



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Validación Nacional de la Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros desde la Perspectiva del Paciente Crítico.

Isidro Alcalá Jiménez

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Validación Nacional de la Escala de Satisfacción con los Cuidados
Enfermeros desde la Perspectiva del Paciente Crítico.

Isidro Alcalá Jiménez



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina
i Ciències de la Salut

Validación Nacional de la Escala de
Satisfacción con los Cuidados Enfermeros
desde la Perspectiva del Paciente Crítico.

Isidro Alcalá Jiménez

TESIS DOCTORAL

Barcelona, 2023



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina
i Ciències de la Salut

Programa de Doctorado en Enfermería y Salud

Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona

Validación Nacional de la Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros desde la Perspectiva del Paciente Crítico.

Presentada por

Isidro Alcalá Jiménez

Directoras

Dra. Marta Romero García

Dra. Pilar Delgado Hito

Tutora

Dra. Pilar Delgado Hito

Barcelona, 2023

A mis padres, Manuela e Isidro,
que con su esfuerzo, amor y apoyo me lo han dado todo.

A mis hermanas Verónica y Cristina, por estar siempre.

A María y Daniele, por llenar de alegría mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mis directoras de tesis, Dra. Marta Romero García y Dra. Pilar Delgado Hito, por proponerme empezar este viaje y dirigir la presente tesis. No encuentro las palabras que lleguen a describir la enorme gratitud que siento hacia ellas. Por su dedicación, sus aportaciones, sus correcciones, su confianza y sobre todo su paciencia desde el primer día hasta el último. Y por supuesto, por convencerme en más de una ocasión en no abandonar el proyecto.

A Marta Romero y Pilar Delgado, no como directoras, como compañeras. Por no perder la confianza en mí pese a tener motivos para hacerlo. Por sus consejos, por su exigencia, por su tiempo invertido a altas horas de la noche o muy tempranas horas de la mañana. Por hacerme sentir que puedo hacerlo y que puedo hacerlo muy bien. Gracias.

Gracias a mis amigas María Perera, Daniele Corda, Julio Cortina, Carmen Aguado, Patricia Aguilar y Guillermo Padrón por animarme en todos los momentos en los que más lo necesitaba. Por acompañarme durante este duro viaje y ofrecerme sus consejos justo cuando más los necesitaba. Gracias a Jose, por acompañarme al final de este camino. Por entender la inversión en horas que requiere hacer una tesis. Por sacrificar su tiempo acompañándome en los peores momentos.

Gracias a todos mis compañeros y compañeras, amigos y amigas, del Hospital Universitario Vall d'Hebrón y Hospital del Mar. Gracias por vuestra ayuda y colaboración, gracias por vuestra paciencia y apoyo.

Gracias a cada una de las personas que han participado, de forma activa, en alguna parte de esta tesis y que han contribuido o como expertos o como investigadores colaboradores. Gracias a cada uno de los hospitales participantes en el estudio y gracias a los Comité de Ética de Investigación Clínica por aprobar su protocolo.

También quisiera agradecer a la Enfermería, por hacerme ver la vida de una forma diferente. Por ser una profesión que te engrandece. Este trabajo va dedicado a todas las enfermeras del pasado que han contribuido a ser lo que somos ahora. Este trabajo va dedicado a todas las enfermeras que harán que seamos imprescindibles.

“No te diré que será fácil, pero te diré que valdrá la pena. “

Art Williams

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO

Agradecimientos	7
Índice de contenidos	10
Índice de tablas.....	13
Índice de figuras.....	14
Resumen	16
Abstract.....	19
1. INTRODUCCIÓN	23
1.1 Cuidados Intensivos.....	23
1.2 Origen de las Unidades de Cuidados Intensivo.....	24
1.3 Unidades de Cuidados Intensivos en España.....	25
1.4 Enfermera de Cuidados Intensivos.....	27
1.5 Atención centrada en la persona.....	29
1.6 Indicadores de calidad asistencial: la satisfacción del paciente.....	31
1.7 La satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros.....	36
1.8 Instrumentos de medida de la satisfacción del paciente.....	39
1.8.1 <i>Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS)</i>.....	39
1.8.2 <i>Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS)</i>.....	42
1.8.3 <i>Caring Assessment Report Evaluation Q-sort (CARE-Q)</i>.....	46
1.8.4 <i>Service Quality (SERVQUAL)</i>.....	48
1.8.5 <i>Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)</i>.....	51
1.8.6 <i>Patient Satisfaction Nursing Care Quality (PSNCQQ)</i>.....	53
1.8.7 <i>Nurses' Assessment of Quality Scale-Acute Care (NAQS-ACV)</i>.....	55
1.8.8 <i>Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)</i>.....	58
1.8.9 <i>Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale (NICSS)</i>.....	61
1.9 La perspectiva del paciente crítico en el diseño de cuestionarios	63
2. Objetivos e hipótesis	66
3. Metodología	69
3.1 Diseño del estudio.....	69
3.2 Ámbito de estudio	69

3.2.1	Fase-I	69
3.2.2	Fase-II.....	70
3.3	Población de estudio y muestra	70
3.3.1	Fase-I	70
3.3.2	Fase-II.....	71
3.4	VARIABLES DEL ESTUDIO	72
3.4.1	Fase-I	72
3.4.2	Fase-II.....	73
3.5	Instrumentos	74
3.5.1	Estructura de la NICSS.....	74
3.5.2	Otros instrumentos utilizados.....	74
3.6	Procedimiento	75
3.6.1	Fase-I	75
3.6.2	Fase-II.....	76
3.7	Análisis de los datos	77
3.7.1	Fase-I	77
3.7.2	Fase-II.....	79
3.8	Aspectos éticos	80
4.	Artículos derivados de la tesis	82
	ARTÍCULO 1: National validation of the Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale: research protocol.....	82
	ARTÍCULO 2: Psychometric properties of the nursing intensive care satisfaction scale: a multicenter cross-sectional study.....	101
	ARTÍCULO 3: Satisfaction of ICU patients linked to clinical and organizational factors: a cross-sectional multicenter study.....	110
	ARTÍCULO 4: Nursing and patients' strategies to improve satisfaction with nursing care in intensive critical care.....	118
5.	Discusión	149
5.1	Características psicométricas	149
5.2	Nivel de satisfacción	151
5.3	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICA Y ORGANIZATIVAS	152
5.4	Estrategias de mejora de la satisfacción	154
5.5	Limitaciones del estudio	157

5.6	Implicaciones para la práctica.....	158
5.7	Futuras líneas de investigación.....	159
6.	Conclusiones.....	161
7.	Bibliografía.....	165
8.	Financiación Y DIFUSIÓN.....	189
8.1	Financiación de la investigación.....	189
8.2	Difusión de la investigación en congresos científicos.....	189
9.	Anexos.....	192
9.1	Anexo (1).....	192
9.2	Anexo (2).....	196
9.3	Anexo (3).....	198
9.4	Anexo (4).....	200
9.5	Anexo (5).....	202

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ítems de la escala NICSS.....	62
Tabla 2. Características de los hospitales.....	70
Tabla 3. Características sociodemográficas de los pacientes.....	71
Tabla 4. Características sociodemográficas de las enfermeras.....	72
Tabla 5. Guion de los grupos focales para pacientes.....	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Recogida de datos.....	75
---	----

RESUMEN

Introducción: La satisfacción del paciente como indicador de la calidad de los cuidados enfermeros ha sido ampliamente estudiado y ha dado lugar al desarrollo de diferentes instrumentos de medida tanto a nivel nacional como a nivel internacional. Además, los estudios muestran que la satisfacción del paciente con la atención enfermera es el aspecto que mejor predice la satisfacción de la hospitalización, siendo un componente importante en el mantenimiento y restauración de su salud.

La creación de la Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros – Centrada en el Paciente Crítico (NICSS) en el año 2018, la convierte en el primer cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros, diseñado y validado en España, centrado en el paciente en el contexto del paciente crítico. Es necesario continuar con el proceso de validación en unidades de cuidados intensivos con otros contextos de manera que dispongamos de un instrumento fiable y válido para evaluar la satisfacción con los cuidados enfermeros en el paciente crítico y la relación con las variables sociodemográficas, clínicas y organizativas. Además, a partir de la identificación de las estrategias de mejora identificada por pacientes y enfermeras, va a permitir a los profesionales, gestores y administradores aumentar la calidad de los cuidados mediante la modificación, cambio o fortalecimiento de comportamientos, habilidades, actitudes o situaciones susceptibles de mejora que intervienen en el proceso de cuidados.

Objetivos: (1) Validar a nivel nacional la Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros – Centrada en el Paciente Crítico que permita evaluar la satisfacción con los cuidados enfermeros en el contexto del paciente crítico; (2) Identificar el nivel de satisfacción del paciente crítico en relación con los cuidados enfermeros; (3) Determinar la relación entre la satisfacción del paciente crítico y las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes y las organizativas; (4) Describir las estrategias de mejora de la satisfacción con los cuidados enfermeros identificadas por enfermeras y pacientes críticos.

Metodología: en la primera fase diseño cuantitativo, psicométrico y transversal, de tipo descriptivo y correlacional. Multicéntrico nacional. El ámbito de estudio fueron 19 Unidades de Cuidados Intensivos de 18 hospitales nacionales de segundo y tercer nivel. La población fueron todos los pacientes dados de alta. Muestreo consecutivo (n=677). Para la recogida de datos, una vez dado de alta el paciente se le entregó los cuestionarios. Pasadas 48 horas, se entregó de nuevo el cuestionario, para analizar la estabilidad temporal. Para la validación del cuestionario, se utilizó el análisis de consistencia interna (*alpha* de *Cronbach*) y la estabilidad temporal (test re-test). Validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio. Para evaluar el nivel de satisfacción y la relación con las variables recogidas con estadística descriptiva según variable e inferencial para relación entre variables ($p < 0.05$).

En la segunda fase, el ámbito de estudio fueron las Unidades de Cuidados Intensivos de 8 hospitales públicos y privados, de media y alta complejidad. La población fueron pacientes dados de alta y enfermeras de críticos mediante muestreo de conveniencia. Se organizaron 4 grupos focales por vía telemática con pacientes y enfermeras hasta llegar a la saturación teórica de los datos. Los grupos focales fueron guiados por un moderador, grabados en vídeo previo consentimiento informado y posteriormente se realizó la transcripción, análisis de contenido y triangulación de la información. Se siguieron los criterios de confiabilidad y autenticidad de Guba y Lincoln. Se han seguido los criterios consolidados para el reporte de investigaciones cualitativas COREQ.

Resultados: La fiabilidad de la escala fue de 0,97 y los factores obtuvieron valores entre 0,87 y 0,96. El coeficiente de correlación intraclase para la escala total fue de 0,83, lo que indica una buena estabilidad temporal. La validez de constructo mostró un buen ajuste y una estructura de cuatro factores, de acuerdo con el modelo teórico. La validez de criterio presentó una correlación entre moderada y alta (rango: 0,46 a 0,57). El nivel de satisfacción es elevado con una media de $275,8 \pm 20,6$. La correlación entre el nivel de satisfacción y la escala total muestra diferencias estadísticamente significativas con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Los pacientes y las enfermeras identifican varias estrategias de mejora relacionadas con los cuidados de enfermería. Las estrategias identificadas son: (1) estrategias para el cuidado holístico; (2) estrategias relacionadas con las formas de

comunicación; (3) estrategias relacionadas con los comportamientos profesionales y (4) estrategias relacionadas con la infraestructura de la unidad. Las estrategias más repetidas en el discurso son el control del dolor continuado, registro del dolor, fomentar la autonomía del paciente, favorecer la intimidad del paciente, tener empatía, escuchar con atención, uso de medicación para descansar, facilitar necesidades recreativas, uso de lenguaje sencillo, uso de la mirada, formación en comunicación, la comunicación interdisciplinar y tener juicio clínico.

Conclusiones: La Escala de Satisfacción con los Cuidados de Enfermería – Centrada en el Paciente Crítico tiene buenas propiedades psicométricas, lo que demuestra su capacidad para medir con precisión la satisfacción del paciente crítico en una variedad de contextos en España. Enfermeras y pacientes identifican estrategias similares de mejora de la satisfacción con los cuidados enfermeros recibidos durante un ingreso en UCI. El seguimiento continuo de la satisfacción permitirá a las enfermeras identificar áreas de mejora que pueden aumentar la calidad de la atención.

Palabras clave: Satisfacción del Paciente, Unidades de Cuidados Intensivos, Cuidados de Enfermería, Validación de Cuestionario, Fiabilidad y Validez, Investigación Cualitativa, Estrategias, Estudio Fenomenológico.

ABSTRACT

Introduction. Patients' satisfaction as an indicator of the quality of nursing care has been widely studied and has led to the creation of different measuring instruments at both a national and international level. Furthermore, studies show that patients' satisfaction with nursing care is the aspect that best predicts satisfaction with hospitalization and represents a significant component of health maintenance and recovery.

The creation of the Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale (NICSS) in 2018 converts it into the first nursing care satisfaction questionnaire, designed and validated in Spain, centered on the patient within the context of the critical care patient. It is necessary to continue with the validation process in ICUs with other contexts to obtain a reliable and valid instrument to evaluate critical care patients' satisfaction with nursing care and the relationship with sociodemographic, clinical, and organizational variables. In addition, the identification of the improvement strategies identified by patients and nurses will enable professionals, managers, and administrators to increase the quality of care by modifying, changing, or strengthening the behaviors, skills, attitudes, or situations that intervene in the care process and are susceptible to improvement.

Aim. (1) Validate the Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale at a national level, in order to evaluate nursing care satisfaction within the context of the critical care patient; (2) identify the level of satisfaction of critical care patients in respect to nursing care; (3) determine the relationship between critical care patients and the sociodemographic and clinical variables of patients and organizations; (4) describe the nursing care satisfaction improvement strategies identified by nurses and critical care patients.

Methodology in the first stage, quantitative, psychometric, and cross-cutting design, of a descriptive and correlational type. National multicentric. The scope of the study was made up of 19 Intensive Care Units in 18 secondary- and tertiary-level national hospitals. The population was made up of all the discharged patients. Consecutive sampling (n=677). The data was collected by giving each patient the

questionnaire once they had been discharged. After 48 hours, they were given the questionnaire again, to analyze temporal stability. The questionnaire was validated by the analysis of internal consistency (Cronbach's alpha) and temporal stability (test-retest). Construct validity was established using the confirmatory factor analysis method. The level of satisfaction and its relation to the variables studied were evaluated with descriptive statistics according to the variable and inferential for the relation between variables ($p < 0.05$).

In the second stage, the scope of study was the Intensive Care Units in 8 public and private hospitals of medium and high complexity. The population was made up of discharged patients and ICU nurses through convenience sampling. Four focus groups were organized telematically with patients and nurses until reaching theoretical saturation of the data. The focus groups were guided by a moderator, recorded on video with the participants' previous informed consent. The transcription, content analysis and information triangulation were subsequently completed. Guba and Lincoln's criteria of trustworthiness and authenticity were followed. The consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) were followed.

Results. The scale had a reliability of 0.97 and the factors obtained values of between 0.87 and 0.96. The intraclass correlation coefficient for the total scale was 0.83, indicating good temporal stability. The construct validity indicated a good fit and a four-factor structure, in accordance with the theoretical model. The criterion validity presented a correlation between moderate and high (range: 0.46 to 0.57). The level of satisfaction was high with a mean of 275.8 ± 20.6 . The correlation between the level of satisfaction and the total scale showed statistically significant differences with some of the sociodemographic and clinical variables. The patients and nurses identified several improvement strategies related to nursing care. The following were identified: (1) strategies for holistic care; (2) strategies related to ways to communicate; (3) strategies related to professional behavior and (4) strategies related to the unit's infrastructure. The most repeated strategies in the discourse were persistent pain management, recording pain, fostering patients' autonomy, promoting patients' privacy, having empathy, listening carefully, using medication for resting, providing recreational needs, using simple language, using

eye contact, communication training, interdisciplinary communication and having clinical judgment.

Conclusions. The Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale has good psychometric properties, which demonstrates its capacity to accurately measure critical care patients' satisfaction in a variety of contexts in Spain. Nurses and patients identified similar strategies to increase satisfaction with the nursing care received during a stay in the ICU. By continuously monitoring satisfaction, nurses will be able to identify improvement areas that could increase the quality of healthcare.

Keywords. Patient satisfaction, Intensive Care Units, Nursing care, Questionnaire Validation, Validity and Reliability, Qualitative Research, Strategies, Phenomenological Study.

1. MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

La satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros es un tema estudiado en la literatura científica y medido a través de escalas que no han sido creadas a través de la perspectiva del paciente. Este hecho, hace que las escalas estén centradas en aspectos estructurales o de servicios ofrecidos, pero no en aspectos relacionados con los cuidados enfermeros.

La creación de la Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros desde la Perspectiva del Paciente Crítico o Escala NICSS, se produjo gracias a un equipo de enfermeras del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona liderado por Marta Romero y Pilar Delgado. Diseñaron y validaron una escala de satisfacción en relación con el cuidado enfermero satisfactorio desde la perspectiva del paciente crítico a partir de un Modelo Teórico de conceptualización de la satisfacción con los cuidados enfermeros con 4 dimensiones. Además, otorgaron al paciente tanto el rol de decidir las dimensiones o factores del cuestionario como la evaluación funcional a partir de la validación de contenido de la primera versión del cuestionario. Todo ello, aportó valor al ser la primera escala que evalúa la satisfacción del paciente crítico desde su perspectiva diferenciándose del resto de escalas de satisfacción diseñadas hasta el momento.

Es en el año 2018 cuando aparece la necesidad de continuar la validación de la escala NICSS, esta vez a nivel nacional, para comprobar que los resultados obtenidos son iguales o parecidos a los obtenidos en un grupo de hospitales del territorio español. Es ahí donde se incorpora al equipo Isidro Alcalá, quien liderará junto a Marta Romero y Pilar Delgado la Validación Nacional de la Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros desde la Perspectiva del Paciente Crítico.

1.1 Cuidados Intensivos

Los Cuidados Intensivos, es la parte de la atención sanitaria que se ocupa de los pacientes cuya afectación fisiopatológica y funcional ha alcanzado un nivel de gravedad tal que representa un peligro real o potencial para su vida, susceptible de

recuperabilidad (Aguilar-García & Martínez-Torres, 2017; Ginestal, 1991). En estos pacientes predomina la inestabilidad fisiológica y donde pequeños cambios pueden llevar a un serio deterioro global, con daño orgánico irreversible o muerte, por lo que es necesario ejercer sobre ellos una serie de controles estrictos y utilizar tratamientos especiales y/o inmediatos (Véliz-Martínez & Jorna-Calixto, 2014).

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico (Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2010). La UCI también atiende a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados.

Dentro de este equipo interdisciplinar, las enfermeras son las profesionales que destacan tanto en número como en continuidad de los cuidados que se dispensan durante las veinticuatro horas del día (Duque-Delgado et al., 2020). La enfermera es el profesional sanitario que probablemente pasa más tiempo en contacto con el paciente y su familia, siendo por lo tanto un pilar fundamental en las Unidades de Cuidados Intensivos (Duque-Delgado et al., 2020).

1.2 Origen de las Unidades de Cuidados Intensivo

Existen antecedentes históricos de la idea de concentrar a los enfermos más graves en un área común del hospital. Se considera a Florence Nightingale como la predecesora de la creación de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) durante la Guerra de Crimea en 1863, pero probablemente por la limitada eficacia de los medios terapéuticos entonces disponibles para hacer frente a estas situaciones, impidió que se generalizara esta práctica (Hilberman, 1975; Ochoa-Parra, 2017).

Casi un siglo después, las experiencias obtenidas con los heridos en la II Guerra Mundial, Corea y Vietnam y los desastres vividos durante años provocados por las epidemias de poliomielitis en zonas del Norte de Europa y América, fueron apareciendo de forma paulatina unidades específicas para el cuidado de determinadas patologías (Hilberman, 1975; Navarra et al., 2011; Ochoa-Parra, 2017). Su creación se basaba en el razonamiento que la agrupación de determinados pacientes en un área concreta del hospital permitía utilizar mejor los recursos técnicos. A la vez se hicieron evidentes los beneficios que aportaba la organización de los recursos humanos (médicos y de enfermería) en la concentración de estos pacientes, apareciendo los expertos en atención al paciente crítico y/o de alto riesgo (Hilberman, 1975).

Hacia 1962 se crean las primeras unidades coronarias en Toronto, Kansas y Philadelphia, con el fin de detectar y tratar la parada cardíaca en los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) (Martínez-Estalella, 2002). Durante los años 60 se crean las primeras Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) con la misma concepción que en la actualidad en Baltimore (1958) y en Pitsburg en 1961 (Martínez-Estalella, 2002).

En España se inaugura la primera UCI en el año 1965 en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid y con el paso del tiempo estas unidades fueron creándose en hospitales de todo el mundo a la par de los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina y enfermería (Chover, 1999; González & García, 2008). Hoy en día existen unidades de cuidados intensivos específicas para diferentes especialidades de la salud. La UCI general para paciente grave, fue concebida como una unidad de enfermería para vigilancia y tratamiento intensivo cuyo desarrollo fue muy importante entre los años 70 y 90, cuando se abrieron la gran mayoría de Unidades de Cuidados Intensivos en España (Chover, 1999; González & García, 2008).

1.3 Unidades de Cuidados Intensivos en España

La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI) identificaba, a inicios del año 2020, 5.536 camas de Cuidados Intensivos en hospitales de agudos (Ministerio de Sanidad, 2020). El 80,83% (4.475 camas) de ese

total se correspondía con camas ubicadas en UCI, distribuyéndose el resto entre unidades de cuidados coronarios (6,30%), de cuidados intensivos neonatales (11,23%) y de quemados (1,62%). En las 4.475 camas de UCI se atendieron 165.315 pacientes con una estancia media de 4,6 días (índice de ocupación: 57,2%).

Cabe destacar, que durante la pandemia de COVID-19 la cifra máxima de camas de UCI habilitadas se alcanzó durante la primera ola, con más de 13.000. El número de camas en algunas comunidades autónomas cuadruplicó e incluso quintuplicó la dotación en funcionamiento previa a la pandemia; globalmente se alcanzó un número 2,8 veces mayor que la dotación en funcionamiento previa a la pandemia (Ministerio de Sanidad, 2020).

Los resultados de la Encuesta de Población Activa (EPA) del INE, nos reporta que España dispone de 277.633 profesionales de enfermería en labores asistenciales, en el sector público y privado, lo que supone una tasa de 5,9 efectivos por cada 1.000 habitantes. Esta tasa ha crecido 2,4 puntos desde el año 2000 (Ministerio de Sanidad, 2020). El SNS cuenta con 196.944 profesionales de enfermería trabajando en labores asistenciales de los cuales, 38.016 (19,3%) trabajan en atención primaria, 153.433 (77,9%) en hospitales, y 3.333 (1,7%) en los Servicios de urgencias y emergencias 112/061. Además, se contabilizan 2.162 especialistas en formación postgrado (1,1%). La tasa global para el conjunto del SNS es de 4,2 profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad, 2020).

Existe una dificultad de disponer de forma fiable de datos con relación a las camas de enfermos críticos y es necesario buscar esta información a través de diferentes fuentes de datos. En este mismo sentido, la falta de datos actualizados, y sobre todo su carácter dinámico, hacen muy difícil conocer con exactitud esta información.

En relación con la ratio enfermera-paciente, INSALUD, toma los criterios de la *Task Force de la European Society of Intensive Care Medicine* donde se recomienda 1 enfermera por cada 1 paciente en UCI de nivel asistencial III; 1:1,6 en UCI nivel II y de 1:3 en UCI nivel I (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). El método más adecuado, en definitiva, es ajustar la plantilla de enfermería a las necesidades de los pacientes en la UCI, medida por su gravedad y dependencia (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

El *Royal College of Nursing* tiene publicada una guía para cuantificar las necesidades de enfermería en los cuidados críticos (National Patient Safety Agency, 2007). En este documento se señala que para estimar las necesidades de enfermería se deben tomar en cuenta los siguientes factores:

(1) Carga de trabajo y competencias para satisfacer las necesidades de los pacientes (incluyendo el nivel de dependencia); (2) Las funciones de las enfermeras de la UCI; (3) Categorías profesionales y perfil de competencias del equipo multiprofesional; (4) Contribución del personal auxiliar de enfermería; (5) Presencia de la responsable de enfermería de la UCI; (6) Otras actividades distintas a la atención directa al paciente y (7) Patrones de organización de la UCI.

1.4 Enfermera de Cuidados Intensivos

El paciente crítico, por sus características, requiere de un cuidado integral donde no sólo sean atendidas las necesidades biológicas, físicas y emocionales, sino también aquellas ligadas a sus vivencias, valores, experiencias, creencias y cultura (Wolf et al., 2008). El uso de la tecnología y el cuidado personalizado e individualizado debe ayudar a aportar seguridad física por un lado y seguridad psicológica, espiritual, social, humana y ética por otro, que permita comprender a la persona de manera holística (Jover-Sancho et al., 2015; Ng & Luk, 2019; Romero-García et al., 2013; Thomas, 2017).

Por consiguiente, es importante que las enfermeras que trabajan en UCI tengan desarrolladas las competencias relacionadas con destrezas, habilidades y actitudes interpersonales permitiendo así, proporcionar unos cuidados óptimos. Estas competencias han de contemplar la mejora de la comunicación verbal y no verbal y la relación bilateral con la familia donde el paciente sea tratado desde una perspectiva más empática y teniendo en cuenta toda su subjetividad (Delgado-Hito et al., 2001; Fong et al., 2017; Watson 2009).

Para destacar lo que tiene de único la enfermera de cuidados intensivos, la *American Association of Critical-Care Nurses* (AACN), ha definido con claridad ocho

competencias de cuidados intensivos que engloban sus funciones (Nania et al., 2020; Terry & Weaver, 2012):

- **Indagación Clínica:** capacidad para cuestionar y valorar la práctica de forma constante, usa una práctica basada en la evidencia en lugar de la tradición.
- **Juicio Clínico:** uso de una serie completa de datos con una comprensión más global de los signos/síntomas; puesta en práctica de habilidades de enfermería con un enfoque en la toma de decisiones y pensamiento crítico.
- **Compasión:** la puesta en marcha de un ambiente compasivo, terapéutico y de apoyo al momento de proporcionar cuidados al paciente al interactuar con las familias y otros profesionales de atención a la salud.
- **Agente moral:** capacidad para proteger y apoyar los derechos y creencias básicas de los pacientes y las familias.
- **Pensamiento de sistemas:** negociar y navegar dentro del sistema de atención a la salud para proporcionar recursos que beneficien al paciente y la familia.
- **Facilitadora del aprendizaje:** promover y proporcionar oportunidades para un aprendizaje formal e informal para los pacientes, familias y miembros del equipo de atención a la salud.
- **Respuesta a la diversidad:** analizar y ejecutar los cuidados con base en las diferencias socioculturales, económicas, de género y culturales-espirituales de los pacientes, familias y otros miembros del equipo de atención a la salud.
- **Colaboración:** capitalizar las contribuciones únicas hechas por cada persona para lograr resultados positivos con base en la colaboración con los pacientes, familias y miembros del equipo de atención a la salud.

1.5 Atención centrada en la persona

El sistema sanitario está aumentando progresivamente su énfasis hacia la prevención de la enfermedad, el cuidado continuado del paciente crónico y la coordinación entre los diferentes niveles de atención sanitaria. El cuidado al paciente agudo mantiene su reconocimiento como una función clave dentro del continuo asistencial (Hakansson-Eklund, 2019). En este contexto, aumenta la importancia del cuidado transicional, las competencias enfermeras de coordinación y gestión, y las de educación al paciente y a sus cuidadores, en paralelo con la potenciación de la participación del propio paciente en la toma de decisiones (Zabalegui, 2017).

Este reenfoque hacia el cuidado centrado en el paciente refuerza las actuaciones sanitarias, apoyando la participación activa del paciente y de sus familias en el diseño de los programas asistenciales y en la toma de decisiones sobre opciones de tratamiento individualizados. El *Institute of Medicine* de Estados Unidos (Institute of Medicine, 2001) define el cuidado centrado en el paciente como la provisión de cuidado que respeta, y responde a, las preferencias, necesidades y valores de los pacientes de manera individualizada, asegurando que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas. En esta misma línea, la *European Society for Person Centered Healthcare* (2016) tiene como objetivo tratar al paciente como persona.

El cuidado centrado en la persona asegura la defensa de los intereses del individuo, facilita la mejora continua de la calidad asistencial y aumenta la seguridad del sistema sanitario. El incremento continuado de la participación activa de las asociaciones de pacientes en el diseño e implementación de nuevos programas asistenciales y en la evaluación de cada nivel de cuidado es un indicador fiable de la implementación progresiva de este tipo de cuidado dentro del sistema sanitario (Hakansson-Eklund, 2019; Zabalegui, 2017).

En la actualidad, asistimos a un aumento de estudios cualitativos que abordan el estudio de seres humanos y de su entorno en toda su complejidad, y reconocen que cada individuo es único en cuanto a personalidad, comportamiento, cultura, entorno social, capacidades mentales, valores, creencias, estilo de vida y visión sobre el

mundo que le rodea, entre otros aspectos (Hernández-Martínez et al., 2021). Este abordaje facilita una práctica enfermera sensible a las realidades de las personas cuidadas, a la diversidad cultural y a los contextos en los que se desenvuelven sus vidas. En general, los estudios que analizan las percepciones de las enfermeras sobre los cuidados enfermeros en el paciente crítico hablan de la importancia de la combinación de múltiples factores que influyen en su aplicación, entre los que se incluyen la cultura organizacional, la disponibilidad de recursos y el ambiente laboral donde desarrolla su trabajo la enfermera (Hernández-Martínez et al., 2021).

Este marco de referencia orbita alrededor del núcleo de la enfermería que es la persona, como lo defendieron Henderson, Peplau, Rogers, Orem, Roy, Watson o Meleis, entre otras líderes enfermeras internacionales. La aplicación de este modelo crea oportunidades únicas para las enfermeras implicadas en el desarrollo de actividades innovadoras en la provisión de cuidados (Zabalegui, 2017). Este nuevo enfoque hará que las enfermeras obtengan un mayor protagonismo en la mejora de la seguridad y calidad asistencial, a la vez que potencie su autoridad e impacto dentro del sistema sanitario (Zabalegui, 2017).

La adaptación a las necesidades personales del paciente exige que la enfermera sea flexible, respetuosa y recíproca en la atención al paciente (Wolf et al., 2008). Si las expectativas del paciente no son apropiadas para el tipo de atención necesaria o si el paciente rechaza o niega un tipo específico de tratamiento que se sabe que influye en la calidad de la atención, la enfermera debe negociar con el paciente (Guastello et al., 2019). La negociación permite que la enfermera y el paciente definan un nivel de cuidados que sea específico para las necesidades del paciente, pero que aún se considere un indicador de calidad (Guastello et al., 2019). El objetivo es realizar un plan de atención individualizado que se desarrolle como consecuencia de la interacción enfermera-paciente, que sea de calidad y haga que el paciente esté satisfecho (Wolf et al., 2008).

1.6 Indicadores de calidad asistencial: la satisfacción del paciente.

La Real Academia Española define calidad como la "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie". El concepto de calidad debe entenderse como un concepto relativo que incluye la idea de mejora continua (Ministerio de Sanidad, 2010). No se trata de alcanzar un nivel de calidad, sino de una manera de mejorar la calidad. Al mismo tiempo, no debemos olvidar que este concepto incluye una comparación que necesitamos medir, y para medir, necesitamos determinar qué es importante evaluar en base a hechos y cifras, a lo que llamamos evidencia. Por tanto, hablar de calidad en la actualidad implica medir y, ciertamente, medir la calidad para mejorar (Ministerio de Sanidad, 2010).

Es difícil definir que es la calidad de la atención sanitaria debido a una falta de normalización internacional de la terminología y más cuando las prácticas relativas a la gestión de calidad en la atención de salud difieren entre países y culturas (Escatllar, 2017). Se ha estimado imposible formular una definición genérica de la calidad de la atención médica porque no existe un único criterio de conjunto para precisarla (Escatllar, 2017). Esta circunstancia, que parece dificultar la definición y medida de la calidad de los servicios sanitarios, es consustancial a todos los productos y servicios (Domínguez-Bernita et al., 2017; Escatllar, 2017). Ninguno de ellos posee una característica única determinante, sino múltiples rasgos o atributos susceptibles de evaluación que, junto a otras muchas funciones o utilidades, el consumidor valora de diferente forma según sus necesidades (Civera, 2008; Escatllar, 2017). Por este motivo, podemos encontrar infinidad de definiciones del concepto de calidad.

Maqueda y Llaguno en el año 1995 definen el concepto de calidad como "el conjunto de propiedades, circunstancias, caracteres, atributos, rasgos y demás humanas apreciaciones, inherentes o adquiridas por el objeto valorado: persona, cosa, producto, servicio, proceso, estilo, función empresarial, etc. que permiten distinguir las peculiaridades del objeto y de su productor (empresa), y estimarlo (valorarlo) respecto a otros objetos de su especie".

En la literatura, Parasuramanet y colaboradores (1988) diferenciaron el concepto de calidad percibida del concepto calidad objetiva. La calidad objetiva la definieron como la superioridad, a menudo técnica, de un producto que, se supone, medible y verificable respecto a un estándar ideal predeterminado. La calidad percibida, en cambio, la definieron como un nivel de abstracción más alto que cualquiera de los atributos específicos de un producto o servicio, tiene una característica multidimensional y es, asimismo, medible. Esta calidad se valora como más alta o como más baja en el marco de una comparación, respecto a la excelencia o superioridad relativas de los bienes o servicios.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad es un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos adecuados para lograr una atención médica óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente, y así lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y máxima satisfacción del paciente con el proceso. En 2012, el Modelo Integral de Salud Familiar Pública e Intercultural (MAIS-FCI) se enfoca en los principios de eficiencia, eficacia y calidad, enfatizando su objetivo estratégico de “implementar un sistema de control de calidad del servicio” (Dominguez-Bernita et al., 2017).

El concepto de calidad en salud, según Vanormalingen (1996), debemos enmarcarlo teniendo en cuenta cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del paciente e impacto final que tiene en la salud (Massip-Pérez et al., 2008).

El Ministerio de Sanidad (2010), determinó la relación de atributos que intervienen en la calidad asistencial:

- **Accesibilidad:** facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los cuidados, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.
- **Aceptabilidad:** incluye la dimensión satisfacción del paciente y grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los

resultados de esta. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.

- **Adecuación:** relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Su medida comprende tanto la cantidad de recursos como su distribución geográfica.
- **Calidad científico-técnica:** grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.
- **Competencia profesional:** capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto al profesional sanitario como a la organización.
- **Continuidad:** tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones.
- **Cooperación del paciente:** grado en que el enfermo cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional.
- **Disponibilidad:** grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados deben estar disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.
- **Efectividad:** capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del equipo sanitario, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable. Comprende, al mismo tiempo, minimizar

los riesgos y un sistema de documentación del estado de salud y de la atención prestada.

- **Eficiencia:** relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.
- **Satisfacción del profesional:** grado de satisfacción del profesional sanitario con las condiciones y desarrollo del trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo.
- **Seguridad:** balance positivo de la relación beneficios/riesgos. También puede conceptuarse como el resultado de la acción sinérgica de la competencia y trato del personal sanitario. Respecto a los equipos y edificios, la seguridad se refiere a la garantía y protección de estos.

Para valorar la calidad que tienen unos cuidados hay que basarse en dimensiones muy específicas, que tienen que ver con la evaluación de atributos de esos cuidados (Civera, 2008; Escatllar, 2017). En cambio, para valorar la satisfacción de unos cuidados puede venir determinada por dimensiones de calidad, pero también por otras que no están relacionadas con la calidad (Civera, 2008). Los juicios de calidad de unos cuidados no necesitan de la experiencia de la persona, en cambio, los juicios de satisfacción requieren necesariamente de la experiencia del individuo (Civera, 2008; Escatllar, 2017).

En la mitad de la década de los 60, comienza una inquietud general por conocer los aspectos relacionados con la satisfacción, centrada entonces en la satisfacción del consumidor. En la década de los 70 aumenta la preocupación por la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en los EE. UU., un aspecto muy ligado al surgimiento de movimiento de consumidores ya iniciado 10 años antes y que

posteriormente irá extendiéndose en la gran mayoría de países desarrollados (Moliner-Velázquez, 2004).

La satisfacción estudiada en los años 70, 80 y 90, en el ámbito sanitario, mayoritariamente se relacionaba con la atención médico-paciente. En aquellos años, se creía que la relación médico-paciente era lo que mejor predecía la satisfacción con la hospitalización. Por ejemplo, Hulka (1970) relacionó la satisfacción con las dimensiones competencia profesional del médico, su cualidad personal y los costes e inconvenientes de los cuidados prescritos. Ware (1975) prefirió hablar de accesibilidad/conveniencia de los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia/resultado de los cuidados; financiación y humanización; prestación de información al paciente; posibilidad de acceso a la información; competencia profesional; y ambiente favorecedor de los cuidados. Por su parte, Wolf (1978) consideró tres dimensiones: cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); afectiva (interés y comprensión que demuestra); y comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del médico). Para Feletti, Firman y Sanson-Fisher (1986) serían 10 las dimensiones: competencia en el dominio físico, competencia en el dominio emocional, competencia en relaciones sociales, médico como modelo, cantidad de tiempo de consulta, continuidad de cuidados percibida, mutuo entendimiento en la relación médico-paciente, percepción del paciente de su individualidad, tipo y calidad de la información, y competencia en el examen físico del paciente.

En España, a finales de los 80, se publicaron dos estudios del INSALUD (1985) y del Servicio Andaluz de Salud (Rodríguez, 1985) en los que, desde una perspectiva global, se estudiaba la opinión de pacientes. Los resultados, iguales a otros estudios españoles de la época (Aranaz et al., 1987), sugerían que los usuarios se encontraban satisfechos y valoraban positivamente la competencia de los profesionales. En cambio, puntuaban negativamente la información médica, la accesibilidad y las condiciones de hostelería. En las últimas dos décadas, las investigaciones dirigidas a estudiar la satisfacción con la atención recibida entre los ciudadanos usuarios de los servicios de salud se han vuelto notoriamente más frecuentes. Nuestro país no es ajeno a estas medidas institucionales (Valls-Martínez, 2019). La motivación para este tipo de investigación es doble. Por un lado, responde a las presiones sociales,

en particular a las demandas de los consumidores/pacientes y al reconocimiento de los derechos de participación de quienes las gestionan. Por otro lado, esto se debe a la evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador de su nivel de uso de los servicios sanitarios y de su adecuada adherencia a las prescripciones sanitarias (Valls-Martínez, 2019).

La satisfacción es un fenómeno determinado por los hábitos culturales de diferentes grupos sociales, por lo que varía según el contexto social (Escatllar-Gonzalez, 2017). Es un concepto multidimensional, difícil de medir y cambiante según las diferentes situaciones y personas, por estar relacionado tanto con la naturaleza de la necesidad que determina la demanda asistencial, como con otros factores que condicionan la percepción de lo que el paciente espera y recibe durante la presentación del servicio: el estilo de vida, las experiencias anteriores, las expectativas previas, las expectativas de futuro, las relaciones interpersonales, el efecto de la intervención, el tipo de enfermedad o el tratamiento utilizado (Escatllar-Gonzalez, 2017).

Es decir, la satisfacción es consecuencia no sólo del esfuerzo profesional y organizativo, sino también el resultado de las vivencias, las actitudes y las creencias personales del paciente, todo lo cual conforma sus expectativas (Joaquin-Mira, 2003).

La satisfacción es la discrepancia entre lo que el cliente espera (expectativa) y lo que obtiene (percepción), fórmula que se ha convertido en una de las teorías sociológicas más aceptadas referente a calidad en la gestión de servicios. Cuando las expectativas superan al servicio percibido, la satisfacción disminuye. Cuando el servicio percibido supera las expectativas, la satisfacción aumenta. En cambio, si las expectativas y el servicio percibido son iguales, el servicio no genera ninguna emoción en el cliente (Elías, 2000).

1.7 La satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros

La mayoría de los autores coinciden en que la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros es lo que mejor predice la satisfacción con la hospitalización

(Ahmed et al., 2019; Aiken et al., 2018; Chang et al., 2003; Holanda et al., 2016; Karaka, 2019; Larrabee et al., 2004; Milutinovic et al., 2012; Otani et al., 2009; Raftopoulos, 2005), siendo el principal componente en el mantenimiento y rehabilitación de la salud (González et al., 2005). En consecuencia, la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros se ha convertido en un determinante clave de la calidad de la atención hospitalaria (Ahmed et al., 2019; Raftopoulos, 2005; Wagner & Bear, 2009).

Algunos autores encuentran relaciones significativas entre el nivel de satisfacción del paciente y el nivel de individualización de los cuidados enfermeros, concluyendo que la individualización de los cuidados debe ser utilizada como predictor de la satisfacción del paciente y como resultado de los cuidados recibidos (Falk & Wallin, 2016; Kol et al., 2017; Suhonen et al., 2012; Wolf et al., 2008). Además, aquellos pacientes que han recibido cuidados individualizados participan más en sus cuidados lo que se relaciona con una mayor satisfacción del paciente (Schandl et al., 2017; Stalpers et al., 2016). Estos resultados objetivan que los cuidados que no se dan de manera individualizada pueden ser vividos por los usuarios como algo impersonal y excesivamente técnicos, en definitiva, faltos de humanidad. Los cuidados deben aportar seguridad física y seguridad psicológica, espiritual y social de manera personalizada, humana y ética que se orienten a comprender a la persona de manera holística (Romero et al., 2013; Thomas et al., 2017).

Otros autores (Antonio et al., 2022; Hummel et al., 2021) centran sus estudios en la importancia que tiene la comunicación que establece la enfermera con el paciente. Antonio et al., (2022), además, propone estrategias de mejora de la satisfacción del paciente mediante la educación en competencias comunicativas a las enfermeras.

Los pacientes ingresados en UCI consideran que los cuidados enfermeros son satisfactorios cuando éstos se caracterizan por la combinación humanística y científica, se dispensan de forma continuada y van dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza (Romero et al., 2013). Posteriormente, Jover-Sancho et al., (2015), identifica la percepción que tienen las enfermeras en relación con el cuidado satisfactorio del paciente crítico; identificando 4 categorías coincidentes en los discursos que son (1) la visión holística de la persona; (2) las

formas de comunicación; (3) los comportamientos profesionales y (4) cuidados continuos. Además, afirman no encontrar categorías divergentes.

La literatura científica muestra estudios centrados en la satisfacción percibida por el paciente en una UCI. La gran mayoría de autores (Dikme, 2020; Goudarzi et al., 2021; Hernández et al., 2021; Jover-Sancho et al., 2015; Romero-García et al., 2013) describen cuidados enfermeros relacionados con aspectos holísticos o formas de comunicación concretas que se relacionan con la satisfacción del paciente como mantener una relación de confianza, una óptima higiene personal, el respeto, el trabajo en equipo, el control del dolor, demostrar habilidades técnicas y estar atentos a sus necesidades, entre otros. Hernández et al., (2021), se centra únicamente en los cuidados enfermeros relacionados con las formas de comunicación que intervienen en la satisfacción del paciente como saber escuchar, ser cercana, explicar lo que se va a hacer y la comunicación interdisciplinar a diferencia de otros autores que como Romero-García et al (2013) o Jover-Sancho et al., (2015) que describen más aspectos relacionados. Dikme (2020), en cambio, relaciona la satisfacción únicamente con aspectos psico-emocionales como la escucha activa, estar pendientes o saber ponerse en su lugar.

Una revisión bibliográfica, realizada por Ahmed et al., (2019), determina la necesidad de entender el concepto de satisfacción del paciente hospitalizado como un elemento formado por varias dimensiones que no especifica. Además, concluye que en los artículos analizados se destacan estrategias como la actitud de la enfermera, la puntualidad, el soporte emocional, el respeto, la sonrisa, la participación del paciente en los cuidados o una comunicación eficaz.

En ese sentido, escuchar lo que los pacientes tienen que decir sobre la atención brindada por las enfermeras y su satisfacción es una oportunidad para construir un indicador de resultado que permita ayudar tanto a los profesionales como a los administrados o gestores, en la creación de un plan de acción para aumentar la calidad de los cuidados mediante la modificación, cambio o fortalecimiento de comportamientos, habilidades o actitudes que intervienen en el cuidado y en la atención sanitaria en general. Con toda esta información, las instituciones pueden elaborar estrategias que proporcionen unos cuidados que influyan directamente en

los costes, rentabilidad y sostenibilidad además de permitirles lograr un mayor prestigio.

La satisfacción del paciente como indicador de la calidad de los cuidados enfermeros ha dado lugar al desarrollo de diferentes instrumentos de medida tanto a nivel nacional como a nivel internacional.

1.8 Instrumentos de medida de la satisfacción del paciente

Durante los últimos 40 años se han creado y validado diferentes instrumentos de medida para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con los cuidados enfermeros. Algunos que destacan por su reconocimiento o por su validación son: la *Risser Patient Satisfaction Scale* (Risser 1975), la *Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale* (La-Monica et al., 1986), la *Caring Assessment Instrument* (Larson & Ferketich 1984), la *Service Quality* (Babakus & Mangold 1992), la *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale* (Thomas et al. 1996), la *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire* (Laschinger et al., 2005), la *Patient's Assessment of Quality Scale-Acute Care Version* (Lynn et al., 2007) o la *Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale* (Romero-García et al., 2018).

La mayoría de los instrumentos mencionados fueron desarrollados en base a las preferencias y opiniones de los propios profesionales, sin tener en cuenta las realidades, preferencias u opiniones de los usuarios.

En los siguientes apartados se describen las escalas que destacan tanto por su reconocimiento como por su validación, ya sea a nivel internacional como a nivel nacional.

1.8.1 RISSER PATIENT SATISFACTION SCALE (RPSS)

La *Risser Patient Satisfaction Scale* (RPSS) o escala *Risser* (Risser, 1975), fue diseñada originalmente para medir la satisfacción con los cuidados enfermeros en atención

primaria. Se trata de un instrumento autoadministrado y consta de 3 factores que hacen referencia a aspectos técnicos-profesionales, aspectos interpersonales-educativos y aspectos interpersonales-confianza, con 7, 7 y 11 ítems respectivamente. La *Risser* está compuesta por 25 ítems y cada uno de ellos utiliza una escala de tipo Likert con valores que van desde totalmente de acuerdo (1), a totalmente en desacuerdo (5).

