrag S. (2009). Psychometric properties and cross-cultural equivalence of the Arabic Social Capital Scale: instrument development study. *International Journal of Nursing Studies* 46, 44–53.
- Looman WS, Lindeke LL. (2005). Health and social context: Social capital's utility as a construct for nursing and health promotion. *Journal of Pediatric Health Care* 19, 90–94.
- Looman WS. (2006). Development and testing of the Social Capital Scale for families of children with special health care needs. *Research in Nursing & Health* 29, 325–336.
- Loury GC. (1977). A dynamic theory of racial income differences (p 153–186). In: PA Wallace, AL Mund (Eds.), *Women, Minorities and Employment Discrimination*. Heath. Lexington, MA.
- Lyberaki A, Paraskevopoulos J. (2002, September). Social capital measurement in Greece. OECD-ONS international conference on: Social capital: The challenge of international measurement, London, UK. Retrieved February 2005 from [www.oecd.org/dataoecd/22/15/2381649.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/22/15/2381649.pdf)
- Lynch J, Due P, Muntaner C, Davey Smith G. (2000). Social capital—is it a good investment strategy for public health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54, 404–408.
- Lynch JW, Davey Smith G, Hillemeier M, Shaw M, Raganathan T, Kaplan GA. (2001). Income inequality, psychosocial environment and health: comparisons across wealthy nations. *Lancet* 358, 194–200.
- Lynn MR, McMillen BJ, Sidani S. (2007). Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Nursing Care. *Nursing Research* 56, 159-166.
- MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong X. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods* 4, 84-98.
- Macinko J, Starfield B. (2001). The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Quarterly* 79(3), 387–427.
- Mansyura C, Amickb BC, Harristb RB, Franzini L. (2008). Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Social Science & Medicine* 66, 43–56.
- Marshall V. (1981). Physician characteristics and relations with older patients. In: M. Haug (ed.). *Elderly patients and their doctors*. New York: Springer.
- Martinez G, Marín BV, Schoua-Glusberg A. (2006). Translating From English to Spanish. The 2002 National Survey of Family Growth. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 28 (4), 531-545.
- Mazor KM, Clauser BE, Field T, Yood RA, Gurwitz JH. (2002). A Demonstration of the Impact of Response Bias on the Results of Patient Satisfaction Surveys. *Health Services Research* 37, 1403-1417.

- McGillis Hall L, Doran D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L, Donner GJ. (2003). Nurse Staffing Models as Predictors of Patient Outcomes. *Medical Care* 41, 1096–1109.
- McGurgan P, O'Donovan P, Jones SE. (2001). The effect of operator gender on patient satisfaction: does the 'Y' in outpatient hysteroscopy matter? *Gynaecological Endoscopy* 10, 53-56.
- Merkouris A, Papathanassoglou EDE, Lemonidou C. (2004). Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *International Journal of Nursing Studies* 41, 355–367.
- Mimura C, Griffiths P. (2004). A Japanese version of the perceived stress scale: translation and preliminary test. *International Journal of Nursing Studies* 41, 379–385.
- Mitchell CU, LaGory M. (2002). Social capital and mental distress in an impoverished community. *City & Community* 1, 195-215.
- Mitchell R, Gleave S, Bartley M, Wiggins D, Joshi H. (2000). Do attitude and area influence health? A multilevel approach to health inequalities. *Health & place* 6, 67-79.
- Mohan J, Twigg L, Barnard S, Jones K. (2005). Social capital, geography and health: a small-area analysis for England. *Social Science & Medicine* 60, 1267–1283.
- Moret L, Nguyen JM, Volteau C, Falissard B, Lombrail P, Gasquet I. (2007). Evidence of a non-linear influence of patient age on satisfaction with hospital care. *International Journal for Quality in Health Care* 19, 382–389.
- Murtagh FEM, Addington-Hall JM, Higginson IJ. (2007). The value of cognitive interviewing techniques in palliative care research. *Palliative Medicine* 21, 87-93.
- National Statistics Organization. (2005). Greece in numbers. Athens, Greece: General Secretariat of National Statistical Service of Greece.
- Navarro V. (2002). A critique of social capital. *International journal of Health Services* 32, 423-443.
- Nelson E, Rust R, Zahorik A, Rose R, Batalden P, Siemansk B. (1992). Do patients perceptions of quality relate to hospital financing performance? *Journal of Health Care Marketing* 12, 4, 6-13.
- Nettleton S. (2002). Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γ.Δαρδανός.
- Newman K, Maylor U, Chansarkar B. (2001). The nurse retention, quality of care and patient satisfaction chain. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 14(2), 57-68.
- Nilsson J, Masud Rana AK, Kabir ZN. (2006). Social capital and quality of life in old age. Results from a cross-sectional study in rural Bangladesh. *Journal of Aging & Health* 18, 419-434.
- Nummela O, Sulander T, Rahkonen O, Karisto A, Uutela A. (2008). Social participation, trust and self-rated health: A study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings. *Health & Place* 14, 243–253.