Esta escala fue desarrollada y probada en dos ensayos secuenciales ($n_1=78$ y $n_2=52$) presentando una fiabilidad de 0.80, 0.86 y 0.89 para los tres factores, y un rango de *alpha* de *Cronbach* de 0.64-0.76 para el primer estudio y una fiabilidad de 0.63, 0.82 y 0.81 y un rango desde 0.59-0.80 para el segundo estudio, respectivamente. La validez de contenido fue establecida a partir de una selección de ítems de una variedad de fuentes y la revisión de estos ítems por las enfermeras. La validez de constructo no fue estimada.

Los diferentes ítems incluidos en la escala son tanto positivos como negativos y describen el comportamiento y la actitud de las enfermeras durante la atención al paciente. En términos de experiencia, se ocupan de los aspectos técnicos de la enfermería y las medidas de comportamiento de la enfermería, utilizando la capacidad de las enfermeras para ayudar a los médicos, el conocimiento, la precisión de la atención brindada, el seguimiento de las indicaciones médicas, la velocidad de las acciones, el horario de trabajo y los buenos consejos proporcionados.

En relación con los aspectos interpersonales-educativos, se asocian con la actitud de las enfermeras con los pacientes, el intercambio de información entre la enfermera y el paciente acerca de las instrucciones, de las preguntas que les hacen, de la información de las pruebas, de la utilización de un lenguaje sencillo, de la comprensión de las explicaciones por parte de los pacientes, de ofrecer explicaciones médicas sobre su enfermedad o de si las explicaciones son completas.

Finalmente, en cuanto a los aspectos interpersonales-confianza se muestran situaciones de relación interpersonal entre las enfermeras y los pacientes, y la comunicación verbal y no-verbal que se produce, los ítems se relacionan con la

escucha, la atención que le prestan, la paciencia, la amabilidad, la simpatía y si la enfermera dispone de tiempo para hablar con ellos.

Risser (1975) originalmente desarrolló la escala para probar 4 dimensiones que recogían aspectos técnicos-profesionales, relación interpersonal, educación y relación de confianza. Sin embargo, la dimensión que hacía referencia a la relación interpersonal desaparece sin ninguna explicación (Lin, 1996), además, como se recoge en párrafos anteriores sólo menciona la validez de contenido del cuestionario.

Aunque la escala *Risser* se desarrolló originalmente para evaluar pacientes en atención primaria, Hinshaw y Atwood (1981) adaptaron la escala para su uso en el entorno hospitalario. Para ello, modificaron el apartado relativo a los consejos telefónicos de las enfermeras, que no era relevante para los pacientes hospitalizados, suprimiendo la palabra "por teléfono". Esta nueva versión de la escala también tiene 25 ítems, conserva las mismas 3 subescalas y utiliza una escala Likert de 5 puntos que va desde muy de acuerdo (1) hasta muy en desacuerdo (5).

Estos autores, le cambiaron el nombre de la *Patient Satisfaction Scale* (PSS) a *Patient Satisfaction Index* (PSI) y fue probada con un total de 506 pacientes médicos, quirúrgicos hospitalizados y ambulatorios. Los resultados mostraron estimaciones de consistencia interna estables, obteniendo una fiabilidad de 0.79, 0.78 y 0.88 para las tres subescalas respectivamente. Los autores concluyeron que el instrumento presentaba un único factor en lugar de tres factores y que, por lo tanto, estas subescalas podrían medir solo una dimensión. La validez discriminante estimada fue fuerte para las subescalas aspectos técnicos-profesionales y relación de confianza, y de débil a moderada para la educación. (Hinshaw & Atwood, 1981).

La *Patient Satisfaction Index* (PSI) ha sido utilizada por varios autores para medir la satisfacción con la atención enfermera en diferentes entornos y poblaciones (Bethel & Ridder, 1994; Coslow & Eddy, 1998; Crawley & Till, 1995; Joy & Malay, 1992; Meeker, 1994; Siggurthasottir, de 1996; Wolf et al., 1998), siendo además adaptada y validada al contexto mexicano mostrando una buena consistencia interna para las

tres subescalas y la escala total de satisfacción, con un rango de *alpha* de *Cronbach* entre 0.82 y 0.93 (Acevedo et al., 2006).

La escala *Risser* ha sido utilizada en otros contextos hospitalarios como el iraní (Rafi et al., 2008) donde evidenció una correlación positiva y significativa entre el cuidado enfermero y la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros recibidos. También, ha sido traducida y validada a la lengua griega de Chipre, mostrando una buena consistencia interna (*alpha* de *Cronbach* de 0.89) y un coeficiente de *Kappa* de 0.84 (Charalambous, 2010). Este mismo autor en el año 2012 (Charalambous & Adamakidu, 2012) realizó una adaptación cultural al griego usado en Atenas. La adaptación mostró muy buenas propiedades psicométricas, un *alpha* de *Cronbach* de 0.78 y un coeficiente de *Kappa* de 0.89.

1.8.2 MONICA-OBERST PATIENT SATISFACTION SCALE (LOPPS)

La Monica et al. (1986) observaron en la escala *Patient Satisfaction Index* (PSI) (Hinshaw & Atwood, 1981), carencias psicométricas y se plantearon que no era el instrumento más adecuado para reflejar la satisfacción en los pacientes hospitalizados. De manera que, a través de grupos focales formados por pacientes oncológicos, estudiaron el concepto de satisfacción de *Risser* (1975) en base a las tres dimensiones (técnicos-profesionales, relación de confianza y educación).

Después de analizar los datos, los investigadores agregaron nuevos elementos a la escala en un intento de adaptarla a los pacientes hospitalizados y reflejar con mayor precisión los comportamientos esperados de las enfermeras en términos de cuidado físico y comodidad durante la hospitalización, creando así un nuevo instrumento que recibió el nombre de *La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale* (LOPPS).

La LOPPS (La Monica et al., 1986) consta de 3 subescalas con 41 ítems que describen los comportamientos, actitudes y actividades de las enfermeras, de los cuales 17 son negativos y el resto son positivos. Cada elemento se calificó en una escala de Likert de 7 puntos que van desde muy de acuerdo (1) hasta muy en desacuerdo (7) para

aumentar la variabilidad de las respuestas y, por lo tanto, mejorar la sensibilidad de la escala *Risser*.

El nuevo instrumento se probó en tres estudios consecutivos (n1=75, n2=100, n3=66) con muestras de pacientes hospitalizados en tratamiento contra el cáncer. El análisis factorial de la LOPPS no apoyó las tres subescalas del instrumento *Risser* y establecieron 3 dimensiones nuevas que contenían el descontento, el apoyo interpersonal y la buena impresión, con 17, 13 y 11 ítems respectivamente. La subescala de descontento representó el 73.6% de variabilidad, el apoyo interpersonal el 13.8% y la buena impresión el 6.3%. La fiabilidad estimada de las tres subescalas fue 0.89, 0.91, 0.92, y de 0.95 para el total del instrumento.

Finalmente, los autores concluyeron que la versión de 7 opciones no aumentó la sensibilidad del instrumento e informaron una validez de contenido moderada según el panel de expertos y los datos de pacientes con cáncer. Los autores tienen evidencia de validez de criterio, aunque cabe mencionar que utilizaron un instrumento no validado para examinarla (Lin, 1996).

Esta escala fue utilizada por Munro, Jacobsen y Brooten en el año 1994 en una población diferente de pacientes. La muestra estaba formada por 307 mujeres en parto por cesárea no programada, mujeres diabéticas y mujeres post-intervenidas de histerectomía no oncológica. La validez de contenido fue realizada por un panel de expertos y se invirtió el valor de las opciones de respuesta de (1) totalmente desacuerdo a (5) totalmente de acuerdo. Es decir, una puntuación más alta indicaba mayor satisfacción global (puntuaciones entre 41 y 205). El estudio tuvo un *alpha* de *Cronbach* de 0.98 para toda la escala y se eliminaron 13 ítems por correlaciones bajas y escasa variabilidad, formando así una escala resultante de 28 ítems y 2 factores; una con la subescala satisfacción y otra con subescala de insatisfacción. La fiabilidad de consistencia interna fue muy alta con un *alpha* de *Cronbach* de 0.97 y para las subescalas de satisfacción e insatisfacción de 0.96 y 0.94 respectivamente. La validez convergente tenía un nivel aceptable pero esta forma de validez proporciona débil evidencia sobre la validez del instrumento (Lin, 1996). Un año después, en 1995 Munro, Jacobsern y Brooten presentan en la *Seventh Annual Scientific Sessions of the Eastern Nursing Research Society, Portland*, una nueva

versión reducida de la LOPSS con 15 ítems y las mismas 5 opciones de respuesta. Esta versión no fue publicada en ninguna revista.

Esta escala fue utilizada en el año 2018 por Nikmanesh et al., para medir la satisfacción de los pacientes y relacionarla con las habilidades comunicativas de las enfermeras. Se seleccionó un total de 400 pacientes mediante un muestreo por conveniencia y se eligieron aleatoriamente 50 enfermeras capacitadas con habilidades comunicativas y 50 enfermeras no capacitadas. Los instrumentos de recolección de datos fueron el Cuestionario de Calidad de la Comunicación con el Paciente de Enfermería (NQCPQ) y la Escala de Satisfacción del Paciente de La *Monica-Oberst* (LOPSS). Los resultados mostraron una satisfacción elevada en los pacientes que habían tenido contacto con enfermeras capacitadas con habilidades comunicativas.

Posteriormente Akbarbegloo et al., (2022), en un estudio descriptivo en Irán con 147 pacientes con COVID-19 reportó un grado de satisfacción elevado en relación con el cumplimiento de la Declaración de los Derechos del Paciente.

El LOPSS español (Sp LOPSS) (Lange, 2002) consta de 15 ítems y 5 opciones que van desde (1) totalmente de acuerdo hasta (5) totalmente en desacuerdo, con puntuaciones totales que van de 15 a 75, siendo las puntuaciones más bajas las que indican una mayor satisfacción. La pequeña muestra de 65 participantes bilingües que completaron las versiones en inglés y español del cuestionario fue una de las limitaciones del estudio, y la fiabilidad de la consistencia interna con una de las dos subescalas *alpha* de *Cronbach* no alcanzó $>0,70$ (Nunnally y Bernstein, 1995).

En un estudio posterior, Lange y Yellen (2009) se propusieron mejorar las propiedades psicométricas del Sp-LOPSS utilizando el Sp-LOPSS2 de 20 ítems y pudieron mejorar la fiabilidad. Los estudios psicométricos presentados confirman la fiabilidad y validez del Sp-LOPSS2 de 20 ítems y su equivalencia con la versión en inglés. Además, para evaluar la validez de criterio, se utilizó una escala para evaluar la coincidencia entre las expectativas de atención de los pacientes y su experiencia real (Oberst, 1984) y una pregunta sobre su voluntad de regresar al hospital en el futuro.

Cabrero (1994), realizó un estudio para traducir y adaptar la versión original de la LOPPS al español. En los primeros resultados preliminares de la adaptación y traducción se mantuvieron los 42 ítems y la escala de 7 puntos, así como la redacción positiva y negativa de los ítems originales. En una posterior revisión de la misma adaptación, se reducen el número de los ítems a 12, 6 de ellos redactados de forma negativa y 6 redactados de forma positiva. Se mantuvo el mismo formato de respuesta de 7 puntos donde la puntuación máxima es de 84 y la mínima de 12, siendo 12 el valor más bajo de satisfacción.

Los ítems del instrumento abreviado responden a la ayuda en entender la enfermedad, interés por lo que le preocupa al paciente, dar prioridad en atender al paciente, amabilidad y paciencia del profesional que atiende, tener en cuenta las opiniones y preferencias del paciente en relación al plan de cuidado establecido, proporcionar consejos útiles, poder compartir y expresar con los profesionales sus sentimientos y emociones, posibilidad de preguntar libremente, mostrar comprensión cuando el paciente expresa sus problemas, realizar el trabajo a conciencia y la rapidez en atender las llamadas del paciente.

La escala original LOPSS, con 41 ítems, presentaba una elevada fiabilidad, comparable a la de LOPSS12. La estructura de la LOPSS12 es bifactorial, un factor para los ítems en negativo y otro para los ítems en positivo. Presenta un *alpha* de Cronbach de 0.82 y la consistencia interna global es de 0.80 y de 0.82 para la subescala en formato positivo y de 0.78 para la subescala en formato negativo. Es un instrumento que tiene validez de contenido, pero cuestionable validez de constructo.

Esta escala ha sido utilizada por Sillero & Zabalegui en el año 2018 en un estudio descriptivo con 150 pacientes post quirúrgicos reportando un grado de satisfacción elevado. Posteriormente, ha sido utilizada por Tizón-Bouza et al., (2020) en un estudio descriptivo con 652 pacientes hospitalizados en una unidad enfermera donde ingresaban pacientes a cargo de Neurología, Cardiología, Neumología y Medicina Interna donde obtuvo un grado de satisfacción muy elevado.

1.8.3 **CARING ASSESSMENT REPORT EVALUATION Q-SORT (CARE-Q)**

El cuestionario *Care-Q* creado por Larson & Ferketich (1981) denominado el Cuestionario de Satisfacción del Cuidado, fue desarrollado para identificar comportamientos de enfermería que fueron considerados importantes por el paciente. En esta encuesta, cuidar se define como una acción intencional que resulta del cuidado físico y cuidado emocional que promueve una sensación de seguridad.

El *CARE-Q (Caring Assessment Instrument)* es un cuestionario de evaluación de la atención que ha sido adaptado y utilizado en varios países como Estados Unidos, Australia, China, Taiwán obteniendo altos valores de fiabilidad y validez, consistencia interna de 0.88 a 0.97, y validez de contenido mediante panel de expertos.

Contiene 50 conductas de atención de enfermería que permiten al usuario, mediante escala análoga de cinco puntos, determinar los comportamientos que se perciben importantes para sentirse satisfechos, tiene 6 subescalas de comportamiento: accesibilidad, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza y monitorea y hace seguimiento. Según estas subescalas el profesional de enfermería debe asegurar que el usuario esté cómodo, se sienta seguro, sea bien atendido y además debe estar atento a que los equipos de monitoreo funcionen correctamente.

- **Accesibilidad:** Contiene 6 ítems (1 – 6) que se relacionan con conductas esenciales de enfermería como acercarse y dedicar tiempo al paciente para brindar apoyo y asistencia oportuna.
- **Explica y facilita:** Contiene 6 ítems (7 – 12) y se refieren al cuidado que brinda una enfermera para informar a los usuarios sobre aspectos de su enfermedad, tratamiento o recuperación que desconocen o comprenden, y brindarles la información que necesitan de una manera clara que facilite o posibilite su implementación.
- **Conforta:** Contiene 9 ítems (13 – 21) se refiere a la atención brindada por un personal de enfermería profesional para que los pacientes hospitalizados, las

familias y los cuidadores se sientan cómodos, alentados y llenos de energía en un entorno favorable a la salud.

- **Se anticipa:** Contiene 11 ítems (22 – 32) en los que se evalúa un tratamiento planificado previamente por enfermeras, teniendo en cuenta las necesidades del usuario, para evitar complicaciones.
- **Mantiene relación de confianza:** Contiene 10 ítems (33 – 42) y son los cuidados que ofrecen los profesionales de enfermería para que el paciente en el hospital sienta empatía hacia ellos, apueste por su recuperación, que los haga sentir únicos, confiados, tranquilos y seguros; se refieren a la proximidad y presencia física del personal de enfermería al usuario.
- **Monitorea y hace seguimiento:** Contiene 8 ítems (43 – 50) y se refiere a los cuidados de enfermería que implican tener conocimiento propio de cada paciente y habilidades técnicas de los procedimientos que realiza.

Para obtener la percepción que tiene el paciente sobre las actividades que indican calidad en los cuidados proporcionados, utilizan la metodología Q que mediante elección forzosa, clasifica los comportamientos seleccionando un número predeterminado de ítems por cada una de las categorías definidas indicando al paciente que ordene 1 ítem como el más importante, 4 ítems como bastante importantes, 10 ítems como importantes en alguna forma, 20 ítems como ni importantes ni sin importancia, 4 ítems como menos importantes, y 1 como el menos importante.

Como propiedades psicométricas más destacables, los autores del instrumento original muestran una validez interna de 0.95. Los coeficientes para cada categoría están distribuidos de la siguiente manera: explica y facilita, $\alpha=0.59$; conforta, $\alpha=0.86$; mantiene relación de confianza, $\alpha=0.86$; se anticipa, $\alpha=0.72$; monitorea y hace seguimiento, $\alpha=0.79$; accesible, $\alpha=0.76$.

Este instrumento, ha sido traducido a idiomas como el finlandés (Greenhalgh et al., 1998), el sueco (von Essen & Sjoden, 1991a, 1991b, 1993), el holandés (Rchaidia et

al., 2011), el español (Bautista, 2008), o el chino (Holroyd et al., 1998; Chen et al., 2012) entre otros; y utilizada en una gran variedad de poblaciones y contextos como es el caso de los pacientes psiquiátricos y las enfermeras (von Essen & Sjoden, 1993); los pacientes en contexto agudo (Holroyd et al., 1998; Sánchez, 2021), los pacientes oncológicos y las enfermeras (Larsson et al., 1998; Orii & Jeong, 2017; Rchaidia et al., 2011), los pacientes postquirúrgicos y las enfermeras (Barajas & Hijós, 2018), los familiares y las enfermeras (González & Romero, 2017) y los pacientes en contexto domiciliario (Mercado & Soriano, 2018).

La *CARE-Q*, hasta el momento, es el instrumento más usado para evaluar el cuidado enfermero en los estudios científicos permitiendo identificar convergencias entre las percepciones de las enfermeras y los pacientes sobre cuáles son los comportamientos más importantes.

1.8.4 SERVICE QUALITY (SERVQUAL)

En el año 1985 Parasuraman, Zeithaml y Berry, con la ayuda del *Marketing Science Institute* de Estados Unidos, desarrollaron un instrumento con preguntas estandarizadas para medir la calidad del servicio percibido por los clientes como resultado de una relación entre expectativas y percepciones.

A partir de este modelo, posteriores investigaciones desarrollaron la escala *Service Quality* (SERVQUAL) convirtiéndose en uno de los instrumentos más utilizados en el sector servicios (Parasuraman et al., 1991; Parasuraman et al., 1988). Posteriormente, esta escala fue adaptada por Babakus y Mangold (1992) para su utilización en el ámbito hospitalario, midiendo la calidad asistencial basada en la diferencia de puntuaciones obtenidas entre las expectativas y las percepciones de los pacientes y, siendo utilizada para evaluar los cuidados en su versión reducida. La escala presenta una consistencia interna de 0.92 para la escala total, y un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0.89 para las expectativas y de 0.96 para las percepciones. El modelo SERVQUAL agrupa cinco dimensiones para medir la calidad del servicio (Carman, 1990):

- **Fiabilidad:** Se refiere a la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- **Sensibilidad:** Es la disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido y adecuado. Se refiere a la atención y prontitud al tratar las demandas, responder preguntas y quejas de los pacientes, y solucionar problemas.
- **Seguridad:** Es el conocimiento y atención de los enfermeros y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza.
- **Empatía:** Se refiere al nivel de atención individualizada que ofrecen los enfermeros a sus pacientes. Se debe transmitir por medio de un cuidado científico y humanístico
- **Elementos tangibles:** Es la apariencia física, instalaciones físicas, como la infraestructura, equipos, materiales, personal.

La SERVQUAL está formado por 44 ítems, 22 ítems para las expectativas sobre una atención y servicio ideal y de 22 ítems para las percepciones de los pacientes del servicio recibido, cada uno de los ítems tiene 5 opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5). La puntuación más alta es de 75 puntos y la mínima de 15. Si la calidad se evalúa como la diferencia de puntuación entre las expectativas y las percepciones de los pacientes, las puntuaciones negativas indican que las percepciones de los pacientes son inferiores a sus expectativas, es decir, los pacientes perciben la calidad del servicio como insuficiente. Por el contrario, una puntuación positiva indica que la percepción del paciente superó las expectativas, es decir, la valoración del paciente sobre la calidad del servicio recibido fue positiva (Cronin & Taylor, 1994).

Pese al gran interés que ha despertado este instrumento en el ámbito sanitario, ha sido muy discutido en diferentes estudios al no estar exento de ciertos problemas metodológicos. Por ejemplo, no se ha podido demostrar la estructura de cinco

factores propuesta por sus autores; la escala de expectativas no ha demostrado suficiente validez predictiva, la versión ponderada no ha dado lugar a una ventaja metodológica y se ha comprobado que la escala de percepciones parece reunir mayor validez discriminante y mayor capacidad predictiva que la puntuación SERVQUAL, calculada a partir de la diferencia entre expectativas y percepciones. Además, los ítems de esta escala están más relacionados con aspectos estructurales y servicios que brinda el hospital que con los cuidados de enfermería, por lo que la satisfacción no está reflejada con la atención recibida desde la perspectiva de los pacientes (Romero et al., 2013).

Mira et al., (1998) realiza el cuestionario SERVQHOS para medir la calidad percibida de la atención hospitalaria que, basado en SERVQUAL, adopta el nuevo formato de respuesta sugerido por Parasuraman, Zeithaml y Berry, para aplicar mejoras a la metodología del cuestionario original. Esta versión se ha desarrollado específicamente para ser utilizada como encuesta post alta, en países de habla española.

El cuestionario SERVQHOS está formado por 19 ítems y una sola opción de respuesta que combina expectativas y percepciones: (1) mucho peor de lo que esperaba, (2) peor de lo que esperaba, (3) como me lo esperaba, (4) mejor de lo que me esperaba y (5) mucho mejor de lo que me esperaba. A mayor puntuación, mayor nivel de calidad percibida.

La muestra fueron 470 pacientes dados de alta a su domicilio de dos hospitales. La consistencia interna para el total del cuestionario fue de 0.96. El análisis factorial sugirió dos factores, uno denominado como Calidad Percibida formado por 10 ítems como empatía, competencia o capacidad respuesta (*alpha* de *Cronbach* de 0.95). El segundo factor, Calidad Objetiva, estaba formado por 9 ítems tales como estado de las habitaciones, puntualidad o uniforme del personal (*alpha* de *Cronbach* de 0.89).

Esta adaptación tampoco pudo demostrar la estructura factorial de 5 dimensiones descrita en el estudio original. Para la validez de criterio tuvieron en cuenta los ítems habitualmente considerados de buena práctica, como la satisfacción general del paciente o si recomendarían el hospital a otras personas. Respecto de la fiabilidad inter-observadores, los resultados de la prueba de diferencias de medias se

observan diferencias estadísticamente significativas en 4 de los 19 ítems. La fiabilidad de la división por mitades fue del 0.96.

Un estudio realizado en 2005 por González et al., (2005), con una muestra de 2.310 pacientes dados de alta de unidades médicas y quirúrgicas utilizaron la escala SERVQUAL reportando una alta fiabilidad con un *alpha* de *Cronbach* de 0.90. En el año 2010, Regaira et al., utilizó la escala en una muestra de 86 pacientes dados de alta en UCI reportando una fiabilidad *alpha* de *Cronbach* de 0.93. Un año más tarde, 2011, Calixto-Olalde et al., utilizó la escala SERVQUAL adaptada y validada al español mejicano en un estudio con una muestra de 222 pacientes ingresados en medicina interna, cirugía y ginecología donde la fiabilidad total fue de 0.74.

Estudios más recientes publicados en el año 2021 por Calvo-Aranda et al., en una muestra de 71 pacientes de una consulta de reumatología con enfermería especializada usaron una encuesta basada en la escala SERVQUAL en la que reportaron que el 94% de los encuestados estaban satisfechos o muy satisfechos con los cuidados de enfermería. Dos años más tarde Anaya et al., (2023), en un estudio con una muestra con 56 pacientes de un servicio de salud general utilizaron la escala SERVQUAL adaptada al español de Perú, reportando un *alpha* de *Cronbach* de 0.86.

SERVQHOS, debería adaptarse para su correcto empleo, por ejemplo, en servicios específicos como cardiología, ginecología o cuidados intensivos. Además, hay que enfatizar que se trata de una medida de calidad percibida y, por tanto, no de la calidad técnica que ofrece el hospital. Su empleo, por consiguiente, debe ir acompañado de otras evaluaciones sobre la idoneidad de los procesos y la efectividad de los resultados, así como otras medidas como la opinión de los propios profesionales del hospital.

1.8.5 NEWCASTLE SATISFACTION WITH NURSING SCALE (NSNS)

Thomas et al., inició la construcción del NSNS en el año 1993 y su versión definitiva se publicó en 1996. Nació del convencimiento de que conocer los puntos de vista de los usuarios de los servicios podía ayudar al desarrollo y la progresión de los cuidados de las unidades de enfermería. Puede ser utilizada tanto en Atención Primaria como en hospitalización ya sea antes o después del alta y pre o post-

intervención quirúrgica (McColl et al., 1996; Thomas et al., 1996). Presenta, además, un manual de uso para aclarar las posibles dudas en la administración de un cuestionario y las instrucciones para realizar el análisis estadístico posterior.

Para el diseño de la escala se tuvo en cuenta un análisis cualitativo mediante entrevistas individuales y grupos focales a 150 pacientes en las que explicaban cómo percibían ellos un cuidado enfermero de buena o mala calidad. Los principales temas que surgieron fueron la disponibilidad en la atención de las enfermeras, la individualización de los cuidados, proporcionar tranquilidad e información, profesionalidad, conocimientos organización de la unidad y el entorno.

Esta escala contiene 45 ítems y está formada por tres secciones, las experiencias del cuidado recibido, la satisfacción con el cuidado y los datos sociodemográficos:

- **Experiencias del cuidado recibido.** Está formada por 26 preguntas, 15 formuladas en sentido positivo y 11 en sentido negativo. Las respuestas se recogen en una escala tipo Likert de 7 opciones. La puntuación máxima posible es sobre 100, correspondiendo el máximo a la mejor atención posible.
- **Satisfacción con el cuidado de enfermería.** Consta de 19 preguntas, con una respuesta tipo Likert de 5 opciones, todas en sentido positivo. La puntuación final es sobre 100, y el máximo corresponde a la completa satisfacción.
- **Variables sociodemográficas.** Recoge variables del paciente y del hospital.

La escala presenta un *alpha* de *Cronbach* de 0.91 para la experiencia del cuidado recibido y de 0.96 para la satisfacción con el cuidado de enfermería. Esto indica que, aunque la consistencia interna era buena, se podrían eliminar más elementos sin afectar negativamente a la escala. Sin embargo, se decidió no realizar cambios.

La NSNS ha sido validada en tipos de pacientes distintos como los médicos, quirúrgicos o ginecológicos presentando valores de *alpha* de *Cronbach* que varían

entre un 0.75 a 0.95 para las escalas de experiencias del cuidado recibido y de 0.93 a 0.98 para las escalas de satisfacción con el cuidado. (Alhusban & Abualrub, 2009; Peterson et al., 2005; Piredda et al., 2007). La escala también ha sido traducida a diferentes idiomas, aplicándose en diversos países como Jordania (Alhusban & Abualrub, 2009), Italia (Bazzurri et al., 2021; Piredda et al., 2007), Canadá (Peterson et al., 2005), Inglaterra (Walsh & Walsh, 1999), Polonia (Gutysz-Wojnicka et al., 2013; Kozka et al., 2019), Etiopía (Amare, 2020; Molla et al., 2014), Brasil (Ahmed et al., 2014; Dorigan et al., 2014;), Turquía (Akin & Erdogan, 2007; Ozsaker et al., 2021), Colombia (Manrique-Abril et al., 2021) o China (Jiao, 2009; Zhang et al., 2020).

En nuestro país, la escala fue traducida al español y gallego en el año 2005 por Alonso et al. El análisis de fiabilidad del cuestionario en castellano obtuvo, en la experiencia del cuidado recibido, un valor *alpha* de *Cronbach* de 0,85. La segunda parte, que explora la satisfacción con los cuidados de enfermería, obtuvo una *alpha* de *Cronbach* = 0,97. El análisis de fiabilidad del cuestionario en gallego obtuvo, en la primera parte, una *alpha* de *Cronbach* de 0,92. La segunda parte obtuvo una *alpha* de *Cronbach* de 0,97.

1.8.6 PATIENT SATISFACTION NURSING CARE QUALITY (PSNCQQ)

El *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire* (PSNCQQ), se diseñó en el año 2005 por Laschinger et al., a partir del cuestionario *Patient Judgments of Hospital Quality* (PJHQ).

Un equipo de investigación multidisciplinario formado por Meterko, Nelson y Rubin (1990) del *Hospital Corporation of America* desarrolló el instrumento PJHQ original. Los elementos se derivaron de una extensa revisión de la literatura, grupos focales y un análisis de contenido de las respuestas textuales de los pacientes a las preguntas sobre la calidad del hospital. El objetivo era desarrollar un cuestionario que representara la perspectiva del paciente con un contenido que representara las características más destacadas para los pacientes.

La herramienta original contenía 9 subescalas: enfermería y atención diaria, personal auxiliar y entorno hospitalario, atención médica, información, admisiones, alta y facturación, calidad general de la atención y los servicios, recomendaciones e intenciones y resultados generales de salud.

El instrumento se modificó después de realizar una revisión crítica de la literatura científica relacionada con la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería, seleccionando 7 subescalas y 19 ítems. Los diferentes ítems permiten evaluar:

- La individualización de la atención recibida, relacionado con horarios ajustados a las necesidades de los pacientes.
- El interés de las enfermeras y el cuidado enfermero – en este ítem se valora la habilidad técnica y competencia de la enfermera frente a la medicación y su correcta administración por la vía adecuada.
- La colaboración entre el equipo enfermero y coordinación con el equipo interdisciplinar que forma parte de su cuidado.
- La capacidad de ofrecer confort y privacidad, en un ambiente tranquilo y de descanso.
- La información proporcionada acerca de las pruebas y tratamientos o la voluntad de las enfermeras para responder a las preguntas.
- Las instrucciones de alta y la coordinación de la asistencia después del alta del hospital.

Además, se añadieron 3 ítems criterio relacionados con la calidad global durante su estancia, la calidad global de los cuidados enfermeros y la intención de recomendar el hospital a amigos y familiares.

Cada uno de los 19 ítems se valoró con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que iban desde pobre (1) a excelente (5). Esta escala presenta una excelente fiabilidad (*alpha* de *Cronbach* de 0,97) y estabilidad temporal (0,61- 0,89). El análisis inicial confirmó la validez de constructo 0,70 (rango desde 0,753 hasta 0,890) establecida mediante el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio demostró un solo factor con un buen ajuste del modelo a los datos. La validez de contenido se realizó a partir de un panel de expertos. Utilizaron para la validez de criterio 3 preguntas adicionales sobre la satisfacción general durante la estancia hospitalaria, la satisfacción general con los cuidados enfermeros y la intención de recomendar el hospital a sus amigos y familiares (Laschinger et al., 2005).

Milutinovic et al., (2012), tradujo la PSNCQQ y la validó al idioma serbio. El estudio estaba formado por 240 pacientes quirúrgicos y reportó un *alpha* de *Cronbach* de 0.94. La validez de criterio fue analizada con ítems de satisfacción general con los servicios del hospital, con los cuidados enfermeros, con la calidad de los cuidados, los tratamientos y la intención de recomendar el hospital. La correlación entre estos parámetros fue positiva y estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

La escala también ha sido traducida a diferentes idiomas, aplicándose en diversos países como Turquía (Donmez et al., 2022); Arabia Saudí (Albashayreh et al., 2019; Fahad et al., 2022), India (Kannan et al., 2020), Pakistán (Hussein & Ali, 2022), Ghana (Fuseini et al., 2022) y Egipto (Dawood et al., 2020).

Las limitaciones de este instrumento es su origen para uso en las industrias y la poca claridad que le da al concepto satisfacción evaluándolo a través de un solo factor.

1.8.7 NURSES' ASSESSMENT OF QUALITY SCALE-ACUTE CARE (NAQS-ACV)

Otro instrumento identificado en la literatura ha sido el *Nurses' Assessment of Quality Scale-Acute Care Version* (NAQS-ACV), desarrollado por Lynn, McMillen y Sidoni (2007) para evaluar y cuantificar los cuidados enfermeros.

El NAQS-ACV se creó a través de entrevistas cualitativas a enfermeras hospitalarias en ejercicio. De acuerdo con el enfoque de la teoría fundamentada, la pregunta de

apertura que se les realizó fue, "¿Cómo describiría o definiría la atención de enfermería de calidad?" siendo la base para más preguntas. Se entrevistó a enfermeras adicionales hasta que se logró la saturación de datos. Las entrevistas de las enfermeras incluyeron temas relacionados con el concepto de cuidar: conocer al paciente, ser empática y cuidar; temas relacionados con la representación de los aspectos técnicos del rol de enfermería: ser organizado y ser hábil; y temas relacionados con la unidad e institución: ser miembro del equipo y el ambiente de cuidado. Los elementos del NAQS-ACV se generaron a partir de estos datos cualitativos para reflejar los diferentes aspectos de los cuidados de enfermería de calidad y se redactaron en el idioma de los sujetos entrevistados.

El NAQS-ACV es una escala de tipo Likert (con preguntas redactadas tanto de forma positiva como negativa y opciones de respuesta equilibradas) que utiliza una escala de 5 puntos con la opción de respuesta neutral etiquetada como "ni de acuerdo ni en desacuerdo". Sin embargo, la puntuación se basa en el método del producto de escala, que combina los atributos más fuertes de los métodos de escala de Thurstone y Likert para derivar un método de escala superior a cualquiera de estos. Mientras que los valores tradicionales de 1 a 5 se utilizan en la herramienta para las opciones de respuesta equilibradas de "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo", en la puntuación, estas calificaciones se convierten a los valores -2 a +2, que corresponden a "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo" balanceado alrededor del punto central de 0 (ni de acuerdo ni en desacuerdo). Este método de codificación de las opciones de respuesta se eligió para que las puntuaciones totales reflejen la evaluación del encuestado.

Las propiedades psicométricas del NAQS-ACV se examinaron en 7 hospitales del sureste de los Estados Unidos: un centro médico académico, 3 hospitales privados metropolitanos, 2 hospitales públicos ubicados en áreas rurales y 2 hospitales federales. Más de 1272 enfermeras de 46 unidades médico-quirúrgicas generales y especializadas en esos hospitales participaron en un estudio que probó medidas de evaluación de la calidad de la atención de enfermería desde la perspectiva de las enfermeras.

El NAQS-ACV consta de 138 ítems en 3 secciones. La primera sección está compuesta por 94 ítems que abordan el cuidado de enfermería y la relación entre la enfermera

y el paciente (p. ej., “Ver al paciente como una persona individual” y “No mostrarse ansioso o nervioso frente al paciente”). La segunda sección contiene 28 ítems sobre aspectos del entorno de trabajo de atención aguda (p. ej., "Tener suficiente espacio para brindar atención al paciente") y la tercera sección contiene 16 ítems pertenecientes a las características intrínsecas de las enfermeras (por ejemplo, "Nivel de educación actual" y "Me gusta ser enfermera").

El NAQS-ACV tiene excelentes estimaciones de fiabilidad con valores entre 0.74 y 0.94 y una estructura factorial consistente con las categorías conceptuales derivadas de las entrevistas cualitativas. Sin embargo, esta escala no proporciona evidencia de la validez de constructo. La evidencia de la validez de constructo del NAQS-ACV se adquirirá con el tiempo a medida que se utilice en estudios adicionales.

Este instrumento ha sido validado por Akbas (2022) en Turquía. La versión turca de 77 ítems del NAQS-ACV está compuesta por 3 secciones y 8 subescalas. Los valores de las subescalas oscilan entre 0,77 y 0,94, y el resultado de la prueba de *Bartlett* es de $p < 0,001$. Los valores *alpha* de *Cronbach* de la escala están entre 0,81-0,96. Ningún ítem de la escala original fue excluido de la escala como resultado de los análisis de confiabilidad y validez de la forma turca de la escala NAQS-ACV. En conclusión, se encontró que la forma turca de la escala NAQS-ACV es una herramienta de medición válida y confiable.

La escala también ha sido traducida a diferentes idiomas, aplicándose en diversos países como Kuwait (Alnuqaidan & Ahmad, 2019) y Corea (Heui et al., 2020).

Este mismo instrumento tiene una versión para pacientes, el *Patient's Assessment of Quality Scale-Acute Care Version* (PAQS-ACV), desarrollado el mismo año (2007) por los mismos autores que la NAQS-ACV y cuyo objetivo era proporcionar un mecanismo a través del cual los pacientes puedan evaluar de manera significativa la atención de enfermería que reciben. Desarrollado a partir de entrevistas cualitativas con pacientes, el PAQS-ACV original de 90 ítems se probó con 1470 pacientes quirúrgicos médicos en 43 unidades en siete hospitales.

Después del análisis factorial exploratorio, quedaron 45 ítems en cinco factores (individualización, características enfermeras, cuidar, ambiente físico y capacidad de respuesta), explicando el 54% de la varianza. Las estimaciones de consistencia

interna estuvieron por encima de 0.83 para cuatro de los cinco factores, siendo el quinto factor 0.68. La fiabilidad test-retest osciló entre 0.58 y 0.71. Se estableció la validez de contenido y se exploró preliminarmente la validez de constructo mediante el examen de la relación entre las puntuaciones del PAQS-ACV y el cumplimiento de los pacientes.

Akbas et al., (2023) realizó un estudio descriptivo en 4 hospitales de Turquía para determinar la calidad de la atención de enfermería recibida por los pacientes hospitalizados. El coeficiente *alpha* de *Cronbach* fue de 0,97. La puntuación media total de la *Patient Quality Assessment Scale-Acute Care Version* fue de 136,63 ± 21,47. Las percepciones de los pacientes sobre la Calidad de la Atención de Enfermería se vieron afectadas por factores como el tipo de hospital, el diagnóstico de los pacientes, el lugar de residencia, el nivel de satisfacción con la atención de enfermería recibida y la satisfacción de la atención de enfermería.

1.8.8 CONSUMER EMERGENCY CARE SATISFACTION SCALE (CECSS)

Davis, Bush & Thomas desarrollaron el CECSS en el año 1988, basado en un análisis conceptual de la literatura disponible sobre la satisfacción del paciente con la atención de enfermería de emergencia, la Escala de Satisfacción del Paciente de *Risser* (RPSS) y la experiencia personal en la atención de enfermería de emergencia. Los objetivos del instrumento eran ayudar a los profesionales de enfermería a satisfacer las necesidades de sus pacientes y mejorar la calidad en el servicio. El CECSS se ha utilizado en muchos estudios internacionales.

La primera versión del CECSS constaba de 25 ítems puntuados en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = totalmente de acuerdo; 5 = totalmente en desacuerdo). Esta versión de 25 ítems del CECSS fue probada en varios estudios. Con base en los resultados del estudio en 1995 de Davis y Bush, el número de ítems se redujo a 20, lo que representa 4 subescalas (Seguridad Psicológica, Enseñanza de Descarga, Proporcionar Información y Competencia Técnica). En general, el *alpha* de *Cronbach* de esta versión del CECSS fue de 0,93. En varios estudios de seguimiento, el CECSS se redujo a 19 ítems, que representan 2 escalas, Cuidado (12 ítems) y Enseñanza (3 ítems), y 4 ítems adicionales redactados negativamente para reducir el sesgo de

respuesta. Esta versión de 19 ítems del CECSS se ha utilizado en los últimos 25 años en varios estudios y se han propuesto varios cambios para mejorar aún más el instrumento.

Una revisión sistemática publicada en el año 2022 por Hoonakker et al., afirma que el CECSS ha sido probado para varios tipos de validez, y varios estudios han reportado consistencia interna (*Cronbach α*) para todo el cuestionario y las subescalas. En el estudio inicial del CECSS en 1995, los investigadores seleccionaron los ítems del CECSS basándose en una revisión de la literatura. Además, probaron la validez del contenido pidiendo a un panel de expertos que revisara el conjunto de elementos. Según sus comentarios, se eliminaron algunos elementos. En estudios posteriores, en otros países y otros idiomas, también se ha establecido la validez de contenido del CECSS (Hoonakker et al., 2022).

Varios estudios han validado el CECSS transculturalmente. Hay versiones del CECSS en chino (Chan & Chau, 2005), italiano (Messina & Vencia, 2014), español (Cuñado et al., 2002), malayo (Saiboon et al., 2008) y sueco (Ekwall & Davis, 2010). En la mayoría de los estudios, el CECSS se tradujo cuidadosamente (la mayoría de las veces usando el método de traducción inversa) a otro idioma. En la totalidad de los casos, se estableció la validez de contenido.

El CECSS es un instrumento fiable y válido. La consistencia interna, medida con el *alpha* de *Cronbach*, es considerablemente alta y los estudios han demostrado contenido, construcción y validez robusta (Hoonakker et al., 2022). El CECSS se ha utilizado con éxito en muchos estudios y más de 5000 personas han utilizado el CECSS en varios idiomas (Larsson et al., 2018; Saban et al., 2019). Sin embargo, también tiene varias deficiencias con respecto a la validez, los tamaños de las muestras, el tratamiento de los datos faltantes, los efectos techo, los elementos relacionados con el alta y la aplicabilidad (Hoonakker et al., 2022).

El CECSS desarrollado en el año 1988, fue validado y adaptado al contexto español por Cuñado et al., en el 2005. Este autor tenía la convicción que la adaptación de un cuestionario de una cultura diferente era más eficiente que crear uno nuevo y podía llegar a ser conceptualmente equivalente a la versión original.

La escala original fue traducida al castellano por dos traductores bilingües, de lengua materna castellana. Posteriormente, se unificaron y se retradujeron de nuevo al inglés por dos traductores bilingües, de lengua materna inglesa. Además, cada uno de los ítems fue clasificado como (1) totalmente equivalentes, (2) bastante equivalentes y (3) equivalentes, pero con expresión dudosa.

La escala consta de 19 preguntas, agrupadas en dos dimensiones. Una dimensión que contiene 12 ítems que valoran la competencia profesional. La segunda dimensión, de 3 ítems, valoran la información que proporciona la enfermera al alta para el autocuidado del paciente. Finalmente, el cuestionario contiene cuatro ítems de control y carácter negativo añadidos para minimizar las respuestas, cuya puntuación no se tiene en cuenta para el análisis. Las opciones de respuesta para cada pregunta se sitúan en una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde totalmente de acuerdo corresponde a 5 puntos y totalmente en desacuerdo corresponde a 1 punto. La autora del cuestionario original recomienda calcular las puntuaciones en cada dimensión mediante el cálculo de la media de los ítems que se relacionan con cada una de ellas. El total de la escala tiene un intervalo de puntuación que oscila entre 15 a 75 puntos, considerando satisfacción a partir de 45 puntos.

Para la realización del estudio Cuñado et al., (2005) utilizó una muestra de 102 pacientes ingresados en el servicio de urgencias de dos hospitales de Madrid. La escala CECSS alcanzó una puntuación media de 61 ± 6 puntos entre los pacientes atendidos en el Hospital General de Móstoles y de 60 ± 12 puntos entre los pacientes atendidos en Puerta de Hierro ($p = 0,7$). En ambos, la puntuación media fue superior a 45 puntos que es el punto a partir del cual se considera satisfacción con respecto a la escala global. La fiabilidad de la escala con respecto a la consistencia interna mostró valores del coeficiente *alpha* de *Cronbach* superiores a 0,81. Al igual que la escala original, el total de la escala adaptada y las dimensiones muestra una consistencia interna satisfactoria con un coeficiente *alpha* de *Cronbach* superior a 0,7. Lo que sugiere que los ítems que integran el total de la escala o cada una de las dimensiones están midiendo un concepto común con alto grado de fiabilidad.

En el año 2010, Blanca-Abril et al., realizó un estudio con la escala CECSS a 200 pacientes que acudieron a urgencias de un hospital de tercer nivel. Los pacientes expresaron altos niveles de satisfacción general y satisfacción con la competencia

profesional. El grado de información al alta fue la dimensión peor notada. No se encontró asociación entre la satisfacción del paciente y las variables sociodemográficas.

1.8.9 *NURSING INTENSIVE-CARE SATISFACTION SCALE (NICSS)*

La escala NICSS, creada y validada en España por Romero-García et al. (2018) cuenta con 49 ítems distribuidos en 4 factores. Los tres primeros hacen referencia a las experiencias del paciente en relación con los cuidados enfermeros recibidos con un total de 37 ítems, 20 que corresponden al factor Cuidado Holístico, 6 ítems al factor Formas de Comunicación y 11 ítems al factor Comportamientos Profesionales. El factor de Consecuencias hace referencia a las vivencias y sentimientos como consecuencia de los cuidados enfermeros recibidos con un total de 12 ítems. La puntuación de cada factor se obtendrá con la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- Factor 1. Experiencia del paciente sobre los cuidados enfermeros recibidos de manera holística, con la suma de los ítems 6, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 32, 34, 36 y 37, donde 20 es la puntuación mínima y 120 la puntuación máxima.
- Factor 2. Experiencia del paciente sobre las formas de comunicación, con la suma de los ítems 1, 20, 25, 26, 30 y 33, donde 6 es la puntuación mínima y 36 la puntuación máxima.
- Factor 3. Experiencia del paciente sobre los comportamientos profesionales, con la suma de los ítems 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 28, 31 y 35, donde 11 es la puntuación mínima y 66 la puntuación máxima.
- Factor 4. Los sentimientos y vivencias del paciente en consecuencia a los cuidados enfermeros recibidos, corresponden a la suma de los ítems 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48 y 49, donde 12 es la puntuación mínima y 72 la máxima. En este apartado aparecen 3 ítems (44, 48 y 49) formulados en

positivo pero que expresan una opinión desfavorable, de tal manera que la puntuación se invierte.

Así, una puntuación entre 49 y 122 corresponderá a un paciente crítico poco satisfecho, entre 123 y 220 bastante satisfecho, y entre 221 y 294 muy satisfecho.