- Nunnally JC, Bernstein IH. (1994). *Psychometric theory* (3rd Ed.). New York: McGraw-Hill.
- O'Brien MS, Burdsal CA, Molgaard CA. (2004). Further development of an Australian-based measure of social capital in a U. S. sample. *Social Science & Medicine* 59, 1207-1217.
- Oksanen T, Kouvonen A, Kivimaki M, Pentti J, Virtanen M, Linna A, Vahtera J. (2008). Social capital at work as a predictor of employee health: Multilevel evidence from work units in Finland. *Social Science & Medicine* 66, 637-649.
- Onyx J, Bullen P. (2000). Measuring social capital in five communities. *The Journal of Applied Behavioral Science* 36, 23-42.
- Otani K, Kurz RS. (2004) The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *Journal of Healthcare Management* 49, 181-196.
- Parchman ML, Noel PH, Lee S. (2005). Primary care attributes, health care system hassles and chronic illness. *Medical Care* 43, 1123-1129.
- Pawar M. 'Social' 'capital'? (2006). *The Social Science Journal* 43 211-226.
- Pearse J. (2005). Review of patient satisfaction and experience surveys conducted for public hospitals in Australia. A Research Paper for the Steering Committee for the Review of Government Service Provision. Health Policy Analysis Pty Ltd.
- Perry M, Williams RL, Wallerstein N, Waitzkin H. (2008). Social Capital and Health Care Experiences Among Low-Income Individuals. *American Journal of Public Health* 98, 330-336.
- Phillips L, Jorgensen M. (2002). *Discourse analysis as theory and method*. London: Sage.
- Phongsavan P, Chey T, Bauman A, Brooks R, Silove D. (2006). Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults. *Social Science & Medicine* 63, 2546-2561.
- Platonova EA, Kennedy KN, Shewchuk RM. (2008). Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care physicians. *Medical Care Research and Review* 65, 6, 696-712.
- Plomondon ME, Rumsfeld JS, Humble CG, Meterko M, McDonald GO, Grover FL, Perlin JB, Shroyer A, Laurie W. (2003). Factors Influencing Risk-Adjusted Patient Satisfaction After Coronary Artery Bypass Grafting. *The American Journal of Cardiology* 92(15), 206-208.
- Pollack CE, von demKneesebeck O. (2004). Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health & Place* 10, 383-391.
- Poortinga W. (2006). Social capital: An individual or collective resource for health? *Social Science & Medicine* 62, 292-302.
- Poortinga W. (2006β). Do health behaviors mediate the association between social capital and health? *Preventive Medicine* 43, 488-493.
- Portes A, Landolt P. (1996). The downside of social capital. *The American Prospect* 26. [www.prospect.org/archives/26/26-cnt2.html](http://www.prospect.org/archives/26/26-cnt2.html).