La fiabilidad de la NICSS total es de 0.95 y de los factores valores entre 0.7 y 0.91. Presenta una buena estabilidad temporal con un Coeficiente de Correlación Intraclase de la escala total de 0.83. La validez de constructo muestra un ajuste aceptable y una estructura factorial con 4 factores. (Romero-García et al., 2018). Fácil de cumplimentar y se tarda aproximadamente entre 10-15 minutos, resultando factible administrarla en la práctica habitual a aquellos pacientes que hayan recibido el alta de la UCI.

En la siguiente Tabla 01 podemos observar la configuración de la NICSS incluyendo los ítems que forman cada uno de los factores y su formulación en positivo o negativo.

Tabla 01. Ítems de la escala NICSS

SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS ENFERMEROS			
FACTOR1 CUIDADO HOLÍSTICO	FACTOR 2 FORMAS DE COMUNICACIÓN	FACTOR 3 COMPORTAMIENTOS PROFESIONALES	FACTOR 4 CONSECUENCIAS
+ Ítem nº 06	+ Ítem nº 01	+ Ítem nº 02	+ Ítem nº 38
+ Ítem nº 07	+ Ítem nº 20	+ Ítem nº 03	+ Ítem nº 39
+ Ítem nº 08	+ Ítem nº 25	+ Ítem nº 04	+ Ítem nº 40
+ Ítem nº 12	+ Ítem nº 26	+ Ítem nº 05	+ Ítem nº 41
+ Ítem nº 14	+ Ítem nº 30	+ Ítem nº 09	+ Ítem nº 42
+ Ítem nº 15	+ Ítem nº 33	+ Ítem nº 10	+ Ítem nº 43
+ Ítem nº 16		+ Ítem nº 11	- Ítem nº 44
+ Ítem nº 17		+ Ítem nº 13	+ Ítem nº 45
+ Ítem nº 18		+ Ítem nº 28	+ Ítem nº 46
+ Ítem nº 19		+ Ítem nº 31	+ Ítem nº 47
+ Ítem nº 21		+ Ítem nº 35	- Ítem nº 48
+ Ítem nº 22			- Ítem nº 49
+ Ítem nº 23			
+ Ítem nº 24			
+ Ítem nº 27			
+ Ítem nº 29			
+ Ítem nº 32			
+ Ítem nº 34			
+ Ítem nº 36			
+ Ítem nº 37			

La puntuación total de la NICSS corresponde a la suma de todas las puntuaciones de los ítems, de manera que la puntuación máxima es de 294 y la mínima de 49 puntos.

Cada ítem está categorizado por 6 opciones de respuesta: “poco satisfecho” (muy en desacuerdo y en desacuerdo), “bastante satisfecho” (algo en desacuerdo y algo de acuerdo), y “muy satisfecho” (de acuerdo y muy de acuerdo).

1.9 La perspectiva del paciente crítico en el diseño de cuestionarios

En los últimos 40 años se han creado varios instrumentos que han intentado cuantificar o medir la satisfacción del paciente con los servicios sanitarios. La gran mayoría de ellos han sido creados por instituciones o personal sanitario sin tener en cuenta realmente los factores identificados por los pacientes que son importantes para evaluar de una forma objetiva la satisfacción. En definitiva, estos instrumentos no representan la realidad de los usuarios, sus preferencias u opiniones.

Los profesionales o instituciones no conocen cómo valoran los pacientes los cuidados que reciben (Mira & Aranaz, 2000). Todo esto se puede observar en los estudios con metodología mixta o guías de práctica clínica donde es indispensable incluir el punto de vista y/o prioridades de las personas que la consumen (Krahn, 2010). Considerando entonces al paciente como un experto en su propia perspectiva, resulta necesario tener en cuenta su visión para mejorar los cuidados dispensados (Martín, 2004).

Para ofrecer unos cuidados donde el paciente sea el centro, se requiere de una evaluación de dichos cuidados igualmente centrada en el paciente. Esta evaluación solamente será posible si se incorpora la perspectiva de los pacientes en el instrumento (Romero-García & Trujols-Albet, 2015)

La combinación humanística y científica de los cuidados, como su dispensación de forma continuada y dirigida a proporcionar seguridad, bienestar y confianza es lo que los pacientes ingresados en UCI consideran como cuidados enfermeros satisfactorios (Romero et al., 2013). Bajo estas premisas, se diseñó y validó en España la *Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale [NICSS]-critical patient centered* (Romero-García et al., 2018) siendo el único instrumento creado específicamente

para valorar la satisfacción con el cuidado enfermero desde la perspectiva del paciente, en unidades tan complejas y especializadas como lo son las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

La NICSS ha sido validada en un contexto, de manera que resulta necesario continuar con el proceso de validación en unidades de cuidados intensivos en otros contextos de manera que dispongamos de un instrumento de calidad para evaluar la satisfacción con los cuidados enfermeros en el paciente crítico. Para ello nos planteamos los objetivos que describimos en el siguiente apartado.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Los objetivos de esta investigación son:

1. Validar a nivel nacional la Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros – Centrada en el Paciente-Crítico (NICSS) que permita evaluar la satisfacción con los cuidados enfermeros en el contexto del paciente crítico.
 - 1.1. Analizar los ítems de la Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros (NICSS) – Centrada en el Paciente Crítico.
 - 1.2. Analizar la fiabilidad en términos de consistencia interna de la Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros (NICSS) – Centrada en el Paciente Crítico.
 - 1.3. Analizar la fiabilidad en términos de estabilidad temporal de la Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros (NICSS) – Centrada en el Paciente Crítico.
 - 1.4. Analizar la validez de constructo de la Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros (NICSS) – Centrada en el Paciente Crítico.
2. Identificar el nivel de satisfacción del paciente crítico en relación con los cuidados enfermeros.
3. Determinar la relación entre la satisfacción del paciente crítico y las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes y las organizativas.
4. Describir las estrategias de mejora de la satisfacción con los cuidados enfermeros identificadas por enfermeras y pacientes críticos.

Las hipótesis de esta investigación son:

1. La Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros (NICSS) – Centrada en el Paciente Crítico, presenta una consistencia interna superior a 0.7.
2. La Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros (NICSS) – Centrada en el Paciente Crítico, presenta una estabilidad temporal igual o superior a 0.8.
3. La Escala de Satisfacción con los Cuidados Enfermeros (NICSS) – Centrada en el Paciente Crítico presenta una estructura factorial de 4 factores y tanto los factores como los ítems obtienen una correlación significativa superior a 0.40.
4. El nivel de satisfacción global de los pacientes con los cuidados enfermeros se sitúa entre satisfecho y muy satisfecho, tanto a nivel global como por dimensiones.
5. El nivel de satisfacción global se correlaciona con alguna de las variables sociodemográficas, clínicas y organizativas.

3. METODOLOGÍA

3.METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

Este estudio ha utilizado metodología mixta con un diseño explicativo secuencial de dos fases (Creswell & Plano, 2007). La fase-I valida a nivel nacional la Escala NICSS (Romero-García et al., 2022) y evalúa el nivel de satisfacción del paciente crítico y su relación con las variables sociodemográficas, clínicas y organizativas (Delgado-Hito et al., 2022). La fase-II, explora las estrategias que enfermeras y pacientes identifican para mejorar la satisfacción de éstos. Concretamente, la metodología para cada una de las fases ha sido:

- **Fase-I:** metodología cuantitativa psicométrica y un diseño transversal de tipo descriptivo y correlacional.
- **Fase-II:** metodología cualitativa exploratoria y un diseño de tipo descriptivo interpretativo según Thorne et al (2004).

3.2 Ámbito de estudio

3.2.1 FASE-I

En la fase-I (diseño cuantitativo), el estudio se llevó a cabo en 19 UCI de adultos de 18 hospitales de ámbito nacional tanto públicos como privados: el Hospital Vall d'Hebrón (Barcelona), el Hospital del Mar (Barcelona), el Hospital de Bellvitge (Barcelona), el Hospital Clínico de Barcelona (Barcelona), el Hospital Germans Trias i Pujol (Barcelona), el Hospital de Vic (Girona), el Hospital Verge de la Cinta (Tarragona), el Hospital de Getafe (Madrid), el Hospital 12 de Octubre (Madrid), el Hospital de Fuenlabrada (Madrid), el Hospital de Torrejón (Madrid), el Hospital Gregorio Marañón (Madrid), el Complejo Asistencial de Palencia (Palencia), el Hospital Son Espases (Islas Baleares), el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander), el Hospital de Albacete (Albacete), el Hospital MAZ (Zaragoza) y el Hospital San Juan de Dios (Córdoba).

3.2.2 FASE-II

En la segunda fase (diseño cualitativo), el estudio se llevó a cabo en 8 hospitales de ámbito nacional tanto públicos como privados: el Hospital Vall d'Hebrón (Barcelona), el Hospital del Mar (Barcelona), el Hospital Germans Trias i Pujol (Barcelona), el Hospital San Juan de Dios (Córdoba), el Hospital de Bellvitge (Barcelona), el Hospital Quirónsalud de Málaga (Málaga), el Complejo Asistencial de Palencia (Palencia) y el Hospital de Inca (Islas Baleares). La Tabla 02 muestra las características de los hospitales.

Tabla 02. Características de los hospitales

Hospital	Nivel y Tipo	Tipo de UCI	Ratio
Hospital Vall d'Hebrón	Nivel III - Público	Polivalente	1:2
Hospital del Mar	Nivel III - Público	Polivalente	1:2
Hospital Germans Trias i Pujol	Nivel III - Público	Polivalente	1:2
Hospital San Juan de Dios	Nivel II - Privado	Polivalente	1:2
Hospital de Bellvitge	Nivel III - Público	Polivalente	1:2
Hospital Quirónsalud de Málaga	Nivel III - Privado	Polivalente	1:2
Complejo Asistencial de Palencia	Nivel II - Público	Polivalente	1:2
Hospital de Inca	Nivel II - Público	Polivalente	1:2

3.3 Población de estudio y muestra

3.3.1 FASE-I

La población de estudio fueron todos los pacientes dados de alta de las UCI participantes desde diciembre del 2018 a diciembre del 2019.

El tamaño de la muestra se calculó considerando el número de ítems que componen la NICSS. Debido a que la escala tenía más de 20 ítems, necesitábamos de 5 a 10 participantes por ítem (Cortina, 1993). También se predijo una tasa de abandono del 38%. Por tanto, el tamaño de muestra necesario fue de 677.

El muestreo fue no probabilístico y se procedió de forma consecutiva hasta alcanzar el número necesario de pacientes que cumplieran los siguientes criterios de

inclusión (1) estar orientados en tiempo, lugar y persona; (2) poder expresarse, leer y escribir en español; (3) dar el consentimiento informado verbal y escrito. Los criterios de exclusión fueron: (1) haber recibido el alta con destino a otro hospital; (2) haber recibido el alta directamente a su domicilio.

3.3.2 FASE-II

La población de estudio fueron todos los pacientes dados de alta en cualquiera de las 8 UCI participantes, a partir de enero del 2022.

Los pacientes que formaron parte de la muestra tenían las siguientes características: (1) pacientes mayores de 18 años; (2) haber estado ingresados como mínimo 48 horas en UCI; (3) dar el consentimiento verbal tras la explicación del estudio; (4) que pudieran expresarse en español y (5) estar orientados en tiempo, lugar y persona (Tabla 03). Los participantes fueron escogidos mediante muestreo de conveniencia no probabilístico hasta conseguir la saturación teórica de los datos.

Por otro lado, el reclutamiento de las enfermeras se produjo, tras informar por escrito de los objetivos del estudio, en reuniones en los diferentes turnos de trabajo. Aquellas interesadas enviaron vía mail, su edad, años de experiencia en UCI y turno de trabajo. Las enfermeras que formaron parte del estudio tenían las siguientes características: (1) enfermeras expertas en el paciente crítico con un mínimo de 5 años de experiencia en UCI; (2) dar el consentimiento informado (Tabla 04).

Tabla 03. Características sociodemográficas de los pacientes

Identificación	Edad	Sexo	Estado Civil	Nivel Estudios	Nivel Hospital
P1	57	M	Casado	Universitario	III
P2	61	M	Casado	EGB	III
P3	49	H	Casado	Bachillerato	II
P4	70	M	Viuda	Sin estudios	III
P5	31	H	Soltero	Universitario	III
P6	57	H	Casado	ESO	III
P7	66	H	Viudo	EGB	II
P8	67	H	Casado	Universitario	III
P9	46	H	Casado	Bachillerato	III
P10	79	H	Casado	EGB	III
P11	72	H	Casado	Universitario	II

Tabla 04. Características sociodemográficas de las enfermeras

Identificación	Edad	Sexo	Años UCI	Contrato	Turno	Nivel hospital
E1	30	M	06	Interina	Rotatorio	III
E2	31	M	06	Fija	Rotatorio	II
E3	45	M	18	Interina	Día	III
E4	45	M	21	Interina	Noche	III
E5	28	M	07	Interina	Día	II
E6	51	M	25	Fija	Rotatorio	II
E7	37	M	15	Interina	Noche	II
E8	40	M	08	Fija	Noche	II
E9	53	M	14	Fija	Día	III
E10	41	M	10	Fija	Rotatorio	II
E11	41	H	14	Interino	Día	III
E12	27	M	05	Fija	Rotatorio	II
E13	37	H	08	Interina	Día	III
E14	30	H	06	Interino	Rotatorio	III

3.4 Variables del estudio

3.4.1 FASE-I

Las variables del estudio están organizadas en cuatro bloques:

- Variables **relativas al nivel de satisfacción** del paciente con los cuidados enfermeros recibidos durante su ingreso en UCI. Se incluyeron 5 variables: nivel global de satisfacción, nivel de satisfacción en relación con los cuidados holísticos, nivel de satisfacción en relación con las formas de comunicación, nivel de satisfacción en relación con los comportamientos profesionales y nivel de satisfacción expresado a partir de los sentimientos y vivencias generados al recibir cuidados enfermeros. Estas variables se evaluaron con una escala tipo Likert de 6 opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (6) y en tres categorías (poco satisfecho, bastante satisfecho y muy satisfecho).
- Variables **relativas a datos sociodemográficos**. Se consideraron 6 variables; la edad: reflejada en años en el momento de estudio, con un mínimo de 18 años, al tratarse de unidades de adultos; el sexo: hombre, mujer; el estado civil: casado-a, vive en pareja, soltero-a, separado-a, divorciado-a, viudo-a; la situación

laboral: en paro, trabajando, pre-jubilado-a, jubilado-a, estudiante, otras situaciones; y el nivel de estudios: sin estudios, graduado escolar, enseñanza obligatoria, BUP, COU, Bachillerato, Módulos, Formación Profesional, Diplomatura, Licenciatura, Doctorado.

- Variables **relativas a datos clínicos**. Se incluyeron 6 variables relativas a los días de estancia en UCI, reflejada en días; la causa de ingreso en UCI, en palabras del paciente; los ingresos previos en UCI, sí o no; la percepción de su estado de salud, con una escala tipo Likert con 10 opciones de respuesta para evitar un sesgo por error de tendencia central, de pésimo (1), a excelente (10); la percepción del grado de recuperación desde el ingreso en UCI, escala tipo Likert con 10 opciones de respuesta que van desde no he mejorado nada (1), a me he recuperado totalmente (10), para evitar un sesgo por error de tendencia central; y tratamiento invasivo utilizado: catéter arterial, catéter venoso central, catéter venoso periférico, diálisis convencional, hemofiltro, ECMO, balón de contrapulsación, marcapasos externo, drenajes, sonda vesical y sonda nasogástrica.
- Variables **relativas a datos organizativos**. Se incluyeron 5 variables relativas al tipo de UCI: polivalente, coronaria, hepática, quirúrgica, respiratoria, traumatológica u otras; tipo de hospital, público o privado; número de boxes, individuales y dobles; tipo de box, abierto/cerrado, individual/doble; y ratio enfermera-paciente.

3.4.2 FASE-II

- Variables **relativas a datos sociodemográficos (pacientes)**. Se incluyeron las variables edad; sexo: hombre, mujer, otro; estado civil: casado-a, vive en pareja, soltero-a, separado-a, divorciado-a, otro; nivel de estudios: sin estudios, graduado escolar, enseñanza obligatoria, BUP, COU, Bachillerato, Módulos, Formación profesional, Universitario.

- Variables **relativas a datos sociodemográficos (enfermeras)**. Se incluyeron las variables edad; sexo: hombre, mujer, otro; años experiencia como enfermera; años experiencia en UCI; tipo de contrato: fijo, interino, eventual, otro; turno de trabajo: día, noche, rotativo; tipo de UCI: polivalente, coronaria, hepática, quirúrgica, respiratoria, traumatológica, otra; nivel del hospital: nivel II, nivel III; tipo de hospital: público/concertado, privado; formación relacionada con el paciente crítico: menos de 100 horas, más de 100 horas, postgrado o especialización, máster.

3.5 Instrumentos

En este apartado se detallan los instrumentos utilizados para evaluar las variables descritas en el apartado anterior: la *Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale*, el cuestionario de preguntas generales de satisfacción y el formulario ad-hoc para la recogida de datos sociodemográficos, clínicos y organizativos.

3.5.1 ESTRUCTURA DE LA NICSS

La NICSS es una escala que evalúa la satisfacción del paciente en relación con los cuidados enfermeros recibidos durante su ingreso hospitalario en la UCI. Está formada por 49 ítems, distribuidos en 4 dimensiones (Anexo 1). Los factores y los ítems están detallados en el apartado 1.8.9.

3.5.2 OTROS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de preguntas generales de satisfacción que estaba formado por 3 ítems criterio, utilizadas para la validación de criterio, y 3 preguntas abiertas; 2 sobre los cuidados enfermeros recibidos y una sobre situaciones concretas que deseen expresar y que de otra forma no quedarían reflejadas. (Anexo 2). Además, se utilizó también dos cuestionarios ad-hoc para la recogida de datos sociodemográficos (Anexo 3), clínicos y organizativos (Anexo 4).

3.6 Procedimiento

3.6.1 FASE-I

Una vez que el paciente fue dado de alta de la UCI se contactó con él en un plazo no superior a las 48 horas. En ese momento, en la sala de hospitalización donde se hallaba el paciente, se le proporcionó información detallada del estudio, así como, se le pidió el consentimiento informado (Anexo 5). En los casos afirmativos, se le entregó la escala NICSS, el cuestionario de preguntas generales y el formulario que recoge los datos sociodemográficos del paciente. De la misma manera el investigador colaborador de cada centro cumplimentó el formulario que recoge variables clínicas y organizativas. Pasadas 48 horas de la primera pasación se contactó con el paciente y se le entregó de nuevo la NICSS para analizar la estabilidad temporal (Figura 1).



Fig. 1 Procedimiento de recogida de datos

Finalmente, a los cuestionarios cumplimentados se les asignó un código de letras y números para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los participantes del estudio. La información recolectada fue transcrita en *Microsoft Access 2007*.

Una vez finalizado el proceso de validación de la NICSS, se identificó el nivel de satisfacción con los cuidados enfermeros y las variables asociadas.

3.6.2 FASE-II

Los datos se obtuvieron mediante la realización de grupos focales (Halliday et al., 2021), vía telemática a través de la aplicación *Teams*. Los participantes, vía mail, recibieron un enlace para conectarse al grupo focal 24h antes de la hora de inicio establecida. En total, se realizaron 4 grupos focales de 5-7 personas y de 1 hora aproximadamente de duración. Los grupos de enfermeras estaban formados por 7 y 7 participantes; los grupos de pacientes fueron de 5 y 6 participantes.

Los grupos focales de los pacientes se configuraron con los siguientes criterios de homogeneidad (mayores de 18 años; haber estado más de 3 días ingresados en la UCI, que pudiera expresarse, leer y escribir en uno de los idiomas oficiales y orientados en las tres esferas) y de heterogeneidad (hospitales públicos y privados).

En cuanto a la configuración de los grupos de las enfermeras, los criterios de homogeneidad fueron >5 años de experiencia en UCI y de heterogeneidad los diferentes turnos de trabajo y hospitales públicos y privados.

Al inicio de cada grupo focal los pacientes cumplimentaron un cuestionario para conocer su perfil sociodemográfico (edad, sexo, estado civil, nivel estudios y hospital de ingreso) y en el caso de las enfermeras se cumplimentó un cuestionario para conocer su perfil sociolaboral (edad, sexo, perfil asistencial, años experiencia en UCI, formación, turno de trabajo, tipo de UCI, nivel de hospital, tipo de hospital).

Todos los grupos fueron moderados por un profesional con experiencia en el desarrollo de esta técnica de obtención de datos acompañado de un observador, ambas personas no formaban parte del equipo profesional de las UCI.

En la Tabla 5 se presenta el guion utilizado en los 4 grupos focales que constaba de unas preguntas abiertas generales y no dirigidas. La finalidad de estas era fomentar la expresión de su perspectiva en relación con la identificación de estrategias que podrían mejorar la satisfacción con los cuidados enfermeros recibidos o proporcionados durante su estancia en la UCI. Todas las preguntas se incluyeron mediante consenso del equipo investigador y apoyado en la bibliografía existente.

Las sesiones fueron grabadas en vídeo y sonido para proporcionar y certificar la fiabilidad de la transcripción de los datos. Las transcripciones fueron devueltas a los participantes para confirmar o modificar el contenido.

Tabla 5. Guion de los grupos focales para pacientes

Presentación	¡Hola! ¿Qué tal? Os agradezco personalmente y también de parte de todo el equipo investigador vuestra valiosa colaboración. Todos los aquí presentes sois personas que habéis estado ingresadas en una Unidad de Cuidados Intensivos recientemente. Cada uno de vosotros tenéis una experiencia y unos conocimientos propios de ese ingreso por lo que este grupo focal tiene como objetivo identificar las estrategias que mejoren la calidad del cuidado enfermero en las Unidades de Cuidados Intensivos.
Encuadre	Como veis, esto es un Grupo Focal en el que participan diversas personas vía telemática. La duración puede ser de aproximadamente una hora o una hora y media. De todas formas, se utilizará el tiempo justo y necesario para que ninguno se sienta incómodo o cansado. Para que no se escape ningún detalle de la conversación, ésta será grabada en sonido y vídeo tal y como ya se había comentado en anterioridad.
Pregunta arranque	Os iré preguntando unas cuestiones amplias para que expreséis libremente vuestra opinión. Para empezar, os planteo una primera pregunta general para situarnos en el tema y posteriormente ir concretando en los diferentes bloques que os presentaré. Basándonos en vuestra experiencia, ¿qué debe tener una Unidad de Cuidados Intensivos para que ofrezca unos cuidados enfermeros de excelencia?
Guía de temas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primer Bloque (cuidado holístico): estrategias identificadas relacionadas con los aspectos físicos, psicoemocionales y espirituales. 2. Segundo Bloque (formas de comunicación): estrategias identificadas relacionadas con las formas de comunicación verbal y no verbal. 3. Tercer Bloque (comportamientos profesionales): estrategias identificadas relacionadas con la experiencia del paciente sobre los comportamientos profesionales.

También se utilizó el diario de campo del investigador con el fin de registrar aquellos hechos que eran susceptibles de ser descritos o interpretados.

3.7 Análisis de los datos

3.7.1 FASE-I

Se evaluó si alguno de los ítems tenía una tasa de no respuesta $\geq 20\%$, un nivel de variabilidad $< 10\%$ (varianza $< 0,225$), una tasa de respuesta $> 90\%$ en alguna de las categorías de respuesta válidas y una correlación ítem-total < 0.3 . Además, siguiendo la recomendación de Ferketich (1991), evaluamos si alguno de los ítems del

cuestionario presentaba alguna de las siguientes descripciones: (1) la correlación media entre el ítem y los demás ítems no estaba entre 0,30 y 0,70 o (2) menos del 25% de las correlaciones estuvieron entre 0,30 y 0,70. Ninguno de los ítems mostró valores inadecuados, por lo que ninguno fue eliminado. La estructura factorial se consideró estadísticamente válida para explicar las respuestas obtenidas a través de la NICSS ya que esta estructura coincidía con la MM-NICS.

Para evaluar el ajuste del modelo, utilizamos los siguientes indicadores. Para cuantificar el ajuste absoluto, utilizamos (1) el índice de ajuste, con valores $> 0,90$ que sugieren un ajuste aceptable y valores $> 0,95$ un ajuste excelente y (2) error estándar medio, con valores apropiados entre 0,05 y 0,08. Para cuantificar el ajuste incremental, utilizamos (3) el índice de ajuste normado con valores recomendados $> 0,95$.

La validez de criterio se analizó mediante el coeficiente de correlación de *Spearman* ($r > 0,5$), correlacionando las puntuaciones de la NICSS con los tres ítems de criterio: satisfacción general (ítem 50), intención de volver a la misma UCI, si es necesario (ítem 51) y las expectativas se cumplieron (ítem 52).

La fiabilidad del instrumento se determinó estudiando su consistencia interna mediante el *alpha* de *Cronbach*, en el que valores $> 0,7$ indican buena consistencia y el test-retest se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclase, en el que valores $> 0,7$ muestran una consistencia aceptable y $> 0,8$ buena consistencia.

Los datos fueron analizados con R, versión 3.1.2, para *Windows* y EQS, versión 6.1, para análisis factorial confirmatorio. La significación estadística se estableció con una probabilidad de $p < 0,05$.

Una muestra de 665 individuos fue suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de 0,034 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que se espera esté en torno al 80%. Esperábamos una tasa de abandono del 20%. Se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión. Calculamos los niveles de satisfacción en general y por factor. Se calcularon los valores descriptivos de cada uno de los ítems que componen la escala, se distribuyeron por factores y se categorizaron en dos categorías: insatisfecho y satisfecho. Para analizar la relación entre la satisfacción del paciente y las variables

sociodemográficas, clínicas y organizativas, realizamos un análisis bivariado. Comparamos la puntuación media global y la puntuación de cada factor según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, estancia hospitalaria, horas de ventilación mecánica invasiva, estado de salud percibido y grado de recuperación percibido. Utilizamos la prueba no paramétrica de *Wilcoxon-Mann-Whitney* para comparar dos grupos independientes y la prueba no paramétrica de *Kruskal-Wallis* para comparar más de dos grupos independientes. Finalmente, para examinar la relación entre la puntuación media de la NICSS y la percepción del grado de recuperación y la percepción del estado de salud se utilizó la prueba de correlación de *Spearman*. El análisis de regresión lineal multivariante se llevó a cabo para examinar la satisfacción con el cuidado enfermero. El modelo de regresión logística se basó en investigaciones publicadas previamente e incluyó las variables edad, sexo, grado de recuperación percibido y tipo de UCI. Todas las pruebas de significancia fueron correctas y la significación estadística se definió como $p < 0,05$. El procesamiento y análisis de datos se realizó con el paquete estadístico R versión 3.1.2 para *Windows*.

3.7.2 FASE-II

Los discursos de los grupos focales y el diario de campo fueron transcritos literalmente y se realizó su análisis de contenido con el programa NVivo 12. Este enfoque es adecuado para analizar y categorizar datos cualitativos basados en criterios empíricos o teóricos (Thorne et al., 2004).

Todos los datos obtenidos de los grupos focales y diarios se registraron palabra por palabra. Una vez que los participantes confirmaron la autenticidad de la transcripción (verificación de contenido), el texto fue segmentado en códigos descriptivos asignados según su contenido puramente semántico. En la segunda etapa, estos códigos se agruparon en subcategorías más analíticas, agrupando los códigos iniciales según el significado de las unidades lingüísticas y sus combinaciones. De esta forma, se llega a la tercera etapa jerárquica, en la que se clasifican según el propósito del estudio, teniendo en cuenta el análisis semántico de las subcategorías anteriores. Es importante mencionar que el análisis de datos fue realizado conjuntamente por dos investigadores en la primera fase de codificación

de datos y de forma independiente durante el análisis posterior. Finalmente se realizó una comparación de los resultados obtenidos.

En cuanto a los criterios de rigor en investigación cualitativa, se siguieron los criterios de confiabilidad y autenticidad de Guba y Lincoln (Guba & Lincoln, 2000). Para dar credibilidad al estudio se realizó una descripción detallada de los participantes y el contexto; se aseguró la intimidad de los pacientes que todavía estaban ingresados en el hospital para que no pudieran sentirse presionados a responder de una determinada manera; se grabó en sonido y vídeo para no perder detalle de cualquier gesto o sonido que los participantes pudieran hacer; triangulación de investigadores para el análisis de los datos; y verificación de las transcripciones por los participantes de cada grupo focal para confirmar o modificar los resultados obtenidos.

3.8 Aspectos éticos

Durante el estudio se han seguido las directrices nacionales e internacionales (código deontológico, Declaración de Helsinki) y la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales). Se ha obtenido la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de los centros participantes (nº2018/7818/1). Respecto a la ética del proceso de participación, los sujetos de forma voluntaria accedieron a participar y firmaron el consentimiento informado, previa descripción por escrito y verbalmente de toda la información relacionada con el estudio y con sus objetivos. Para preservar la confidencialidad de los sujetos de estudio, se utilizaron códigos alfanuméricos, solo el equipo investigador tuvo acceso a la base de datos mediante una contraseña, ningún dato personal apareció en los informes para evitar su identificación.

4. ARTÍCULOS DERIVADOS DE LA TESIS

4.ARTÍCULOS DERIVADOS DE LA TESIS

ARTÍCULO 1: *National validation of the Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale: research protocol.*

Artículo aceptado el 16 de abril del 2023 - actualmente en producción para su publicación en la Revista *Nursing Open*.

National validation of the Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale: research protocol

Journal:	<i>Nursing Open</i>
Manuscript ID	Draft
Wiley - Manuscript type:	Study Protocol
Search Terms:	Critical Care, Quality of Care, Validity, Questionnaire
Abstract:	<p>Aim: Validate the Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale at a national level. Identify the improvement strategies recommended by the patients and professionals.</p> <p>Design: Quantitative, psychometric and cross-sectional design, descriptive and correlational. A national multicenter study.</p> <p>Methodology: Scope of study: Intensive Care Units of 20 national hospitals. Consecutive sampling (n=564). The patients will be given questionnaires after being discharged. 48 hours later, they will be given the questionnaire again (temporal stability). To validate questionnaire, the internal consistency (Cronbach's Alpha) and temporal stability (test re-test) will be analyzed. The level of satisfaction and its relation to the variables studied will be evaluated with descriptive statistics and inferential for the relation between variables ($p < 0.05$).</p> <p>Subsequently, discussion groups will be held with patients and professionals to identify strategies to improve patient satisfaction.</p> <p>Results: Improve the quality of nursing care by modifying, changing or strengthening behaviors, skills, attitudes or areas for improvement involved in the process.</p>

1. INTRODUCTION

The Intensive Care Unit (ICU) is the section of the hospital in which patients are admitted and due to the critical state of their health need constant and specialized care around the clock. An interdisciplinary healthcare team in the ICU, offering multidisciplinary care to guarantee optimal conditions in terms of safety, quality and efficiency to fulfill the needs of such patients with the potential to recover (Palanca, Somoza, Estebaranz, Sobrino & Caparrós, 2010; Holanda et al., 2016).

In view of their characteristics, critical patients require holistic care that caters not only for their biological, physical and emotional requirements, but also for their needs in terms of their background, values, experiences, beliefs and culture (Wolf, Lehman, Quinlin, Zullo & Hoffman, 2008). The use of technology and personalized, individualized care must on the one hand, help provide physical safety, and on the other hand psychological, spiritual, social, human and ethical security, enabling us to understand the person holistically (Romero-García et al., 2013; Jover-Sancho et al., 2015; Thomas, Quirk, Quatra, & Letzkus, 2017; Ng & Luk, 2018).

Therefore, it is important that nurses working in the ICU have developed the competencies related to interpersonal skills, abilities and attitudes. This will allow them to provide optimal care and that the patient is treated from a more empathetic perspective and will take into account all their subjectivity (Delgado-Hito et al., 2001; Watson 2009; Fong, Xin & Wai, 2017).

Humanization of ICU trend is triggering a paradigm. A conceptual framework of humanization includes aspects related to the flexibility of visiting hours, communication, patient and professional well-being, family participation in care, professional burnout syndrome, post-ICU syndrome, humanized architecture and infrastructure and care at the end of life (Heras, Martin & Nin, 2017). In this way, studies on patient satisfaction have proliferated as a fundamental indicator of the level of humanization and quality of care (Palese et al., 2017; Canabal & Hernández, 2017; Rojas, 2019).

For many years, measuring patient satisfaction focused on gauging the satisfaction of their relatives. However, recent studies examine the degree of congruence between the family's satisfaction and the level of satisfaction of the patient themselves whereby, in the case of competent patients, satisfaction is measured

based on or complemented by input from the patient, whenever possible (Canabal & Hernández, 2017; Guerra-Martín & González-Fernández, 2020; Holanda et al., 2016; Mukhopadhyoy et al., 2016). Moreover, other authors affirm that patient satisfaction with hospitalization is directly related to their satisfaction with nursing care (Otani et al., 2009), which is the main component of health maintenance and rehabilitation (Gonzalez, Padin & de-Ramon, 2005). As a result, patient satisfaction with nursing care has become a decisive factor in the quality of hospital care (Wagner & Bear, 2009; Mosaffay, 2018; Ajken et al., 2018).

1.1 Background

Numerous authors have designed patient satisfaction questionnaires that have been recognized and validated for evaluating various types of care in a range of settings (Babakus and Mangold, 1992; Davis and Bush, 1995; La-Monica et al., 1986; Larson and Ferketich, 1993; Laschinger et al., 2005; Lynn et al., 2007; McColl et al., 1996; Thomas et al., 1996; Risser, 1975; Romero-García et al., 2018).

However, the vast majority of these instruments were designed without taking into account the perspective of patients in highly complex and specialized departments such as Intensive Care Units (Sepúlveda, Rojas, Cárdenas, Guevara, & Castro, 2009; Romero-García & Trujols-Albet, 2015; Romero-García et al., 2018). The use of instruments which did not take into account the patient's perspective in their design and validation can generate bias as they only consider opinions and preferences of professionals who provided the services and obviates aspects that are important for patients (Mira & Aranaz, 2000; Nieto-Blasco et al., 2020; Romero-García & Trujols-Albet, 2015). Therefore, it is necessary to include all the aspects that patients consider significant during their hospitalization in order to improve the care they receive (Kisorio & Langley, 2019; Romero-García et al., 2018).

Moreover, developing truly patient-centered care requires the evaluation of this care to be equally patient-centered. Such an evaluation is only possible if, among other requirements (such as being psychometrically robust), it incorporates the degree to which the patients' perspective is taken into account by the instrument (Romero-García & Trujols-Albet; 2015). In this respect, from the perspective of patients admitted to ICU, a combination of humanistic and scientific factors ensure

satisfactory nursing care, as long as they are provided continually and are aimed at giving patients security, wellbeing and confidence (Romero-García et al., 2013). Under these premises, the Multifactorial Model of Nursing Intensive Care Satisfaction (MMNICS) (Romero-García et al., 2013; Romero-García et al., 2018) was developed to create the Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale (NICSS), to become the first nursing care satisfaction questionnaire to incorporate the patient's perspective within both the design and the validation in the context of ICUs (Romero-García et al., 2018).

The Multifactorial Model of Intensive Nursing Care Satisfaction (MMNICS) (Romero et al., 2013) arises from the four emerging dimensions when conceptualizing the concept of critical patient satisfaction with nursing care from a previous qualitative study using the Grounded Theory method according to Strauss and Corbin (2002). These dimensions are holistic care including the physical and psycho-emotional aspects of care, verbal and non-verbal communication modes, professional behaviors, and finally, the consequences of receiving satisfactory nursing care expressed as feelings and experiences

The research team worked on the different categories identified within the four MMNICS emerged dimensions of the previous qualitative study (Romero et al., 2013) as the base to design the NICSS (Romero-García et al., 2018). Wording of items followed uniformity criteria and included original words expressed by patients to describe their own experiences instead of broader terms used by researchers (Lasch et al., 2010).

Some authors suggest that the individualization of care is an indicator of patient satisfaction and a result of the care received, with there being a significant association between the two (Suhonen et al., 2012; Kol, Arikani, Ilaslan, Akinici, & Cuma, 2017; Mosaffay, 2018; Fong, Xin & Wai, 2018; Al-Awamreh & Suliman, 2019; Büsra & Koç, 2020). Moreover, patients who have received individualized care participate more in their care, which is related to higher patient satisfaction (Stalpers, Van Der Linden, Kalijouw & Schuurmans, 2016). The opposite occurs when patients perceive a lack of nursing care, which is associated with nursing understaffing and poor hospital work environments. In such situations, patient satisfaction is low (Aiken et al., 2018). These contributions reiterate the idea that all

non-individualized care is experienced by patients as impersonal and technical or, ultimately, lacking empathy and humanity.

In view of the investigations to date, and the lack of information published on measuring patient satisfaction using a scale that incorporates their perspective, the validation of the Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale (NICSS) must be continued throughout Spain in other organizational and clinical contexts to develop an instrument that evaluates satisfaction with nursing care from the critical patient's perspective.

Furthermore, attempts must be made to identify the sociodemographic, clinical and organizational variables associated with their level of satisfaction, in line with the positive trend towards creating optimistic health care institutions and humanizing infrastructures. In addition, the strategies indicated by the patients and professionals to improve their level of satisfaction must be explored.

2. THE STUDY

2.1 Aims

1. Validate the Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale in ICUs throughout Spain.

2.2 Design and methodology

A multicenter design will be applied. We will use quantitative psychometric methodology for the validation of the scale.

2.2.1 Study setting

Adult ICUs in public and private secondary- and tertiary-level hospitals throughout Spain. There will be nineteen UCIs participating in Spain: fifteen from public hospitals (five level II and ten level III) and four from private hospitals (three level II and one level-III).

2.3 Participants

The study population will be all patients discharged from the 19 participating ICUs between December 2018 to December 2019. The sample size, estimated to be 564, was calculated based on the number of items included in the NICSS, with between 5 and 10 participants per item accepted for scales with over 20 items (Cortina, 1993; Streiner, 2003) and a 15% loss rate. Sampling was non-probabilistic and proceeded consecutively until we had achieved the necessary number of patients meeting the following inclusion criteria: 1) Oriented to time, place, and person, and 2) Able to read and write. The exclusion criterion was being discharged to another hospital or directly to the patient's home. Patients discharged to another hospital or their home are excluded because of the loss of patient motivation and follow up difficulty. Personalized delivery of the questionnaire could facilitate the assessment of patient understanding for the subsequent completion (Christoglou et al., 2006).

2.4 Study measures

Organized into four blocks:

- **Variables related to level of satisfaction:** overall level of satisfaction, level of satisfaction in relation to holistic care, level of satisfaction in relation to communication methods, level of satisfaction in relation to professional behaviors, and level of satisfaction in relation to consequences. The variables are rated using a Likert-type scale with 6 response options ranging from 1 "completely disagree" to 6 "completely agree".
- **Variables related to sociodemographic data:** age, sex, marital status, employment status and level of education.
- **Organizational variables:** type of ICU (multipurpose or specialized), public/subsidized or private hospital, nurse/patient ratio, number of boxes and type of box (open or closed).
- **Variables related to clinical data:** length of stay in ICU, hours of mechanical ventilation (intubated, tracheotomized or non-invasive mechanical ventilation), diagnosis on admission to ICU, APACHE II, SOFA, previous admission to ICU, invasive treatment performed (arterial catheter, central venous catheter, peripheral venous

catheter, conventional dialysis, hemofiltration, extracorporeal membrane oxygenation, intra-aortic balloon pump, external pacemaker, drainage, urinary catheterization, nasogastric intubation), perception of state of health (Likert-type scale with 10 response options, from 1 “terrible” to 10 “excellent”) and perception of degree of recovery (Likert-type scale with 10 response options, from 1 “no improvement at all” to 10 “completely recovered”).

2.5 Procedure and data collection

The NICSS will be used to evaluate the level of satisfaction, which includes 49 items distributed into 4 factors. The first three refer to the patient’s experiences in relation to the nursing care received, with a total of 37 items, 20 of which correspond to the Holistic Care factor, 6 items to the Communication Modes factor, and 11 items to the Professional Behavior factor. The Consequences factor refers to the patient’s experiences and feelings as a consequence of the nursing care received, with a total of 12 items. The score for each factor will be obtained by adding the scores for the items in the following way (Table 1):

Factor 1. Patient’s experience of the nursing care received holistically, calculated as the sum of 20 items, with a minimum score of 20 and maximum score of 120.

Factor 2. Patient’s experience of the communication methods, calculated as the sum of 6 items, with a minimum score of 6 and maximum score of 36.

Factor 3. Patient’s experience of professional behaviors, calculated as the sum of 11 items, with a minimum score of 11 and maximum score of 66.

Factor 4. The patient’s feelings and experiences as a consequence of the nursing care received, calculated as the sum of 12 items, with a minimum score of 12 and a maximum score of 72. In each section, there are 3 items (44, 48 and 49) asked in a positive format, but which express an unfavorable opinion, so the score in these cases is inverted.

Table 1. NICSS Configuration

NURSING INTENSIVE CARE SATISFACTION SCALE							
<i>Factor 1</i>		<i>Factor 2</i>		<i>Factor 3</i>		<i>Factor 4</i>	
<i>HOLISTIC CARE</i>		<i>COMUNICATION MODES</i>		<i>PROFESSIONAL BEHAVIOURS</i>		<i>CONSEQUENCES</i>	
Item nº 6	+	Item nº 1	+	Item nº 2	+	Item nº 38	+
Item nº 7	+	Item nº 20	+	Item nº 3	+	Item nº 39	+
Item nº 8	+	Item nº 25	+	Item nº 4	+	Item nº 40	+
Item nº 12	+	Item nº 26	+	Item nº 5	+	Item nº 41	+
Item nº 14	+	Item nº 30	+	Item nº 9	+	Item nº 42	+
Item nº 15	+	Item nº 33	+	Item nº 10	+	Item nº 43	+
Item nº 16	+			Item nº 11	+	Item nº 44	-
Item nº 17	+			Item nº 13	+	Item nº 45	+
Item nº 18	+			Item nº 28	+	Item nº 46	+
Item nº 19	+			Item nº 31	+	Item nº 47	+
Item nº 21	+			Item nº 35	+	Item nº 48	-
Item nº 22	+					Item nº 49	-
Item nº 23	+						
Item nº 24	+						
Item nº 27	+						
Item nº 29	+						
Item nº 32	+						
Item nº 34	+						
Item nº 36	+						
Item nº 37	+						

A score between 49 and 122 will correspond to a fairly dissatisfied critical patient, between 123 and 220, a fairly satisfied patient, and between 221 and 294, a very satisfied patient.

The reliability of the NICSS overall is 0.95 and, in the case of the factors, it varies between 0.7 and 0.91. Good temporal stability is achieved, with an intraclass correlation coefficient of the total scale of 0.83 (Romero-García, 2018). The construct validity indicates an acceptable fit and a factor structure with 4 factors. The questionnaire is easy to complete and takes 10-15 minutes, meaning that it can be administered as a matter of standard practice to patients discharged from the ICU.

To gather the patients' sociodemographic and clinical data and the organizational data of the ICU, two ad-hoc have been drafted. Once the patient is discharged from the ICU and then, after 48 hours, they will be contacted in the hospital room where

they have been admitted to request their participation. At that point, in the ward to which the patient has been transferred, they will be given detailed information about the study and asked to give their informed consent. If they agree, they will be given the NICSS scale, the questionnaire with general questions and the form to collect the patient's sociodemographic data. Likewise, the collaborating researcher at each hospital must complete the form to gather the clinical and organizational variables. With an interval of 48 hours after the first questionnaire, the patient will be contacted and given the NICSS again in order to analyze temporal stability (Gómez & Hidalgo, 2002) (Figure 1).

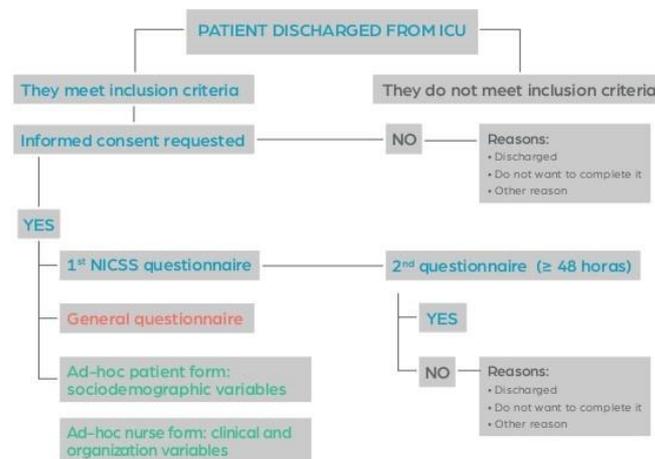


Fig. 1 Procedure for data collection

Lastly, the completed questionnaires will be assigned an alphanumeric code to guarantee the confidentiality and anonymity of the study participants. The information gathered will be transcribed using Microsoft Access 2007.

2.6 Data analysis

To describe the sociodemographic, clinical and organizational variables, the mean, standard deviation (SD), median and range will be calculated in the case of quantitative variables, and the frequencies and percentages in the case of qualitative variables.

The descriptive analysis of the NICSS items will be based on frequencies, response percentages with respect to the different categories, mean, standard deviation (SD) and variance. The homogeneity coefficient of the corrected items will also be calculated, estimating the correlations of each item with the overall scale and its corresponding subscale, accepting a lower limit of correlation of 0.30.

The internal consistency analysis will be based on Cronbach's α , taking values of 0.7 as acceptable. The test-retest reliability will be calculated using the intraclass correlation coefficient (ICC), taking values between 0.70 and 0.79 as acceptable agreement, between 0.80 and 0.89 as good agreement, and over 0.90 as very good agreement (Cicchetti, 1994). The construct validity will be calculated using confirmatory factor analysis (CFA), while the fit of the model proposed in the CFA will be evaluated using the indicators of absolute, incremental and parsimonious fit.

The statistical package used to process the data and for its statistical analysis is R version 3.1.2 for Windows and EQS version 6.1 for confirmatory factor analysis. Statistical significance is set at a level of probability $p < 0.05$.

2.7 Ethical considerations

The study will comply with the national and international guidelines (code of ethics, Declaration of Helsinki) and all legal regulations on data confidentiality (Organic Law 3/2018, of 5th December, on Personal Data Protection and Guaranteeing Digital Rights). Approval has been given by the Ethics Committee of the participating hospitals (REDACTED). With respect to the ethics of the participation process, the subjects will voluntarily access the questionnaire to participate and will sign the informed consent, after receiving a written and verbal overview of all the information related to the study and its objectives. To preserve the confidentiality of the subjects of the study, alphanumeric codes will be used. Only the research team will have access to the database, which is protected with a password. No personal data will appear on the reports to prevent identification.