- Portes A. (1998). Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology* 24, 1-24.
- Potter J, Wetherell M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. London: Sage.
- Pound P, Tilling K, Rudd AG, Wolfe CDA. (1999). Does patient satisfaction reflect differences in care received after stroke? *Stroke* 30, 49-55.
- Press I. (2005). *Patient Satisfaction: Understanding and Managing the Experience of Care*, 2nd Edition. Ann Arbor, Michigan: Health administration press.
- Press Ganey Associates. (2006). *Press Ganey 2006 Health Care Satisfaction Report*. [Online report, προσπελάστηκε στις 5/9/07] [www.pressganey.com/products\\_services/readings\\_findings/findings/2006\\_health\\_care\\_satisfaction.pdf](http://www.pressganey.com/products_services/readings_findings/findings/2006_health_care_satisfaction.pdf)
- Price B. (2002). Social capital and factors affecting civic engagement as reported by leaders of voluntary organisations. *The Social Science Journal* 39, 119-127.
- Putnam R, Leonardi R, Nanetti R. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Putnam R. (1995, December). Tuning in, tuning out: the strange disappearance of social capital in America: The 1995 Ithiel de sola Pool Lecture.
- Putnam R. (2000). *Bowling alone. The Collapse and Revival of American Community*. Simon and Schuster, New York.
- Putzel J. (1997). 'Accounting for the 'dark side' of social capital: reading Robert Putnam on democracy'. *Journal of International Development* 9, 939-949.
- Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, San-Sebastián JA, de-la-Sierra E, Thompson A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research* 6:102. doi: 10.1186/1472-6963-6-102.
- Rahmqvist M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors. *International Journal for Quality in Health Care* 13, 385-390.
- Ray RA, Street FA. (2005). Who's there and who cares: age as an indicator of social support networks for caregivers among people living with motor neuron disease. *Health and Social Care in the Community* 13(6), 542-552.
- Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten Wolffenbuttel BH, Niessen LW. (2002). Health-related quality life and treatment satisfaction in Dutch patients 2 diabetes. *Diabetes Care* 25, 458-463.
- Renzi C, Tabolli S, Picardi A, Abeni D, Puddu P, Braga M. (2005). Effects of patient satisfaction with care on health-related quality of life: a prospective study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 19, 712-718.
- Rose G. (1993). *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: OUP.
- Runyan D, Hunter W, Socolar R, Amaya-Jackson L, English D, Landsverk J, Dubowitz, H, Brown E, Bangdiwala, S, Matthew R. (1998). Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics* 101, 12-18.
- Rutten LJF, Augustson E, Wanke K. (2006). Factors Associated with Patients' Perceptions of Health Care Providers' Communication Behavior. *Journal of Health Communication* 11(1), 135 - 146.

- Sadjadian A, Kaviani A, Yunesian, M, Montazzeri A. (2004). Patient satisfaction: a descriptive study of a breast care clinic in Iran. *European Journal of Cancer Care* 13, 163-168.
- Sandoval G A, Levinton C, Blackstien-Hirsch P, Brown AD. (2006). Selecting predictors of cancer patients' overall perceptions of the quality of care received. *Annals of Oncology* 17, 151-156.
- Sapnas KG, Zeller RA. (2002). Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. *Journal of Nursing Measurement* 10, 135-154.
- Sarason BR, Sarason IG, Gurung RAR. (1997). Close personal relationships and health outcomes: a key to the role of social support, p 547-573. In: Duck S (ed). *Handbook of personal relationships: theory, research and applications*. 2<sup>nd</sup> ed. Chichester, UK: Wiley.
- Sen A. (1999). Health in development. *Bulletin of the World Health Organization* 77, 619-623.
- Shikiar R, Rentz AM. (2004). Satisfaction with medication. An overview of conceptual, methodologic, and regulatory issues. *Value in Health* 7, 204-15.
- Siahpush M, Borland R, Taylor J, Singh GK., Ansari Z, Serraglio A. (2006). The association of smoking with perception of income inequality, relative material well-being, and social capital. *Social Science & Medicine* 63, 2801-2812.
- Simon S, Peters A.S, Christiansen CL, Fletcher RH. (2000). Effect of medical student teaching on patient satisfaction in a managed care setting. *Journal of General Internal Medicine* 15, 457-461.
- Sirven N. (2006). Endogenous social capital and self-rated health: Cross-sectional data from rural areas of Madagascar. *Social Science & Medicine* 63, 1489-1502.
- Sitzia J, Wood N. (1997). Patient-satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* 12, 1829-1843.
- Sitzia J, Wood N. (1998). Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *International Journal for Quality in Health Care* 10, 311-317.
- Sixma HJ, Spreeuwenberg PM, van der Pasch MA. (1998). Patient satisfaction with the general practitioner: a two level analysis. *Medical Care* 36, 212-229.
- Sjetne IS, Veenstra M, Stavem K. (2007). The Effect of Hospital Size and Teaching Status on Patient Experiences with Hospital Care: A Multilevel Analysis. *Medical Care* 45, 252-258.
- Skarstein J, Dahl AA, Laading J, Fossa SD. (2002). Patient satisfaction in hospitalized cancer patients. *Acta Oncologica* 41(7/8), 639-645.
- Skrabski A, Kopp M, Kawachi I. (2004). Social capital and collective efficacy in Hungary: Cross-sectional associations with middle-aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, 340-345.
- Stafford M, Cummins S, Macintyre S, Ellaway A, Marmot M. (2005). Gender differences in the associations between health and neighbourhood environment. *Social Science & Medicine* 60, 1681-1692.