2.8 Validity, reliability and rigor

The multidisciplinary composition of the members of the research group combines different degrees of research expertise, from experts to trainee researchers and practicing nurses. The group includes specialists in psychometrics, satisfaction questionnaires, humanization and intensive care at both an academic and health care level. The study has been authorized by the creator of the NICSS Scale, who also collaborated in the research.

The following strategies are used to ensure the reliability, validity and rigor of the study: a sample calculation is performed taking into account the number of items on the questionnaire and a 15% loss rate; the instrument has already been validated in a specific ICU context.

3. DISCUSSION

Patient satisfaction with the nursing care provided in ICUs has still not been studied widely with validated instruments that incorporate the patient's perspective (Romero-García et al, 2018). In many cases, little value is placed on their satisfaction, given the severity of the situation that many of them have been in. However, attempts are increasingly being made to humanize critical care taking into account the opinion of the patients themselves (Kisorio & Langley, 2019). The NICSS is the first satisfaction scale designed and validated based on the perspective of critical patients, enabling us to quantify their real degree of satisfaction when discharged from the Intensive Care Unit (Romero-García et al, 2018).

With respect to the results, we expect the NICSS to have a great impact and to be widely implemented in critical care units, enabling us to reevaluate patient satisfaction constantly in order to achieve excellence in nursing care, underpinned by the commitment of the professional role. This commitment, both on a personal and collective level, in search of excellence will correspond to a humanized organization aware of the vulnerability of others and the patient's need for help. All this requires a change of attitude and a commitment to position the person as the central axis of care.

3.1 Limitations

There may be a survivorship bias due to the fact that critical patients may die during their time in the ICU and cannot therefore be surveyed. For this reason, a percentage of losses due to death has been considered in the sample size calculation. Moreover, dissatisfied patients may not complete the questionnaires. In addition, it may be difficult to compare the results obtained in the study with other research that also evaluates patient satisfaction, as the other studies may not have incorporated the critical patient's perspective in the design and validation of the study. Lastly, it is possible that the patient remembers and repeats their responses from the first questionnaire, even though they take the second questionnaire after the recommended interval of 48 hours (Gómez & Hidalgo, 2002).

4. CONCLUSION

The NICSS Scale enables the rigorous quantification of the aspects that the patients take into account when evaluating the quality of nursing care from the critical patient's perspective. Furthermore, it identifies aspects for improvement, enabling professionals, managers and administrators to develop and implement an action plan to increase the quality of care by modifying, changing or strengthening behaviors, skills and attitudes involved in health care in general.

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

There is no conflict of interest by the authors in relation to the study itself.

REFERENCES

- Aiken, L., Sloane, D., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, AM., & Griffiths, P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *British Medical Journal Open*, *8*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>
- Al-Awamreh, K., & Suliman, M. (2019). Patients' satisfaction with the quality of nursing care in thalassemia units. *Applied Nursing Research*, *47*, 46-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2019.05.007>
- Babakus, E., & Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, *26*, 767-786.
- Büsra, C., & Koç, Z. (2020). Quality of life and satisfaction affect individualized nursing care perceptions in intensive care. *Psychology, Health & Medicine*, *25*, 148-159. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1654110>
- Canabal, A., & Hernández, G. (2017). ¿Puede la satisfacción de los pacientes y familiares influir en la gestión de los servicios de medicina intensiva? [Can patient and family satisfaction influence the management of department of intensive care medicine] *Medicina Intensiva*, *41*, 67-69. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.12.010>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, *6*(4), 284-290. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- Christoglou, K., Vassiliadis, C., & Sigalas, I. (2006). Using SERVQUAL and Kano research techniques in a patient service quality survey. *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*, *42*(2), 21-26.
- Delgado-Hito, P., Sola-Prado, A., Mirabete-Rodríguez, I., Torrents-Ros, R., Blasco-Afonso, M., Barrero-Pedraza, R., ... Quinteiro-Canedo, M. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. [Modification of nursing practice through reflection:

participatory action research] *Enfermería Intensiva*, 12, 110-126.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(01\)78029-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(01)78029-7)

Fong, B., Xin, J., & Wai, W. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human Resources for Health*, 15, 1-22. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>

González, M.A., Padín, S., & de Ramón, E. (2005). Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. [Patient satisfaction with nursing care] *Enfermería Clínica*, 15, 147-155. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71101-3](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71101-3)

Gómez, J., & Hidalgo, M. D. (2002). La validez en los test, escalas y cuestionarios [The validity of tests, scales and questionnaires] University of Antioquia. Faculty of Social and Human Sciences. *Centros de estudios de opinión*. Retrieved from <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/viewFile/1750/70>

Guerra-Martín, M.D. & González-Fernández, P. (2020). Satisfacción de pacientes y cuidadores familiares en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión de la literatura. [Satisfaction of patients and family caregivers in adult intensive care units: Literature Review] *Enfermería Intensiva*.

Heras, G., Martin, M.C., & Nin, N. (2017). Seeking to humanize intensive care. Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 29(1), 9–13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>

Holanda, M.S., Marina, N., Ots, E., Lanza, J.M., Ruiz, A., García, A., ... Llorca, J. (2016). Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. [Satisfaction in the Intensive Care Unit (ICU). Patient opinion as a cornerstone] *Medicina intensiva*, 41, 78-85.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.06.007>

Jover, C., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., Cueva-Ariza, L., Solà-Solé, N., Acosta-Mejuto, B., ... Juandó-Prats, C.L. (2015). Perception of UCI nurses in relation with satisfactory care: convergences and divergences with the perception of

critical patients. *Enfermería Intensiva*, 26, 3-14.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.12.002>

Kisorio, L., & Langley, G. (2019). Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit. *British Association of Critical Care Nurses*, 24, 392-398.
<https://doi.org/10.1111/nicc.12409>

Kol, E., Arikan, F., Ilaslan, E., Akinici, M., & Cuma, M. (2017). A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patient satisfaction and related factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey. *Collegian*, 442. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2017.03.006>

La-Monica, E.L., Oberst, M.T., Madea, A.R., & Wolf, R.M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research Nursing and Health*, 9, 43-50.
<http://dx.doi.org/10.1002/nur.4770090108>

Larson, P., & Ferketich, S. (1993). Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 690-707.
<http://dx.doi.org/10.1177/019394599301500603>

Laschinger, HS., Hall, L., Pedersen, C., & Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal Nursing Care Quality*, 20, 220-230. <http://dx.doi.org/10.1097/00001786-200507000-00006>

Lynn M.R., McMillen B.J. & Sidani S. (2007). Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Nursing Care. *Nursing Research*, 56, 159-166.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.NNR.0000270025.52242.70>

Mira J.J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida de la atención sanitaria. [Patient satisfaction as a measure of health care] *Medicina Clínica*, 114, 26-33.

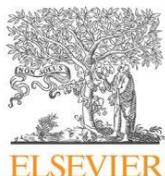
Mosaffay, H. (2018). The dataset for relationship between the nurses to patients ratio and patients satisfaction with nursing care. *Data in Brief*, 21, 2149-2154.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.dib.2018.11.026>

- Mukhopadhyoy, A., Song, G., Sim, P., Ting, K., Youu, J., Wang, Q., ... Kowitlawakul, Y. (2016). Satisfaction Domains Differ Between the Patient and Their Family in Adult Intensive Care Units. *BioMed Research International*, 16, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2016/9025643>
- Ng, J., & Luk, Bronya. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Education and Counseling*, 102, 790-796. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>
- Nieto-Blasco, J., Mendoza-García, J.L., Vicente-Blanco, M.V., Calvo-Vera, A.B., Lobato-Benito, L., & Rubio-Gil, F.J. (2020). Diseño y validación del cuestionario SAREHA para evaluar la satisfacción de los pacientes en un Servicio de Rehabilitación [Design and validation of SAHERA questionnaire to assess patient satisfaction in a Rehabilitation Service]. *Journal of Healthcare Quality Research*, 35, 73-78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.03.003>
- Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K.M., Boslaugh, S., Burroughs, T.E., Dunagan, W.C., 2009. Patient satisfaction: focusing on "excellent". *J Healthc Manag.* 54(2):93-102.
- Palanca, I., Somoza, J., Estebaranz, F., Sobrino, J.L., & Caparrós, J.L. (2010). Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. [Intensive Care Unit. Standards and recommendations] Ministerio de Sanidad [Spanish Ministry of Health]. Madrid. Available: <https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- Palese, A., Gonella, S., Fontanive, A., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., ... Saiani, L. (2017). The degree of satisfaction of in-hospital medical patients with nursing care and predictors of dissatisfaction: findings from a secondary analysis. *Nordic College of Caring Science*, 31; 768-778. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12396>
- Risser, N.L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing research*, 24, 45-52. <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-197501000-00011>

- Rivera de Castillo, BM. (2020). Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de pacientes en la unidad de cuidados intensivos maternos (Tesis doctoral). [Nursing humanized care and patient satisfaction at the Maternal Intensive Care Unit (Doctoral thesis)] Retrieved from <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15759>
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. [Humanization of intensive care] *Revista Médica Clínica las Condes*, 30, 120-125. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005>
- Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Jover-Sancho, C., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Sola-Ribo, M., ... Sola-Sole, N. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. [Perception of the critical patient on nursing cares: an approach to the concept of satisfaction] *Enfermería Intensiva*, 24, 51-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>
- Romero-García, M., & Trujols-Albet J. (2015). Hacia una mayor incorporación de la perspectiva del paciente en el diseño de los instrumentos de evaluación de la efectividad y calidad de los cuidados. [Towards increased incorporation of the patient perspective in the design of evaluation tools for the evaluation of efficiency and quality of patient care] *Enfermería Intensiva*, 26(1), 1-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2015.01.001>
- Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Benito-Aracil, L., Lluch-Canut, T., Trujols-Albet, J., Martínez-Momblan, ... Delgado-Hito, P. (2018). Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale [NICSS]: Development and validation of a patient-centered instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 1423-1435. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13546>
- Sepúlveda, G.J., Rojas, L.A., Cárdenas, O.L., Guevara, E., & Castro, A.M. (2009). Estudio piloto de la validación del cuestionario "Care-Q" en versión al español en población colombiana [Pilot study for the validation of the Care Q questionnaire version in Spanish in colombian population]. *Revista Colombiana de Enfermería*, 4, 8-25. <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v4i4.1408>

- Stalpers, D., Van Der Linden, D., Kalijouw, M., & Schuurmans, M. (2016). Nurse - perceived quality of care in intensive care units and associations with work environment characteristics: a multicentre survey study. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 1482-1490. <https://doi.org/10.1111/jan.13242>
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Lei no- Kilpi, H., ... Merkouris, A. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualized nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 372-380. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x>
- Thomas, L.H., McColl, E., Priest, J., Bond, S., & Boys, R.J. (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 5, 67-72. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.5.2.67>
- Thomas, S., Quirk, L., Quatrara, B., & Letzkus, L. (2017). Incongruence in Perceptions. Identifying Barriers to Patient Satisfaction in the Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36, 349-354. <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0000000000000267>
- Wagner, D., & Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal Advanced Nursing*, 65, 692-70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04866.x>
- Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. New York: Springer.
- Wolf, D.M., Lehman, L., Quinlin, R., Zullo, T., & Hoffman, L. (2008). Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Care Quality*, 23, 316-321. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NCQ.0000336672.02725.a5>

ARTÍCULO 2: *Psychometric properties of the nursing intensive care satisfaction scale: a multicenter cross-sectional study.*



Contents lists available at ScienceDirect

Australian Critical Care

journal homepage: www.elsevier.com/locate/aucc

Research paper

Psychometric properties of the Nursing Intensive Care Satisfaction Scale: A multicentre cross-sectional study

Marta Romero-García, RN PhD ^{a, b, c}, Isidro Alcalà-Jimenez, RN MSc ^d,
 María Antonia Martínez-Momblan, RN PhD ^{a, e}, Laura de la Cueva-Ariza, RN MSc ^{a, b, c},
 Cecilia Cuzco, RN PhD ^a, Sergio Alonso, RN PhD ^{a, b}, Lúcia Benito-Aracil, RN PhD ^{a, b, *},
 Pilar Delgado-Hito, RN PhD ^{a, b, c}

^a Department of Fundamental and Medical-Surgical Nursing, School of Nursing, University of Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain; ^b GRIN-IDIBELL, Institute of Biomedical Research, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain; ^c International Research Project for the Humanization of Health Care, Proyecto HU-CI. Collado Villalba, Madrid, Spain; ^d Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona, Spain; ^e Biomedical Research Networking Centre of Rare Diseases (CIBER-ER), Unit 747 ISCIII, Madrid, Spain

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received 6 December 2021

Received in revised form

3 February 2022

Accepted 12 March 2022

Keywords:

Critical care

NICSS

Nursing care

Patient satisfaction

Psychometrics

Validation

ABSTRACT

Background: Patient satisfaction with nursing care is an indicator of patient satisfaction with the hospital stay in general. The Nursing Intensive Care Satisfaction Scale is the only scale about patient satisfaction with nursing care received in an intensive care unit that incorporates the critically ill patient's perspective into its design and validation. We validated the scale nationally, incorporating intensive care units at public and private hospitals of different levels of complexity in Spain.

Objectives: The objective of this study was to validate in Spanish intensive care units the Nursing Intensive Care Satisfaction Scale, a patient-centred questionnaire that evaluates recently discharged intensive care patients' satisfaction with the nursing care they received.

Design: We used a psychometric quantitative methodology and a descriptive cross-sectional design.

Setting and participants: The study was conducted in intensive care units at level II and III public and private hospitals throughout Spain. The study population was all patients discharged from intensive care units from December 2018 to December 2019 from the 19 participating hospitals. We used consecutive sampling until reaching a sample size of 677 patients. The assessment instruments were given to patients at discharge and 48 h later to measure temporal stability.

Methods: The validation process included the analysis of internal consistency (Cronbach's α coefficient), temporal stability (test-retest), construct validity through a confirmatory factor analysis, and criterion validity using the Pearson correlation coefficient and three criterion items that assessed similar constructs.

Results: The reliability of the scale was 0.97, and the factors obtained values between 0.87 and 0.96. The intraclass correlation coefficient for the total scale was 0.83, indicating good temporal stability. Construct validity showed a good fit and a four-factor structure, in accordance with the theoretical model. Criterion validity presented a correlation that was between moderate and high (range: 0.46 to 0.57).

Conclusions: The Nursing Intensive Care Satisfaction Scale has good psychometric properties, demonstrating its ability to accurately measure patient satisfaction across a range of contexts in Spain. Continuous monitoring of satisfaction will allow nurses to identify areas for improvement that can increase the quality of care.

© 2022 Australian College of Critical Care Nurses Ltd. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

Patients are no longer seen—or see themselves—as mere objects of health care. Rather, they are understood as active subjects of

* Corresponding author at: Pavelló de Govern, 3^o pl. 08907 L'Hospitalet de Llobregat, Spain. Tel.: +34 934 024 225.

E-mail address: lbenito@ub.edu (L. Benito-Aracil).

<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.03.012>

1036-7314/© 2022 Australian College of Critical Care Nurses Ltd. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

their own health. Therefore, we must know patients' opinions of the care they receive, including their views of the context, processes, and results so that services can be adjusted to their needs, expectations, and priorities.^{1,2}

Patients who have received individualised care participate more in their care, which favours compliance with treatment and attendance at follow-up visits.^{3,4} In turn, patients who attend their follow-up visits have higher satisfaction.⁵ The opposite occurs when patients perceive a lack of nursing care, which is associated with nursing understaffing and poor hospital work environments. In such situations, patient satisfaction is low.⁶

The concept of satisfaction in relation to health care has been subject to a paradigm shift, leaving behind a model in which professionals assumed that they knew what satisfied patients, regardless of whether these assumptions coincided with patients' priorities. The paradigm shift necessitated incorporating the patient's perspective into service delivery to improve patient satisfaction.^{4,7,8}

At the same time, satisfaction is subjective and contextual, and several authors have noted that it varies across social groups. Therefore, satisfaction can only be defined in relation to the social context and to the patient's previous experiences.^{4,9–11} Importantly, a patient's satisfaction with nursing care is the best predictor of his or her overall satisfaction with the hospital stay.¹²

2. Background

Patient satisfaction is defined as the degree of convergence between the patients' expectations of ideal nursing care and the patients' perception of the care they actually receive.^{5,13} Nursing care is directed towards and centred on the patient, making patient satisfaction an important measure of the quality of care.^{10,14,15} Intensive care patients consider nursing care to be satisfactory when it is characterised by an outlook that is both humanistic and scientific, is offered continuously, and is aimed at providing them with security, well-being, and confidence.⁸

Numerous authors have designed patient satisfaction questionnaires that have been recognised and validated for evaluating various types of care in a range of settings.^{2,14,16–23} Patient satisfaction assessment questionnaires can be classified into four categories:²⁴ patient-generated (developed entirely from the patient's perspective), patient-centred (developed in a way that incorporates the patient's perspective), valued by the patient (developed without the patients' participation but valued by patients as relevant), and irrelevant to the patient (developed without the patients' participation and considered by patients to be irrelevant to them). The first two categories incorporate the patient's perspective by using mixed methods. The qualitative component gives patients a voice and makes it possible to understand their perspective.^{25,26} The quantitative component makes it possible to study the psychometric properties of the instrument and measure the results.

Delivering truly patient-centred care requires an equally patient-centred evaluation of that care. Such an evaluation will only be possible if, among other requirements such as psychometric robustness, the patients' perspective is incorporated.^{2,7} In this sense, only the Nursing Intensive Care Satisfaction Scale (NICSS)² has been specifically designed and validated to evaluate the satisfaction of critically ill patients from their perspective (Trujol's category 2). In an earlier phase, we validated the scale in Spanish with a sample of 200 patients, and the results of the confirmatory factor analysis showed correlations between some factors (F1, F2, and F3), with values slightly higher than 1. This relatively weak outcome may be the result of the sample size, as pointed out by Uriel & Aldás-Manzano.²⁷ The study also revealed that item six did not present statistically significant differences and item 11 did not

present sufficient factorial load ($r = 0.147$). Understanding the validation of an instrument as a continuous and dynamic process, we decided to perform a study with a larger sample to evaluate more fully the factorial structure of the NICSS satisfaction model. Specifically, we undertook a study to validate the NICSS in intensive care units (ICUs) across Spain to test its fit with the factorial structure of the Multifactorial Model of Nursing Intensive Care Satisfaction (MM-NICS).⁸

3. Methods

3.1. Study design and participants

We used a psychometric quantitative method and a descriptive cross-sectional design. The study was carried out in the adult ICUs of level II and III public and private hospitals throughout Spain. The study population was all patients discharged from ICUs from December 2018 to December 2019 from the 19 participating hospitals.

We calculated the sample size by considering the number of items that make up the NICSS. Because the scale had more than 20 items, we needed 5–10 participants per item.²⁸ We also predicted a 38% dropout rate. Therefore, the necessary sample size was 677. Sampling was nonprobabilistic and proceeded consecutively until we had achieved the necessary number of patients meeting the following inclusion criteria: (i) oriented to time, place, and person and (ii) able to read and write. The exclusion criterion was being discharged to another hospital or directly to the patient's home. We considered the number of annual admissions at each ICU to obtain the necessary sample size.

3.2. Data collection and procedure

The following instruments were used.

The NICSS² has a total of 49 items distributed in four factors. The first three are related to the experiences of the critically ill patient in relation to the nursing care received—Factor 1: Holistic Care (20 items), Factor 2: Communication Modes (six items), and Factor 3: Professional Behaviors (11 items). The final factor covers patients' experiences of and feelings about the nursing care received: Factor 4: Consequences (12 items). Each of the items is measured on a Likert-type scale, with six answer options (1 = “strongly disagree” to 6 = “strongly agree”). The score for each factor is obtained by adding the points of the items as follows—Factor 1: Holistic Care (minimum of 20 and maximum of 120), Factor 2: Communication Modes (minimum of 6 and maximum of 36), Factor 3: Professional Behaviors (minimum of 11 and maximum of 66), and Factor 4: Consequences (minimum of 12 and maximum of 66). In Factor four, there are three items (44, 48, and 49) formulated positively but expressing an unfavourable opinion; therefore, the scoring is reversed. Three criterion items evaluate similar constructs with respect to general satisfaction (item 50), the intent to return to the same ICU, if necessary (item 51), and expectations met (item 52).

An NICSS total score between 49 and 130 is interpreted as meaning that the patient is not satisfied, from 131 to 212 that he or she is quite satisfied, and from 213 to 294 that he or she is very satisfied with the nursing care received in the ICU. The reliability of the total NICSS is 0.95, and that of the factors is between 0.7 and 0.91. The NICSS presents good temporal stability with an intraclass correlation coefficient for the total scale of 0.83. Construct validity shows acceptable fit and a four-factor structure. Criterion validity presented a correlation between low and high (range: 0.42–0.68).²

We used an ad hoc form to collect sociodemographic and clinical information about the patients and organisational information about the participating hospitals. The sociodemographic variables

were age, sex, marital status, employment status, and level of education. The clinical variables were the days of stay in the ICU, diagnosis at admission, previous admissions to the ICU, perceived health state (Likert-type scale with 10 response options, ranging from 1 “terrible” to 10 “excellent”), and perception of the degree of recovery (Likert-type scale with 10 response options, ranging from 1 “I haven't improved at all” to 10 “I've fully recovered”). The organisational variables were hospital type, ICU cubicle type, and nurse-to-patient ratio.

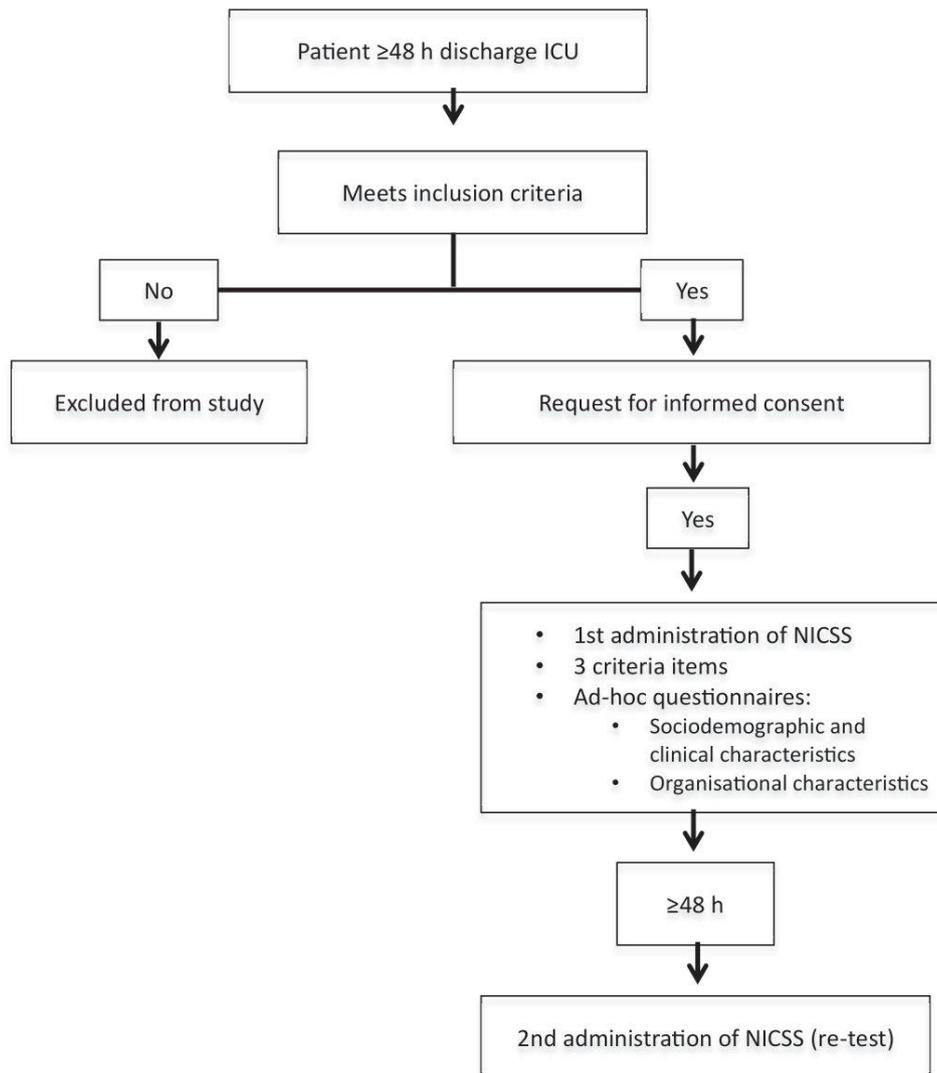
Once the patient was discharged from the ICU to general care and within a period not exceeding 48 h, the collaborating investigator of each of the participating ICUs contacted the patient to offer him or her detailed information about the study and to seek informed consent. If the patient agreed to participate, he or she was given the inclusion and exclusion criteria, the NICSS scale, and the sociodemographic data sheet to fill out on his or her own. The collaborating researcher collected the completed questionnaires

within 24 h. The collaborating researcher completed the organisational data form and the clinical data form from the patient's medical history. Forty-eight hours after the patient filled out the study questionnaires, he or she was contacted to fill out the NICSS again so that we could analyse the temporal stability of the responses (Fig. 1).

We removed names and assigned a code to the completed questionnaires to guarantee confidentiality. The information collected was entered into Microsoft Access 2007.

3.3. Statistical analysis

We evaluated whether any of the items had a nonresponse rate $\geq 20\%$, a level of variability $< 10\%$ (variance < 0.225),²⁹ a response rate of $> 90\%$ in any of the valid response categories, and an item-total correlation < 0.3 . In addition, following the recommendation of Ferketich,³⁰ we evaluated whether any items of the



NICSS: Nursing Intensive Care Satisfaction Scale

Fig. 1. Procedure for data collection. ICU, intensive care unit; NICSS, Nursing Intensive Care Satisfaction Scale.

questionnaire presented either of the following descriptions: (i) the mean correlation between the item and the other items was not between 0.30 and 0.70 or (ii) less than 25% of the correlations were between 0.30 and 0.70. None of the items showed inadequate values, and therefore, none were eliminated. The factorial structure was considered statistically valid to explain the responses obtained through the NICSS since this structure coincided with the MM-NICS.^{31,32}

To evaluate the goodness of fit of the model, we used the following indicators.³³ To quantify absolute fit, we used (i) goodness of fit index, with values >0.90 suggesting an acceptable fit and values >0.95 an excellent fit³⁴ and (ii) root mean standard error, with appropriate values between 0.05 and 0.08.³⁵ To quantify incremental fit, we used (iii) normed fit index with recommended values >0.95.³⁶

Criterion validity was analysed using the Spearman correlation coefficient ($r > 0.5$), correlating the NICSS scores with the three criterion items: general satisfaction (item 50), the intent to return

to the same ICU, if necessary (item 51), and expectations met (item 52).

Reliability of the instrument was determined by studying its internal consistency using Cronbach's α , in which values >0.7 indicate good consistency,^{37,38} and the test-retest was evaluated using the intraclass correlation coefficient, in which values >0.7 show acceptable consistency and >0.8 good consistency.³⁹

Data were analysed with R, version 3.1.2, for Windows and EQS, version 6.1, for confirmatory factor analysis. Statistical significance was established at a probability of $p < 0.05$.

3.4. Ethical considerations

The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki and approved by the Clinical Research Ethics Committee of the hospital (Code n°2018/7818/1). Confidentiality was protected by assigning participants a code, which was used to identify them instead of their names. Subjects demonstrated their voluntary agreement to participate in the study by signing the informed consent form. Prior to completing the questionnaire, all participants gave informed consent, confirming that they understood that participation was voluntary and anonymous and that they could withdraw at any time, and that their data would be completely confidential, stored and analysed on a secure computer, and used only for the study.

4. Results

4.1. Sample characteristics

The participating institutions were 19 hospitals in Spain: 15 public hospitals (5 level II and 10 level III) and four private hospitals (three level II and one level III). The nurse-to-patient ratio was 1:2, except in 10.5% ($n = 2$) of the hospitals, where it was 1:1.

The final sample was comprised of 677 participants, with a mean age of 59.7 (standard deviation: 15.7 years). Four hundred twenty-six participants (62.9%) were male. Table 1 shows the sociodemographic, clinical, and organisational variables.

4.2. Validity

None of the items showed a response rate greater than 90% in any of the response categories or a variability of less than 10% (variance <0.225). In addition, the different factors presented adequate homogeneity (correlation <0.3). Under these criteria, all items of the questionnaire were maintained.

The factorial structure was analysed using the least squares method. All items had a factorial load >0.3. Likewise, all items revealed statistically significant saturation, and the factors were optimally correlated with the rest of the factors (extremes: 0.84–0.99) (Fig. 2).

The absolute and incremental fit indices presented a good fit to the model with a goodness of fit index of 1, a root mean standard error of 0, and a normed fit index of 0.99. Regarding criterion validity (Table 2), the four factors of the NICSS presented a moderate to high correlation with the proposed criterion items (range: 0.46–0.57).

4.3. Reliability

Cronbach's α internal consistency coefficient was 0.97 for the total NICSS scale and >0.7 for all factors (range: 0.87–0.96) and >0.7 for all items (range: 0.72–0.93), except for item 42, which had a Cronbach's α of 0.64. A test-retest analysis was performed with 80.5% ($n = 545$) of the sample, with an interval of >48 h between

Table 1

Sociodemographic, clinical, and organisational characteristics of the sample ($n = 677$).

		n (%)	
Age	Medium (SD)	59.7 (15.7)	
Sex	Female	251 (37.1%)	
	Male	426 (62.9%)	
Employment status	Unemployed	51 (7.53%)	
	Employed	206 (30.4%)	
	In early retirement	36 (5.32%)	
	Retired	304 (44.9%)	
	Student	12 (1.77%)	
	Other situations	68 (10.0%)	
Marital status	Married	404 (59.7%)	
	Lives with a romantic partner	49 (7.24%)	
	Single	101 (14.9%)	
	Separated	22 (3.25%)	
	Divorced	40 (5.91%)	
Education	Widowed	61 (9.01%)	
	Did not finish secondary school	91 (13.4%)	
	Finished secondary school	586 (86.6%)	
Perception of health status	Median [Q1; Q3]	7.00 [5.00; 8.00]	
Perception of degree of recovery	Median [Q1; Q3]	8.00 [7.00; 9.00]	
Previous ICU admissions	Yes	217 (32.1%)	
	No	460 (67.9%)	
Length of ICU stay (days)	Median [Q1; Q3]	4.00 [2.00; 7.00]	
Diagnosis at admission	Neurological	47 (6.94%)	
	Respiratory	151 (22.3%)	
	Traumatological	45 (6.65%)	
	Hepatic	25 (3.69%)	
	Immunological	4 (0.59%)	
	Coronary	140 (20.7%)	
	Cardiac	103 (15.2%)	
	Renal	25 (3.69%)	
	Digestive	61 (9.01%)	
	Urinary	18 (2.66%)	
	Other	58 (8.57%)	
	Type of ICU	Polyvalent	564 (83.3%)
		Coronary	60 (8.86%)
Hepatic		11 (1.62%)	
Surgical		2 (0.30%)	
Respiratory		13 (1.92%)	
Trauma		14 (2.07%)	
Cardiac		13 (1.92%)	
Open		153 (22.6%)	
Type of patient cubicle	Individual closed	487 (71.9%)	
	Double closed	37 (5.47%)	

ICU: intensive care unit; SD: standard deviation; Median [Q1; Q3].

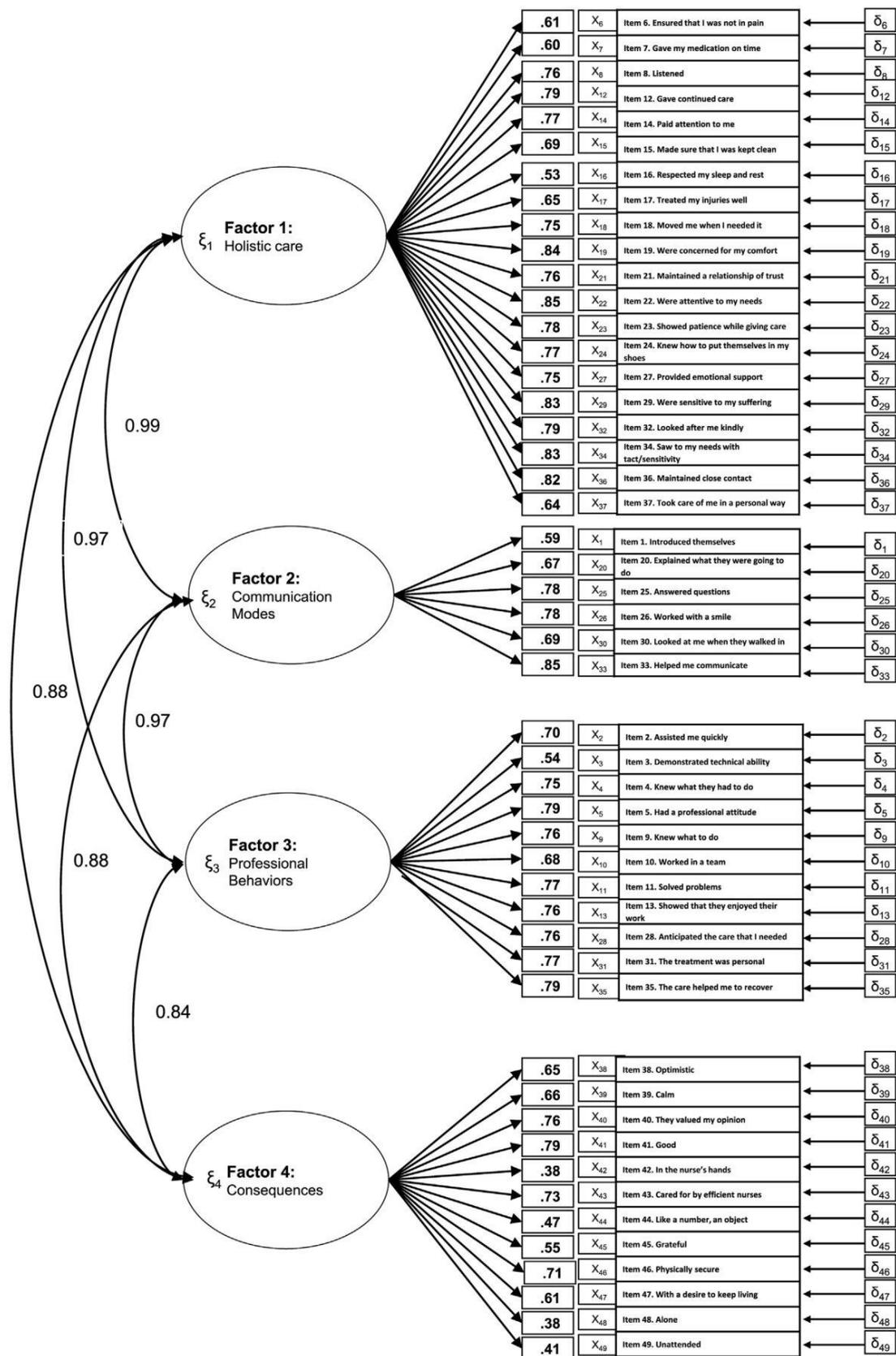


Fig. 2. Standardised parameters of the model.

Table 2
Spearman multitrait-multimethod correlations matrix.

	Item 50: Overall satisfaction		Item 51: Intent to return		Item 52: Expectations met	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
Factor 1: Holistic care	0.55	<0.001 ^a	0.52	<0.001 ^a	0.52	<0.001 ^a
Factor 2: Communication Modes	0.55	<0.001 ^a	0.46	<0.001 ^a	0.5	<0.001 ^a
Factor 3: Professional Behaviors	0.57	<0.001 ^a	0.52	<0.001 ^a	0.52	<0.001 ^a
Factor 4: Consequences	0.54	<0.001 ^a	0.46	<0.001 ^a	0.48	<0.001 ^a
NICSS Total	0.56	<0.001 ^a	0.51	<0.001 ^a	0.51	<0.001 ^a

NICSS: Nursing Intensive Care Satisfaction Scale; r: rho, Spearman's rank correlation coefficient.

^a p < 0.05.

administrations. One hundred thirty-two patients (19.5%) did not complete the NICSS again, mainly because they had been discharged from the hospital in 48.5% (n = 64) or because they did not want to continue participating in the study in 12.9% (n = 17). The total intraclass correlation coefficient was 0.83, indicating good consistency for the entire scale. The difference in mean score on the test and the retest was statistically significant for Factor 4: Consequences. For factors 1 and 3, the intraclass correlation coefficient was >0.8 (range: 0.73–0.83), indicating good consistency. For factors 2 and 4, the intraclass correlation coefficient was >0.7 and therefore acceptable (Table 3).

5. Discussion

The objective of the NICSS is to evaluate the level of patient satisfaction with nursing intensive care using a self-completed instrument whose design and validation have incorporated the perspective of the critically ill patient.^{2,8} Until now, most instruments for measuring patient satisfaction have focused on the physical and structural aspects of hospitals that are of interest to health professionals and researchers. They have not incorporated the perspective of patients themselves.⁴⁰ If patients' perspectives are not considered, the validity of the resulting data will be questionable.²⁴

5.1. Psychometric characteristics

The score for internal consistency using Cronbach's α for the overall NICSS scale was 0.97 and > 0.7 for all factors and for all items, meaning that the instrument showed good internal consistency. Likewise, the coefficient of homogeneity of the items for each of the factors showed values >0.3, and all items revealed statistically significant saturation.

If we compare the reliability results obtained from the NICSS with those of other scales that measure patient satisfaction and that have solid psychometric and clinical recognition, such as the Risser Patient Satisfaction Scale,^{23,41} the Patient Satisfaction Index,⁴² the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale,¹⁷ the Caring Assessment Report Evaluation Q-sort,⁴³ the Patient Satisfaction with

Nursing Care Quality Questionnaire,¹⁴ and the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale,⁴⁴ we see that the NICSS' results are similar and in some cases better.

The intraclass correlation coefficient showed a value of 0.83, indicating good temporal stability for the total scale, good consistency for Factors 1 and 3, and acceptable consistency for Factors 2 and 4. These results differ from those of our first attempt to validate the scale, in which Factor 2: Communication Modes obtained an unacceptable degree of consistency, leading us to propose the current research.² Of the instruments reviewed, not all studies report temporal stability. Of those that do, the most recent studies show similar values to those of the NICSS, such as the Chinese version of the Caring Assessment Report Evaluation Q-sort,⁴⁵ the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire,¹⁴ and the Risser Scale.⁴¹

Confirmatory factor analysis allowed us to identify four factors coinciding with the MM-NICS, which describes the construct of satisfaction with nursing care on the basis of four dimensions.⁸ Each of the factors presented a high degree of correlation with the other factors, indicating a good fit with the theoretical model, in which the satisfaction of critically ill patients depends on care that is based on a combination of humanistic and scientific viewpoints, is provided continuously, and supports patients' feeling of safety, well-being, and trust. The improvement in the correlations between the factors in the confirmatory factor analysis with respect to the previous validation study² shows that a larger sample was necessary to determine the fit with the theoretical model,²⁷ as hypothesised.

All the items presented an adequate factorial load and statistically significant differences from each other, unlike in our previous study, in which item six did not present statistically significant differences and item 11 had an insufficient factorial load (r = 0.147). The goodness of fit indices analysed from the confirmatory model presented a good fit to the MM-NICS.² These indices included the goodness of fit index and the root mean standard error (for measuring absolute fit) and the normed fit index (for measuring incremental fit).

Unlike the NICSS, some scales submitted to a factor analysis have been shown to have only a single factor, such as the Patient

Table 3
Test-retest analysis of the factors of the NICSS.

	Items	N	Test		Retest		p-value	ICC
			Mean	SD	Mean	SD		
F 1: Holistic Care	20	545	113.5	8.9	113.7	9.1	0.57	0.83
F 2: Communication Modes	6	545	34.1	2.8	34.2	2.8	0.38	0.79
F 3: Professional Behaviors	11	545	62.8	4.5	62.9	4.7	0.67	0.82
F 4: Consequences	12	545	67	5.9	66.5	6.4	0.02*	0.73
OVERALL NICSS SCALE	49	545	275.8	20.6	276.5	21.2	0.17	0.83

p-value: Wilcoxon signed rank-sum test for paired data.

ICC: intraclass correlation coefficient; NICSS: Nursing Intensive Care Satisfaction Scale; F: Factor.

Satisfaction Index⁴² and the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire.^{14,46} Because satisfaction is multidimensional, it makes sense to use a multifactorial instrument to evaluate it so that specific areas for improvement can be defined. In addition to the NICSS,² other multifactorial satisfaction scales include the Caring Assessment Report Evaluation Q-sort,⁴⁵ the Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale,¹⁸ and the SERVQUAL Scale,⁴⁷ but these scales do not focus on critically ill patients.

Regarding criterion validity, the correlations of the different factors of the NICSS with the criterion items about overall satisfaction, intent to be treated again at the same ICU, and expectations met, a moderate to high correlation is obtained with the proposed items (range: 0.46–0.57). These results coincide with those of other studies that show positive associations between the level of satisfaction and the criterion items used (14, 42, 46, 48, and 49).

6. Limitations

Due to the characteristics of the method and the scale, this study has some limitations. There may be a survival bias because patients who died during their stay were not able to complete the scale, for obvious reasons. It is also possible that dissatisfied patients chose not to complete the questionnaire. Additionally, public hospitals were overrepresented in the sample.

Finally, the retest presents the difficulty that participants may have remembered their responses from the first administration. The retest was also limited by the fact that some patients did not fill out the questionnaire a second time, because they either had been discharged or chose not to continue participating.

7. Conclusion

We have presented the psychometric properties of the NICSS and evaluated its ability to measure the satisfaction of a sample of critically ill patients from 19 ICUs of public and private level II and III hospitals throughout Spain. Construct validity showed a four-factor structure and robust fit with the MM-NICS theoretical model. The criterion validity of the NICSS was moderate to high when correlated with the level of overall satisfaction, the intent to be treated again at the same ICU, and expectations met. The NICSS is feasible and easy to complete for patients who have recently been discharged from the ICU.

The NICSS is a useful instrument for guiding clinical practice because it enables clinicians, to evaluate and monitor critically ill patients' satisfaction with the care they receive. Because the NICSS makes it possible to identify areas for improvement, health professionals—specifically nurses, managers, and administrators—can use it to create action plans for increasing the quality of care by modifying behaviours, skills, attitudes, or situations that play a role in nursing care in particular, and in health care in general. Additionally, its use encourages the ongoing improvement of humanised care from a perspective of professional commitment.

Our study expands the existing literature on satisfaction with nursing care in the ICU and provides a stronger case for the validity of the NICSS. Although we have focused on the Spanish health system, the NICSS is currently being adapted and validated for use in other countries, including Japan, Turkey, the United States, and Iran. Future studies could contextualise the instrument in other countries or other areas outside ICUs. This instrument is of international interest because it makes it possible to measure the satisfaction of critically ill patients in a way that incorporates the patient's perspective both in the design and validation processes.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Funding

This study had been funded by the Nurse and Society Foundation as part of the Nurse Research Projects Grants (PR-282/18), as well as financed by the Carlos III Health Institute (Ministry of Science and Innovation) and co-financed by the European Regional Development Fund, whose motto is “A way to build Europe”, FIS (PI18/00935).

CRedit authorship contribution statement

Marta Romero-García: Conceptualisation, Methodology, Supervision, Project administration, Formal analysis, Writing e-original draft, Writing e-review and editing.

Isidro Alcalá-Jimenez: Methodology, Data curation, Software, Writing e-review and editing.

María Antonia Martínez-Momblán: Writing e-review and editing.

Laura de la Cueva-Ariza: Writing e-review and editing.

Cecilia Cuzco: Writing e-review and editing.

Sergio Alonso: Writing e-review and editing.

Llúcia Benito-Aracil: Conceptualisation, Methodology, Formal analysis, Writing e-original draft, Writing e-review and editing.

Pilar Delgado-Hito: Conceptualisation, Methodology, Supervision, Project administration, Formal analysis, Writing e-original draft, Writing e-review, and editing.

Acknowledgements

The authors thank to the patients for their help, patience and participation.

The authors also thank all the main research nurses from each of the centers: Irene Otero (Hospital del Mar), Gemma Martínez (Hospital Clínic de Barcelona), Jordi Adamuz and Carlos Santos (Hospital Universitari de Bellvitge), Pilar Muñoz (Hospital Germans Trias i Pujol), Rocío Tabernero and Elisabet Gallart (Vall d'Hebron Hospital), Àngels Piñol (Hospital Verge de la Cinta Tortosa), Anna Custodi (Vic Hospital), Celia Sánchez (Son Espases University Hospital), Marisol Holanda (Marqués de Valdecilla Hospital), Ignacio Zaragoza (12 Octubre University Hospital), Cristina Diez (Gregorio Marañón Hospital), Susana Arias and Mar Sánchez (Getafe University Hospital), Marga García and Ángela Alonso (Fuenlabrada University Hospital), Gabriel Heras (University Hospital of Torrejón), Antonio Caba (San Juan de Dios Hospital of Córdoba), Ana Cristina Álvarez (Mutual Accident Hospital of Zaragoza), Juana María Gutiérrez (University Hospital of Palencia), Dolores Saiz (Albacete Hospital), Álvaro Ortega (Quironsalud Málaga Hospital) and Concepción Zaforteza (Comarcal d'Inca Hospital); as well as all the collaborating research nurses who participated in the data collection.

We thank CERCA Programme / Generalitat de Catalunya for institutional support.

Susan Frekko provided feedback on the manuscript and translated it from the original Spanish.

Appendix A. Supplementary data

Supplementary data to this article can be found online at <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.03.012>.

References

- [1] Romero-García M, Trujols-Albet J. Towards increased incorporation of the patient perspective in the design of evaluation tools for the evaluation of efficiency and quality of patient care. *Enfermería Intensiva* 2015;26(1):1–2. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.01.001>.
- [2] Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Benito-Aracil L, Lluch-Canut T, Trujols-Albet J, Martínez-Momblan MA, et al. Nursing intensive-care satisfaction scale [NICSS]: development and validation of a patient-centred instrument. *J Adv Nurs* 2018;74(6):1423–35. <https://doi.org/10.1111/jan.13546>.
- [3] Konerding U, Bowen T, Elkhuizen SG, Faubel R, Forte P, Karampli E, et al. Development of a universal short patient satisfaction questionnaire on the basis of SERVQUAL: psychometric analyses with data of diabetes and stroke patients from six different European countries. *PLoS One* 2019;14(10):1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197924>.
- [4] Ng JHY, Luk BHK. Patient satisfaction: concept analysis in the healthcare context. *Patient Educ Counsel* 2019;102(4):790–6. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>.
- [5] Iftikhar A, Allah N, Shadiullah K, Habibullah K, Muhammad AR, Muhammad H.K. Predictors of patient satisfaction. *Gomal J Med Sci* 2011;9(2): 183–8.
- [6] Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open* 2018;8(1):e019189. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>.
- [7] Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Serv Res* 2019;54(5):1023–35. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13187>.
- [8] Romero M, de la Cueva L, Jover C, Delgado P, Acosta B, Sola M, et al. Perception of the critical patient on nursing cares: an approach to the concept of satisfaction. *Enfermería Intensiva* 2013;24(2):51–62. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>.
- [9] Batbaatar E, Dorjidagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect. Public Health* 2015;135(5):243–50. <https://doi.org/10.1177/1757913915594196>.
- [10] Goh ML, Ang ENK, Chan YH, He HG, Vehviläinen-Julkunen K. A descriptive quantitative study on multi-ethnic patient satisfaction with nursing care measured by the Revised Humane Caring Scale. *Appl Nurs Res* 2016;31: 126–31. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.02.002>.
- [11] Otani K, Waterman B, Dunagan WC. Patient satisfaction: how patient health conditions influence their satisfaction. *J Healthc Manag* 2012;57(4):276–92.
- [12] Otani K, Waterman B, Faulkner KM, Boslaugh S, Burroughs TE, Dunagan WC. Patient satisfaction: focusing on “excellent”. *J Healthc Manag* 2009;54(2): 93–102.
- [13] Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed? *Rev Calif Asist* 2001;16:580–7.
- [14] Laschinger HS, Hall LM, Pedersen C, Almost J. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *J Nurs Care Qual* 2005;20(3): 220–30. <https://doi.org/10.1097/00001786-200507000-00006>.
- [15] Reck DL. Can and should nurses be aware of patients' expectations for their nursing care? *Nurs Adm Q* 2013;37(2):109–15. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3182869e03>.
- [16] Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res* 1992;26(6):767–86.
- [17] Davis B, Bush H. Developing effective measurement tools: a case study of the consumer emergency care satisfaction scale. *J Nurs Care Qual* 1995;9(2): 26–35. <https://doi.org/10.1097/00001786-199501000-00007>.
- [18] La-Monica EL, Oberst MT, Madea AR, Wolf RM. Development of a patient satisfaction scale. *Res Nurs Health* 1986;9(1):43–50. <https://doi.org/10.1002/nur.4770090108>.
- [19] Larson PJ, Ferketich SL. Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *West J Nurs Res* 1993;15(6):690–707. <https://doi.org/10.1177/019394599301500603>.
- [20] Lynn MR, McMillen BJ, Sidani S. Understanding and measuring patients' assessment of the quality of nursing care. *Nurs Res* 2007;56(3):159–66. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000270025.52242.70>.
- [22] Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys RJ. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Qual Health Care* 1996;5(2):67–72. <https://doi.org/10.1136/qshc.5.2.67>.
- [23] Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs Res* 1975;24(1):45–52. <https://doi.org/10.1097/00006199-197501000-00011>.
- [24] Trujols J, Iraurgi I, Oviedo-Joekes E, Guàrdia-Olmos J. A critical analysis of user satisfaction surveys in addiction services: opioid maintenance treatment as a representative case study. *Patient Prefer Adherence* 2014;8:107–17. <https://doi.org/10.2147/PPA.S52060>.
- [25] de la Cueva-Ariza L, Romero-García M.M, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Jover-Sancho C, Ricart-Basagaña MT, et al. Development of an instrument to measure the degree of critical patient's satisfaction with nursing care: research protocol. *J Adv Nurs* 2014;70(1):201–10. <https://doi.org/10.1111/jan.12184>.
- [26] Lasch KE, Marquis P, Vigneux M, Abetz L, Arnould B, Bayliss M, et al. PRO development rigorous qualitative research as the crucial foundation. *Qual Life Res* 2010;19(8):1087–96. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9677-6>.
- [27] Uriel E, Aldás-Manzano J. Análisis multivariante aplicado: aplicaciones al marketing, investigación de mercados, economía, dirección de empresas y turismo (Applied multivariate analysis: applications in marketing, market research, economy, business management and tourism). Madrid: Editorial Thomson; 2005.
- [28] Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess* 2003;80(1):99–103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18.
- [29] Streiner D, Norman G, Carney J. Health measurement scales a practical guide to their development and use. 5 ed. New York: Oxford University Press Publications; 2014. <https://doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001>.
- [30] Ferketich S. Focus on psychometrics aspects of item analysis. *Res Nurs Health* 1991;14:165–8. <https://doi.org/10.1002/nur.4770140211>.
- [31] Anderson J, Gerbing D. Structural equation modeling in practice: a review and recommended two-step approach. *Psychol Bull* 1988;103(3):411–23. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>.
- [32] Boomsma A. Reporting analyses of covariance structures. *Struct Equ Model* 2000;7(3):461–83. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0703_6.
- [33] Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model* 1999;6(1):1–55. <https://doi.org/10.1080/10705199909540118>.
- [34] Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, y Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online* 2003;8(2):23–74.
- [35] Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. Análisis multivariante (multivariate data analysis). 5th ed. Madrid: Prentice-Hall; 1999.
- [36] Bentler PM, Bonett DG. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychol Bull* 1980;88(3):588–606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>.
- [37] Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ*. 1997;314:572. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572>.
- [38] Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. Mexico: McGraw-Hill; 1995.
- [39] Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in Psychology. *Psychol Assess* 1994;6(4):284–90. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>.
- [40] Trujols J, Portella MJ, Iraurgi I, Campins MJ, Siñol N, de los Cobos JP. Patient-reported outcome measures: are they patient-generated, patient-centred or patient-valued? *J Ment Health* 2013;22(6):555–62. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.734653>.
- [41] Charalambous A, Adamakidou T. Risser patient satisfaction scale: a validation study in Greek cancer patients. *BMC Nurs* 2012;11:27. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-27>.
- [42] Hinshaw A, Atwood J. A patient satisfaction instrument: precision by replication. *Nurs Res* 1982;31(3):170–91.
- [43] Larson PJ. Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1984;11(6):46–50.
- [44] McColl E, Thomas L, Bond S. A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurs Stand* 1996;10(52):34–8.
- [45] Chen S-Y, Yen W-J, Lin Y-J, Lee C-H, Lu Y-C. A Chinese version of the Caring Assessment Report Evaluation Q-sort scale for measuring patients' perception on nurses' caring behaviours: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Pract* 2012;18(4):388–95. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02042.x>.
- [46] Milutinovic D, Simin D, Brkic N, Brkic S. The patient satisfaction with nursing care quality: the psicometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scand J Caring Sci* 2012;26(3):598–606. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00969.x>.
- [47] Calixto-Olalde MG, Okino NO, Hayashida M, Costa IA, Trevizan MA, Godoy S. SERVQUA scale: validation in the Mexican population. *Texto Contexto Enferm* 2011;20(3):526–33. <https://doi.org/10.1590/S0104-0702011000300014>.

ARTÍCULO 3: Satisfaction of ICU patients linked to clinical and organizational factors: a cross-sectional multicenter study.



Contents lists available at ScienceDirect

Australian Critical Care

journal homepage: www.elsevier.com/locate/aucc

Research paper

Satisfaction of intensive care unit patients linked to clinical and organisational factors: A cross-sectional multicentre study

Pilar Delgado-Hito, RN, PhD ^{a, b, c, d}, Isidro Alcalà-Jimenez, RN, MSc ^e,
 Maria Antonia Martinez-Momblan, RN, PhD ^{a, b, c}, Laura de la Cueva-Ariza, RN, MSc ^{a, b, c, d},
 Jordi Adamuz-Tomás, RN, PhD ^{f, g}, Cecilia Cuzco, RN, PhD ^h, Llúcia Benito-Aracil, RN,
 PhD ^{a, b, c, *}, Marta Romero-García, RN, PhD ^{a, b, c, d}

^a School of Nursing, University of Barcelona (Barcelona), Spain; ^b Fundamental Care and Medical-Surgical Nursing Department, Spain; ^c IDIBELL, Institute of Biomedical Research, Spain; ^d International Research Project for the Humanization of Health Care, Proyecto HU-CI, Spain; ^e Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona, Spain; ^f Nursing Knowledge Management and Information Systems Department, Bellvitge University Hospital (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Catalunya, Spain; ^g School of Nursing, Medicine and Health Science Faculty, University of Barcelona, Barcelona, Spain; ^h Department of Fundamental and Medical-Surgical Nursing, School of Nursing, University of Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received 17 May 2022

Received in revised form

17 October 2022

Accepted 17 October 2022

Keywords:

Patient satisfaction

Nursing care

Critical care

Nursing research

NICSS

Associated factors

ABSTRACT

Background: The satisfaction of critical care patients with the nursing care they receive is a key indicator of the quality of hospital care.

Objectives: The objectives of this study were to analyse the level of satisfaction of critical care patients in relation to the nursing care received and to determine the relationship between the level of satisfaction and sociodemographic, clinical, and organisational variables.

Design: This was a prospective, descriptive correlational study.

Setting and methods: The population consisted of all patients discharged from the intensive care units (ICUs) of 19 hospitals in Spain between December 2018 and December 2019. The level of satisfaction was measured using the validated Nursing Intensive Care Satisfaction Scale, and sociodemographic, clinical, and organisational data were collected.

Results: Participants' mean age ($n = 677$) was 59.7 (standard deviation: 16.1), and 62.8% of them were men ($n = 426$). Satisfaction with the nursing care received was 5.66 (SD: 0.68) out of a possible 6. The score for overall satisfaction presented statistically significant relationships with the hours of mechanical ventilation ($p = 0.034$), with the participant's perception of own health status ($p = 0.01$), with the participant's perceived degree of own recovery ($p = 0.01$), with the hospital's complexity level ($p = 0.002$), with the type of hospital ($p = 0.005$), and with the type of ICU ($p = 0.004$). Finally, the logistic regression model shows that the Nursing Intensive Care Satisfaction Scale score was not linked to age or sex but did have a statistically significant relationship with the perceived degree of recovery ($p < 0.001$) and the type of ICU ($p < 0.001$). The variables that predicted satisfaction were age, degree of recovery, and the type of ICU.

Conclusion: Several studies show that patient satisfaction is related to the patient's perceived health status and perceived degree of recovery, a finding that is confirmed in our study. Our study moves beyond these outcomes to show that the hours of mechanical ventilation and the characteristics of the hospital also have a significant relationship with patients' satisfaction.

© 2022 Australian College of Critical Care Nurses Ltd. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Corresponding author. L'Hospitalet de Llobregat, Campus Bellvitge, Pavelló de Govern, 3a planta, despatx 337, Feixa Llargà, s/n, 08907, Spain. Tel. +34 934 024 225.
 E-mail address: lbenito@ub.edu (L. Benito-Aracil).

<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.013>

1036-7314/© 2022 Australian College of Critical Care Nurses Ltd. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

Patient satisfaction is a complex and multidimensional concept.^{1–5} Several researchers argue that patients' satisfaction with nursing care is the best predictor of patients' overall satisfaction with hospitalisation and is therefore an important goal of any

healthcare organisation.^{6–8} Consequently, patient satisfaction with nursing care has become a key measure of the quality of hospital care.^{1,5,9,10}

Patients admitted to intensive care units (ICUs) conclude that nursing care is satisfactory when it is both humanistic and scientific, is dispensed continuously, and is aimed at providing patients with safety, well-being, and trust.^{11,12}

1.1. Background

The needs of the critical patient are not only biological or physical but also linked to their experiences, values, beliefs, and culture.¹³ Therefore, care must provide physical, psychological, spiritual, and social safety in a personalised, humanised, and ethical way that is oriented to understanding the person holistically.^{11,12} To provide quality care, nurses need to acquire competencies related to interpersonal skills and attitudes (including verbal and nonverbal communication) and the relationship with the patient, the family, and other professionals. Doing so from a perspective of empathy makes it possible to treat the person within the person's own subjective experience.^{3,14–16}

Patient satisfaction is a measure of the quality of patient-centred nursing care.^{17,18} Questionnaires are the most commonly used instruments for measuring the quality of nursing care or satisfaction with nursing care, and patient opinions are the best source of information.¹⁹ Validated scales include The Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS),²⁰ the Caring Assessment Instrument (CARE-Q),²¹ The Monica–Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS),^{22,23} the Service Quality (SERVQUAL),²⁴ the Critical Care Patient Satisfaction Survey,²⁵ the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS),²⁶ the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS),²⁷ the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ),²⁸ the Patient's Assessment of Quality Scale–Acute Care Version (PAQS-ACV),²⁹ and the Nursing Intensive Care Satisfaction Scale (NICSS).^{30,31} However, only the NICSS incorporates the critically ill patient's perspective both in terms of design (content) and validation.^{30–32}

Numerous researchers^{14,17,33–35} have explored the relationship between patient satisfaction and sociodemographic and clinical variables, such as age, sex, level of education, employment status, length of ICU stay, and perception of health status. However, most of the published studies have been carried out in a single centre and few have explored the factors related to ICU organisation. Two systematic reviews report that the effect of sociodemographic and

clinical factors is equivocal except for the positive association between age and satisfaction level.^{3,4}

2. The study

2.1. Aims

The aim of this study was to explore satisfaction among ICU patients with the nursing care received and the potential relationship between satisfaction and sociodemographic, clinical, and organisational variables.

2.2. Design

This was a multicentre, prospective, descriptive correlational study that forms part of a larger investigation in which we first analysed the psychometric properties of the NICSS.

2.3. Participants

Nineteen hospitals in Spain participated in the study: 15 public hospitals—5 secondary level and 10 tertiary level—and four private hospitals—three secondary level and one tertiary level—according to the World Health Organization (WHO) definition.³⁶ The nurse-to-patient ratio was 1:2, except in two of the hospitals (10.5%), where it was 1:1.

Nonprobabilistic and consecutive sampling was employed. Inclusion criteria were patients (i) oriented to person, place, and time and (ii) able to read and write. Exclusion criterion was patients (i) discharged to another hospital or directly to home.

2.4. Data collection

Once the patient had been discharged from the ICU and within a period not exceeding 48 h, the principal investigator of each participating ICU visited the patient's hospital room to explain the purpose of the study and invite the patient to participate. After receiving the patient's agreement to participate, the patient signed the informed consent form. The collaborating researcher then left the instruments with the patient and returned to collect them 24 h later. The researchers who delivered the questionnaire had no direct relationship with the patient.

Two self-administered instruments were used for data collection. The first instrument contained 13 questions about socio-demographic information (age, sex, marital status, and education level), clinical data (length of ICU stay, hours spent on mechanical ventilation, perceived health status from 1: terrible to 10: excellent, perceived degree of recovery from 1: "I haven't improved at all" to 10: "I've fully recovered"), and organisational data (complexity level, hospital, ICU type, type of patient cubicle).

The second instrument was the NICSS, which evaluates the satisfaction of critical care patients with the nursing care received during their ICU stay.³⁰ The NICSS is a self-reported 49-item scale comprising four factors: *F1 Holistic Care* (physical and emotional aspects), *F2 Communication Modes* (verbal and nonverbal), *F3 Professional Behaviours*, and *F4 Consequences* (the patient's experiences and feelings related to the nursing care received). The first three factors, which offer descriptions of the nurse's care actions, have a total of 37 items (F1: 20, F2:6, F3:11). The fourth factor has 12 items. Responses are on a six-point Likert scale (1 = strongly disagree to 6 = strongly agree). In Factor 4, there are three items (44, 48, and 49) formulated positively but expressing an unfavourable opinion; therefore, the scoring is reversed. NICSS scores are obtained by averaging applicable items. The ranges of clinical significance for the NICSS scores are 1–3.5 (dissatisfied) and >3.5–6 (satisfied).

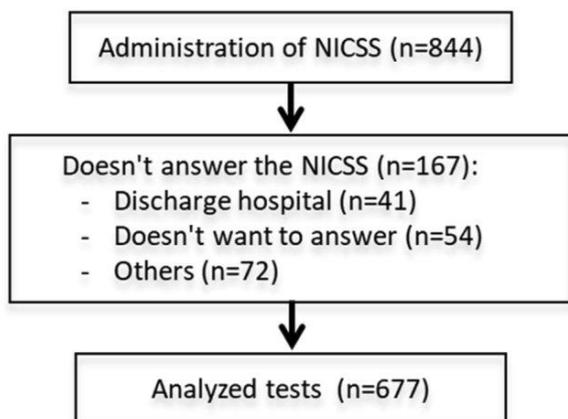


Figure 1. Analyzed tests.

As shown in previous phases of the study (Romero-Garcia et al., 2018)³⁰, the NICSS has high reliability, with values above 0.95. The intraclass correlation coefficient for the total scale was 0.83, indicating good temporal stability. Construct validity showed good fit and four-factor structure, according to the theoretical model. The validity of the criterion showed a correlation between moderate and high (range: 0.46 to 0.57).^{30,31}

2.5. Ethical considerations

The study was authorised by the management of the participating centres and the Clinical Research Ethics Committee (n°2018/7818/l) of the lead hospital and by the ethics committees of the other hospitals, in accordance with Eisner's recommendations (1998). Participants' confidentiality was maintained. Each participant was assigned an alphanumeric code. Participation was voluntary, and subjects could withdraw at any time.

2.6. Data analysis

Batbaatar et al.³ show that the percentage of satisfied people is higher than 80%, so this proportion was used as a reference to calculate the sample size. A sample of 665 individuals was sufficient to estimate, with a confidence of 95% and a precision of 0.034 percentage units, a population percentage that is expected to be around 80%. We expected a dropout rate of 20%.

Frequencies, percentages, and measures of central tendency and dispersion were obtained. We calculated satisfaction levels overall and by factor. The descriptive values of each of the items that make up the scale were calculated, distributed by factors, and categorised into two categories: dissatisfied and satisfied.

To analyse the relationship between patient satisfaction and sociodemographic, clinical, and organisational variables, we conducted a bivariate analysis. We compared the overall mean score and the score for each factor according to age, sex, marital status, education level, length of stay, hours of invasive mechanical ventilation, perceived health status, and perceived degree of recovery. We used the nonparametric Wilcoxon–Mann–Whitney test to compare two independent groups and the nonparametric Kruskal–Wallis test to compare more than two independent groups. Finally, to examine the relationship between the mean score of the NICSS and the perception of the degree of recovery and the perception of health status, the Spearman correlation test was used. Multivariate linear regression analysis was carried out to examine satisfaction with nursing care. The logistic regression model was based on previously published research and included the variables age, sex, perceived degree of recovery, and the type of ICU.^{18,37} All tests of significance were two-tailed, and statistical significance was defined as $p < 0.05$, unless otherwise stated. The data processing and analysis was performed with the statistics package R version 3.1.2 for Windows.

3. Results

The average age of participants ($n = 677$) was 59.7 years (standard deviation: 16.1 years), and 62.8% of them ($n = 426$) were men. Table 1 shows selected sociodemographic and clinical characteristics of the study participants (See Fig. 1).

3.1. Satisfaction levels

The mean score of the NICSS items was 5.66 (SD: 0.68) out of 6. Table 2 presents the results of the satisfaction levels obtained in each of the NICSS items, grouped into two categories: dissatisfied and satisfied.

Table 1
Demographic and clinical characteristics ($n = 677$).

	n (%)
Age, mean (SD)	59.7 (15.7)
Sex	Male 426 (62.9%)
Marital status	Married 404 (59.7%)
	Cohabiting 49 (7.2%)
	Single 101 (14.9%)
	Separated 22 (3.3%)
	Divorced 40 (5.9%)
	Widowed 61 (9%)
Level of education	None 91 (13.4%)
	Primary education 239 (35.3%)
	Secondary education 252 (37.2%)
	University 95 (14%)
Length of ICU stay (days), median [Q1; Q3]	4.0 (2.0–7.0)
Hours of invasive mechanical ventilation, median [Q1; Q3]	9.0 [0.0; 48.0]
Perceived health status (1–10), median [Q1; Q3]	7.0 [5.0; 8.0]
Perceived degree of recovery (1–10), median [Q1; Q3]	8.0 [7.0; 9.0]
Level of complexity	Secondary level 346 (51.1%)
	Tertiary level 331 (48.9%)
Type of hospital	Public 569 (84.0%)
	Private 108 (16.0%)
Type of ICU	Polyvalent 564 (83.3%)
	Specialised 113 (16.7%)
Type of patient cubicle	Open 153 (22.6%)
	Closed, single occupancy 487 (71.9%)
	Closed, double occupancy 37 (5.5%)

ICU, intensive care unit; SD, standard deviation.

Overall scores for each factor were very high, although *F4 Consequences* had a slightly lower average. In *F1 Holistic Care*, the items with the highest proportion of satisfied participants were (6) ensured that I was not in pain, (7) gave my medication on time, (12) gave continued care, (32) looked after me in a kindly way, (19) were concerned for my comfort, and (15) made sure that I was kept clean. In relation to *F2 Communication Modes*, the items with the highest proportion of satisfied participants were for (1) introduced him/herself, (25) answered questions, (30) looked at me when they walked in, and (26) worked with a smile. From *F3 Professional Behaviours*, the items with the highest proportion of satisfied participants were (1) worked in a team, (31) the treatment was personal, (5) had a professional attitude, and (35) the care helped me recover. Finally, for *F4 Consequences*, the items with the highest proportions of satisfied patients were (42) cared for by efficient nurses, (45) grateful, (44) like a number, an object, and (47) with a desire to continue living. (As explained in the Data collection, item 44 is a negative opinion, so scoring is reversed; participants marking 1, 2, or 3 for this item were classified as satisfied).

For all items, the proportion of patients who were satisfied was very high. However, for each factor, we can point out some items with a slightly lower proportion. Within *F1 Holistic Care*, the items with the lowest proportion of satisfied patients were the (24) knew how to put themselves in my shoes and (16) respected my sleep and rest. In relation to *F2 Communication Modes*, the items with the lowest proportion of satisfied patients were (20) explained what they were going to do and (33) helped me communicate. In *F3 Professional Behaviours*, the items with the lowest proportion of satisfied patients were (28) anticipated the care that I needed and (2) assisted me quickly. Finally, for the *F4 Consequences*, the items with the lowest proportion of satisfied patients were (42) in the nurse's hands, (40) they valued my opinion, and (38) optimistic.

Table 2
Satisfaction in each NICSS item, according to response category (dissatisfied or satisfied).

Content of the summarised items	Dissatisfied n (%)	Satisfied n (%)	Mean (SD)
F1. Holistic Care			5.68 (0.65)
Item 6. Ensured that I was not in pain	4 (0.60%)	673 (99.40%)	5.78 (0.53)
Item 7. Gave my medication on time	3 (0.45%)	674 (99.55%)	5.79 (0.51)
Item 8. Listened	8 (1.19%)	669 (98.81%)	5.71 (0.63)
Item 12. Gave continued care	3 (0.45%)	674 (99.55%)	5.77 (0.52)
Item 14. Paid attention to me	43 (6.36%)	634 (93.64%)	5.64 (0.68)
Item 15. Made sure that I was kept clean	27 (3.99%)	650 (96.01%)	5.74 (0.59)
Item 16. Respected my sleep and rest	42 (6.21%)	635 (93.79%)	5.34 (1.04)
Item 17. Treated my injuries well	6 (0.89%)	671 (99.11%)	5.72 (0.60)
Item 18. Moved me when I need it	8 (1.19%)	669 (98.81%)	5.68 (0.64)
Item 19. Were concerned for my comfort	22 (3.25%)	655 (96.75%)	5.73 (0.58)
Item 21. Maintained a relationship of trust	37 (5.47%)	640 (94.53%)	5.66 (0.63)
Item 22. Were attentive to my needs	6 (0.89%)	671 (99.11%)	5.71 (0.59)
Item 23. Showed patience while giving care	8 (1.19%)	669 (98.81%)	5.71 (0.64)
Item 24. Knew how to put themselves in my shoes	15 (2.22%)	662 (97.78%)	5.55 (0.74)
Item 27. Provided emotional support	38 (5.61%)	639 (94.39%)	5.62 (0.71)
Item 29. Were sensitive to my suffering	7 (1.03%)	670 (98.97%)	5.61 (0.69)
Item 32. Looked after me kindly	6 (0.89%)	671 (99.11%)	5.73 (0.60)
Item 34. Saw to my needs with tact/sensitivity	22 (3.25%)	655 (96.75%)	5.72 (0.58)
Item 36. Maintained close contact	6 (0.89%)	671 (99.11%)	5.71 (0.60)
Item 37. Took care of me in a personal way	9 (1.33%)	668 (98.67%)	5.64 (0.68)
F2. Communication Modes			5.68 (0.65)
Item 1. Introduced themselves	12 (1.78%)	665 (98.22%)	5.70 (0.67)
Item 20. Explained what they were going to do	12 (1.78%)	665 (98.22%)	5.65 (0.68)
Item 25. Answered questions	22 (3.25%)	655 (96.75%)	5.70 (0.58)
Item 26. Worked with a smile	8 (1.19%)	669 (98.81%)	5.68 (0.66)
Item 30. Looked at me when they walked in	10 (1.48%)	667 (98.52%)	5.68 (0.66)
Item 33. Helped me communicate	7 (1.03%)	670 (98.97%)	5.67 (0.65)
F3. Professional Behaviours			5.71 (0.60)
Item 2. Assisted me quickly	12 (1.78%)	665 (98.22%)	5.67 (0.68)
Item 3. Demonstrated technical ability	22 (3.25%)	655 (96.75%)	5.73 (0.56)
Item 4. Knew what they had to do	8 (1.19%)	669 (98.81%)	5.72 (0.58)
Item 5. Had a professional attitude	6 (0.89%)	671 (99.11%)	5.75 (0.56)
Item 9. Knew what to do	20 (2.96%)	657 (97.04%)	5.72 (0.54)
Item 10. Worked in a team	16 (2.36%)	661 (97.64%)	5.75 (0.53)
Item 11. Solved problems	5 (0.75%)	672 (99.25%)	5.72 (0.58)
Item 13. Showed that they enjoyed their work	7 (1.03%)	670 (98.97%)	5.72 (0.60)
Item 28. Anticipated the care needed	18 (2.66%)	659 (97.34%)	5.50 (0.79)
Item 31. The treatment was personal	15 (2.22%)	662 (97.78%)	5.77 (0.51)
Item 35. The care helped me to recover	16 (2.36%)	661 (97.64%)	5.74 (0.54)
F4. Consequences			5.59 (0.79)
Item 38. Optimistic	21 (3.11%)	656 (96.89%)	5.44 (0.84)
Item 39. Calm	21 (3.10%)	656 (96.90%)	5.53 (0.83)
Item 40. They valued my opinion	24 (3.55%)	653 (96.45%)	5.43 (0.87)
Item 41. Good	7 (1.03%)	670 (98.97%)	5.63 (0.66)
Item 42. In the nurse's hands	35 (5.16%)	642 (94.84%)	5.41 (1.07)
Item 43. Cared for by efficient nurses	8 (1.19%)	669 (98.81%)	5.72 (0.61)
Item 44. Like a number, an object	23 (3.39%)	654 (96.61%)	5.68 (0.78)
Item 45. Grateful	23 (3.39%)	654 (96.61%)	5.69 (0.67)
Item 46. Physically secure	18 (2.66%)	659 (97.34%)	5.57 (0.77)
Item 47. With a desire to keep living	13 (1.92%)	664 (98.08%)	5.67 (0.72)
Item 48. Alone	26 (3.85%)	651 (96.15%)	5.63 (0.79)
Item 49. Unattended	11 (1.63%)	666 (98.37%)	5.72 (0.67)
Total NICSS			5.66 (0.68)

SD, standard deviation; NICSS, Nursing Intensive Care Satisfaction Scale.

The ranges of clinical significance for the NICSS scores are 1–3.5 (dissatisfied) and >3.5–6 (satisfied).

3.2. Relationship between the level of satisfaction and sociodemographic, clinical, and organisational variables

Table 3 reports the relationship between sociodemographic, clinical, and organisational variables with the level of satisfaction. The variables that presented a statistically significant relationship with the level of satisfaction of the total NICSS were the hours of mechanical ventilation, perceived health status, perceived degree of recovery, hospital complexity level, hospital type, and ICU type. Concretely, patients who scored higher on the total NICSS were those who were subjected to fewer hours of mechanical ventilation, who had a higher perceived health status, who had a higher perceived degree of recovery, and who had been admitted to a

secondary level private hospital and a polyvalent ICU. In addition to these correlations with the total NICSS score, perceived health status and perceived degree of recovery also had a statistically significant relationship with each of the factors considered separately ($p < 0.01^*$).

The logistic regression model shows that age, perceived degree of recovery, and the type of ICU had a statistically significant relationship to patient satisfaction for some factors and/or for the total NICSS score. For *F1 Holistic Care*, age, perceived degree of recovery, and the type of ICU were significant. For *F2 Communication Modes*, *F3 Professional Behaviours*, *F4 Consequences*, and NICSS total, the perceived degree of recovery and type of ICU had a statistically significant relationship to patient satisfaction (Table 4).

Table 3

Relationship between the level of overall satisfaction and sociodemographic, clinical, and organisational variables.

Total NICSS		N	Median [Q1; Q3]	p-value		
Sex	Male	426	284 [265; 293]	0.359		
Age	18–50 years	163	281 [262; 291]	0.553		
	51–62 years	173	286 [262; 292]			
	63–72 years	168	284 [272; 292]			
	73–90 years	173	282 [269; 293]			
Marital status	Married	404	284 [269; 292]	0.146		
	Cohabiting	49	282 [262; 291]			
	Single	101	280 [260; 289]			
	Separated	22	286 [278; 294]			
	Divorced	40	283 [264; 293]			
Level of education	Widowed	61	285 [272; 293]			
	None	91	280 [265; 292]	0.994		
	Primary education	239	283 [268; 292]			
	Secondary education	252	285 [262; 292]			
Level of complexity	University	95	284 [271; 291]			
	Level II	346	285 [271; 293]	0.002*		
Type of hospital	Level III	331	282 [262; 291]			
	Public	569	283 [265; 291]	0.005*		
Type of ICU	Private	108	288 [273; 294]			
	Polyvalent	564	284 [269; 293]	0.004*		
Type of patient cubicle	Specialised	113	281 [254; 289]			
	Open	153	280 [263; 291]	0.053		
	Closed, single occupancy	487	285 [268; 293]			
	Closed, double occupancy	37	285 [260; 293]			
					r	p
Length of stay in ICU (days)		677	4 [2; 7]	–0.05		0.240
Hours of mechanical ventilation		677	9 [0; 48]	–0.11		0.034*
Perceived health status (1–10)		677	7 [5; 8]	0.16		<0.01*
Perceived degree of recovery (1–10)		677	8 [7; 9]	0.16		<0.01*

NICSS, Nursing Intensive Care Satisfaction Scale.

The NICSS has been used as a quantitative value that ranges between 49 and 294.

*p < 0.05; r = Spearman.

4. Discussion

4.1. Satisfaction level

The results of this study reveal that critical patients had very high levels of satisfaction with the nursing care received during their stay in the ICU. These results coincide with those of other research in which different instruments were used to assess satisfaction^{3,4} and in which the same instrument was used.³⁷ One explanation for elevated satisfaction levels may be social desirability bias, in which study participants give socially acceptable responses either as a result of continued use of different services or as the tendency to agree and respond positively.⁴ Several authors have suggested that fear of retaliation from negative responses may be the cause of the trend towards more favourable scores.³⁸

Our study confirms the link between patient satisfaction and nursing actions identified in previous research. The link to pain management (item 6) has appeared in several studies.^{37,39,40} Both Ayyub et al.⁴¹ and Romero-García et al.³⁷ found links between patient satisfaction and timely administration of medication (item 7), the nurse's knowledge of how to proceed (item 9), the nurse's attentiveness (item 22), the nurse's emotional support (item 27), the nurse's ability to help the patient feel good (item 41), the nurse's concern for the patient's comfort (item 19), the relationship of trust (item 21), the nurse's paying attention to the patient (item 14), and the patient's desire to keep living (item 47).^{37,41} As seen in other studies, patients highly valued receiving personal treatment from their nurse (item 31).^{37,42}

The importance of technical skills (items 4 and 5) is also reflected in the literature.^{12,37,42} Some authors show that technically more proficient care (item 3) may play an important role in

increasing patient satisfaction.^{35,43,44} At the same time, care that lacks a human touch produces dissatisfaction in patients.^{33,45} On the other hand, pain management (item 6),^{39,40} kind nursing care (item 32), and interpersonal care increase satisfaction.^{4,35,41,43}

Notably, high patient satisfaction is an indicator of high-quality nursing, which translates into a decrease in the average hospital stay and mortality, producing a decrease in costs.^{46,47} For most of our sample, the nurse-to-patient ratio was 1:2, which means that each nurse was responsible for two patients. Previous studies have found that a higher ratio of patients per nurse was associated with lower satisfaction and more negative health outcomes.^{14,46}

4.2. Sociodemographic, clinical, and organisational variables

The relationship of the variables analysed in terms of hours of invasive mechanical ventilation, perceived health status, perceived degree of recovery, level of complexity (secondary vs. tertiary), type of hospital (private vs. public), and the type of ICU (polyvalent vs. specialised) presented statistically significant differences. These results coincide with those of the study conducted by Rajabpour et al.³⁴ in terms of hospital type. The fact that patients with higher satisfaction were those who were subjected to fewer hours on mechanical ventilation, who had higher perceived health status, who had a higher degree of perceived recovery, and who were treated at polyvalent ICUs of secondary level private hospitals may be explained by the less severe medical situation of patients in these circumstances.

Age, sex, marital status, level of education, and length of ICU stay did not present statistically significant differences in relation to total patient satisfaction, as also shown in the review conducted by Batbaatar et al.³ In addition, the results of our study coincide with those of other studies, in which there were no statistically significant differences between the overall level of

Table 4
Logistic regression models by factor and total NICSS.

Predictors	Estimates	CI	p-value
F1. Holistic Care			
Intercept	106.72	103.61–109.83	<0.001
Standardised age (years)	0.79	0.13–1.46	0.020*
Sex: male vs. female	0.74	–0.63–2.12	0.289
Perceived degree of recovery	0.95	0.56–1.34	<0.001*
Specialised vs. polyvalent ICU	–3.05	–4.82––1.28	0.001*
Observations	676		
R2/R2 adjusted	0.055/0.049		
F2. Communication Modes			
Intercept	31.99	31.00–32.97	<0.001
Standardised age (years)	0.18	–0.03–0.40	0.087
Sex: male vs. female	0.19	–0.25–0.62	0.401
Perceived degree of recovery	0.29	0.17–0.41	<0.001*
Specialised vs. polyvalent ICU	–0.72	–1.29––0.16	0.011*
Observations	676		
R2/R2 adjusted	0.042/0.037		
F3. Professional Behaviours			
Intercept	58.84	57.26–60.42	<0.001
Standardised age (years)	0.27	–0.07–0.61	0.122
Sex: male vs. female	0.06	–0.64–0.76	0.869
Perceived degree of recovery	0.56	0.37–0.76	<0.001*
Specialised vs. polyvalent ICU	–1.60	–2.50––0.70	0.001*
Observations	676		
R2/R2 adjusted	0.063/0.058		
F4. Consequences			
Intercept	63.12	61.03–65.20	<0.001
Standardised age (years)	0.27	–0.18–0.71	0.241
Sex: male vs. female	–0.46	–1.38–0.46	0.326
Perceived degree of recovery	0.60	0.34–0.86	<0.001*
Specialised vs. polyvalent ICU	–2.30	–3.48––1.11	<0.001*
Observations	677		
R2/R2 adjusted	0.053/0.048		
Total NICSS			
Intercept	259.94	252.70–267.18	<0.001
Standardised age (years)	1.19	–0.36–2.75	0.131
Sex: male vs. female	0.61	–2.58–3.81	0.707
Perceived degree of recovery	2.28	1.38–3.18	<0.001*
Specialised vs. polyvalent ICU	–7.09	–11.22––2.97	0.001*
Observations	676		
R2/R2 adjusted	0.053/0.047		

NICSS, Nursing Intensive Care Satisfaction Scale.

*p < 0.05.

satisfaction and age,^{17,33,48} sex,^{14,17,48} marital status,¹⁷ education level,^{17,48} length of ICU stay,¹⁷ and the type of patient cubicle.³³ Unlike in our study, other studies show that patients reporting higher satisfaction are those that are older,^{14,35} have less education,^{14,34} and/or have a shorter ICU stay.³³

Our results coincide with those of other authors who show a statistically significant correlation between, on the one hand, patient satisfaction, and, on the other, perceived health status^{14,17} and perceived degree of recovery.¹⁷ While other studies found a significant relationship between patient satisfaction and cubicle type,^{40,49,50} we did not. Finally, the logistic regression model shows that the variables that predict satisfaction for individual factors and/or for the total NICSS are age, degree of recovery, and the type of ICU.

Although the NICSS scores are high, there is still room for improvement, and this study makes it possible to identify priorities. Ongoing use of the NICSS could provide baseline data for improving nursing management and the quality of care. For example, patients' need for rest (item 16) could be better addressed through dimmable lighting, noise detectors, and the consolidation of nighttime care into shorter periods to minimise interruptions.^{51,52}

4.3. Limitations

This study has several limitations. There may be a survival bias because patients who died could obviously not be included in the study. It is also possible that dissatisfied patients opted not to participate in the study. The lack of variability in the responses (observed in the concentration of responses in the highest scores of the items and dimensions) meant that we did not have a wide range of data for analysis covering all potential scores. High scores may reflect social desirability.

5. Conclusion

Critical patients presented very high levels of satisfaction with the nursing care received during their stay in the ICU for the total scale and for each of the factors. The sociodemographic variables of the study sample did not present statistically significant relationships with the mean score in any of the subgroups. Previous studies showed that patient satisfaction is related to the perception of health status and the perception of the degree of recovery. We confirm these findings and show that patient satisfaction is also correlated with the hours of mechanical ventilation, hospital complexity, hospital type, and ICU type. These findings should be considered not only in clinical practice but also in ICU planning and management because they highlight areas for improvement.

Funding

This study had been funded by the Nurse and Society Foundation (PR-282/18) as part of the Nurse Research Projects Grants (PR-282/18) and the Carlos III Health Institute (Ministry of Science and Innovation) (PI18/00935) and co-financed by the European Regional Development Fund, whose motto is "A way to build Europe", FIS (PI18/00935).

CRedit authorship contribution statement

Pilar Delgado-Hito: Conceptualisation, Methodology, Supervision, Project administration, Formal analysis, Writing e original draft, Writing e review and editing.

Isidro Alcalá-Jimenez: Methodology, Data curation, Software, Writing e review and editing.

María Antonia Martínez-Momblan: Writing, review and editing.

Laura de la Cueva-Ariza: Writing review and editing.

Jordi Adamuz: Writing, review and editing.

Cecilia Cuzco: Writing, review and editing.

Llúcia Benito-Aracil: Conceptualisation, Methodology, Formal analysis, Writing e original draft, Writing e review and editing.

Marta Romero-García: Conceptualisation, Methodology, Supervision, Project administration, Formal analysis, Writing e original draft, Writing e review and editing.

Conflict of interest

None.

Acknowledgements

We thank the patients for their help, patience, and participation and also all of the collaborating researchers of the participating hospitals. Susan Frekko provided feedback on the manuscript and translated it from the original Spanish. We thank the CERCA Programme/Generalitat de Catalunya for institutional support.

References

- [1] Berkowitz B. The patient experience and patient satisfaction: measurement of a complex dynamic. *Online J Issues Nurs* 2016;21(1):1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01Man01>.
- [2] Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health* 2015;135(5):243–50. <https://doi.org/10.1177/1757913915594196>.
- [3] Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino M, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health* 2017;137(2):89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>.
- [4] Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002;6(32):1–244.
- [5] Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nurs* 2009;65(3):692–701. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04866.x>.
- [6] Goh MI, Ang ENK, Chan YH, He HG, Vehviläinen K. A descriptive quantitative study on multi-ethnic patient satisfaction with nursing care measured by the revised humane caring scale. *Appl Nurs Res* 2016;31:126–31. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.02.002>.
- [7] Milutinovic D, Simin D, Brkic N, Brkic S. The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scand J Caring Sci* 2012;26(3):598–606. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00969.x>.
- [8] Reck DL. Can and should nurses be aware of patients' expectations for their nursing care? *Nurs Adm Q* 2013;37(2):109–15. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3182869e03>.
- [9] Tang WM, Soong CY, Lim WC. Patient satisfaction with nursing care: a descriptive study using interaction model of client health behavior. *Int J Nurs Sci* 2013;3(2):51–6. <https://doi.org/10.5923/j.nursing.20130302.04>.
- [10] Tsai TC, Orav EJ, Jha AK. Patient satisfaction and quality of surgical care in US hospitals. *Ann Surg* 2015;261(1):2–8. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000765>.
- [11] Jover C, Romero-García M, Delgado-Hito P, de la Cueva-Ariza L, Solà-Solé N, Acosta-Mejuto B, et al. Perception of UCI nurses in relation with satisfactory care: convergences and divergences with the perception of critical patients. *Enfermería Intensiva* 2015;26(1):3–14. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.12.002>.
- [12] Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción [Perception of the critical patient on nursing cares: an approach to the concept of satisfaction]. *Enferm Intensiva* 2013;24(2):51–62. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>.
- [13] Wolf DM, Lehman L, Quinlin R, Zullo T, Hoffman L. Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *J Nurs Care Qual* 2008;23(4):316–21. <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000336672.02725.a5>.
- [14] Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open* 2019;6:535–45. <https://doi.org/10.1002/nop.2.237>.
- [15] Stefanini A, Aloini D, Gloor P, Pochiero F. Patient satisfaction in emergency department: unveiling complex interactions by wearable sensors. *J Bus Res* 2021;129:600–11. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.12.038>.
- [16] Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. Springer; 2009.
- [17] Abdel AS, Oweis AI, Hasna FS. Differences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *Int J Nurs Pract* 2012;18(2):140–6. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02008.x>.
- [18] Akhtari-Zavareh M, Abdullah MH, Syed Hassan ST, Binti Said S, Kamali M. Patient satisfaction: evaluating nursing care for patients hospitalized with cancer in Tehran Teaching Hospitals, Iran. *Global J Health Sci* 2010;2(1):117–26. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v2n1p117>.
- [19] Alsagri S. Patient satisfaction with quality of nursing care at governmental hospitals, Ha'il City, Saudi Arabia. *J Biol Agric Healthc* 2016;6(10):128–42.
- [20] Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs Res* 1975;24(1):45–52.
- [21] Larson P. Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1984;11(6):46–50.
- [22] La-Monica EL, Oberst MT, Madea AR, Wolf RM. Development of a patient satisfaction scale. *Res Nurs Health* 1986;9(1):43–50. <https://doi.org/10.1002/nur.4770090108>.
- [23] Larson P, Ferketich S. Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *West J Nurs Res* 1993;15(6):690–707. <https://doi.org/10.1177/019394599301500603>.
- [24] Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res* 1992;26(6):767–86.
- [25] Megivern K, Halm M, Jones G. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *J Nurs Care Qual* 1992;6(4):9–24.
- [26] McColl E, Thomas L, Bond S. A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurs Stand* 1996;10(52):34–8.
- [27] Davis B, Bush H. Developing effective measurement tools: a case study of the consumer emergency care satisfaction scale. *J Nurs Care Qual* 1995;9(2):26–35.
- [28] Laschinger HS, Hall LM, Pedersen C, Almost J. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *J Nurs Care Qual* 2005;20(3):220–30.
- [29] Lynn MR, McMillen BJ, Sidani S. Understanding and measuring patients' assessment of the quality of nursing care. *Nurs Res* 2007;56(3):159–66. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000270025.52242.70>.
- [30] Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Benito-Aracil L, Lluch-Canut T, Trujols-Albet J, Martínez-Momblan MA, et al. Nursing intensive-care satisfaction scale [NICSS]: development and validation of a patient-centred instrument. *J Adv Nurs* 2018;74(6):1423–35. <https://doi.org/10.1111/jan.13546>.
- [31] Romero-García M, Alcalá-Jimenez I, Martínez-Momblan MA, de la Cueva-Ariza L, Cuzco C, Alonso S, et al. Psychometric properties of the nursing intensive care satisfaction scale: a multicenter cross-sectional study. *Aust Crit Care* 2022 Apr 27. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.03.012>. S1036-7314(22)00044-3, Epub ahead of print.
- [32] Romero-García M, Trujols-Albet J. Towards increased incorporation of the patient perspective in the design of evaluation tools for the evaluation of efficiency and quality of patient care. *Enfermería Intensiva* 2015;26(1):1–2. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.01.001>.
- [33] Goudarzi F, Pour FJ, Hasanvand S, Ebrahimzadeh F, Kvist T. Patients' satisfaction with humane care in critical care units. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2021;26(5):455–61. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_88_20.
- [34] Rajabpour S, Rayyani M, Mangolian P. The relationship between Iranian patients' perception of holistic care and satisfaction with nursing care. *BMC Nurs* 2019;18:48. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0374-7>.
- [35] Sanchez-Piedra CA, Prado-Galbarro FJ, García-Perez S, Santamera AS. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUPrimcare project. *Qual Prim Care* 2014;22(3):147–55.
- [36] Tan-Torres Edejer T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Acharya A, Evans DB, et al. *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. World Health Organization; 2003.
- [37] Romero-García M, Delgado-Hito P, de la Cueva-Ariza L, Martínez-Momblan MA, Lluch-Canut MT, Trujols-Albet J, et al. Level of satisfaction of critical care patients regarding the nursing care received: correlation with sociodemographic and clinical variables. *Aust Crit Care* 2019;32(6):486–93. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.11.002>.
- [38] Acorn. *Patient satisfaction. Issues in measurement*. *Can Nurse* 1999;95(6):33–6.
- [39] Holanda MS, Talledo NM, Ots E, Lanza JM, Ruiz A, García A, et al. Satisfaction in the intensive care unit (ICU). Patient opinion as a cornerstone. *Med Intensiva* 2017;41(2):78–85. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.06.007>.
- [40] Mosleh S, Alja'afreh M, Lee AJ. Patient and family/friend satisfaction in a sample of Jordanian Critical Care Units. *Intensive Crit Care Nurs* 2015;31(6):366–74. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.04.004>.
- [41] Ayyub R, Kanji Z, Dias J, Roshan R. Perceptions of patients regarding quality nursing care (QNC) at a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *J Clin Res Bioeth* 2015;6(6):254. <https://doi.org/10.4172/2155-9627.1000254>.
- [42] Gil-Juliá B, Ballester-Arnal R, Bernat-Adell MD, Giménez-García C, Castro-Calvo J. Valoración de la estancia en UCI desde el punto de vista de pacientes y familiares [Assessment of ICU stay from the perspective of patients and relatives]. *Rev Esp Salud Publica* 2018;92:e201805011.
- [43] Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf* 2012;21(1):39–46. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000137>.
- [44] Senarath U, Gunawardena NS, Sebastiampillai B, Senanayake A, Lekamge S, Seneviratna A, et al. Patient satisfaction with nursing care and related hospital services at the National Hospital of Sri Lanka. *Leader Health Serv* 2013;26(1):63–77. <https://doi.org/10.1108/17511871311291732>.
- [45] Gorji HA, Etemadi M, Hoseini F. Perceived organizational support and job involvement in the Iranian health care system: a case study of emergency room nurses in general hospitals. *J Educ Health Promot* 2014;3:58. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.134760>.
- [46] Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* 2017;26(7):559–68. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>.
- [47] Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med* 2012;172(5):405–11. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662>.
- [48] Puch-Ku GF, Uicab-Pool GÁ, Ruiz-Rodríguez M, Castañeda-Hidalgo H. Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado. *Rev Enferm IMSS* 2016;24(2):129–36.
- [49] Hunziker S, McHugh W, Sarnoff-Lee B, Cannistraro S, Ngo L, Marcantonio E, et al. Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. *Crit Care Med* 2012;40(5):1554–61. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182451c70>.
- [50] Schwarzkopf D, Behrend S, Skupin H, Westermann I, Riedemann NC, Pfeifer R, et al. Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis. *Intensive Care Med* 2013;39(6):1071–9. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-2862-7>.
- [51] Beck Edvardsen J, Hetmann F. Promoting sleep in the intensive care unit. *SAGE Open Nurs* 2020;6:2377960820930209. <https://doi.org/10.1177/2377960820930209>.
- [52] Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med* 2018;46(9):e825–73. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>.