- Steiber S. (1988). How consumers perceive health care quality. *Hospitals* 62, 7, 84.
- Stevens M, Reininga IHF, Boss NAD, vanHorn JR. (2006). Patient satisfaction at and after discharge. Effect of a time lag. *Patient Education and Counseling* 60, 241–245.
- Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention and Control* 3, 25–30.
- Strasser S, Aharony L. (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review* 50, 219–248.
- Subramanian SV, Kawachi I, Kennedy BP. (2001). Does the state you live in make a difference? A multilevel analysis of self-rated health in the US. *Social Science & Medicine* 53, 9-19.
- Sullivan M. (2003). The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Social Science & Medicine* 56, 1595–1604.
- Sundquist J, Johansson SE, Yang M, Sundquist K. (2006). Low linking social capital as a predictor of coronary heart disease in Sweden: A cohort study of 2.8 million people. *Social Science & Medicine* 62, 954–963.
- Svendsen GLH. (2006). Studying Social Capital in situ: A qualitative approach. *Theory and Society* 35, 39-70.
- Szreter S, Woolcock M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology* 33, 650-667.
- Takahashi LM, Magalong MG. (2008). Disruptive social capital: (Un)Healthy socio-spatial interactions among Filipino men living with HIV/AIDS. *Health & Place* 14, 182–197.
- Tasso K, Behar-Horenstein LS, Aumiller A, Gamble K, Grimaudo N, Guin P, Mandell T, Ramey B. (2002). Assessing Patient Satisfaction and Quality of Care through Observation and Interview. *Hospital Topics* 80, 4-10.
- Taylor AG, Hudson K, Keeling A. (1991). Quality nursing care: The consumers' perspective revisited. *Journal of Nursing Quality Assurance* 5, 23- 31.
- Tervo-Heikkinen T, Kvist T, Partanen P, Vehvilainen-Julkunen K, Aalto P. (2008). Patient Satisfaction as a Positive Nursing Outcome. *Journal of Nursing Care Quality* 23, 58–65.
- Thi PLN, Briancon S, Empereur F, Guillemin F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science and Medicine* 54, 493–504.
- Thiedke CC. (2007). What do we really know about patient satisfaction? *Family Practice & Management* 33-36.
- Tokunaga J, Imanaka Y. (2002) Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan. *International Journal for Quality in Health Care* 14, 493-502.
- Turrell G, Kavanagh A, Subramanian SV. (2006). Area variation in mortality in Tasmania (Australia): The contributions of socioeconomic disadvantage, social capital and geographic remoteness. *Health & Place* 12, 291–305.
- Turris SA. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing* 50(3), 293–298.