ARTÍCULO 4: *Nursing and patients' strategies to improve satisfaction with nursing care in intensive critical care.*

Artículo actualmente en proceso de traducción y envío a la Revista *Journal of Advanced Nursing*.

ABSTRACT

OBJETIVO: describir las estrategias de mejora de la satisfacción con los cuidados enfermeros identificadas por enfermeras y pacientes críticos.

DISEÑO: estudio cualitativo fenomenológico descriptivo.

METODOLOGÍA: el ámbito de estudio fueron las Unidades de Cuidados Intensivos de ocho hospitales públicos y privados, de media y alta complejidad. La población fueron pacientes dados de alta y enfermeras de críticos mediante muestreo de conveniencia. Se organizaron 4 grupos focales por vía telemática con pacientes y enfermeras hasta llegar a la saturación teórica de los datos. Los grupos focales fueron guiados por un moderador, grabados en vídeo previo consentimiento informado y posteriormente se realizó la transcripción, análisis de contenido y triangulación de la información. Se siguieron los criterios de confiabilidad y autenticidad de Guba y Lincoln. Se han seguido los criterios consolidados para el reporte de investigaciones cualitativas COREQ.

RESULTADOS: Las estrategias identificadas son: (1) estrategias para el cuidado holístico; (2) estrategias relacionadas con las formas de comunicación; (3) estrategias relacionadas con los comportamientos profesionales y (4) estrategias relacionadas con la infraestructura de la unidad. Las estrategias más repetidas en el discurso son el control del dolor continuado, registro del dolor, fomentar la autonomía del paciente, favorecer la intimidad del paciente, tener empatía, escuchar con atención, uso de medicación para descansar, facilitar necesidades recreativas, uso de lenguaje sencillo, uso de la mirada, formación en comunicación, la comunicación interdisciplinar y tener juicio clínico.

CONCLUSIONES: Enfermeras y pacientes identifican estrategias similares de mejora de la satisfacción con los cuidados enfermeros recibidos durante un ingreso en UCI.

IMPLICACIONES: Disponer de las estrategias permitirá su implementación y posterior evaluación permitiendo la mejora continua de los cuidados humanizados desde el compromiso del rol profesional.

CONTRIBUCIÓN DEL PACIENTE: No se requirió ninguna contribución pública o del paciente para este estudio debido a su objetivo.

PALABRAS CLAVE: satisfacción del paciente, cuidados de enfermería, cuidados intensivos, investigación cualitativa, estrategias, estudio fenomenológico, enfermeras.

1. INTRODUCCIÓN

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), los pacientes consideran que unos cuidados enfermeros satisfactorios son aquellos que surgen de una combinación humanística-científica en la que el trato humano va directamente unido a un cuidado rigurosamente científico (Romero-García et al., 2013; Romero-García et al., 2022).

El paciente crítico, por sus características, requiere de un cuidado holístico donde no sólo sean atendidas las necesidades biológicas, físicas y emocionales, sino también aquellas ligadas a sus vivencias, valores, experiencias, creencias y cultura (Latour et al., 2022). El uso de la tecnología y el cuidado personalizado e individualizado debe ayudar a aportar seguridad física por un lado y seguridad psicológica, espiritual, social, humana y ética por otro, que permita comprender a la persona de manera holística (Romero-García et al., 2013; Ng & Luk, 2019; Rojas, 2019).

Por consiguiente, en la visión holística del paciente, surge la necesidad de que las enfermeras que trabajan en una UCI adquieran todas las competencias que permitan tratarlo teniendo en cuenta sus subjetividades (Delgado-Hito et al., 2001).

La satisfacción del usuario con la atención recibida ha sido entendida de diferentes maneras y ha cambiado a lo largo del tiempo. En las décadas de 1970 y 1980, el concepto de satisfacción del usuario se concibió desde el punto de vista de los profesionales. En este sentido, algunos autores argumentan que los profesionales de la salud han asumido tradicionalmente que saben lo que satisface a sus clientes en base a estándares y valoraciones profesionales que pueden o no coincidir con las prioridades de los pacientes. Por lo tanto, se desconocía la opinión del paciente

sobre lo que realmente le satisfacía (Romero-García et al., 2013; Batbaatar et al., 2017).

La satisfacción ha sido muy investigada como concepto relacionado con el marketing, pero una revisión sistemática de su conceptualización concluyó que es algo complejo y multidimensional (Batbaatar et al., 2017). El *Multifactorial Model of Nursing Intensive Care Satisfaction* (MM-NICS) (Romero-García et al., 2013), que describe el constructo de satisfacción con los cuidados enfermeros basado en 4 dimensiones que surgieron de un estudio cualitativo que utilizó como método la teoría fundamentada a partir de entrevistas en profundidad con pacientes críticos: cuidado holístico, formas de comunicación, comportamientos profesionales y consecuencias.

La satisfacción del paciente como indicador de la calidad de los cuidados enfermeros ha dado lugar al desarrollo de diferentes instrumentos de medida tanto a nivel nacional como a nivel internacional. Los estudios muestran que la satisfacción del paciente con la atención enfermera es el aspecto que mejor predice la satisfacción de la hospitalización, siendo un componente importante en el mantenimiento y restauración de su salud (Guerra-Martín et al., 2021; Büsra & Koç, 2020).

2. ANTECEDENTES

La evaluación de la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros incorporando la perspectiva del paciente, ha sido un tema estudiado en los últimos años. Algunos autores (Hummel et al., 2021; Antonio et al., 2022) centran sus estudios en la importancia que tiene la comunicación que establece la enfermera con el paciente. Antonio et al., (2022), además, propone estrategias de mejora de la satisfacción del paciente mediante la educación en competencias comunicativas al personal enfermero.

Jover-Sancho et al., (2015), identifica la percepción que tienen enfermeras y pacientes en relación con el cuidado satisfactorio; identifican 4 categorías coincidentes en los discursos que son (1) la visión holística de la persona; (2) las formas de comunicación; (3) los comportamientos profesionales y (4) cuidados continuos. Además, afirman no encontrar categorías divergentes.

La literatura científica muestra estudios centrados en la satisfacción percibida por el paciente en una UCI. La gran mayoría de autores (Jover-Sancho et al., 2015; Goudarzi et al., 2021; Romero-García et al., 2013; Hernández et al., 2021; Dikme, 2020) describen cuidados enfermeros relacionados con aspectos holísticos o formas de comunicación concretas que se relacionan con la satisfacción del paciente como mantener una relación de confianza, una óptima higiene personal, el respeto, el trabajo en equipo, el control del dolor, demostrar habilidades técnicas y estar atentos a sus necesidades, entre otros. Hernández et al., (2021), se centra únicamente en los cuidados enfermeros relacionados con las formas de comunicación que intervienen en la satisfacción del paciente como saber escuchar, ser cercana, explicar lo que se va a hacer y la comunicación interdisciplinar a diferencia de otros autores que como Romero-García et al (2013) o Jover-Sancho et al., (2015) que describen más aspectos relacionados. Dikme (2020), en cambio, relaciona la satisfacción únicamente con aspectos psico-emocionales como la escucha activa, estar pendientes o saber ponerse en su lugar.

Una revisión bibliográfica, realizada por Ahmed et al., (2019), determina la necesidad de entender el concepto de satisfacción del paciente hospitalizado como un elemento formado por varias dimensiones que no especifica. Además, concluye que en los artículos analizados se destacan estrategias como la actitud de la enfermera, la puntualidad, el soporte emocional, el respeto, la sonrisa, la participación del paciente en los cuidados o una comunicación eficaz.

En menor cantidad, encontramos artículos que hablan sobre los aspectos que creen las enfermeras que intervienen en la satisfacción del paciente durante su ingreso hospitalario. Autores como Mehta et al., (2022), se centran en la peor época de la pandemia de la COVID-19 describiendo la posible alteración de la satisfacción que se produjo en los pacientes al introducir las barreras de protección y aislamiento que interferían en una correcta comunicación enfermera-paciente, miedo de los profesionales sanitarios a contagiarse, falta de protocolos o protocolos cambiantes, uso de tecnología en la comunicación con los familiares y poco contacto físico.

La gran mayoría de artículos científicos encontrados hacen referencia a estudios realizados en otros países y en contextos diferentes al de las Unidades de Cuidados Intensivos, como por ejemplo son la geriatría o cirugía. En la descripción de todas

las dimensiones de un fenómeno es indispensable contar con la percepción que tienen los actores implicados en éste. No se encuentran estudios que planteen estrategias de mejora des del punto de vista enfermero y de los pacientes.

3. ESTUDIO

3.1 Objetivo

Describir las estrategias de mejora de la satisfacción con los cuidados enfermeros identificadas por enfermeras y pacientes críticos.

4. Metodología y diseño

Este estudio forma parte de un estudio más amplio que ha utilizado metodología mixta con un diseño explicativo secuencial de dos fases (Creswell et al, 2007). La fase-I evaluó el nivel de satisfacción del paciente crítico y su relación con las variables sociodemográficas, clínicas y organizativas (Delgado-Hito et al., 2022) y esta fase-II, desde un diseño cualitativo exploratorio, multicéntrico de tipo descriptivo interpretativo (Thorne et al., 2004) siguiendo criterios de COREQ-32.

4.1 Contexto del estudio

El estudio se realizó en 8 hospitales universitarios de media y alta complejidad de España (Tabla 1). El tiempo comprendido fue entre enero y marzo del año 2022. El contexto específico fueron 8 Unidades de Cuidados Intensivos polivalentes con camas individuales y con una ratio enfermera/paciente de 1:2.

Tabla 1: Descripción de los hospitales participantes.

Hospitales	Nivel	Privado	Nº camas	Nº camas UCI
H1	III	No	404	18
H2	III	No	516	46
H3	III	No	1146	56
H4	III	No	831	56
H5	II	No	400	14
H6	II	Sí	172	10
H7	II	No	385	12
H8	II	No	402	18

4.2 Muestreo y reclutamiento

Los pacientes que formaron parte del estudio tenían las siguientes características: a) pacientes mayores de 18 años; b) haber estado ingresados como mínimo 48 horas en UCI; c) dar el consentimiento verbal tras la explicación del estudio y d) que pudieran expresarse en español. El reclutamiento de los pacientes implicó que se realizara una valoración de su orientación de forma presencial en los que continuaban ingresados en el hospital y vía telefónica a aquellos que ya estaban dados de alta. Los participantes fueron escogidos mediante muestreo de conveniencia no probabilístico hasta conseguir la saturación teórica de los datos entre aquellos dados de alta en cualquiera de las 8 UCI participantes, a partir de enero del 2022 (Tabla 2).

Tabla 2: Perfil sociodemográfico de los pacientes participantes.

Identificación	Edad	Sexo	Estado Civil	Nivel Estudios	Nivel Hospital
P1	57	M	Casado	Universitario	III
P2	61	M	Casado	EGB	III
P3	49	H	Casado	Bachillerato	II
P4	70	M	Viuda	Sin estudios	III
P5	31	H	Soltero	Universitario	III
P6	57	H	Casado	ESO	III
P7	66	H	Viudo	EGB	II
P8	67	H	Casado	Universitario	III
P9	46	H	Casado	Bachillerato	III
P10	79	H	Casado	EGB	III
P11	72	H	Casado	Universitario	II

El reclutamiento de las enfermeras se produjo, tras informar por escrito de los objetivos del estudio, en reuniones en los diferentes turnos de trabajo. Aquellas interesadas enviaron vía mail, su edad, años de experiencia en UCI y turno de trabajo. Las enfermeras que formaron parte del estudio tenían las siguientes características: a) enfermeras expertas en el cuidado del paciente crítico con un mínimo de 5 años de experiencia en UCI, y b) dar el consentimiento informado. Las enfermeras fueron escogidas mediante muestreo no probabilístico de conveniencia hasta conseguir la saturación teórica de los datos (Tabla 3).

Tabla 3: Perfil sociodemográfico de los pacientes participantes.

Identificación	Edad	Sexo	Años Enfermera	Años UCI	Contrato	Turno	Nivel hospital
E1	30	M	09	06	Interina	Rotatorio	III
E2	31	M	07	06	Fija	Rotatorio	II
E3	45	M	19	18	Interina	Día	III
E4	45	M	23	21	Interina	Noche	III
E5	28	M	07	07	Interina	Día	II
E6	51	M	28	25	Fija	Rotatorio	II
E7	37	M	15	15	Interina	Noche	II
E8	40	M	08	08	Fija	Noche	II
E9	53	M	14	14	Fija	Día	III
E10	41	M	15	10	Fija	Rotatorio	II
E11	41	H	20	14	Interino	Día	III
E12	27	M	05	05	Fija	Rotatorio	II
E13	37	H	17	08	Interina	Día	III
E14	30	H	09	06	Interino	Rotatorio	III

4.3 Recopilación de datos

Los datos se obtuvieron mediante la realización de grupos focales (Halliday et al., 2021), vía telemática a través de la aplicación *Teams*. Los participantes, vía mail, recibieron un enlace para conectarse al grupo focal 24h antes de la hora de inicio establecida. En total, se realizaron 4 grupos focales de 5-7 personas y de 1 hora aproximadamente de duración,

Los grupos focales de los pacientes se configuraron con los siguientes criterios de homogeneidad (mayores de 18 años; haber estado más de 3 días ingresados en la UCI, que pudiera expresarse, leer y escribir en uno de los idiomas oficiales y orientados en las tres esferas) y de heterogeneidad (hospitales públicos y privados).

En cuanto a la configuración de los grupos de las enfermeras, los criterios de homogeneidad fueron >5 años de experiencia en UCI y de heterogeneidad los diferentes turnos de trabajo y hospitales públicos y privados.

Al inicio de cada grupo focal los pacientes cumplimentaron un cuestionario para conocer su perfil sociodemográfico (edad, sexo, estado civil, nivel estudios y hospital de ingreso) y en el caso de las enfermeras se cumplimentó un cuestionario para

conocer su perfil sociolaboral (edad, sexo, perfil asistencial, años experiencia en UCI, formación, turno de trabajo, tipo de UCI, nivel de hospital, tipo de hospital).

Todos los grupos fueron moderados por un profesional con experiencia en el desarrollo de esta técnica de obtención de datos acompañado de un observador, ambas personas no formaban parte del equipo profesional de las UCI.

En la Tabla 4 se presenta el mismo guion utilizado en los 4 grupos focales: constaba de unas preguntas abiertas generales y no dirigidas. La finalidad de estas era fomentar la expresión de su perspectiva en relación con los cuidados enfermeros recibidos o proporcionados durante su estancia en la UCI. Todas las preguntas se incluyeron mediante consenso del equipo investigador y apoyado en la bibliografía existente (Tabla 4).

Tabla 4 Guion de la entrevista a los participantes (pacientes) del estudio

Presentación	¡Hola! ¿Qué tal? Os agradezco personalmente y también de parte de todo el equipo investigador vuestra valiosa colaboración. Todos los aquí presentes sois personas que habéis estado ingresadas en una Unidad de Cuidados Intensivos recientemente. Cada uno de vosotros tenéis una experiencia y unos conocimientos propios de ese ingreso por lo que este grupo focal tiene como objetivo identificar las estrategias que mejoren la calidad del cuidado enfermero en las Unidades de Cuidados Intensivos.
Encuadre	Como veis, esto es un Grupo Focal en el que participan diversas personas vía telemática. La duración puede ser de aproximadamente una hora o una hora y media. De todas formas, se utilizará el tiempo justo y necesario para que ninguno se sienta incómodo o cansado. Para que no se escape ningún detalle de la conversación, ésta será grabada en sonido y vídeo tal y como ya se había comentado en anterioridad.
Pregunta arranque	Os iré preguntando unas cuestiones amplias para que expreséis libremente vuestra opinión. Para empezar, os planteo una primera pregunta general para situarnos en el tema y posteriormente ir concretando en los diferentes bloques que os presentaré. Basándonos en vuestra experiencia, ¿qué debe tener una Unidad de Cuidados Intensivos para que ofrezca unos cuidados enfermeros de excelencia?
Guía de temas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primer Bloque (cuidado holístico): estrategias identificadas relacionadas con los aspectos físicos, psicoemocionales y espirituales. 2. Segundo Bloque (formas de comunicación): estrategias identificadas relacionadas con las formas de comunicación verbal y no verbal. 3. Tercer Bloque (comportamientos profesionales): estrategias identificadas relacionadas con la experiencia del paciente sobre los comportamientos profesionales.

Las sesiones fueron grabadas en vídeo y sonido para proporcionar y certificar la fiabilidad de la transcripción de los datos. Las transcripciones fueron devueltas a los participantes para confirmar o modificar el contenido.

4.4 Análisis de los datos

Los discursos de los grupos focales y el diario de campo fueron transcritos literalmente y se realizó su análisis de contenido con el programa NVivo 12. Este enfoque es adecuado para analizar y categorizar datos cualitativos basados en criterios empíricos o teóricos (Thorne et al., 2004).

Todos los datos obtenidos de los grupos focales y diarios se registraron palabra por palabra. Una vez que los participantes confirmaron la autenticidad de la transcripción (verificación de contenido), el texto fue segmentado en códigos descriptivos asignados según su contenido puramente semántico. En la segunda etapa, estos códigos se agruparon en subcategorías más analíticas, agrupando los códigos iniciales según el significado de las unidades lingüísticas y sus combinaciones. De esta forma, se llega a la tercera etapa jerárquica, en la que se clasifican según el propósito del estudio, teniendo en cuenta el análisis semántico de las subcategorías anteriores. Es importante mencionar que el análisis de datos fue realizado conjuntamente por dos investigadores en la primera fase de codificación de datos y de forma independiente durante el análisis posterior. Finalmente se realizó una comparación de los resultados obtenidos.

4.5 Rigor

Se siguieron los criterios de confiabilidad y autenticidad de Guba y Lincoln (Guba & Lincoln, 2000). Para dar credibilidad al estudio se realizó una descripción detallada de los participantes y el contexto; se aseguró la intimidad de los pacientes que todavía estaban ingresados en el hospital para que no pudieran sentirse presionados a responder de una determinada manera; se grabó en sonido y vídeo para no perder detalle de cualquier gesto o sonido que los participantes pudieran hacer; triangulación de investigadores para el análisis de los datos; verificación de

las transcripciones por los participantes de cada grupo focal para confirmar o modificar los resultados obtenidos.

4.6 Consideraciones éticas

Durante el estudio se siguieron las directrices nacionales e internacionales y la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales). Se ha obtenido la aprobación del comité de ética de los centros participantes (nº2018/7818/l). Respecto a la ética del proceso de participación, los sujetos de forma voluntaria accedieron a participar y firmaron el consentimiento informado, previa descripción por escrito y verbalmente de toda la información relacionada con el estudio y con sus objetivos. Para preservar la confidencialidad de los sujetos de estudio, se utilizaron códigos alfanuméricos (E para enfermeras y P para pacientes), solo el equipo investigador tuvo acceso a la base de datos mediante una contraseña, ningún dato personal apareció en los informes para evitar su identificación.

5. RESULTADOS

Los participantes en el estudio fueron 25 (11 pacientes y 14 enfermeras). De los 11 pacientes, 8 fueron hombres y 3 mujeres, con una edad media de 59,54 años (mín. 31- máx. 79). En cuanto a las 14 enfermeras, 11 fueron mujeres con una edad media de 38,28 años (mín. 27- máx. 53) y una media de 11,64 años de experiencia en UCI (mín. 5- máx. 25). En cuanto a los turnos de trabajo, 5 de las enfermeras trabajaban de día, 3 de noche y 6 en turno rotativo.

Los resultados que emergen del discurso de los participantes hacen referencia a las siguientes estrategias: estrategias para el cuidado holístico, estrategias relacionadas con las formas de comunicación, estrategias relacionadas con los comportamientos profesionales y estrategias relacionadas con la infraestructura de la unidad.

5.1 Estrategias para mejorar cuidados enfermeros recibidos de manera holística

Esta categoría agrupa las subcategorías que están relacionadas con las estrategias dirigidas a mejorar los cuidados físicos y los cuidados psicoemocionales y espirituales.

5.1.1 Estrategias relacionadas con los cuidados físicos

Las estrategias que identifican los participantes en esta subcategoría están relacionadas con el control del dolor, la higiene e hidratación y el sueño y descanso,

Las estrategias para mejorar el control del dolor incluyen la monitorización y registro del dolor, la utilización de escalas validadas y formación en las mismas, y la evaluación post analgesia. La **monitorización y registro del dolor** fue expresada de la siguiente manera: E1: (...) es un problema de registro más que de valoración. Considero que todos los compañeros controlamos el dolor de una forma correcta, pero nos falla al momento de registrarlo"; E4: *"(...) entonces creo que es fundamental el tener ese control y no tengan dolor en ningún momento, o sea, intentar utilizarlo de forma breve, en cortos períodos, cada 2 horas o cada 3 horas, preguntar al paciente sobre el dolor, todo es fundamental (...)"*; P6: *"(...) Los enfermeros te prestaban muchísima atención, te preguntaban constantemente: "¿qué te duele?" ¿Me explico? (...)"*. En cuanto a la **utilización de escalas validadas** los participantes expresan que *"(...) se usan escalas en los pacientes por ejemplo que están despiertos, utilizar escalas como EVA o en pacientes que están sedados utilizar escalas como ESCID (...)"*(E4). Además, algunos participantes hicieron mención de la **formación en el uso** de las escalas. El participante E1 lo describe de la siguiente manera: *"(...) la formación que decíamos antes, sobre todo en el uso de las escalas hay muchos errores a la hora de saber valorar correctamente o utilizar estas escalas y a veces es por falta de formación, entonces el control previo a administrar analgesia y el de después de administrar analgesia normalmente siempre pasa desapercibida (...)"*. Finalmente, detallan la **evaluación post-analgesia** con las siguientes palabras *"(...) entonces el control previo a administrar analgesia y el de después de administrar analgesia normalmente siempre pasa desapercibida"* E1.

En segundo lugar, las estrategias para mejorar la higiene e hidratación identificadas en el discurso de los participantes contemplan el fomento de la autonomía del paciente y su participación en los cuidados, favorecer la intimidad y la valoración integral. **Fomentar la autonomía del paciente/participación en los cuidados** se recoge de la siguiente manera: E5: “(...) *ellos son conscientes y son independientes para ciertas cosas, para lavarse la cara, para poder lavarse los dientes e incluso para lavarse sus partes genitales. A veces empezamos a hacer cosas y nos olvidamos de su autonomía hablando entre una cosa y otra (...)*”. **La intimidad del paciente** mejoraría con cuartos de baño en la unidad tal y como relata el E12: “(...) *un servicio para los pacientes que, si se pueden levantar, porque nosotros no tenemos baño y los pobres lo pasan fatal y dicen “¿pero de verdad tengo que hacer en la cuña?”*. Aprovechar el momento de la higiene para realizar una **valoración integral** resulta fundamental tal y como detalla el (E2): “(...) *el momento del aseo es fundamental para que hagamos una exploración integral del cuerpo del paciente y veamos qué puntos puede tener que sean susceptibles de formar heridas (..) y hacerle a él parte activa del cuidado*”.

Finalmente, en cuanto a las estrategias para favorecer el sueño y descanso identificadas en el discurso de los participantes detallan la agrupación de cuidados, control de la intensidad de luz/ruido, el uso de tapones y el uso de medicación para inducir el sueño. La **agrupación de cuidados enfermeros**, un participante manifestaba: “(...) *me parece fundamental que como profesionales cuidemos que en un tramo horario que puede ser de las 23:30h a las 00h de la noche hasta las 6h o 7h de la mañana, minimizamos al máximo técnicas, cuidados (E2)*. El **control de la intensidad de la luz y el ruido** es expresado por el mismo participante de la siguiente forma: “(...) *yo creo que fundamental de eso, bajar la intensidad de las luces, de hablar en zonas apartadas para no molestarles (...)*” (E2) y otro participante afirmaba: “(...) *me respetaron mucho, hablaban muy flojito para no molestarme por la noche (...)*” (P9) e incluso proporcionar **tapones para descansar** tal y como detallaba el E12: “(...) *nosotros tenemos tapones para los oídos que se les da. Se les ofrece esto que es de gomaespuma para intentar favorecer el sueño (...)*”. Por último, el **uso de medicación para inducir el sueño** “(...) *por la noche era fatal y tomé la decisión de que me dieran pastillas a primera hora de la noche para poder dormir porque, o si no, no dormía en toda la noche: los nervios me atacaban.*” P2; el

participante E2 afirmaba: “(...) si se puede, deberíamos añadir el uso de analgésicos o algún tipo de sedante o inductores de sueño que faciliten ese descanso (...)”.

5.1.2 Estrategias relacionadas con el cuidado psicoemocional y espiritual

Los participantes identifican como estrategia de mejora el escuchar con atención, cuidar el momento en el que el paciente decide expresarse, la empatía y el tener en cuenta actividades recreativas.

Escuchar con atención, es expresado con estas palabras: “(...) hablar con el paciente, escucharlo, o sea, atender qué es lo que realmente le preocupa al paciente. Normalmente siempre vamos corriendo y no nos paramos a hablar un poco con el paciente, a escucharlo, a ver que realmente es lo que necesita, (...)” E4. Las enfermeras, también hacen hincapié en **cuidar el momento en el que el paciente decide expresarse** y lo manifiestan de la siguiente forma: “(...) cuidar el momento en el que él quiere dirigirse a nosotros o decirnos o transmitirnos algo, me refiero a que hagamos un paréntesis y garanticemos unas condiciones entre paciente y enfermero para garantizar que esa comunicación tanto verbal como no verbal sea la mejor posible (...)” E2. También, las mismas enfermeras destacan la importancia de la **empatía**: “(...) tener empatía hacia el paciente, ¿no? (...) hay veces que pierden los papeles, tener mucha paciencia a la hora de abordar el problema que tiene e intentar, hacer de psicólogo con respecto a los problemas que pueda tener en ese momento” E4. Finalmente, las enfermeras y los pacientes coinciden en la necesidad de **tener en cuenta actividades recreativas** durante el ingreso en UCI, destacándolo en su discurso con las siguientes palabras: “(...) o incluso si el paciente lee un libro, alguna cosa, hablar con el paciente y saber qué es lo que él necesita, música o lo que él te pida y hablar con la familia para que le pueda facilitar ese tipo de cosas (...)” E7; “(...) de ahí me preguntaron a mí: - ¿quieres ver películas?, ¿quieres ver música... quieres escuchar música?. Le hago así, levantando mi dedo pulgar y me pusieron música (...)” P6.

5.2 Estrategias relacionadas con las formas de comunicación

Las estrategias relacionadas con las formas de comunicación contemplan la comunicación verbal y la comunicación no verbal.

5.2.1 Estrategias relacionadas con la comunicación verbal

Dentro de las estrategias que identifican los participantes para mejorar la comunicación verbal incluye presentarse, proporcionar información previa, fomentar que se expresen y detectar el momento, uso de un lenguaje sencillo, uso del abecedario, uso de tecnología y formación en comunicación.

Las enfermeras y los pacientes destacan la importancia de **presentarse**, manifestándolo con las siguientes palabras: *"(...) cuando nos dirigimos por primera vez a un paciente o empezamos el turno, "buenos días, Antonio, yo soy Juana y voy a ser tu enfermera esta mañana", que tenga un nombre, una referencia (...)" E2; " (...) llegaba primero la enfermera y se te presentaba: -mira mi nombre es tal y cual, yo voy a ser tu enfermero de hoy (...)" P6.*

En segundo lugar, también detallan la **información previa proporcionada**. En este sentido, enfermeras y pacientes coincidían en su discurso: *" (...) decirle lo que vamos a hacer, lo que le vamos a poner ya que encuentra muchas veces desubicado dentro de la unidad, no sabe su evolución, ni que le pasa, ni que le están poniendo (...)" E6; " (...) me explicaban antes de hacer algo para que pudiera entender, qué acciones se van a hacer, para que pueda estar más tranquila y darme seguridad. Yo en mi caso me sentía muy segura de estar ahí (...)" P12.*

En tercer lugar, se identificaron estrategias para contestar a las preguntas y favorecer la comunicación como la necesidad de fomentar que se expresen y detectar el momento, el uso de un lenguaje sencillo, el uso del abecedario, el uso de la tecnología y la formación en comunicación. **Fomentar que los pacientes se expresen y detectar el momento adecuado** fue expresado de la siguiente manera: *" (...) facilitar que ellos expresen sus emociones, si tienen miedos, si están tristes, si están alegres, si están rabiosos... entender que a veces es meterte en temas un poco complicados, pero ellos lo necesitan (...)" E3; " (...) el momento es cuando él quiera, cuando él se encuentre con ganas, cuando nos vea pasar, cuando nos coja el uniforme, pues en ese momento sepamos detectarlo y seamos capaces de dejar de lado otras cosas y centrarnos en lo que nos quiere decir" E2.* En cuanto al **uso de un lenguaje sencillo**, la enfermera E3 lo expresa: *" (...) adecuar nuestro mensaje según el interlocutor que tengamos delante, creo que es importante también (...)"*; mientras

que la enfermera E12 lo expresa: *“(...) una persona mayor pues a lo mejor se le han de explicar las cosas de una manera más entendedora para él, más sencilla. Cada persona es un mundo, pero el lenguaje tiene que ser sencillo (...)”*. También detallaron, enfermeras y pacientes, los beneficios del **uso del abecedario**: *“(...) a veces para comunicarse se necesita únicamente algo sencillo, unas hojas con el alfabeto, con dibujos y números, no sé, cosas así (...)”* E1; *“(...) me dieron un papel, con un abecedario, con el abecedario puesto allí para que yo vaya deletreando letra por letra y ellos iban formando lo que yo quería decir (...)”* P6”. Se destaca también el **uso de tecnología**: *“(...) entonces nosotros utilizamos en la UCI un sistema con la tablet de comunicación no verbal que va con cara, con muñecos, con el sí, con el no y entonces eso en los pacientes sobre todo que están con ventilación mecánica que les cuesta más comunicarse, pues nos facilita mucho la tarea de comunicación con el paciente (...)”* E3. Finalmente, detallan la **formación en comunicación**, expresada en el discurso mediante las siguientes palabras: *“(...) tenemos una unidad de acompañamiento que se llama, que son otros compañeros enfermeros pero que tienen más recursos, más estrategias, más formación, más comunicación, entonces si vemos que necesita algo más de ayuda en momentos difíciles o en algo importante, se les avisa a estos compañeros (...)”* E5.

5.1.2 Estrategias de comunicación no verbal

Las estrategias que identifican los participantes para mejorar la comunicación no verbal están relacionadas con el uso de la mirada, el uso del tacto y el uso de signos.

Los pacientes captan **el uso de la mirada** por parte de las enfermeras y su significado, expresándolo de la siguiente manera: *“(...) te transmitían confianza, sus gestos, como me miraban a los ojos a la hora de decirme las cosas y tu pensabas, es que esta todo bien, me lo está diciendo con la mirada (...)”* P4; *“(...) cuando pasa la enfermera y según te mira sabes que van a salir las cosas bien. La mirada es todo. No hace falta que se quiten la mascarilla para verles la cara (...)”* P8. También detallan, en concordancia con lo que describen las enfermeras, la importancia del **uso del tacto**: *“(...) simplemente el contacto poniendo una mano encima, cogerle la mano les da muchísima seguridad, mucho más que las palabras que dices (...)”* E14; *“(...) me daban la mano, me tocaban, me decían que no me preocupara, que no me iba a pasar nada malo. Eso me tranquilizaba (...)”* P5”. Finalmente, en cuanto al **uso de signos**

durante el ingreso hospitalario la E4 expresa de la siguiente forma: *“(...) con la pandemia por el tema de la mascarilla es muy complicada la comunicación, bueno, se puede hacer con manos y tal, pero es muy complicado al no vernos la boca”*.

5.3 Estrategias relacionadas con los comportamientos profesionales

Los participantes identifican en esta categoría están estrategias relacionadas con el trabajo en equipo y con potenciar las habilidades científico-humanas.

5.3.1 Estrategias para trabajar en equipo

Las estrategias para fomentar el trabajo en equipo identificadas tienen relación con la comunicación interdisciplinar, la visita conjunta enfermera-médico y la formación en trabajo en equipo.

El discurso de los pacientes y en concordancia con lo que expresan las enfermeras, detallan la **comunicación interdisciplinar**: *“(...) que haya una buena comunicación de información entre los diferentes profesionales y haya buen ambiente de trabajo y que haya una transmisión de información buena (...)”* E2; *“(...) todos tienen que trabajar en equipo. De hecho, los veía hacer reuniones por la mañana para organizar un poco el día (...)”* P12. La necesidad de realizar una **visita conjunta enfermera-médico** se describe así: *“(...) en el momento en que un médico informa a la familia con el paciente delante siempre intento estar con ellos, más que nada para saber exactamente qué información tienen sobre el estado actual (...)”* E3. Finalmente, la **formación en trabajo en equipo**, se relatada de la siguiente manera E7: *“(...) este año hicimos una especie de supuestos casos... y entonces participamos todo el personal: los formadores te daban un caso y te explicaban la situación y entonces te das cuenta de que si trabajas en equipo todo funciona mejor (...)”*.

5.3.2 Estrategias para potenciar las habilidades científico-humanas

Las estrategias identificadas para potenciar las habilidades científico-humanas recogen referirse al paciente como persona, el juicio clínico y la actitud.

Referirse al paciente como persona se manifiesta con las siguientes palabras: *“(...) tratar al paciente realmente como lo que es, una persona, un ser humano, no un número, una patología, un órgano. Llamarlo por su nombre no por su enfermedad (...)”*

E2. En cuanto al uso del **juicio clínico**, una enfermera lo expresa: *“(...) anticiparnos, no muchas veces ellos nos lo pedirán, si no muchas veces nosotros anticiparnos a esos problemas que ellos tienen, eso también”* E4. Por último, destacan la **actitud** de la enfermera: *“(...) es importante vigilar qué cosa transmitimos y cómo nos expresamos y qué decimos, ¿no? La imagen que les damos a ellos o la sensación con la que se quedan de estar trabajando con gente seria y con gente que son de confianza a gente que somos a veces un poco más descuidados, pues yo creo que es importante”* E8.

5.4 Estrategias para mejorar la infraestructura de la unidad

Las estrategias que identifican los participantes para mejorar la infraestructura de la unidad incluyen estrategias para mejorar la estructura física, estrategias para mejorar recursos humanos, y estrategias para mejorar las políticas de la unidad.

5.4.1 Estrategias para mejorar la estructura física

Las estrategias para mejorar la estructura física incluyen la arquitectura e infraestructura humanizada y recursos materiales.

La **arquitectura e infraestructura humanizada** se relata como: *“(...) tener una unidad con una estructura arquitectónica buena que te permita trabajar con espacio y tranquilidad”* E2; *“(...) tenemos una UCI recién reformada, circular, que nos permite ver a todos los pacientes desde cualquier lugar. Esto también es importante para sus cuidados”* E9; *“(...) la estructura de la UCI sin duda interviene en un mejor o peor cuidado al paciente”* E10. En cuanto a los **recursos materiales** se expresan de la siguiente forma: *“(...) los colchones con movimiento han avanzado muchísimo y ahora es mucho más difícil que los pacientes tengan úlceras por presión. Tener unos recursos de calidad te favorece mucho el cuidado diario (...)”* E4; *“(...) yo creo que es importante la parte material, disponer de camas de última generación que hacen que te muevas solo y no tengas heridas (...)”* P11.

5.4.2 Estrategias para mejorar los recursos humanos

Las estrategias para mejorar los recursos humanos detallan la formación continua, la dotación del personal y rotación, la incorporación de psicólogos/fisioterapeutas en el equipo y la enfermera referente en UCI y el cuidado a los profesionales.

En relación con las estrategias para mejorar los recursos humanos, la necesidad de realizar **formación continua** se detalla como: “(...) la formación continua hace que todo el equipo tenga los mismos conocimientos respecto a un tema, eso ayuda mucho al equipo y al cuidado” E14; “(...) una buena formación continuada de todo el personal, tanto para los nuevos como para los veteranos” E3. De la misma manera se menciona **la dotación de personal y rotación**: “(...) es necesario un mayor recurso de personal. Nosotros vamos sumando cargas de trabajo, pero el personal siempre es el mismo y si queremos garantizar un cuidado humanizado y dar un servicio más humano a nuestros pacientes a veces vamos sobrepasados de carga de trabajo (...)” E1. **Incorporación de psicólogos y fisioterapeutas en el equipo**, dos enfermeros lo expresan: “(...) incluir profesionales que tendrían que trabajar con nosotros y ser parte del equipo. Tener un fisioterapeuta en la UCI haría que los pacientes se fueran de alta antes, se movilizarían antes y al final la sanidad se ahorraría dinero (...)” E7; “(...) tenemos ahora un psicólogo que nos han puesto en la UCI y la verdad es que viene a ver a los pacientes que están pasando por una etapa muy difícil y los anima e intenta darles herramientas para sobrellevar su estancia en la UCI (...)” E12. **Enfermera de referencia en UCI**, una enfermera lo relató de la siguiente manera: “(...) es importante que haya una persona de referencia que garantice que se presten cuidados de calidad (...)” E2. Por último, se enfatiza en la importancia del **cuidado a los profesionales** que cuidan, expresado: “(...) también se debería de cuidar al personal, que eso es muy importante, el horario, la facilidad para dar días libres si se puede o facilidad el cambio de turno, esas cosas también se deben tener en cuenta” E5.

5.4.3 Estrategias para mejorar las políticas de la unidad

Las estrategias para mejorar las políticas de la unidad recogen la UCI de puertas abiertas, el uso de tecnología, los animales de compañía y las salidas de los pacientes al aire libre.

En cuanto a las **UCI con puertas abiertas** detallan: “(...) es indispensable tener puertas abiertas las 24 horas donde haya un familiar 24 horas independientemente de que el paciente esté consciente o no (...)” E9. Se recalca el **uso de tecnologías** durante la pandemia en **las UCI**: “(...) intentar hacer videollamadas todos los días con los familiares y esos momentos han sido muy duros para el personal enfermero, pero muy gratificantes para el paciente” E4. Otro enfermero destaca también el uso de los

animales de compañía, durante el ingreso en UCI: *“(…) que pudieran entrar sus mascotas, algún tipo de mascota, ¿no?, un perro o un pájaro con los boxes cerrados ya que hay muchos pacientes que se despiertan y nos preguntan por su perrito, como esta su perro y poder acariciarlos (…)”* E3. Por último, los enfermeros en concordancia con los pacientes destacan la importancia de las **salidas de pacientes al aire libre**, donde pacientes que llevan semanas o meses ingresados pueden salir del hospital durante unos minutos. Lo explican de la siguiente forma: *“(…) que respiren un poco de aire libre, vean luz, y tengan la sensación del aire normal, simplemente de estar en la calle después de haber pasado por 3 o 4 meses encerrados en una UCI les da media vida, y eso ayuda muchísimo (…)”* E1; *“(…) estuve 105 días en la UCI, en los cuales 75 intubado y se utilizaron varias estrategias, sobre todo en la fase última, sacándome para ver el mar, para que te toque el aire. Eso te da mucha energía (…)”* P7.

6. DISCUSIÓN

Las estrategias identificadas para la mejora de la satisfacción con los cuidados enfermeros tanto por parte de los pacientes como de las enfermeras ponen de manifiesto que el cuidado se caracteriza por una combinación científica y humanística. Esta combinación ha sido descrita en otros estudios como algo necesario en la atención al paciente (Jover-Sancho et al., 2015; Romero-García et al., 2013). Algunos autores afirman que los pacientes les dan más importancia a las habilidades humanas que a las técnicas (Ahmed et al., 2019; Goudarzi et al., 2021). Otros autores consideran que el cuidado no puede separar la parte científica de la más humana, en la que los profesionales son expertos en el uso de las máquinas y las diferentes técnicas a realizar, pero también, de forma simultánea, de proporcionar seguridad al paciente (Andersson et al., 2022). Es importante resaltar la identificación de un cuidado individualizado e integral, que da respuestas a todas las posibles necesidades del paciente durante su ingreso ya sea a nivel físico, psicológico, espiritual o social (Batbaatar et al., 2017; Ahmed et al., 2019).

Las estrategias para mejorar el cuidado relacionado con los aspectos físicos han sido identificadas tanto por enfermeras como por pacientes como la monitorización y registro del dolor, el uso de escalas validadas, la formación en el uso de las escalas y

la evaluación del dolor post-analgésico. Estos resultados no han sido detallados en otros estudios, pero si encontramos bibliografía que hace referencia a la relación entre el control del dolor y la satisfacción en (Darawad et al., 2015; Goudarzi et al., 2021). Darawad (2015), además, explica la necesidad de informar a los pacientes de la importancia de que manifiesten los momentos en los que tienen dolor para poder actuar sobre él lo más rápido posible.

En relación con las estrategias identificadas para mejorar la calidad de la higiene e hidratación como fomentar la autonomía del paciente y su participación en los cuidados, favorecer la intimidad del paciente y la valoración integral; encontramos una revisión bibliográfica (Ahmed et al., 2019) que especifica la importancia que le da el paciente a proporcionar intimidad y fomentar la autonomía, pero no hace mención alguna a la valoración integral. Otro estudio de Latour (2022) menciona la intimidad como algo importante para el paciente y su satisfacción. En ese mismo estudio los pacientes describen la intimidad como momentos para estar solos sin que se les interrumpa de la actividad que están haciendo ya sea estar con la familia, ver una película o cualquier otra actividad.

Las estrategias encontradas en nuestro estudio para mejorar el sueño y descanso, como agrupar los cuidados enfermeros, bajar la intensidad de la luz o ruido, uso de medicación/taponos para favorecer el descanso coincide con la bibliografía encontrada (Hernández et al., 2021; Büsra & Koc, 2020). En estudios como el de Goudarzi et al., (2021) los pacientes se muestran poco satisfechos con el descanso y concretan estrategias como agrupar los cuidados y administrar medicación para dormir, en ambientes tan activos como lo son las Unidades de Cuidados Intensivos. Una revisión bibliográfica de Guillén-Pérez (2013) pone de manifiesto que existe un problema real de baja calidad del sueño de los pacientes relacionado principalmente con el ruido que procede de diversas fuentes, así como las conversaciones de enfermería y explica los beneficios del uso de taponos para mejorar la calidad del sueño.

Las estrategias relacionadas con los aspectos psicoemocionales y espirituales identificados son el escuchar con atención, cuidar el momento en el que el paciente decide expresarse, la empatía y las actividades recreativas. En este punto queda reflejada la necesidad de que las enfermeras de las UCI sepan dar una respuesta

rápida a las necesidades más subjetivas del paciente y ligadas a sus vivencias, valores, creencias y cultura (Dikmen, 2020). También se identifica en el discurso de las enfermeras, a diferencia del resto de estudios, la necesidad de cuidar los momentos en lo que el paciente intenta expresarse para ayudarlo en la comunicación y vea a las enfermeras como alguien que realmente se interesa por sus necesidades o preocupaciones. Estudios como el de Ahmed et al., (2019), Jover-Sancho et al., (2015) y Bösra & Koc (2020) identifican el escuchar con atención como un elemento clave. Sin embargo, la estrategia de tener en cuenta las necesidades recreativas de los pacientes no se identifica en ninguno de los estudios analizados.

El cuidado relacionado con la comunicación de nuevo pone de manifiesto una similitud en los resultados obtenidos por parte de los pacientes y de las enfermeras. Las estrategias identificadas son presentarse al entrar al box, proporcionar información previa, fomentar que se expresen, uso de lenguaje sencillo, uso del abecedario, uso de la tecnología, formación en comunicación, uso de la mirada, signos y tacto. Un aspecto importante por mencionar es que las enfermeras se comunican siempre con el paciente, aunque éste esté bajo los efectos de la sedación (Jover-Sancho et al., 2015). La comunicación ya sea verbal o no verbal permite interaccionar de una forma en la que interviene la sensibilidad humana y se crea una conexión entre las emociones del paciente y las emociones de la enfermera (Hernández et al., 2021). Sale de manifiesto también la importancia que tiene la mirada sobre otros aspectos, en las que puede identificarse una sonrisa, un gesto triste o una preocupación sin necesidad de ver el resto de la cara por el uso de la mascarilla (Analuisa, 2022). Un uso prolongado de la mascarilla no afecta en la satisfacción del paciente a diferencia de lo descrito por Mehta et al., 2022. Nuestros resultados coinciden con los de otros estudios donde también identifican la importancia de la sonrisa, la escucha activa y proporcionar información adecuada (Ahmed et al., 2019; Batbaatar et al., 2017; Latour, 2022). El uso de la tecnología en UCI ha sido estudiado y sus beneficios han sido publicados (Fritz et al., 2022). No solamente los pacientes identifican esta estrategia como algo indispensable durante las restricciones de visitas, sino que también las enfermeras la describen como un pilar fundamental durante los peores meses de la pandemia de COVID-19. La formación en comunicación es un aspecto clave para mejorar la forma en la que enfermería se comunica con el paciente, sus familiares o el resto de los compañeros.

Kerr (2022) pone de manifiesto en su estudio la necesidad de entrenar esta habilidad para ofrecer unos cuidados enfermeros eficaces, seguros y centrados en el paciente.

Las estrategias relacionadas con los comportamientos profesionales nos indica la necesidad de no separar la parte técnica de la humana, la visita conjunta enfermera-médico, la comunicación interdisciplinar, la formación en trabajo en equipo, referirse al paciente como persona, tener juicio clínico y la actitud. Ervin (2018) identifica la visita conjunta, la comunicación interdisciplinar y la formación en trabajo en equipo como tres estrategias indispensables para trabajar en equipo. Una buena formación en trabajo en equipo en unidades tan grandes como lo son las UCI es algo indiscutible para los profesionales. La continua rotación del personal interdisciplinar de las UCI dificulta cualquier tipo de estrategia que pueda implementarse en estas unidades tan grandes (Ervin et al., 2018). Algunos estudios destacan el juicio clínico y la actitud de la enfermera como estrategias para mejorar la satisfacción del paciente (Hernández et al., 2021; Joven & Parada, 2019). La vulnerabilidad y dependencia en la que se encuentra el paciente crítico provoca en él indefensión por lo que es importante referirse al paciente como persona, no como una patología (Basile et al., 2021). Una rápida actuación juntamente con unas buenas habilidades técnicas y humanas producen en la paciente sensación de seguridad y confort de ahí destacar su importancia (Jover-Sancho et al., 2015; Romero-García et al., 2013).

Estrategias para la mejora de la estructura física y la mejora de los recursos humanos, son aspectos que han surgido probablemente por una mayor reivindicación del indiscutible papel de la enfermera en la gestión hospitalaria y que se ha puesto de manifiesto en los últimos años (Silva et al., 2021). La necesidad de un aumento de personal en el contexto de pandemia y unas estructuras que faciliten tanto el trabajo de los enfermeros como la recuperación de los pacientes se ha convertido en una demanda que las enfermeras relacionan directamente con la satisfacción del paciente (Silva et al., 2021).

La humanización de las UCI no sólo pone de manifiesto la necesidad de tener puertas abiertas y que la familia participe en mayor medida en los cuidados de sus familiares, si no, que los pacientes expresan la necesidad de realizar acciones o

actividades que les acerque a su vida antes del ingreso. Igeño-Cano (2020) identifica y explica los beneficios de realizar paseos en el exterior del hospital permitiéndoles así interactuar con la naturaleza.

6.1 Limitaciones

El tiempo de reclutamiento de pacientes fue más largo de lo esperado por las limitaciones hospitalarias en relación con la COVID-19. El uso de tecnologías en pacientes con edades avanzadas precisó de entrenamiento previo para evitar errores durante la realización de las conexiones en los Grupos Focales online.

7. CONCLUSIONES

Esta investigación ha puesto de manifiesto que tanto enfermeras expertas en cuidados intensivos como pacientes identifican estrategias similares de mejora de la satisfacción con los cuidados enfermeros recibidos durante un ingreso en UCI.

Unos cuidados enfermeros satisfactorios se caracterizan por la combinación de aspectos técnicos y humanos; sobre todo en los ingresos que se producen con medidas restrictivas donde los pacientes destacan, en muchos casos, una mayor importancia de los cuidados humanos sobre los técnicos al no poder tener visitas de familiares o amigos.

Las estrategias identificadas permiten disminuir al paciente los momentos de fragilidad o incertidumbre proporcionando un ingreso más satisfactorio. El desarrollo de herramientas y tecnologías destinadas a humanizar el entorno de la UCI se reconoce cada vez más como una parte importante en la satisfacción del paciente. Revisar los modelos de dotación de personal de la UCI y la formación de enfermeras y médicos en empatía y habilidades de comunicación son importantes para crear un clima positivo en la UCI y un trabajo en equipo eficaz.

Las estrategias identificadas por los pacientes y las enfermeras permitirán guiar a los profesionales, gestores y administradores en la elaboración de un plan que permita aumentar la calidad los cuidados humanizados mediante la modificación,

cambio o fortalecimiento de comportamientos, habilidades o actitudes que intervienen en el cuidado y en la atención sanitaria en general.

8. Financiación

Este trabajo forma parte del proyecto: “Validación nacional de la Escala de Satisfacción con los Cuidados de Enfermería desde la Perspectiva del Paciente Crítico”, financiado por la Fundación Enfermería y Sociedad (PR-282/2018) y financiado también por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación) y co-financiado por el Fondo Europeo de Desarrollo Nacional cuyo lema es “*A way to build Europe*”, FIS (PI18/00935).

8.1 Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

8.2 Agradecimientos

A cada uno de los participantes de los grupos focales, que gracias a sus aportaciones en relación con sus percepciones en los cuidados que han recibido y dado en la UCI, han permitido profundizar en este tema y aumentar unos conocimientos clave para la mejora del cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Bibliografía

Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Jover-Sancho, C., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Sola-Ribo, M., ... Sola-Sole, N. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, 24, 51-62.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>

Romero-García, M., Alcalá-Jiménez, I., Martínez-Momblan, M.A., de la Cueva-Ariza, L., Cuzco, C., ... Delgado-Hito, P. (2022). Psychometric properties of the Nursing

Intensive Care Satisfaction Scale: A multicentre cross-sectional study. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.03.012>

Latour, J., Kentish-Barnes, N., Jacques, T., Wysocki, M., & Azoulay, E. (2022). Improving the intensive care experience from the perspective of different stakeholders. *Critical Care*, *26*, 218. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04094-x>

Ng, J., & Luk, Bronya. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Education and Counseling*, *102*, 790-796. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>

Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. [Humanization of intensive care] *Revista Médica Clínica las Condes*, *30*, 120-125. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005>

Delgado-Hito, P., Sola-Prado, A., Mirabete-Rodríguez, I., Torrents-Ros, R., Blasco-Afonso, M., Barrero-Pedraza, R., ... Quinteiro-Canedo, M. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enfermería Intensiva*, *12*, 110-126. [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(01\)78029-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(01)78029-7)

Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, *137*, 89-101. <http://dx.doi.org/10.1177/1757913916634136>

Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Benito-Aracil, L., Lluch-Canut, T., Trujols-Albet, J., Martínez-Momblan, ... Delgado-Hito, P. (2018). Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale [NICSS]: Development and validation of a patient-centered instrument. *Journal of Advanced Nursing*, *74*, 1423-1435. <https://doi.org/10.1111/jan.13546>

Guerra-Martín, M.D. & González-Fernández, P. (2021). Satisfaction of patients and family caregivers in adult intensive care units: Literature Review. *Enfermería Intensiva*. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.07.002>

- Büsra, C., & Koç, Z. (2020). Quality of life and satisfaction affect individualized nursing care perceptions in intensive care. *Psychology, Health & Medicine*, 25, 148-159. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1654110>
- Hummel, K., Ou, Z., Latchireddi, A., Presson, A., & Tonna, J. (2021). Analyzing clinical and system drivers of satisfaction in the intensive care unit as a component of high-quality care. *Heart & Lung*, 50, 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.12.015>
- Antonio, I., Stephens, K., Peters, J., Swanson-Bierman, B., & Whitman, K. (2022). Evidence-Based Communication Strategies to Improve Patient Satisfaction: A Quality Improvement Project. *Nurse Leader*. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.08.004>
- Jover-Sancho, C., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza, L., Solà-Solé, N., Acosta-Mejuto, B., ... Juandó-Prats, C. (2015). Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: Convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 26, 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.12.002>
- Ahmed, N., Mohammad, I., & Jasline, M. (2019). How nursing care influence patient's satisfaction: A literature based narrative review. *International Journal of Advanced Scientific Research*, 4, 21-25. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0348-9>
- Goudarzi, F., Jafari-Pour, F., Hasanvand, S., Ebrahimzadeh, F., & Kvist, T. (2021). Patients' Satisfaction with Humane Care in Critical Care Units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26, 455-461. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_88_20
- Dikmen, Y. (2020). Patient's Perceptions of Nursing Care-A Descriptive Study from Turkey. *Annals of Nursing and Practice*, 3. <https://doi.org/10.1177/089431841988179>

- Mehta, S., Dodek, P., Kayitesi, J., & LeBlanc, D. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on intensive care unit workers: a nationwide survey. *Canadian Journal of Anesthesia*, *69*, 472-484. <https://doi.org/10.1007/s12630-021-02175-z>
- Creswell, J., & Plano, V. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3d ed.) Thousand Oaks.
- Delgado-Hito, P., Alcalá-Jiménez, I., Martínez-Momblan, M.A., Cueva-Ariza, L., Adamuz-Tomás, J., Cuzco, C., ... Romero-García, M. (2022). Satisfaction of intensive care unit patients linked to clinical and organisational factors: A cross-sectional multicentre study. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.013>
- Thorne, S., Kirkham, R., & O'Flynn-Magee, K. (2004). The Analytic Challenge in Interpretive Description. *International Journal of Quality of Methods*, *3*, 1-11. <https://doi.org/10.1177/160940690400300101>
- Hernández, R., Lozano, A., Navarro, A., Fortea, M., Martín, R., & García, L. (2021). Percepciones de los profesionales de enfermería sobre los cuidados en el paciente geriátrico. *Gerokomos*, *32*, 142-148. <https://doi.org/10.1177/089431841988179>
- Halliday, M., Mill, D., Johnson, J., & Lee, K. (2021). Let's talk virtual! Online focus group facilitation for the modern researcher. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *17*, 2145-2150. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.02.003>
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2000). *Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences*. Sage.
- Andersson, M., Nordin, A., & Engström, A. (2022). Critical care nurses' perception of moral distress in intensive care during the COVID-19 pandemic – A pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *72*. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103279>

- Analuisa, E. (2022). Comunicación asertiva y su relación enfermero-paciente por el uso constante de la mascarilla. *Ciencia Latina*, 6. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1633
- Joven, ZM., & Parada, SG. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 37, 66-74. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>
- Guillén-Pérez, F., Bernal-Baquero, M., García-Díaz, S., García-Díaz, J., Illán-Noguera, C., Álvarez-Martínez, M., ... Pina-Díaz, L. (2013). Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con los estresores ambientales. *Enfermería Docente*, 100, 34-39. <https://doi.org/10.1177/160940690400300025>
- Darawad, M., Al-Hussami, M., Saleh, A., & Al-Sutari, M. (2015). Predictors of ICU patients' pain management satisfaction: A descriptive cross-sectional survey. *Australian Critical Care*, 28, 129-133. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.07.003>
- Fritz, C., Claude, L.A., Hamada, S., Trosdorf, M., Barre, H., Yavchitz, A., ... Flahault, C. (2022). Daily Telephone Call During the COVID-19 Pandemic: Perceptions of Families and Providers. *American Journal of Critical Care*, 31, 77-81. <https://doi.org/10.4037/ajcc2022797>
- Ayuso-Murillo, D., Colomer-Sánchez, A., & Herrera-Peco, I. (2017). Habilidades de comunicación en enfermeras de UCI y de hospitalización de adultos. *Enfermería Intensiva*, 28, 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2017.03.003>
- Kerr, D., Martin, P., Furber, L., Winterburn, S., Milnes, S., Nielsen, A., & Strachan, P. (2022). Communication skills training for nurses: Is it time for a standardized nursing model? *Patient Education and Counseling*, 105, 1970-1975. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.008>
- Igeño-Cano, J.C. (2020). Beneficios de los paseos por jardines exteriores del hospital en el paciente crítico, familia y profesionales. #paseosquecuran. *Medicina Intensiva*, 44, 446-448. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.09.007>

Silva, T., Fernandes, A., O'Silva, C., Xavier, S., & Macedo, E. (2021). El impacto de la pandemia en el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 20. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.454061>

Ervin, J., Kahn, J., & Wingart, L. (2018). Teamwork in the Intensive Care Unit. *American Journal of Psychology*, 73, 468-73. <https://doi.org/10.1037/amp0000247>

Basile, M., Rubin, E., Wilson, M., Polo, J., Jacome, S., Brown, S., ... Hajizadeh, N. (2021). Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers and ICU Staff. *Critical Care Explorations*, 3. <https://doi.org/10.1097/cce.0000000000000463>

5. DISCUSIÓN

5.DISCUSIÓN

5.1 Características psicométricas

La puntuación de la consistencia interna mediante el *alpha* de *Cronbach* para la escala global de la NICSS fue de 0,97 y $> 0,7$ para todos los factores y para todos los ítems, lo que significa que el instrumento mostró una buena consistencia interna. Asimismo, el coeficiente de homogeneidad de los ítems para cada uno de los factores mostró valores $>0,3$, y todos los ítems revelaron una saturación estadísticamente significativa.

Si comparamos los resultados de fiabilidad obtenidos de la NICSS con los de otras escalas que miden la satisfacción del paciente y que cuentan con un sólido reconocimiento psicométrico y clínico, como la *Risser Patient Satisfaction Scale* (Charalambous & Adamakidou, 2012; Risser, 1975), el *Patient Satisfaction Index* (Hinshaw & Atwood, 1982), el *Consumer Emergency Care Satisfaction* (Davis & Bush, 1995), el *Caring Assessment Report Evaluation Q-sort* (Larson, 1984), el *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire* (Laschinger et al., 2005) y el *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale* (McColl et al., 1996), vemos que los resultados de la NICSS son similares y en algunos casos mejores.

El coeficiente de correlación intraclase mostró un valor de 0.83, indicando buena estabilidad temporal para la escala total, buena consistencia para los Factores 1 y 3, y aceptable consistencia para los Factores 2 y 4. Estos resultados difieren de los de nuestro primer intento de validación de la escala, en el cual el Factor 2: Formas de Comunicación obtuvo un grado de consistencia inaceptable, llevándonos a proponer la presente investigación (Romero-García et al., 2018). De los instrumentos revisados, no todos los estudios reportan estabilidad temporal. De los que lo hacen, los estudios más recientes muestran valores similares a los de la NICSS, como la versión china del *Caring Assessment Report Evaluation Q-sort* (Chen et al., 2012), el *Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire* (Laschinger et al., 2005) y la *Risser Scale* (Charalambous & Adamakidou, 2012).

El análisis factorial confirmatorio permitió identificar cuatro factores coincidentes con el MM-NICS, que describe el constructo de satisfacción con el cuidado de

enfermería a partir de cuatro dimensiones (Romero et al., 2013). Cada uno de los factores presentó un alto grado de correlación con los demás factores, lo que indica un buen ajuste con el modelo teórico, en el que la satisfacción de los pacientes en estado crítico depende de que se brinde una atención basada en una combinación de puntos de vista humanísticos y científicos. continuamente, y apoya la sensación de seguridad, bienestar y confianza de los pacientes. La mejora en las correlaciones entre los factores en el análisis factorial confirmatorio con respecto al anterior estudio de validación (Romero-García et al., 2018) muestra que fue necesaria una muestra mayor para determinar el ajuste con el modelo teórico (Uriel & Aldás-Manzano, 2005), como se hipotetizó.

Todos los ítems presentaron una carga factorial adecuada y diferencias estadísticamente significativas entre sí, a diferencia de nuestro estudio anterior, en el que el ítem seis no presentó diferencias estadísticamente significativas y el ítem 11 presentó una carga factorial insuficiente ($r = 0,147$). Los índices de bondad de ajuste analizados a partir del modelo confirmatorio presentaron un buen ajuste al MM-NICS (Romero-García et al., 2018). Estos índices incluían el índice de bondad de ajuste y el error estándar medio (para medir el ajuste absoluto) y el índice de ajuste normado (para medir el ajuste incremental).

A diferencia de la NICSS, algunas escalas sometidas a análisis factorial han demostrado tener un solo factor, como el Índice de Satisfacción del Paciente (Hinshaw & Atwood, 1982) y el Cuestionario de Satisfacción del Paciente con la Calidad de los Cuidados de Enfermería (Laschinger et al., 2005; Milutinovic et al., 2012). Dado que la satisfacción es multidimensional, tiene sentido utilizar un instrumento multifactorial para evaluarla y poder definir áreas específicas de mejora. Además de la NICSS, otras escalas de satisfacción multifactoriales incluyen *Caring Assessment Report Evaluation Q-sort* (Chen et al., 2012), *Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale* (La-Monica et al., 1986), y *SERVQUAL Scale* (Calixto-Olalde et al., 2011), pero estas escalas no se enfocan en pacientes críticos.

En cuanto a la validez de criterio, las correlaciones de los diferentes factores de la NICSS con los ítems de criterio sobre satisfacción general, intención de volver a ser atendido en la misma UCI y expectativas cumplidas, se obtiene una correlación de moderada a alta con los ítems propuestos (rango: 0,46–0,57). Estos resultados

coinciden con los de otros estudios que muestran asociaciones positivas entre el nivel de satisfacción y los ítems criterio utilizados (14, 42, 46, 48 y 49).

5.2 Nivel de satisfacción

Los resultados de este estudio revelan que los pacientes críticos tenían niveles muy altos de satisfacción en relación con los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en la UCI. Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones en las que se utilizaron diferentes instrumentos para evaluar la satisfacción (Batbaatar et al., 2017; Crow et al., 2002) y en las que se utilizó el mismo instrumento (Romero-García et al., 2019). Una explicación de los niveles elevados de satisfacción puede ser el sesgo de deseabilidad social, en el que los participantes del estudio dan respuestas socialmente aceptables como resultado del uso continuado de diferentes servicios o como la tendencia a estar de acuerdo y responder positivamente (Crow et al., 2002). Varios autores han sugerido que el miedo a las represalias por las respuestas negativas puede ser la causa de la tendencia hacia puntuaciones más favorables (Acorn & Barnett, 1999).

Nuestro estudio confirma el vínculo entre la satisfacción del paciente y los cuidados de enfermeros identificado en investigaciones anteriores. El vínculo con el manejo del dolor (ítem 6) ha aparecido en varios estudios (Holanda et al., 2017; Mosleh et al., 2015; Romero-García et al., 2019). Tanto Ayyub et al. (2015) y Romero-García et al., (2019) encontraron vínculos entre la satisfacción del paciente y la administración oportuna de la medicación (ítem 7), el conocimiento de la enfermera sobre cómo proceder (ítem 9), la atención de la enfermera (ítem 22), el apoyo emocional de la enfermera (ítem 27), la capacidad de la enfermera para ayudar que el paciente se siente bien (ítem 41), la preocupación de la enfermera por la comodidad del paciente (ítem 19), la relación de confianza (ítem 21), la atención de la enfermera al paciente (ítem 14) y el deseo del paciente de seguir viviendo (ítem 14); (Ayyub et al., 2015; Romero-García et al., 2019). Como se ha visto en otros estudios, los pacientes valoran mucho recibir un trato personal por parte de su enfermera (ítem 31); (Gil-Julià et al., 2018; Romero-García et al., 2019).

La importancia de las habilidades técnicas (ítems 4 y 5) también se refleja en la literatura (Gil-Julià et al., 2018; Romero-García et al., 2013; Romero-García et al., 2019). Algunos autores muestran que una atención técnicamente más competente (ítem 3) puede jugar un papel importante en el aumento de la satisfacción del paciente (Bjertnaes et al., 2012; Sánchez-Piedra et al., 2014; Senarath et al., 2013). Al mismo tiempo, la atención que carece de un toque humano produce insatisfacción en los pacientes (Gorji et al., 2014; Goudarzi et al., 2021). Por otro lado, el manejo del dolor (ítem 6); (Holanda et al., 2017; Mosleh et al., 2015), el cuidado amable de enfermería (ítem 32) y el cuidado interpersonal aumentan la satisfacción (Ayyub et al., 2015; Bjertnaes et al., 2012; Crow et al., 2002; Sánchez-Piedra et al., 2014).

Cabe destacar que la alta satisfacción del paciente es un indicador de calidad de enfermería, lo que se traduce en una disminución de la estancia media hospitalaria y de la mortalidad, produciendo una disminución de los costes (Aiken et al., 2017; Fenton et al., 2012). Para la mayor parte de nuestra muestra, la relación enfermera-paciente fue de 1:2, lo que significa que cada enfermera era responsable de dos pacientes. Estudios anteriores han encontrado que una mayor proporción de pacientes por enfermera se asoció con una menor satisfacción y resultados de salud más negativos (Aiken et al., 2017; Karaka & Durna, 2019).

5.3 Variables sociodemográficas, clínica y organizativas

La relación de las variables analizadas en cuanto a horas de ventilación mecánica invasiva, estado de salud percibido, grado de recuperación percibido, nivel de complejidad (secundario vs terciario), tipo de hospital (privado vs público) y tipo de UCI (polivalente vs especializado) presentó diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados coinciden con los del estudio realizado por Rajabpour et al., (2019) en cuanto al tipo de hospital. El hecho de que los pacientes con mayor satisfacción fueran los que estuvieron sometidos a menos horas de ventilación mecánica, los que percibieron un mayor estado de salud, los que tuvieron un mayor grado de recuperación percibida y los que fueron atendidos en UCI polivalentes de hospitales privados de segundo nivel puede explicarse por la situación médica menos grave de los pacientes en estas circunstancias.

La edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios y el tiempo de estancia en la UCI no presentaron diferencias estadísticamente significativas en relación con la satisfacción total de los pacientes, como también se muestra en la revisión realizada por Batbaatar et al., (2017). Además, los resultados de nuestro estudio coinciden con los de otros estudios, en los que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de satisfacción global y la edad (Abdel et al., 2012; Goudarzi et al., 2021; Puch-Ku et al., 2016), sexo (Abdel et al., 2012; Karaka & Durna, 2019; Puch-Ku et al., 2016), estado civil (Abdel et al., 2012), educación nivel (Abdel et al., 2012; Puch-Ku et al., 2016), tiempo de estancia en UCI (Abdel et al., 2012), y el tipo de box del paciente (Abdel et al., 2012). A diferencia de nuestro estudio, otros estudios muestran que los pacientes que reportan mayor satisfacción son aquellos que tienen mayor edad (Karaka & Durna, 2019; Sanchez-Piedra et al., 2014), menor nivel educativo (Karaka & Durna, 2019; Rajabpour et al., 2019) y/o menor estancia en UCI (Goudarzi et al., 2021).

Nuestros resultados coinciden con los de otros autores que muestran una correlación estadísticamente significativa entre, por un lado, la satisfacción del paciente y, por otro, el estado de salud percibido (Abdel et al., 2012; Karaka & Durna, 2019) y el grado de recuperación percibido (Abdel et al., 2012). Mientras que otros estudios encontraron una relación significativa entre la satisfacción del paciente y el tipo de box (Hunziker et al., 2012; Mosleh et al., 2015; Schwarzkopf et al., 2013), nosotros no. Finalmente, el modelo de regresión logística muestra que las variables que predicen la satisfacción por factores individuales y/o por la NICSS total son la edad, el grado de recuperación y el tipo de UCI.

Aunque las puntuaciones de la NICSS son altas, todavía hay espacio para mejorar, y este estudio permite identificar prioridades. El uso continuo de la NICSS podría proporcionar datos de referencia para mejorar la gestión de enfermería y la calidad de la atención. Por ejemplo, la necesidad de descanso de los pacientes (ítem 16) podría abordarse mejor a través de iluminación regulable, detectores de ruido y la consolidación de la atención nocturna en períodos más cortos para minimizar las interrupciones (Devlin et al., 2018; Edvardsen & Hetmann, 2020).

5.4 Estrategias de mejora de la satisfacción

Las estrategias identificadas para la mejora de la satisfacción con los cuidados enfermeros tanto por parte de los pacientes como de las enfermeras ponen de manifiesto que el cuidado se caracteriza por una combinación científica y humanística. Esta combinación ha sido descrita en otros estudios como algo necesario en la atención al paciente (Jover-Sancho et al., 2015; Romero-García et al., 2013). Algunos autores afirman que los pacientes dan más importancia a las habilidades humanas que a las técnicas (Ahmed et al., 2019; Goudarzi et al., 2021). Otros autores consideran que el cuidado no puede separar la parte científica de la más humana, en la que los profesionales son expertos en el uso de las máquinas y las diferentes técnicas a realizar, pero también, de forma simultánea, de proporcionar seguridad al paciente (Andersson et al., 2022). Es importante resaltar la identificación de un cuidado individualizado e integral, que da respuestas a todas las posibles necesidades del paciente durante su ingreso ya sea a nivel físico, psicológico, espiritual o social (Ahmed et al., 2019; Batbaatar et al., 2017).

Las estrategias para mejorar el cuidado relacionado con los aspectos físicos han sido identificadas tanto por enfermeras como por pacientes como la monitorización y registro del dolor, el uso de escalas validadas, la formación en el uso de las escalas y la evaluación del dolor post-analgésico. Estos resultados no han sido detallados en otros estudios, pero si encontramos bibliografía que hace referencia a la relación entre el control del dolor y la satisfacción (Darawad et al., 2015; Goudarzi et al., 2021). Darawad (2015), además, explica la necesidad de informar a los pacientes de la importancia de que manifiesten los momentos en los que tienen dolor para poder actuar lo más rápido posible.

En relación con las estrategias identificadas para mejorar la calidad de la higiene e hidratación como fomentar la autonomía del paciente y su participación en los cuidados, favorecer la intimidad del paciente y la valoración integral; encontramos una revisión bibliográfica (Ahmed et al., 2019) que especifica la importancia que da el paciente a proporcionar intimidad y fomentar la autonomía, pero no hace mención alguna a la valoración integral. Otro estudio, (Latour, 2022) menciona la intimidad como algo importante para el paciente y su satisfacción. En ese mismo

estudio los pacientes describen la intimidad como momentos para estar solos sin que se les interrumpa la actividad que están haciendo ya sea estar con la familia, ver una película o cualquier otra actividad.

Las estrategias identificadas en nuestro estudio para mejorar el sueño y descanso son: agrupar los cuidados enfermeros, bajar la intensidad de la luz o ruido y el uso de medicación/taponos coincidiendo con la bibliografía encontrada (Büsra & Koc, 2020; Hernández et al., 2021). En estudios como el de Goudarzi y colaboradores (2021) los pacientes se muestran poco satisfechos con el descanso y concretan estrategias como agrupar los cuidados y administrar medicación para dormir, en ambientes tan activos como lo son las Unidades de Cuidados Intensivos. Una revisión bibliografía de Guillén-Pérez (2013) pone de manifiesto que existe un problema real de baja calidad del sueño de los pacientes relacionado principalmente con el ruido que procede de diversas fuentes, así como las conversaciones del personal y explica los beneficios del uso de taponos para mejorar la calidad del sueño.

Las estrategias relacionadas con los aspectos psicoemocionales y espirituales identificadas en este estudio fueron el escuchar con atención, cuidar el momento en el que el paciente decide expresarse, la empatía y las actividades recreativas. En este punto queda reflejada la necesidad de que las enfermeras de las UCI sepan dar una respuesta rápida a las necesidades más subjetivas del paciente y ligadas a sus vivencias, valores, creencias y cultura (Dikmen, 2020). También se identifica en el discurso de las enfermeras, a diferencia del resto de estudios, la necesidad de cuidar los momentos en lo que el paciente intenta expresarse para ayudarle en la comunicación y vea a las enfermeras como alguien que realmente se interesa por sus necesidades o preocupaciones. Estudios como el de Ahmed et al., (2019), Jover-Sancho et al., (2015) y Büsra & Koc, (2020) identifican el escuchar con atención como un elemento clave. Sin embargo, la estrategia de tener en cuenta las necesidades recreativas de los pacientes no se identifica en ninguno de los estudios analizados.

El cuidado relacionado con la comunicación de nuevo pone de manifiesto una similitud en los resultados obtenidos por parte de los pacientes y de las enfermeras. Las estrategias que se identificaron fueron presentarse al entrar al box,

proporcionar información previa, fomentar que se expresen, uso de lenguaje sencillo, uso del abecedario, uso de la tecnología, formación en comunicación, uso de la mirada, signos y tacto. Un aspecto importante por mencionar es que las enfermeras se comunican siempre con el paciente, aunque éste esté bajo los efectos de la sedación, este resultado coincide con el publicado por Jover-Sancho et al., (2015). La comunicación ya sea verbal o no verbal permite interactuar de una forma en la que interviene la sensibilidad humana y se crea una conexión entre las emociones del paciente y las emociones de la enfermera (Hernández et al., 2021). Otra de las estrategias identificadas pone de manifiesto también la importancia que tiene la mirada sobre otros aspectos, con la que puede identificarse una sonrisa, un gesto triste o una preocupación sin necesidad de ver el resto de la cara por el uso de la mascarilla (Analuisa, 2022). Un uso prolongado de la mascarilla no afecta en la satisfacción del paciente a diferencia de lo descrito por Mehta et al. (2022). Nuestros resultados coinciden con los de otros estudios donde también identifican la importancia de la sonrisa, la escucha activa y proporcionar información adecuada (Ahmed et al., 2019; Batbaatar et al., 2017; Latour, 2022). El uso de la tecnología en UCI ha sido estudiado y sus beneficios han sido publicados (Fritz et al., 2022). No solamente los pacientes identifican esta estrategia como algo indispensable durante las restricciones de visitas, sino que también las enfermeras la describen como un pilar fundamental durante los peores meses de la pandemia de COVID-19.

La formación en comunicación es un aspecto clave para mejorar la forma en la que la enfermera se comunica con el paciente, sus familiares o el resto de los compañeros. Kerr (2022) pone de manifiesto en su estudio la necesidad de entrenar esta habilidad para ofrecer unos cuidados enfermeros eficaces, seguros y centrados en el paciente.

Las estrategias relacionadas con los comportamientos profesionales nos indica la necesidad de no separar la parte técnica de la humana, la visita conjunta enfermera-médico, la comunicación interdisciplinar, la formación en trabajo en equipo, referirse al paciente como persona, tener juicio clínico y la actitud. Ervin (2018) identifica la visita conjunta, la comunicación interdisciplinar y la formación en trabajo en equipo como tres estrategias indispensables para trabajar en equipo. Una buena formación en trabajo en equipo en unidades tan grandes como lo son las UCI

es algo indiscutible para los profesionales. La continua rotación del personal interdisciplinar de las UCI dificulta cualquier tipo de estrategia que pueda implementarse en estas unidades tan grandes (Ervin et al., 2018).

Algunos estudios destacan el juicio clínico y la actitud de la enfermera como estrategias para mejorar la satisfacción del paciente (Hernández et al., 2021; Joven & Parada, 2019). La vulnerabilidad y dependencia en la que se encuentra el paciente crítico provoca en él indefensión por lo que es importante referirse al paciente como persona, no como una patología (Basile et al., 2021). Una rápida actuación juntamente con unas buenas habilidades técnicas y humanas producen en el paciente sensación de seguridad y confort de ahí destacar su importancia (Jover-Sancho et al., 2015; Romero-García et al., 2013).

Estrategias para la mejora de la estructura física y la mejora de los recursos humanos, son aspectos que han surgido probablemente por una mayor reivindicación del indiscutible papel de la enfermera en la gestión hospitalaria y que se ha puesto de manifiesto en los últimos años (Silva et al., 2021). La necesidad de un aumento de personal en el contexto de pandemia y unas estructuras que faciliten tanto el trabajo de los enfermeros como la recuperación de los pacientes se ha convertido en una demanda que las enfermeras relacionan directamente con la satisfacción del paciente (Silva et al., 2021).

La humanización de las UCI no sólo pone de manifiesto la necesidad de tener puertas abiertas y que la familia participe en mayor medida en los cuidados de sus familiares, si no, que los pacientes expresan la necesidad de realizar acciones o actividades que les acerque a su vida antes del ingreso (Heras, 2017). Igeño-Cano (2020) identifica y explica los beneficios de realizar paseos en el exterior del hospital permitiéndoles así interactuar con la naturaleza.

5.5 Limitaciones del estudio

Este estudio tiene varias limitaciones. Puede haber un sesgo de supervivencia porque los pacientes que fallecieron obviamente no podrían incluirse en el estudio. También es posible que los pacientes insatisfechos hayan optado por no participar en el estudio. La falta de variabilidad en las respuestas (observada en la

concentración de respuestas en las puntuaciones más altas de los ítems y dimensiones) hizo que no tuviéramos una amplia gama de datos para el análisis que cubriera todas las puntuaciones potenciales. Las puntuaciones altas pueden reflejar la conveniencia social. Además, los hospitales públicos estaban sobrerrepresentados en la muestra.

El tiempo de reclutamiento de pacientes fue más largo de lo esperado por las limitaciones hospitalarias en relación con la COVID-19. El uso de tecnologías en pacientes con edades avanzadas precisó de entrenamiento previo para evitar errores durante la realización de las conexiones en los Grupos Focales online.

Dificultad de poder contrastar los resultados obtenidos con el de otros estudios que también estudian la satisfacción del paciente al no tener incorporado en su diseño la perspectiva de este o considerar la satisfacción con los cuidados enfermeros como una parte de la satisfacción global.

5.6 Implicaciones para la práctica

La NICSS es la primera escala de satisfacción con los cuidados enfermeros, centrada en el paciente crítico, diseñada y validada en 18 hospitales de segundo y tercer nivel en España. Es un cuestionario fácil y rápido de completar, para pacientes que han sido dados de alta recientemente de la UCI. Se tarda aproximadamente entre 10-15 minutos en responderlo.

La NICSS es un instrumento útil para orientar la práctica clínica porque permite evaluar y hacer un control de la satisfacción de los pacientes críticos con la atención que reciben. Las estrategias identificadas por los pacientes y las enfermeras permitirán guiar a los profesionales, gestores y administradores en la elaboración de un plan que permita aumentar la calidad los cuidados humanizados mediante la modificación, cambio o fortalecimiento de comportamientos, habilidades o actitudes que intervienen en el cuidado y en la atención sanitaria en general. Además, su uso favorece la mejora continua de la atención humanizada desde una perspectiva de compromiso profesional.

5.7 Futuras líneas de investigación

Como futuras líneas de investigación, cabe mencionar:

- Adaptar la NICSS a otros contextos como quirófano, urgencias u hospitalización y seguir con el proceso de validación de la escala.
- Implementar las estrategias identificadas para la mejora de la satisfacción de los pacientes críticos y realizar una evaluación pre y post intervención de estas.
- Reducir el número de ítems de la escala sin alterar las propiedades psicométricas de esta, disminuyendo así el tiempo de cumplimentación.

6. CONCLUSIONES

6.CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de este estudio son:

1. La NICSS es la única escala diseñada en la actualidad que incorpora la perspectiva del paciente crítico. Es una escala validada a nivel nacional en 19 UCI de hospitales públicos y privados de nivel II y III de toda España. La NICSS es fácil de completar para pacientes que han sido dados de alta recientemente de la Unidad de Cuidados Intensivos.
2. La validez de constructo mostró una estructura de cuatro factores (Cuidado Holístico, Formas de Comunicación, Comportamientos Profesionales y Consecuencias) y un ajuste robusto con el modelo teórico MM-NICS. La validez de criterio de la NICSS fue de moderada a alta cuando se correlacionó con el nivel de satisfacción general, la intención de ser atendido nuevamente en la misma UCI y las expectativas cumplidas.
3. Los pacientes críticos presentaron índices de satisfacción muy elevados en relación con los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI para la escala total y para cada uno de los factores.
4. Las variables sociodemográficas de la muestra de estudio no presentaron relaciones estadísticamente significativas con la puntuación media en ninguno de los subgrupos. Sin embargo, la satisfacción del paciente se correlaciona con las horas de ventilación mecánica, la complejidad del hospital, el tipo de hospital y el tipo de UCI.
5. La NICSS permite identificar áreas de mejora. Los profesionales de la salud, específicamente enfermeras, gerentes y administradores, pueden usarla para crear planes de acción para aumentar la calidad de la atención mediante la modificación de comportamientos, habilidades, actitudes o situaciones que intervienen en el cuidado de enfermería en particular y en el cuidado de la salud

en general. Además, su uso favorece la mejora continua de la atención humanizada desde una perspectiva del compromiso profesional.

6. Las enfermeras expertas en cuidados intensivos y los pacientes identifican estrategias similares de mejora de la satisfacción con los cuidados enfermeros recibidos durante un ingreso en UCI.
7. Las estrategias identificadas permiten disminuir al paciente los momentos de fragilidad o incertidumbre proporcionando un ingreso más satisfactorio. El desarrollo de herramientas y tecnologías destinadas a humanizar el entorno de la UCI se reconoce cada vez más como una parte importante en la satisfacción del paciente. Revisar los modelos de dotación de personal de la UCI y la formación de enfermeras y médicos en empatía y habilidades de comunicación son importantes para crear un clima positivo en la UCI y un trabajo en equipo eficaz.

7. BIBLIOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abdel, A.S., Oweis, A.I., & Hasna, F.S. (2012). Differences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 140-146. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02008.x>
- Acevedo, G., Castañeda, H., Garza, R., González, F., Meléndez, C., & Acevedo, G. (2006). Adaptación de un Instrumento para medir la Satisfacción del Paciente con el Cuidado de Enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 14, 245-251. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(08\)75694-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(08)75694-4)
- Acorn, S., & Barnett, J. (1999). Patient satisfaction. Issues in measurement. *Canadian Nurse*, 95, 33-36.
- Aguilar-García, C., & Martínez-Torres, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Crítica*, 31, 3. <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script>
- Ahmed, T., Assefa, N., Demisie, A., & Kenay, A. (2014). Levels of Adult Patients' Satisfaction with Nursing Care in Selected Public Hospitals in Ethiopia. *International Journal of Health Sciences*, 8, 371-379. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4350891/>
- Ahmed, N., Mohammad, I., & Jasline, M. (2019). How nursing care influence patient's satisfaction: A literature based narrative review. *International Journal of Advanced Scientific Research*, 4, 21-25. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0348-9>
- Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Brutneel, L., & McHugh, M. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26, 559-568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Aiken, L., Douglas, S., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A., & Griffiths, P. (2018). Patient Satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *British Medical Journal*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>

- Akbarbegloo, M., Sanaeefar, M., Purabdollah, M., & Ahmadi., M. (2022). Investigating the Correlation Between the Level of Satisfaction of COVID-19 Patients from Nursing Care with the Level of Observing Patient's Bill of Rights. *Modern Care Journal*, 19, 12-23. doi: 10.5812/modernc-123765.
- Akbas, M., Ibici, E., Onat, C., & Gökyildiz, S. (2022). Validity and reliability of the Turkish version of the Nurses' Assessment of Quality Scale-Acute Care Version: A methodological study. *Health Sciences Journal*, 5, 346-362. <https://doi.org/10.52538/iduhes.1095052>
- Akin, S., & Erdogan, S. (2007). The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 646-653. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x>
- Albashayreh, A., Al-Rawajfah, O. M., Al-Awaisi, H., Karkada, S., & Al Sabei, S. D. (2019). Psychometric properties of an Arabic version of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire. *The Journal of Nursing Research: NR*, 27(1), 1- 9. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000273>
- Alhusban, M.A., & Abualrub, R.F. (2009). Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 17, 749-758. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00927.x>
- Alnuqiadan, H., & Ahmad, M. (2019). Comparison between Highly-Talented and LowTalented Nurses on their Characteristics and Quality of Nursing Care. *Diversity and Equality in Health and Care*, 16, 30-35. <https://doi.org/10.36648/2049-5471.16.2.190>
- Alonso, R., Blanco-Ramos, M.A., & Gayoso, P. (2005). Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Revista Calidad Asistencial*, 20, 246-250. [10.1016/S1134-282X\(05\)75092-2](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(05)75092-2)
- Amare, M. (2020). Predictors of Adult Patient Satisfaction with Inpatient Nursing Care in Public Hospitals of Eastern Amhara Region, Northeastern Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*, 2021:15. <https://doi.org/10.2147/PPA.S294041>.
- Analuisa, E. (2022). Comunicación asertiva y su relación enfermero-paciente por el uso constante de la mascarilla. *Ciencia Latina*, 6. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1633

- Anaya, B., Kevin, C., Rubin, B., & Elizabeth, E. (2023). Nivel de satisfacción de los pacientes con la calidad del servicio de Enfermería en el Puesto de Salud de Cajamarquilla. [Tesis doctoral, Universidad Nacional Daniel Alcides]. <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/2999>
- Andersson, M., Nordin, A., & Engström, A. (2022). Critical care nurses' perception of moral distress in intensive care during the COVID-19 pandemic - A pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 72. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103279>
- Antonio, I., Stephens, K., Peters, J., Swanson-Bierman, B., & Whitman, K. (2022). Evidence-Based Communication Strategies to Improve Patient Satisfaction: A Quality Improvement Project. *Nurse Leader*, 20, 560-564. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.08.004>
- Aranaz, J., Herrero, F., & Mira, J. (1987). El hospital Virgen de los Lirios del Insalud de Alcoy dibujado por sus usuarios (encuesta de post-hospitalización). *Monografía Sanitaria*.
- Ayyub, R., Kanji, Z., Días, J., & Roshan, R. (2015). Perceptions of patients regarding quality nursing care (QNC) at a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *Journal of Clinical Research & Bioethics*, 254-259. <https://doi:10.4172/2155-9627.1000254>
- Babakus, E., & Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, 26, 767-786. <https://europepmc.org/article/med/1737708#free-full-text>
- Barajas, C., & Hijós, L.A. (2018). Percepción de los pacientes sobre la calidad de los cuidados de Enfermería en el entorno hospitalario. *Metas de enfermería*, 21, 5-9. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.21.10030812>
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137, 89-101. <http://dx.doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Bautista L.M. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan*, 8(1), 74-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2670465>

- Basile, M., Rubin, E., Wilson, M., Polo, J., Jacome, S., Brown, S., ... Hajizadeh, N. (2021). Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers and ICU Staff. *Critical Care Explorations*, 3. <https://doi.org/10.1097/cce.0000000000000463>
- Bazzurri, F., Troiano, G., Cartocci, A., & Nante, N. (2021). Hemodialysis and nursing: a pilot study on patient-perceived quality. *Giornale Italiano di Nefrologia*, 38, 121-128. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34469088/>
- Bethel, S., & Ridder, J. (1994). Evaluating nursing practice: Satisfaction at what cost? *Nursing Management*, 25, 41-43, 46-48. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8075952/>
- Bjertnaes, O.A., Sjetne, I.S., & Iversen, H.H. (2012). Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Quality & Safety*, 21, 39-46. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000137>.
- Blanco-Abril, S., Sánchez-Vicario, F., Chinchilla-Nevado, M., Cobrero-Jiménez, E., Mediavilla-Durango, M., ... Cuñado-Barrio, A. (2010). Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. *Enfermería Clínica*, 20, 23-31. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.enfcli.2009.08.005>
- Büsra, C., & Koç, Z. (2020). Quality of life and satisfaction affect individualized nursing care perceptions in intensive care. *Psychology, Health & Medicine*, 25, 148-159. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1654110>
- Cabrero, J. (1994). La medida de la satisfacción del paciente: aspectos conceptuales y metodológicos. [Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia].
- Calixto-Olalde, M.G., Okino, N.O, Hayashida, M., Costa, I.A., Trevizan, M.A., & Godoy, S. (2011). Escala SERVQUAL: validación en población mexicana. Texto & Contexto. *Enfermagem Florianópolis*, 20(3), 526- 533. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300014>
- Calvo-Aranda, E., Sánchez-Aranda, F., Cebrián, L., Matías, M.A., Lojo, L., & Navío, M.T. (2021). Perceived quality in patients with gout treated in a rheumatology clinic with a clinician nurse specialist. *Reumatología Clínica*, 18, 608-613. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.reuma.2021.07.007>
- Carman, J.M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions". *Journal of Retailing*, 66, 33-55.

- Chan, J.N.H., & Chau, J. (2005). Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (5), 498-507. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03428.x>
- Chang, E., Hacock, K., Chenoweth, L., Jeon, Y., Glasson, J., Gradidge, K., et al. (2003). The influence of demographic variables and ward type on elderly patients' perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), 191-201. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00420.x>
- Charalambous, A. (2010). Validation and test-retest reliability of the Risser patient satisfaction scale in Cyprus. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 61-69. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01055.x>
- Charalambous, A., & Adamakidou, T. (2012). Risser patient satisfaction scale: a validation study in Greek cancer patients. *BMC Nursing*, 11:27. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-27>
- Chen, S.Y., Yen, W.J., Lin, Y.J., Lee, C.H. & Lu, Y.C. (2012). A Chinese version of the Caring Assessment Report Evaluation Q-sort scale for measuring patients 'perception on nurses' caring behaviours: reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 388-395. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02042.x>
- Chover, H. (1999). Orígenes de las UCIs, evolución de la enfermería de Cuidados Intensivos. Primeras reuniones nacionales y creación de la SEEIUC. *Enfermería Intensiva*, 10, 29-40.
- Civera, M. (2008). Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido. [Tesis doctoral, Universitat Jaume I]. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10357/civera.pdf>
- Coslow, B.I.F., & Eddy, M.E. (1998). Effects of preoperative ambulatory gynecological education: Clinical outcomes and patient satisfaction. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 13, 4-10. [https://doi.org/10.1016/S1089-9472\(98\)80074-9](https://doi.org/10.1016/S1089-9472(98)80074-9)
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha: an examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- Crawley, W.D., & Till, A.H. (1995). Case management: More population-based data. *Clinical Nurse Specialist*, 9, 116-120.