- Tzanelli R. (2006). 'Not My Flag!' Citizenship and nationhood in the margins of Europe (Greece, October 2000/2003). *Ethnic and Racial Studies* 29, 27-49.
- UKCC. (1992). *Standards for the Administration of Medicines*. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London.
- Uphoff N. (2000). Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participation. In: Dasgupta P, Serageldin I (eds). *Social capital: a multifaceted perspective*. Washington, DC: World Bank.
- Urden LD. (2002). Patient satisfaction measurement. Current issues and implications. *Lippincott's Case Management* 7, 194-200.
- Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical care* 42(Suppl. 2), II57-66.
- van Der Gaag M, Snijders TA. (2005). The Resource Generator: Social capital quantification with concrete items. *Social Networks* 27, 1-29.
- vanEmmerik IJ. (2006). Gender differences in the creation of different types of social capital: A multilevel study. *Social Networks* 28, 24-37.
- Varshney A. (2002). *Ethnic Conflict & Civic Life. Hindus and Muslims in India*. New Haven: Yale University Press.
- Veenstra G. (2000). Social capital, SES and health: an individual level analysis. *Social Science & Medicine* 50, 619-629.
- Veenstra G. (2002). Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance). *Social Science & Medicine* 54, 849-868.
- Wagner D, Bear M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*. 65(3), 692-701.
- Walker M, Ristvedt S, Haughey B. (2003). Patient care in multidisciplinary cancer clinics: does attention to psychosocial needs predict patient satisfaction? *Psycho-oncology* 12, 291-300.
- Wallin E, Per-Olov L et al. (2000). Does age, gender or educational background effect patient satisfaction with short stay surgery? *Ambulatory Surgery* 8, 79-88.
- Ware J, Davies A. (1984). Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 6, 291-97.
- Ware JE, Gandek B. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions and reliability: The IQOLA project approach. *Journal of Clinical Epidemiology* 51, 945-952.
- Weisman CS, Henderson JT, Schiffrin E, Romans M, Clancy CM. (2001). Gender and Patient Satisfaction in Managed Care Plans: Analysis of the 1999 HEDIS/CAHPS 2.0H Adult Survey. *Women's Health Issues* 11(5), 401-415.
- Weitzman ER, Chen Y-Y. (2005). Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: national survey findings. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59, 303-309.

- Wen M, Christakis NA. (2005). Neighborhood Effects on Post-hospitalization Mortality: A Population-based Cohort Study of the Elderly in Chicago. *Health Services Research* 40(4), 1108-1127.
- Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Paulus D, Kunzi B, Mendive J, Grol R. (2002). Patient satisfaction with availability of general practice: An international comparison. *International Journal for Quality in Health Care* 14, 111-118.
- Wetherell M. (1998). Positioning and interpretative repertoires: conversation analysis and post-structuralism in dialogue. *Discourse and Society* 9(3), 387- 412.
- White AA, Pichert JW, Bledsoe SH, Irwin C, Entman SS. (2005). Cause and effect analysis of closed claims in obstetrics and gynecology. *Obstetrics & Gynaecology* 105, 1031-8.
- Whitehead M, Diderichsen F. (2001). Social capital and health: tip-toeing through the minefield of evidence. *Lancet* 358, 165–166.
- Whiteley PF. (1999). The origins of social capital (p. 25-44). In JW van Derth, M Maraffi, K Newton, PF Whiteley (Eds). *Social capital and European Democracy*. Routledge: London.
- Wilkinson RG. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions Inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson RG, Kawachi I, Kennedy B. (1998). Mortality, the social environment, crime and violence. *Sociology of Health and Illness* 20, 578–597.
- Williams B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept. *Social Science and Medicine* 38, 509-516.
- Williams S, Calnan M. (1991). Convergence and divergence: assessing criteria for consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science and Medicine* 33, 707-716.
- Willis GB. (2005). *Cognitive Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Winstanley EL, Steinwachs DM, Ensminger ME, Latkin CA, Stitzer ML, Olsen Y. (2008). The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 92, 173–182.
- Woolcock M. (1998). Social capital and economic development: toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and society* 27, 151–208.
- World Bank, What is Social Capital. World Bank, Washington, [www.worldbank.org/poverty/scapital/whatsc.htm](http://www.worldbank.org/poverty/scapital/whatsc.htm).
- World Health Organisation. *World Health Report 2000. Health Systems: improving performance*. WHO: Geneva.
- Wright S. (1998). Patient satisfaction in the context of cancer care. *Irish Journal of Psychology* 19, 274-282.
- York NL, DaRosa DA, Markwell SJ, Niehaus AH, Folse R. (1995). Patients attitudes towards the involvement of medical students in their care. *The American Journal of Surgery* 169, 421-423.

- Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer* 88(5), 658-65.
- Ziersch AM, Baum FE, MacDougall C, Putland C. (2005). Neighborhood life and social capital: The implications for health. *Social Science & Medicine* 60, 71– 86.
- Zyzanski SJ, Stange KC, Langa D, Flocke SA. (1998). Tradeoffs in high-volume primary care practice. *Journal of Family Practice* 46, 397-402.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

- A:** Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου
- B:** Social Capital Questionnaire (πρωτότυπο)
- Γ:** Ερωτηματολόγιο για τη Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία
- Δ:** Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care (πρωτότυπο)
- E:** Άτομα που συμμετείχαν στη μετάφραση των ερωτηματολογίων
- ΣΤ:** Έντυπο Συγκατάθεσης Ασθενών



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

### Άτομα που συμμετείχαν στη μετάφραση των ερωτηματολόγιων

Τάσος Φιλαλήθης	Αν. Καθηγητής Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
Αντώνης Κούτης	MD, PhD Αναπληρωτής Διευθυντής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου
Γιώργος Κριτσωτάκης	Υποψήφιος Διδάκτορας MA (Health Education & Health Promotion), Institute of Education, University of London Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης
Εφη Αντωνιάδου	PhD, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης MA [Education (Psychology)] Institute of Education, University of London
Παντελής Μαϊόβης	MD MSc Ιατρική Ερευνητική Μεθοδολογία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Σοφία Χωλίδου	PhD, Institute of Education, University of London MA [Education (Psychology)] Institute of Education, University of London
Έλενα Βαμβακούση	BA in Politics & Economics Queen Mary, University of London MBA (Int), Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



### **ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

Το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης διεξάγει αυτήν την έρευνα με σκοπό να συμβάλει στη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας σας.

Επιστημονικός υπεύθυνος του προγράμματος είναι ο κ. Αναστάσιος Φιλαλήθης, Αν. Καθηγητής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Σε επαφή μαζί σας θα βρίσκεται ο κ. Κριτσωτάκης Γεώργιος, υποψήφιος διδάκτορας του Πανεπιστημίου Κρήτης. Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί του στο τηλέφωνο 210-6127962, αν έχετε οποιαδήποτε απορία σε σχέση με την έρευνα.

Είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι:

- Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι ανώνυμη και εθελοντική.
- Μπορείτε να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιαδήποτε ερώτηση.
- Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα οποιαδήποτε χρονική στιγμή.

Οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές. Θα είναι σε γνώση μόνο του ερευνητή και του επιστημονικά υπεύθυνου του προγράμματος. Θα αναλυθούν από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης και όχι από το προσωπικό της κλινικής. Το όνομα σας δεν θα φαίνεται σε καμία περίπτωση στην έκδοση των τελικών αποτελεσμάτων.

Η υπογραφή στο παρόν έντυπο υποδηλώνει ότι έχετε ενημερωθεί για την έρευνα και συμφωνείτε να συμμετέχετε.

Σας παρακαλώ να υπογράψετε αυτό το έντυπο αν συμφωνείτε να συμμετέχετε στην έρευνα.

Αθήνα, - - 2006

\_\_\_\_\_ (υπογραφή)

\_\_\_\_\_ (ολογράφως)

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

## **ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ**

- Kritsotakis G, Koutis A, Alegakis T, Philalithis A. (2008). Development of the Social Capital Questionnaire in Greece. *Research in Nursing & Health* 31, 217-225.
- Kritsotakis G, Koutis A, Kotsori A, Alexopoulos C, Philalithis A. (2009, in press). Measuring patient satisfaction in oncology units: interview based psychometric validation of the 'Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care' in Greece. *European Journal of Cancer Care*.
- Kritsotakis G, Gamarnikow E. (2004). What is social capital and how does it relate to health. *International Journal of Nursing Studies* 41, 43-50.