- Creswell, J., & Plano, V. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3d ed.) Thousand Oaks.
- Cronin, J.J., & Taylor, S.A. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58, 125-131. <http://dx.doi.org/10.1177/002224299405800110>
- Crow, R., Gage, S., Hampson, J., Hart, A., Kimber, L., & Storey, L. (2022). The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6, 235-244. <http://dx.doi.org/10.3310/hta6320>
- Cuñado, A., Bernardo, C., Rial, C., Marco, A., & García, F. (2002). Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). *Enfermería Clínica*, 12, 273-280. [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(02\)73765-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(02)73765-0)
- Darawad, M., Al-Hussami, M., Saleh, A., & Al-Sutari, M. (2015). Predictors of ICU patients' pain management satisfaction: A descriptive cross-sectional survey. *Australian Critical Care*, 28, 129-133. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.07.003>
- Dawood, S., Moneam, A., & Answer, H. (2020). Nurses' Caring Behaviors as Perceived by Hospitalized Geriatric Patients' and its Relation to their Satisfaction with the Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing and Health Science*, 9, 24-34. <https://doi.org/10.9790/1959-0901132434>
- Delgado-Hito, P., Sola-Prado, A., Mirabete-Rodríguez, I., Torrents-Ros, R., Blasco-Afonso, M., Barrero-Pedraza, R., ... Quinteiro-Canedo, M. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enfermería Intensiva*, 12, 110-126. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(01\)78029-7](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(01)78029-7)
- Devlin, J.W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D.M., Slooter, A.J.C., & Pandharipande, P.P. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46, 825-873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

- Dikmen, Y. (2020). Patient's Perceptions of Nursing Care-A Descriptive Study from Turkey. *Annals of Nursing and Practice*, 3. <https://doi.org/10.1177/089431841988179>
- Domínguez-Bernita, E., Flores-Balseca, C., & Pacherras-Seminario, S. (2017). Model integral care of family, community, and intercultural health. *Dominio de las Ciencias*, 3, 921-935. <https://doi.org/10.23857/dc.v3i2.460>
- Donmez, E., Dolu, I., & Yilmaz, S. (2022). Validity and reliability of a questionnaire to measure the patient satisfaction with nursing care quality-Turkish version. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 17, 1-12. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v17i2.1519>
- Dorigan, G.H., de Brito, E., da Silva, D., & McColl, E. (2014). Validation of the Brazilian version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a partial least squares path modeling approach. *Journal of Nursing Measurement*, 22, 451-460. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.22.3.451>
- Duque-Delgado, L., Rincón-Elvira, E., & León-Gómez, E. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Revista Ene de Enfermería*, 14, 1-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7972688>
- Edvardsen, J.B., & Hetmann. (2020). Promoting sleep in the intensive care unit. *SAGE Open Nursing*, 6, 1-8. <https://doi.org/10.1177/2377960820930209>
- Ekwall, A., & Davis, B.A. (2010). Testing a Swedish version of the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale in an emergency department and 2 observation wards. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(3), 266-73. <https://doi.org/10.1097/ncq.0b013e3181c986d2>
- Elías, J. (2000). Clientes contentos de Verdad. Claves para comprender a clientes y usuarios (1st Edition). *Ediciones Gestión 2000*.
- Ervin, J., Kahn, J., & Wingart, L. (2018). Teamwork in the Intensive Care Unit. *American Journal of Psychology*, 73, 468-73. <https://doi.org/10.1037/amp0000247>
- Escatllar, M. (2017). Adaptación y validación de un cuestionario para medir la satisfacción del tratamiento de fisioterapia en Atención Primaria. [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=156680>

- European Society for Person Centered Healthcare. (2016). *Person-Centered Healthcare* (Miles Ed.). University of Buckingham Press.
- Fahad, H., Alzahrani, N., Mofdy, A., Asiri, S., & Alhowaymel, F. (2022). Patients' satisfaction with nursing care quality and associated factors: A cross-section study. *Nursing Open*, 10, 3253-3262. <https://doi.org/10.1002/nop2.1577>
- Falk, A.C., & Wallin, E.M. (2016). Quality of patient care in the critical care unit in relation to nurse patient ratio: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 35, 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.01.002>
- Feletti, G., Firman, D., Sanson-Fisher, R. (1986). Patient satisfaction with primary-care consultations. *Journal Behaviour of Medicine*, 9, 389-399. <https://doi.org/10.1007/BF00845122>.
- Fenton, J.J., Jerant, A.F., Bertakis, K.D., & Franks, P. (2012). The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of Internal Medicine*, 172, 405-411. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662>
- Ferketich, S. (1991). Focus on psychometrics. Aspects of item analysis. *Research in Nursing & Health*, 14, 165-168. <https://doi.org/10.1002/nur.4770140211>
- Fong, B., Xin, J., & Wai, W. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human Resources for Health*, 15, 1-22. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237>
- Fritz, C., Claude, L.A., Hamada, S., Trosdorf, M., Barre, H., Yavchitz, A., ... Flahault, C. (2022). Daily Telephone Call During the COVID-19 Pandemic: Perceptions of Families and Providers. *American Journal of Critical Care*, 31, 77-81. <https://doi.org/10.4037/ajcc2022797>
- Fusseini, A., Bayi, R., Alhassan, A., Aniba, J. (2022). Satisfaction with the quality of nursing care among older adults during acute hospitalization in Ghana. *Nursing Open*, 9, 1286-1293. <https://doi.org/10.1002/nop2.1169>
- Gil-Julià, B., Ballester-Arnal, R., Bernat-Adell, M.D., Giménez-García, C., & Castro-Calvo, J. (2018). Valoración de la estancia en UCI desde el punto de vista de pacientes y familiares [Assessment of ICU stay from the perspective of patients and relatives]. *Revista Española de Salud Pública*, 92, 1-13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7020763>

- Ginestal, R. (1991). *Cuidados Intensivos* (2nd edition). Editorial Libro del Año.
- González, M.A., Padín, S., & de Ramón, E. (2005). Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica*, 15(3),147-155. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71101-3](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71101-3)
- González, G., & García, F. (2008). Modelos organizativos en Medicina Intensiva: el modelo español. En Gumersindo González Díaz. Libro electrónico de Medicina Intensiva [monografía en internet]. Consultado el 23 de febrero de 2023.
- González, N., & Romero, G.M. (2017). Dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del padre o tutor del paciente pediátrico hospitalizado. *Revista de Enfermería del IMSS*, 25, 173-180. <https://doi.org/10.1002/nop2.237>
- Gorji, H.A., Etemadi, M., Hoseini, F. (2014). Perceived organizational support and job involvement in the Iranian health care system: a case study of emergency room nurses in general hospitals. *Journal of Education and Health Promotion*, 3, 58-65. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.134760>
- Goudarzi, F., Jafari-Pour, F., Hasanvand, S., Ebrahimzadeh, F., & Kvist, T. (2021). Patients' Satisfaction with Humane Care in Critical Care Units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26, 455-461. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_88_20
- Greenhalgh, J., Vanhanen, L., & Kyngas, H. (1998). Nurse caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 927-932.
- Guastello, S., & Jay, K. (2019). Improving the patient experience through a comprehensive performance framework to evaluate excellence in person-centred care. *British Medical Journal*, 8, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1136/>
- Guillén-Pérez, F., Bernal-Baquero, M., García-Díaz, S., García-Díaz, J., Illán-Noguera, C., Álvarez-Martínez, M., ... Pina-Díaz, L. (2013). Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con los estresores ambientales. *Enfermería Docente*, 100, 34-39. <https://doi.org/10.1177/160940690400>
- Gutysz-Wojnicka, A., Dyk, D., Cudak, E., & Ozga, D. (2013). Measuring patient satisfaction with the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 311- 318. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01034.x>

- Hakansson-Eklund, J., Holmström, K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., ... Summer-Meranius, M. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102, 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>
- Halliday, M., Mill, D., Johnson, J., & Lee, K. (2021). Let's talk virtual! Online focus group facilitation for the modern researcher. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17, 2145-2150. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm>
- Heras-La Calle, G., Miembros del Proyecto HU-CI. (2017). *Humanizando los cuidados intensivos: Presente y futuro centrado en las personas*. Editorial Distribuna.
- Hernández, R., Lozano, A., Navarro, A., Fortea, M., Martín, R., & García, L. (2021). Percepciones de los profesionales de enfermería sobre los cuidados en el paciente geriátrico. *Gerokomos*, 32, 142-148. <https://doi.org/10.1177/089431841988179>
- Heui, S., Yu, S., Kim, M., & Kim, H. (2020). Impact of South Korea's Comprehensive Nursing Service Policy on Nurse and Patient Outcomes. *Healthcare*, 8, 223-233. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030223>
- Hilberman, M. (1975). The evolution of intensive care units. *Critical Care Medicine*, 3, 156-165. <https://doi.org/10.1097/00003246-197507000-00006>
- Hinshaw, A., & Atwood, J. (1981). A patient satisfaction instrument: precision by replication. *Nursing Research*, 31, 170-191. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00006199-198205000-00011>
- Holanda, M.S., Marina, N., Ots, E., Lanza, J.M., Ruiz, A., & García, A. (2016). Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Medicina intensiva*, 41(2), 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.06.007>
- Holroyd, E., Cheung, Y.K., Cheung, S.W., & Wong, W.W. (1998). A Chinese cultural perspective of nursing care behaviors in an acute setting. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1289-1294. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00849.x>
- Hoonakker, P., Carayon, P., Brown, R., & Werner, N. (2022). A Systematic Review of the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS). *Journal of Nursing and Care Quality*, 37, 349-355. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000636>

- Hulka, B., Zyznaski, S., Cassel, J., & Thompson, S. (1970). Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medicine and Care*, 8, 429-435. <https://doi.org/10.1097/00005650-197009000-00010>
- Hummel, K., Ou, Z., Latchireddi, A., Presson, A., & Tonna, J. (2021). Analyzing clinical and system drivers of satisfaction in the intensive care unit as a component of high-quality care. *Heart & Lung*, 50, 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.12.015>
- Hunziker, S., McHugh, W., Sarnoff-Lee, B., Cannistraro, S., Ngo, L., & Marcantonio, E. (2012). Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. *Critical Care Medicine*, 40, 1554-1561. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182451c70>
- Hussein, Z., & Ali, W. (2022). Quality of Nursing Care in Respiratory Isolation Units of Coronavirus Disease. *Medical & Health Sciences*, 16, 954-957. <https://doi.org/10.53350/pjmhs22163954>
- Igeño-Cano, J.C. (2020). Beneficios de los paseos por jardines exteriores del hospital en el paciente crítico, familia y profesionales. #paseosquecuran. *Medicina Intensiva*, 44, 446-448. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.09.007>
- INSALUD. (1985). Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Instituto Nacional de Salud (encuesta de post-hospitalización).
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing The Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (Ed.). National Academy Press.
- Jover, C., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., Cueva-Ariza, L., Solà-Solé, N., Acosta-Mejuto, B., ... Juandó-Prats, C.L. (2015). Perception of UCI nurses in relation with satisfactory care: convergences and divergences with the perception of critical patients. *Enfermería Intensiva*, 26, 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.12.002>
- Joaquin-Mira, J. (2003). Satisfecho, sí gracias... Pero ahora qué... *Revista Calidad Asistencial*, 18, 567-569. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(03\)77639-8](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(03)77639-8)
- Jafar, A., & Muayyad, M. (2003). Patients' satisfaction with nursing care in Jordan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(6), 279-285. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00927.x>

- Jover-Sancho, C., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza, L., Solà-Solé, N., Acosta-Mejuto, B., ... Juandó-Prats, C. (2015). Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: Convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 26, 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.12.002>
- Joy, L., & Malay, M. (1992). Evaluation instruments to measure professional nursing practice. *Nursing Management*, 23, 73-77. <https://doi.org/10.1097/00006247-199207000-00018>
- Jiao, J. (2009). Inpatient satisfaction with nursing care and its influencing factors in 3-A-Grade general hospitals in Beijing (Chinese). [Tesis doctoral, Beijing Xiehe Medical University].
- Jover-Sancho, C., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza, L., Solà-Solé, N., Acosta-Mejuto, B., ... Juandó-Prats, C. (2015). Percepción de las enfermeras de UCI en relación con el cuidado satisfactorio: Convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 26, 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.12.002>
- Joven, ZM., & Parada, SG. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 37, 66-74. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>
- Kannan, S., Avudaiappan, S., & Annamalai, M. (2020). Patients' Satisfaction with Nursing Care Quality in Medical Wards at Selected Hospital in Chennai, South India. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25, 471-475. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_142_19
- Karaka, A. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6, 535-545. <https://doi.org/10.1002/nop2.237>
- Kerr, D., Martin, P., Furber, L., Winterburn, S., Milnes, S., Nielsen, A., & Strachan, P. (2022). Communication skills training for nurses: Is it time for a standardized nursing model? *Patient Education and Counselling*, 105, 1970-1975. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.008>

- Kol, E., Arikan, F., Ilaslan, E., Akinci, M.A., & Koçak, M.C. (2017). A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patient satisfaction and related factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey. *Collegian*, 442. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2017.03.006>
- Kozka, M., Bodys-Cupak, I., Strzelec, B., & Majda, A. (2019). The Nursing Satisfaction of Patients Treated at Internal Medicine Wards. *Pielęgniarstwo Polskie NR*, 2, 121-128. <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.16>
- Krahn, M. (2010). 'New' evidence for clinical practice guidelines. Should we search for 'preference evidence'? *The Patient: Patient - Centered Outcomes Research*, 3, 71-77. <https://doi.org/10.1007%2Fs11606-009-1055-0>
- La-Monica, E.L., Oberst, M.T., Madea, A.R., & Wolf, R.M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research Nursing and Health*, 9(1), 43-50. <https://doi.org/10.1002/nur.4770090108>
- Lange, J.W. (2002). Testing equivalence of Spanish and English versions: The LaMonica-Oberst (Revised) Patient Satisfaction with Nursing Care Scale. *Research in Nursing & Health*, 25(6), 438-451. <https://doi.org/10.1002/nur.10057>
- Lange, J.W., & Yellen E. (2009). Measuring satisfaction with nursing care among hospitalized patients: Refinement of a Spanish version. *Research in Nursing & Health*, 32, 31-37. <https://doi.org/10.1002/nur.20295>
- Larrabee, J.H., Ostrow, C.L., Withrow, M.L., Janney, M.A., Hobbs, G.R., & Burant, C. (2004). Predictors of patient satisfaction with impatient hospital nursing care. *Research in Nursing and Health*, 27(4), 254-258. <https://doi.org/10.1002/nur.20021>
- Larson, P., & Ferketich, S. (1993). Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *Western Journal of Nursing Research*, 15(6), 690-707. <https://doi.org/10.1177/019394599301500603>
- Larsson, G., Peterson, V.W., Lampic, C., von Essen, L., & Sjöden P.O. (1998). Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 855-864. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00583.x>

- Larsson, G., Stromberg, U., & Nilsson, A. (2018). Patient satisfaction with prehospital emergency care following a hip fracture: a prospective questionnaire-based study. *BMC Nursing*, 17, 38-43. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0307-x>
- Laschinger, H.S., Hall, L.M., Pedersen, C., & Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 220-230. <https://doi.org/10.1097/00001786-200507000-00006>
- Latour, J., Kentish-Barnes, N., Jacques, T., Wysocki, M., & Azoulay, E. (2022). Improving the intensive care experience from the perspective of different stakeholders. *Critical Care*, 26, 218. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04094-x>
- Lin, C.C. (1996). Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: Dilemmas for nursing evaluation researchers. *Journal of Professional Nursing*, 12, 207-216. [https://doi.org/10.1016/s8755-7223\(96\)80095-0](https://doi.org/10.1016/s8755-7223(96)80095-0)
- Lynn, M. R., McMillen, B. J., & Sidani, S. (2007). Including the provider in the assessment of quality care: Development and testing of the nurse's perceptions of quality scale. *Journal of Nursing Care Quality*, 22, 328 - 336. <https://doi.org/10.1097/01.ncq.0000290414.42640.c0>
- Lynn M.R., McMillen B.J. & Sidani S. (2007) Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Nursing Care. *Nursing Research*, 56(3), 159-166. <https://doi.org/10.1097/01.nnr.0000270025.52242.70>
- Manrique-Abril, F., Maciá-Soler, M., Herrera-Amaya, G., Cifuentes-Rodríguez, J., & González-Chorda, V. (2021). Quality of Nursing Care Questionnaire (CUCACE): Validity and reliability in Colombia. *Revista Salud Pública*, 23, 1-6. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n4.94715>.
- Maqueda, J., & Llaguno, J.I. (1995). Marketing estratégico para empresas de servicios. Edición Díaz de Santos, Madrid.
- Martín, M.C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5, 23-29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo>

- Martínez-Estalella, G. (2002). Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios. *Enfermería Intensiva*, 13, 113-124. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(02\)78072-3](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(02)78072-3)
- Massip-Pérez, C., Ortiz-Reyes, R.M., Llantá-Abreu, M.C., Peña-Fortes, M., & Infante-Ochoa, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-
- McColl, E., Thomas, L., & Bond, S. (1996). A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nursing Standard*, 10, 34-38. <https://doi.org/10.1002%2Fnpop2.237>
- Meeker, B.J. (1994). Preoperative patient education: Evaluating postoperative patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, 23, 441-447. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(05\)80020-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(05)80020-5)
- Mehta, S., Dodek, P., Kayitesi, J., & LeBlanc, D. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on intensive care unit workers: a nationwide survey. *Canadian Journal of Anesthesia*, 69, 472-484. <https://doi.org/10.1007/s12630-021-02175-z>
- Mercado, L., & Soriano, S. (2018). Calidad en la consulta domiciliaria basado en el instrumento care-q - caring assessment instrument que mide la satisfacción del usuario en enfermería. [Tesis doctoral, Universidad Santo Tomás]. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/12440>
- Messina, G., & Vencia, F. (2014). Factors Affecting Patient Satisfaction With Emergency Department Care: An Italian Rural Hospital. *Global Journal of Health Science*, 7, 25-32. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p30>
- Meterko, M., Nelson, E. C., & Rubin, H. R. (1990). Patient judgments of hospital quality: report of a pilot study. *Medical Care*, 28, 1-56. <https://doi.org/10.1097/00005650-199009001-00004>
- Milutinovic, D., Simin, D., Brkic, N., & Brkic, S. (2012). The patient satisfaction with nursing care quality: the psicometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 598-606. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00969.x>

- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Unidad de Cuidados Intensivos: estándares y recomendaciones. *Ministerio de Sanidad*, 1-133. Consultado el 23 de febrero del 2023.
- Ministerio de Sanidad. (2010). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Sanidad*, 1-69. Consultado el 23 de febrero del 2023 en <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2020). Información estadística de hospitales: tablas nacionales de hospitales. Consultado el 13/04/2023 en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2020/Tablas_Nacionales_2020.pdf
- Mira, J.J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J.A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, IV, 12-18. https://www.researchgate.net/publication/239610052_SERVQHOS_Un_cuestionario_para_evaluar_la_calidad_percibida_de_la_asistencia_hospitalaria
- Mira J.J., & Aranaz J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(3), 26-33. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0315>
- Moliner-Velázquez, B. (2004). La formación de la satisfacción/insatisfacción del consumidor y del comportamiento de queja. [Tesis de doctorado, Universidad de Valencia]. Tesis Doctorals en Xarxa.
- Molla, M., Berhe, A., Shumye, A., & Adama Y. (2014). Assessment of adult patients' satisfaction and associated factors with nursing care in Black Lion Hospital, Ethiopia; institutional based cross-sectional study, 2012. *Academic Journal*, 6, 49-57. <http://dx.doi.org/10.5897/IJNM2014.0133>
- Mosleh, S., Alj'afreh, M., Lee, A.J. (2015). Patient and family/friend satisfaction in a sample of Jordanian Critical Care Units. *Intensive Critical Care Nursing*, 31, 366-374. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.04.004>
- Munro, B.H., Jacobsen, B.S., & Brooten, D.A. (1994). Re-examination of the psychometric characteristics of the La Monica–Oberst Patient Satisfaction Scale. *Research in Nursing & Health*, 17(2), 119-125. <https://doi.org/10.1002%2Fnur.4770170207>

- Munro, B.H., Jacobserm, B.S., & Brooten, D.A. (1995). Re-examination of the psychometric characteristics of the LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale. *Nursing Research Trajectory: From Novice to Expert. Seventh Annual Scientific Sessions of the Eastern Nursing Research Society*, Portland, ME. <https://doi.org/10.1002/nur.4770170207>
- Nania, T., Barello, S., Caruso, R., Graffigna, G., Stievano, A., ... Dellafiore, F. (2020). The estate of the evidence about the Synergy Model for Patient Care. *International Nursing Review*, 68, 78-89. <https://doi.org/10.1111/inr.12629>
- National Patient Safety Agency. (2007). Safer care for the acutely ill patient: learning from serious incidents. <https://www.baccn.org/staic/uploads/.pdf>
- Navarro, P., Gil, C., & Díaz, G. (2011). Intensive medicine in Europe: A need. *Medicina Intensiva*, 35, 65-67. <https://doi.org/10.1097/eja.0000000000001706>
- Nikmatesh, P., Mohammadzadesh, B., Nobakht, S., & Yusefi, A. (2018). Nurses Communication Skills Training and Its Effect on Patients' Satisfaction in Teaching Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Health Sciences*, 6, 22-29. <http://dx.doi.org/10.18502/jhs.v6i4.201>
- Ng, J., & Luk, Bronya. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Education and Counseling*, 102, 790-796. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1995). *Teoría psicométrica*. (3^a ed.). Mexico: Mcgraw-Hill.
- Oberst, M.T. (1984). Methodology in behavioral and psychosocial cancer research. Patients' perceptions of care. Measurement of quality and satisfaction. *Cancer*, 53, 2366-2375. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6704916/>
- Ochoa-Parra, M. (2017). Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 17, 258-268. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acci.2017.08.006>
- Orii, Y., & Jeong, S. (2017). A Trial of developing the Japanese brief version of the caring assessment report evaluation Q-SORT (CARE-Q): To measure the Oncology nursing caring behavior. *Annals of Oncology*, 28, 146-156. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx673.008>

- Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K.M., Boslaugh, S., Burroughs, T.E., & Dunagan, C.W. (2009). Patient satisfaction: focusing on "excellent." *Journal of Healthcare Management*, 54(2), 93-103. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19413164/>
- Ozsaker, E., Sevilmis, H., Ozcan, Y., & Samast, M. (2021). Nursing Care Perception and Satisfaction Levels of Surgical Patients. *Journal of Contemporary Medicine*, 11, 152-159. <https://doi.org/10.16899/jcm.711131>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50. <http://dx.doi.org/10.2307/1251430>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry L. (1988). SERVQUAL; a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of services quality. *Journal of Retailing*, 65, 1, 12-40. <https://www.researchgate.net/225083802>
- Parasuraman, A., Berry, L.L., & Zeithaml, V.A. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450. https://www.researchgate.net/publication/304344168_Refinement_and_reassessment_of_the_SERVQUAL_scale
- Peterson, W.E., Charles, C., Dicenso, A., & Sword, W. (2005). The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 672-681. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03634.x>
- Piredda, M., Cossu, L., Amato, S., Alvaro, R., Tartaglini, D., Spiga, F., et al. (2007). A measure of patient satisfaction with nursing care: the Italian version of "Newcastle Satisfaction with Nursing Scales." *International Nursing Perspectives*, 7, 25-31. <https://hdl.handle.net/2108/45832>
- Puch-Ku, G.F., Uicab-Pool, G.Á., Ruiz-Rodríguez, M., & Castañeda-Hidalgo, H. (2016). Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado. *Revista de Enfermería del IMSS*, 24, 129-136. <https://www.medigraphic.com/enfermeriaimss/eim-2016/eim162i.pdf>
- Rafii, F., Hajinezhad, M.E., & Haghani H. (2008). Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 75-84. <http://eprints.iums.ac.ir/id/eprint/22597>

- Raftopoulos, V. (2005). Pain, satisfaction with quality of pain management and depressive symptoms in elderly hospitalized patients. *ICUS and Nursing Web Journal*, 20, 1-17. <https://doi.org/10.1093%2Fgeront%2Fgnv058>
- Rajabpour, S., Rayyani, M., & Mangolian, P. (2019). The relationship between Iranian patients' perception of holistic care and satisfaction with nursing care. *BMC Nursing*, 18, 48-56. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0374-7>
- Rchaidia, L., Dierckx de Casterle, B., Verbeke, G., & Gastmans, C. (2011). Oncology patients' perceptions of the good nurse: an explorative study on psychometric properties of the Flemish adaptation of the Care-Q instrument. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1387-1400. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03861.x>
- Regaira, E., Sola, M., Goñi, R., del Barrio, M., Margall, M.A., & Aisain, M.C. (2010). La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala SERVIQUAL. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 3-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3222692>
- Risser, N.L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing research*, 24(1), 45-52. [http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317\(11\)60015-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317(11)60015-7)
- Rodríguez, C. (1985). Los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica. *Consejería de Salud y Consumo de Andalucía*.
- Romero, M., de la Cueva, L., Jover, C., Delgado, P., Acosta, B., Sola, M., et al. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 51-62. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>
- Romero-García, M., & Trujols-Albet J. (2015). Hacia una mayor incorporación de la perspectiva del paciente en el diseño de los instrumentos de evaluación de la efectividad y calidad de los cuidados. *Enfermería Intensiva*, 26, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.01.001>
- Romero-García, M. (2016). Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico. [Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona]. Diposit UB.

- Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Benito-Aracil, L., Lluch-Canut, T., Trujols-Albet, J., Martínez-Momblán, ... Delgado-Hito, P. (2018). Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale [NICSS]: Development and validation of a patient-centered instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 1423-1435. <https://doi.org/10.1111/jan.13546>
- Romero-García, M., Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza, L., Martínez-Momblán, M.T., Lluch-Canut, M.T., & Trujols-Albet, J. (2019). Level of satisfaction of critical care patients regarding the nursing care received: correlation with sociodemographic and clinical variables. *Australian Critical Care*, 32, 486-493. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.11.002>
- Saban, M., Dagan, E., Drach-Zahavy, A. (2019). The Relationship Between Mindfulness, Triage Accuracy, and Patient Satisfaction in the Emergency Department: A Moderation-Mediation Model. *Journal of Emergency Nursing*, 45, 644-660. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.08.003>
- Saiboon, I., Krishnan, S., Nooraini, S., Murad, N., Pathnathan, A., & Choi, Y. (2008). A study of patients' satisfaction with the Emergency Department (ED) of Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia (HUKM). *Medicine & Health*, 3, 7-13. <http://www.ppukm.ukm.my/ukmmcjournal/index.php>
- Sánchez-Piedra, C.A., Prado-Galbarro, F.J., García-Pérez, S., & Satamera, A.S. (2014). Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Quality in Primary Care*, 22, 147-155. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24865342/>
- Sánchez, N.C. (2021). Satisfacción del paciente sobre el cuidado de enfermería en el contexto del Covid-19 de un hospital público de Lima. [Tesis Licenciada, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/63557>
- Schandl, A., Falk, A.C., & Frank, C. (2017). Patient participation in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 105-109. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.006>
- Schwarzkopf, D., Behrend, S., Skupin, H., Westermann, I., Riedemann, N.C., & Pfeifer, R. (2013). Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis. *Intensive Care Medicine*, 39, 1071-1079. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-2862-7>

- Senarath, U., Gunawardena, N.S., Sebastiampillai, B., Senanayake, A., Lekamge, S., & Seneviratna, A. (2013). Patient satisfaction with nursing care and related hospital services at the National Hospital of Sri Lanka. *Leader Healthcare*, 26, 63-77. <https://doi.org/10.1108/17511871311291732>
- Siggurthasottir, A.K. (1996). Satisfaction among ambulatory surgery patients in two hospitals in Iceland. *Journal of Nursing Management*, 4, 69-74. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.1996.01982.x>
- Sillero, A., & Zabalegui, A. (2018). Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital. *SAGE open medicine*, 6, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2050312118818304>
- Silva, T., Fernandes, A., O'Silva, C., Xavier, S., & Macedo, E. (2021). El impacto de la pandemia en el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 20. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.454061>
- Stalpers, D., Linden, D., Kaljouw, M.J., & Schuurmans, M.J. (2016). Nurse-perceived quality of care in intensive care units and associations with work environment characteristics: a multicentre survey study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(6), 1482-1490. <https://doi.org/10.1111/jan.13242>
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., et al. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 372-380. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x>
- Terry, C., & Weaver, A. (2012). *Enfermería de Cuidados Intensivos. Editorial El Manual Moderno.*
- Thomas, L.H., McColl, E., Priest, J., Bond, S., & Boys, R.J. (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 5, 67-72. <https://doi.org/10.1136/qshc.5.2.67>
- Thomas, S., Quirk, L., Quatrara, B., & Letzkus, L. (2017). Incongruence in Perceptions. Identifying Barriers to Patient Satisfaction in the Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36, 349-354. <https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000267>

- Thorne, S., Kirkham, R., & O'Flynn-Magee, K. (2004). The Analytic Challenge in Interpretive Description. *International Journal of Quality of Methods*, 3, 1-11. <https://doi.org/10.1177/160940690400300101>
- Tizón-Bouza, E., Camiña-Martínez, M., González-Veiga, A., Piñero-Leira, N., & Tenreiro-Prego, I. (2020). Satisfacción de los pacientes y familiares con los cuidados enfermeros en una unidad de hospitalización. *TESELA*, 21, 1-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7723868>
- Uriel, E., Aldás-Manzano, J. (2005). Análisis multivariante aplicado: aplicaciones al marketing, investigación de mercados, economía, dirección de empresas y turismo (Applied multivariate analysis: applications in marketing, market research, economy, business management and tourism). Editorial Thomson.
- Valls-Martínez, M.C., & Abad-Segura, E. (2019). Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41, 309-319. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0315>
- Véliz-Martínez, P., & Jorna-Calixto, A.R. (2014). Evolución histórica y perspectivas futuras de la Medicina Intensiva y Emergencia como especialidad en Cuba. *Educación Médica Superior*, 28, 592-601. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412
- von Essen, L., & Sjöden, P.O. (1991a). Patient and staff perceptions of caring: Review and replication. *Journal of Advanced Nursing*, 76, 1363- 1374. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01566.x>
- von Essen, L., & Sjöden, P.O. (1991b). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 28(3), 267-281. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(03\)00060-9](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(03)00060-9)
- von Essen, L., & Sjöden, P.O. (1993). Perceived importance of caring behaviors to Swedish psychiatric inpatients and staff, with comparisons to somatically ill samples. *Research in Nursing and Health*, 16, 293- 303. <https://doi.org/10.1002/nur.4770160408>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04866.x>

- Walsh, M., & Walsh, A. (1999) Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 307-315. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00890.x>
- Ware, J., & Snyder, M. (1975). Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medicine and Care*, 13, 669-682. <https://doi.org/10.1097/00005650-197508000-00006>
- Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. New York: Springer.
- Wolf, M., Putnam, J. (1978). The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale measure patient perceptions of physician behaviour. *Journal Behaviour of Medicine*, 1, 391-401. <https://doi.org/10.1007/bf00846695>
- Wolf, Z.R., Colahan, M., Costello, A., Warwick, F., Ambrose, M.S., & Giardino, E.R. (1998). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *MEDSURG Nursing*, 7(2), 99-105. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9727124/>
- Wolf, D.M., Lehman, L., Quinlin, R., Zullo, T., Hoffman, L. (2008). Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 316-321. <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000336672>
- Zabalegui, A. (2017). Cuidado centrado en el paciente, una función intrínseca a la Enfermería. *Nursing*, 34, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2017.10.001>
- Zhang, J., Yang, L., Wang, X., Dai, J., Shan, W., & Wang, J. (2020). Inpatient satisfaction with nursing care in a backward region: a cross-sectional study from northwestern China. *British Medical Journal*, 10, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034196>.

8. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN

8. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN

8.1 Financiación de la investigación

Esta investigación ha estado financiada por la *Fundació Infermeria i Societat* en el marco de ayudas a proyectos de investigación de enfermería (PR-282/2018); y por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación) cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional cuyo lema es “Una forma de construir Europa”, FIS (PI18/00935).

8.2 Difusión de la investigación en congresos científicos

Alcalá-Jiménez, I; Delgado-Hito,P; Otero-García, I; Sánchez-Pamplona, C; Benito-Aracil, L; Muñoz-Rey, P; Zaragonza-García, I; Juvé-Udina, M; Romero-García, M. El paciente crítico: nivel de satisfacción y correlación con variables sociodemográficas, clínicas y organizativas. Comunicación presentada en el XXIV Encuentro Virtual Internacional de Investigación en Cuidados (INVESTEN). Pamplona del 9-13 de noviembre de 2020.

Alcalá-Jiménez, I; Delgado-Hito, P; Benito-Aracil, L; Otero-García, I; Sánchez-Pamplona, C; Muñoz-Rey, P; Gutiérrez-González, J.M.; Arias-Rivera, S; Martínez-Estalella, G; Romero-García, M. Factores asociados al nivel de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico. Comunicación presentada en el XLV Congreso Nacional de la SEEIUC. Málaga del 14-17 de junio de 2020.

Alcalá-Jiménez, I; Romero-García, M; Muñoz-Rey, P; Mata-Márquez, J.M; Benito-Aracil,L; Gallart-Vive, E.; Tabernero-Gallego, R.; Gutiérrez-González, J.M.; Martínez-Momblan,M.A.; Delgado-Hito, P. La satisfacción del paciente como medida del resultado de los cuidados enfermeros. Comunicación presentada en el XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC. Barcelona del 30/05/2021 al 02/06/2021.

Alcalá-Jiménez, I; Delgado-Hito, P; Benito-Aracil, L; Gallart-Vive, B; Giron-Espot, B; Muñoz-Rey, P; Padrón-Alemán, G; Aguado-Laín, C; Romero-García, M. Percepción de las enfermeras y los pacientes sobre la satisfacción con los cuidados enfermeros: estrategias de mejora. Comunicación oral presentada en el XXVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (INVESTEN). Pamplona del 16-18 de noviembre de 2022.

9. ANEXOS

9. ANEXOS

9.1 Anexo (1)



Escala de Satisfacción
con los Cuidados Enfermeros
desde la perspectiva
del Paciente Crítico

1 PRIMER INSTRUMENTO: ESCE-CPC

Este cuestionario tiene por objetivo conocer su nivel de satisfacción respecto a los cuidados dados por las enfermeras durante su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos. Su experiencia y opinión nos es francamente valiosa, ya que nos será útil para mejorar la atención de los futuros pacientes que cuidemos en nuestra Unidad, por ello le pedimos que sea sincero y franco en sus respuestas. Le garantizamos la confidencial y el anonimato de sus datos.

Le agradecemos que destine unos minutos de su tiempo para aportar su opinión. Por favor, antes de devolver el cuestionario compruebe que todas las preguntas han sido contestadas.

Código de identificación:

Documentación
a cumplimentar
por el paciente

A	Durante toda mi estancia en UCI y bajo mi experiencia, pienso que las enfermeras que me han atendido:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Se han presentado	<input type="checkbox"/>					
2	Han acudido con rapidez cuando las he necesitado	<input type="checkbox"/>					
3	Han demostrado habilidad en la realización de las técnicas (p.ej. extraer sangre, aspirar secreciones, manejo de las máquinas...)	<input type="checkbox"/>					
4	Han demostrado saber lo que tienen que hacer en cada momento tanto a nivel técnico como humano	<input type="checkbox"/>					
5	Han tenido una actitud profesional en sus cuidados tanto a nivel técnico como humano	<input type="checkbox"/>					
6	Han procurado que no tuviera dolor.	<input type="checkbox"/>					
7	Me han administrado la medicación puntualmente.	<input type="checkbox"/>					
8	Me han escuchado cuando lo he necesitado.	<input type="checkbox"/>					
9	Han sabido lo que tienen que hacer en cada momento.	<input type="checkbox"/>					
10	Han trabajado en equipo	<input type="checkbox"/>					
11	Han resuelto los problemas que he tenido con la evolución de mi enfermedad y el tratamiento	<input type="checkbox"/>					
12	Me han dado cuidados de forma continuada.	<input type="checkbox"/>					
13	Han demostrado que les gusta su trabajo	<input type="checkbox"/>					
14	Han estado pendientes de mi todo el tiempo	<input type="checkbox"/>					
15	Han procurado mantenerme limpio/a y con la piel hidratada.	<input type="checkbox"/>					

A	Durante toda mi estancia en UCI y bajo mi experiencia, pienso que las enfermeras que me han atendido:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
16	Han sido respetuosas con mi sueño y descanso.	<input type="checkbox"/>					
17	Han curado bien mis heridas.	<input type="checkbox"/>					
18	Me han movido y cambiado de posición cuando lo he necesitado.	<input type="checkbox"/>					
19	Se han preocupado para que estuviera confortable.	<input type="checkbox"/>					
20	Me han explicado lo que iban a hacer.	<input type="checkbox"/>					
21	Han mantenido una relación de confianza conmigo.	<input type="checkbox"/>					
22	Han estado atentas a mis necesidades.	<input type="checkbox"/>					
23	Han mostrado paciencia durante los cuidados prestados.	<input type="checkbox"/>					
24	Han sabido ponerse en mi lugar.	<input type="checkbox"/>					
25	Han contestado a mis preguntas.	<input type="checkbox"/>					
26	Han trabajado con una sonrisa.	<input type="checkbox"/>					
27	Me han dado apoyo emocional.	<input type="checkbox"/>					
28	Han sabido anticipar los cuidados antes de que los pidiera.	<input type="checkbox"/>					
29	Han sido sensibles a mi sufrimiento.	<input type="checkbox"/>					
30	Me han mirado cuando entraban en la habitación.	<input type="checkbox"/>					
31	Me han dado un trato humano	<input type="checkbox"/>					
32	Me han cuidado con cariño	<input type="checkbox"/>					
33	Han favorecido que me comunicara con ellas	<input type="checkbox"/>					
34	Me han atendido con tacto/sensibilidad.	<input type="checkbox"/>					
35	Me han proporcionado cuidados que me han ayudado a recuperarme	<input type="checkbox"/>					
36	Han mantenido un trato cercano	<input type="checkbox"/>					
37	Me han cuidado de forma individualizada	<input type="checkbox"/>					
B	Durante mi estancia en UCI, los cuidados enfermeros recibidos han hecho sentirme:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
38	Optimista.	<input type="checkbox"/>					
39	Tranquilo.	<input type="checkbox"/>					
40	Que contaban con mi opinión en relación a los cuidados.	<input type="checkbox"/>					
41	Bien	<input type="checkbox"/>					
42	Que estaba en "manos de la enfermera", ante mi situación de dependencia	<input type="checkbox"/>					
43	Que estaba cuidado por enfermeras eficientes.	<input type="checkbox"/>					
44	Como un número, un objeto.	<input type="checkbox"/>					
45	Agradecido.	<input type="checkbox"/>					
46	Físicamente seguro a pesar de tener máquinas conectadas.	<input type="checkbox"/>					
47	Con ganas de seguir viviendo, luchando	<input type="checkbox"/>					
48	Solo.	<input type="checkbox"/>					
49	Desatendido	<input type="checkbox"/>					

Extraído de: Romero-García, M. (2016). Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico. [Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona]. Diposit UB.

9.2 Anexo (2)

2 SEGUNDO INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE PREGUNTAS GENERALES

C	Preguntas generales:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
50	Me siento satisfecho con los cuidados dados por las enfermeras						
51	Si necesitara ayuda otra vez, desearía que me volvieran a cuidar en esta UCI						
52	Los cuidados dados por las enfermeras son como yo los esperaba						
53	¿Qué es lo que más le ha ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI?						
54	¿Qué es lo que menos le ha ayudado de los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en UCI?						
55	Comentarios o situaciones concretas que desee expresar.						

Documentación
a cumplimentar
por el paciente

9.3 Anexo (3)

3 TERCER INSTRUMENTO: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> 1 Hombre	<input type="checkbox"/> 2 Mujer
Situación Laboral:	Estado civil:	Nivel de estudios:
<input type="checkbox"/> 1 En paro	<input type="checkbox"/> 1 Casado-a	<input type="checkbox"/> 1 Sin estudios
<input type="checkbox"/> 2 Trabajando	<input type="checkbox"/> 2 Vive en pareja	<input type="checkbox"/> 2 Graduado escolar (EGB)
<input type="checkbox"/> 3 Pre-jubilado-a	<input type="checkbox"/> 3 Soltero-a	<input type="checkbox"/> 3 Enseñanza obligatoria (ESO)
<input type="checkbox"/> 4 Jubilado-a	<input type="checkbox"/> 4 Separado-a	<input type="checkbox"/> 4 BUP
<input type="checkbox"/> 5 Estudiante	<input type="checkbox"/> 5 Divorciado-a	<input type="checkbox"/> 5 COU
<input type="checkbox"/> 6 Otras situaciones: _____	<input type="checkbox"/> 6 Viudo-a	<input type="checkbox"/> 6 Bachillerato
		<input type="checkbox"/> 7 Módulos
		<input type="checkbox"/> 8 Formación Profesional
		<input type="checkbox"/> 9 Diplomatura
		<input type="checkbox"/> 10 Licenciatura/Grado
		<input type="checkbox"/> 11 Máster
		<input type="checkbox"/> 12 Doctorado

Marque con una "X" cómo percibe su estado de salud en este momento:

Pésimo Excelente

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marque con una "X" su grado de recuperación desde el ingreso en UCI:

No he mejorado nada Me he recuperado totalmente

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Ha estado antes ingresado en UCI?

1 Sí 2 No

Documentación
a cumplimentar
por el paciente

9.4 Anexo (4)

3 TERCER INSTRUMENTO: DATOS CLÍNICOS Y ORGANIZATIVOS

UCI:

- 1 Polivalente
- 2 Coronaria
- 3 Hepática
- 4 Quirúrgica
- 5 Respiratoria
- 6 Traumatológica
- 7 Otra _____

Ratio Enfermera/paciente:

Tratamiento invasivo:

- 1 Catéter arterial
- 2 Catéter venoso central
- 3 Catéter venoso periférico
- 4 Diálisis convencional
- 5 Hemofiltro
- 6 ECMO
- 7 Balón contrapulsación
- 8 MCP externo
- 9 Drenajes
- 10 Sonda Vesical
- 11 Sonda nasogástrica
- 12 Otros _____

Tipo de hospital:

- 1 Público
- 2 Privado/
Concertado

Nivel de hospital:

- Nivel 2
- Nivel 3

Número de boxes de la UCI: _____

- número boxes individuales: _____
- número boxes dobles: _____

Tipo de box del paciente a estudio:

- 1 Abierto (biombo/mampara/cortina)
- 2 Cerrado Individual (habitación con puerta)
- 3 Cerrado Doble (habitación con puerta)

• Días de estancia en UCI: días

• Horas de VMI: horas

1 Intubación 2 Traqueo 3 Ambas

• Horas de VMNI: horas

• APACHE II:

• SOFA:

Diagnóstico de ingreso en UCI:

- 1 Neurológico _____
- 2 Respiratorio _____
- 3 Trauma _____
- 4 Hepático _____
- 5 Inmunológico _____
- 6 Coronario _____
- 7 Cardíaco _____
- 8 Renal _____
- 9 Digestivo _____
- 10 Urinario _____
- 11 Otros _____

**Documentación
a cumplimentar
por enfermería**

9.5 Anexo (5)

ESTUDIO: VALIDACIÓN NACIONAL DE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS ENFERMEROS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE CRÍTICO

HOJA INFORMATIVA (I)

Investigador/a:

Centro:

Informador/a: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación del Hospital _____ de _____. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Durante el proyecto se seguirán las directrices nacionales e internacionales (código deontológico, Declaración de Helsinki) y la normativa legal vigente europea y nacional de Protección de Datos de Carácter Personal. Este proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del _____ con el siguiente nº de protocolo _____.

Objetivo del estudio:

Este estudio de investigación tiene como objetivo principal validar un cuestionario a nivel nacional que permita evaluar la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en el contexto del paciente crítico.

Beneficios del estudio:

Este cuestionario permitirá evaluar la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros y así, poder mejorar nuestra práctica diaria y la calidad de los cuidados que proporcionamos a las personas ingresadas en la UCI.

Riesgos e incomodidades:

El único riesgo o incomodidad de participar en este estudio es el hecho de que usted tenga que dedicarnos un máximo de 20 minutos de su tiempo pudiendo afectar a su rutina diaria

Procedimientos del estudio:

En caso de aceptar participar, en este estudio:

- Se le pedirá que complete un cuestionario de, aproximadamente 15 minutos de duración, de su percepción sobre los cuidados enfermeros recibidos en la UCI y la satisfacción con los mismos.

GARANTÍA DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su decisión de participar o no participar en este proyecto es totalmente voluntaria y no influirá en los cuidados de su enfermedad. Asimismo, puede retirarse del mismo en cualquier momento que crea oportuno, sin que ello repercuta en su atención.

CONFIDENCIALIDAD:

Le garantizamos que la información que usted nos aporte será confidencial y sus datos estarán protegidos de acuerdo con la normativa legal vigente europea y nacional de Protección de Datos de Carácter Personal. Los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio.

ESTUDIO: VALIDACIÓN NACIONAL DE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS ENFERMEROS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE CRÍTICO

HOJA INFORMATIVA (II)

Aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, esta decisión será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, ni recibirá pago alguno por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador.
- De acuerdo con la normativa legal vigente europea y nacional de Protección de Datos y de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, se limitará el uso de la informática y otras técnicas y medios de tratamiento automatizado de los datos para garantizar el honor, la intimidad personal y familiar de las personas físicas y el pleno ejercicio de sus derechos.
- La información primaria obtenida en este estudio será custodiada durante seis años por el equipo investigador, comprometiéndose a destruirla al finalizar el plazo definido. Se mantendrá de manera estricta su anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados durante este estudio.
- En caso de que tenga dudas sobre su participación en el estudio, sea cual fuere la fase del mismo, puede contactar con:

- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el Documento de Consentimiento Informado anexa a este documento:

ESTUDIO: VALIDACIÓN NACIONAL DE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS ENFERMEROS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE CRÍTICO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con DNI _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los puntos que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha



