



**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Οι συνέπειες της Πανδημίας στον τρόπο λειτουργίας
του Νοσοκομείου και οι επιπτώσεις στην ποιότητα λειτουργίας
των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)**

της
Αθανασίας Τενεκετζή του Αποστόλου

ΜΑΡΤΙΟΣ 2023

*Στους γονείς μου
Απόστολο και Μαρία*

*Στο σύζυγό μου
Γιώργο*

Ευχαριστώ

την καθηγήτριά μου κ. Γκοτζαμάνη Αικατερίνη

για την ουσιαστική της υποστήριξη στη διαδικασία της διπλωματικής μου εργασίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία μας επιχειρεί να καταγράψει τις οργανωτικές, λειτουργικές και θεσμικές επιπτώσεις της Πανδημίας στη λειτουργία των Νοσοκομείων. Ταυτόχρονα μελετά τις συνέπειες στην ποιότητα λειτουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) των Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης, όσον αφορά τη σωματική και ψυχική επιβάρυνση των υγειονομικών, την αλλαγή στην εργασιακή πραγματικότητα, το επίπεδο συνεργασίας με τα διοικητικά στελέχη, τη νοσηλευτική για τη χρησιμότητα των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας.

Διενεργήσαμε ποσοτική πρωτογενή έρευνα σε ΜΕΘ τεσσάρων Δημόσιων Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης. Το δείγμα αποτελούνταν από 136 υγειονομικούς.

Το ερωτηματολόγιο αφορά τρεις θεματικές ενότητες. Η πρώτη αφορά την επαγγελματική, σωματική και ψυχική εξάντληση των υγειονομικών. Η δεύτερη τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης λαθών, ποιότητας επαγγελματικής ζωής και ασφάλειας εργασίας. Η τρίτη αφορά την ύπαρξη, λειτουργία και αξιολόγηση των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι "σκληροί δείκτες" της πανδημίας συσχετίζονται με τις ελλείψεις υγειονομικού προσωπικού των Νοσοκομείων, το επίπεδο συνεργασίας και συντονισμού με τα διευθυντικά και διοικητικά στελέχη, τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και το επαγγελματικό stress των εργαζομένων. Διαπιστώσαμε σημαντικές παρατηρήσεις που αφορούν το καθεστώς εργασίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, την εμπειρία, την οικογενειακή κατάσταση και την ηλικία των εργαζομένων και πώς αυτά επηρεάζουν την ποιότητα και αποτελεσματικότητα.

Διακρίναμε ότι το έμπειρο υγειονομικό προσωπικό με πολλά έτη προϋπηρεσίας και καθεστώς εργασίας αορίστου χρόνου επωμίζεται τις δύσκολες και σύνθετες υποχρεώσεις με συνέπεια, μεγαλύτερη ψυχοκοινωνική πίεση και εξάντληση. Από την άλλη τα νεότερα υγειονομικά στελέχη διακατέχονται από ανασφάλεια και φόβο για σοβαρές παραλείψεις και λάθη. Ταυτόχρονα προσεγγίζουν με σκεπτικισμό την αξία της ύπαρξης και λειτουργίας συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας.

SUMMARY

Our assignment/project attempts to record the organizational, operational and institutional effects of the pandemic on the operation of hospitals.

At the same time, the consequences on the quality of the operation of the Intensive Care Units of the hospitals of Thessaloniki are studied, regarding the physical and psychological burden of the health workers, the change in working environment, the level of co-operation with the administrative staff, the nursing perception of the usefulness of the quality assurance system.

We conducted a quantitative primary research in ICUs of 4 public Hospital in Thessaloniki. The sample consisted of 136 healthcare workers.

The questionnaire is divided into 3 thematic sections. A relates to the professional, physical and psychological exhaustion of healthcare workers. B relates to the risk factors of mistakes, professional quality and work safety and C relates the existence operation and evaluation of quality assurance system.

As per the results, the hard indicators of the pandemic relate to the shortage of hospital staff, the co-operation and coordination with the management, the psychosocial effects and the professional stress of the healthcare workers.

We noted regarding the work status, educational level, experience, marital status and age of healthcare workers and how all of these affect both the quality and efficiency.

We noticed that the experienced health workers with many years of service and permanent employment status shouldered difficult and complex work with consistency, great psycho-social pressure and exhaustion.

On the other hand, the younger ones are possessed with insecurity and fear of serious omissions and mistakes. Furthermore, they are skeptical about the value existence and operating assurance systems.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iv
SUMMARY	v
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
1.1 Θεωρητικό πλαίσιο	10
1.2 Σκοπός της μελέτης	11
1.3 Στόχοι της μελέτης.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	13
2.1 Η ποιότητα στην Υγεία.....	13
2.2 Κύκλος ποιότητας (Διασφάλιση).....	15
2.2.1 Στόχοι ποιότητας	16
2.2.2 Παράγοντες διασφάλισης επιτυχίας ποιότητας	17
2.3 Διοίκηση ποιότητας στην υγεία	18
2.3.1 Κόστος ποιότητας	19
2.3.2 Δείκτες ποιότητας	20
2.3.3 Συστήματα διασφάλισης ποιότητας.....	21
2.4 Επαγγελματική εξουθένωση	24
2.4.1 Παράγοντες εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας.....	24
2.4.2 Burnout και Συμπτώματα	25
2.4.3 Συνέπειες επαγγελματικής εξουθένωσης	26
2.4.4 Πρόληψη και διαχείριση της εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας.....	27
2.4.5 Μετρήσεις επαγγελματικής εξουθένωσης.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ - ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	29
3.1 Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας.....	29
3.2 Διασφάλιση Ποιότητας στην Υγεία.....	30
3.3 Συστήματα διαχείρισης ποιότητας υγείας.....	31

3.4	Εργασιακή ικανοποίηση - επαγγελματική εξουθένωση υγειονομικού προσωπικού	33
3.5	Συνέπειες της Πανδημίας σε Νοσοκομεία και ΜΕΘ	38
3.5.1	Συστήματα υγείας - Νοσοκομεία - Μ.Ε.Θ. νοσηλείας - Νοσηρότητα - Θνητότητα στην εποχή Covid-19	39
3.5.2	Συνέπειες στην Τακτική Λειτουργία	41
3.5.3	Συνέπειες στη λειτουργία Νοσοκομείου «Αναφοράς» στον κορονοϊό	42
3.6	Ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....		45
4.1	Εργαλείο μελέτης	45
4.2	Πεδίο έρευνας, εργαλεία ανάλυσης	47
4.3	Αξιοπιστία Cronbach alpha των μεταβλητών	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ		50
5.1	Δημογραφικά - Επαγγελματικά χαρακτηριστικά	50
5.2	Βασικές γενικές παρατηρήσεις	54
5.3	Αποτελέσματα - Στατιστικά σημαντικές παράμετροι	56
5.3.1	Ψυχοσυναισθηματική εξάντληση επαγγελματιών υγείας σε συσχέτιση με το επίπεδο εκπαίδευσης, την ηλικία και την οικογενειακή τους κατάσταση.	56
5.3.2	Παράγοντες εμφάνισης νοσηλευτικών λαθών, ποιότητα επαγγελματικής δραστηριότητας, διασφάλιση νοσηλευτικής φροντίδας σε συνάρτηση με την προϋπηρεσία, την εκπαίδευση, το εργασιακό καθεστώς, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας	61
5.3.3	Η χρησιμότητα των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την προϋπηρεσία, το εργασιακό συμβόλαιο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....		80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....		83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....		102
	Ερωτηματολόγιο	102
	Διαδικαστικά έγγραφα	109

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικ. 1 Σχηματική απεικόνιση της προσέγγισης του Donabedian (1998).....	14
Εικ. 2 Ο κύκλος ποιότητας του Deming (1986)	15
Εικ. 3 Κύκλος διορθωτικής προσαρμογής ποιότητας.....	16

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ)

Σχ. 1. Κατανομή εργαζομένων κατά φύλο	51
Σχ. 2. Κατανομή εργαζομένων κατά ηλικία	51
Σχ. 3. Κατανομή εργαζομένων ανάλογα με την εκπαίδευσή τους	52
Σχ. 4. Κατανομή εργαζομένων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.....	52
Σχ. 5. Κατανομή εργαζομένων ανάλογα με το καθεστώς εργασίας.....	53
Σχ. 6. Κατανομή εργαζομένων ανάλογα με το καθεστώς εργασίας.....	53
Σχ. 7 Κατανομή εργαζομένων ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας.....	54
Σχ. 8. Νιώθω κούραση όταν ξυπνάω το πρωί και πρέπει να πάω στη δουλειά.....	56
Σχ. 9. Όταν ξυπνάω το πρωί σκέφτομαι τη δουλειά και αγχώνομαι	57
Σχ. 10. Όταν ξυπνάω το πρωί σκέφτομαι τη δουλειά και αγχώνομαι	58
Σχ. 11. Πλέον νιώθω λιγότερο ευαίσθητος από όταν ξεκίνησα τη δουλειά.....	59
Σχ. 12. Αισθάνομαι ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	60
Σχ. 13: Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου	61
Σχ. 14. Φοβάμαι μήπως βλάψω έναν ασθενή από δικό μου λάθος	62
Σχ. 15. Με διακόπτουν συχνά ενώ εκτελώ μια νοσηλευτική πράξη	63
Σχ. 16. Η συνεργασία με τους ιατρούς είναι αποτελεσματική	64
Σχ. 17. Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου	65
Σχ. 18. Με διακόπτουν συχνά ενώ εκτελώ μια νοσηλευτική πράξη	66
Σχ. 19. Η συνεργασία με τους ιατρούς είναι αποτελεσματική	67
Σχ. 20. Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου	68
Σχ. 21. Υπάρχουν φορές που δεν αρκούν οι ώρες του ωραρίου μου	69
Σχ. 22. Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου	70
Σχ. 23. Η συνεργασία με τους ιατρούς είναι αποτελεσματική	71
Σχ. 24. Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου	72
Σχ. 25. Η κλινική ελέγχει τακτικά τον εξοπλισμό, προμήθειες, για να βεβαιωθεί.....	73
Σχ. 26. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής έχουν επιδείξει ικανότητα διαχείρισης των αλλαγών (π.χ. οργανωτικών, τεχνολογικών) που απαιτούνται.....	75
Σχ. 27. Η κλινική αξιολογεί τις τρέχουσες ανάγκες.....	76
Σχ. 28. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν στην κλινική να χρησιμοποιεί καλύτερα τους εσωτερικούς του πόρους (π.χ. οικονομικούς, ανθρώπινους, κλπ.)	77
Σχ. 29. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής έχουν επιδείξει ικανότητα διαχείρισης των αλλαγών (π.χ. οργανωτικών, τεχνολογικών) που απαιτούνται.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Θεωρητικό πλαίσιο

Είναι βέβαιο πως η επιδημία Covid-19 εξελίχθηκε στην πιο σοβαρή πανδημία του τελευταίου αιώνα με περισσότερους από 6.607.000 θανάτους παγκοσμίως και περισσότερους από 33.888 θανάτους για τη χώρα μας (ΕΟΔΥ.gr).

Μόνο μέσα στους πρώτους μήνες από την έναρξη, στις αρχές του 2020, καταγράφηκαν 20 εκατομμύρια μολύνσεις και περισσότεροι από 800.000 χιλιάδες ασθενείς (Yejudhas et al, 2020).

Η Πανδημία επέφερε δραματικές επιπτώσεις τόσο σε κοινωνικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο με μείωση του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος στο σύνολο των ευρωπαϊκών κρατών (OECD/European Union, 2020).

Στα νοσοκομεία της χώρας από τον Μάρτιο του 2020 με υπουργικές αποφάσεις μειώνεται η τακτική λειτουργία σε όλους τους τομείς, μετακινείται προσωπικό στην «πρώτη γραμμή» και μετατρέπονται τμήματα, κλινικές αλλά και ολόκληρα νοσοκομεία σε μονάδες αντιμετώπισης ασθενών με Covid-19 (Απόφαση Υπουργείου Υγείας, Αριθ. Πρωτοκ. 17229 (2020)).

Είναι βέβαιο πως οι συνέπειες στη λειτουργία των νοσοκομείων κατά τη διετία της πανδημίας είναι σοβαρές. Η μείωση των χειρουργικών πράξεων και των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, η επιβάρυνση των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας με μεγάλο όγκο ασθενών, η δυσμενής εξέλιξη των «σκληρών δεικτών» της Πανδημίας με διασωληνωμένους και θανάτους να δοκιμάζουν τις αντοχές του συστήματος καταγράφονται σε κάποιες μελέτες και οδηγούν σε κρίσιμα συμπεράσματα. (Τσιόδρας, Λύτρας, 2021).

Οι επιπτώσεις στη λειτουργία των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας καθορίστηκαν σε μεγάλο βαθμό από το υγειονομικό προσωπικό, τις συνθήκες ασφάλειας, επάρκειας και εξειδίκευσης που απέκτησε για να ανταποκρίνεται σε έκτακτες συνθήκες και βέβαια από το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης που επιβεβαιωμένα επηρεάζει την απόδοση και την αποτελεσματικότητα στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας (Κουτελίκης et al, 2007, Παπακωνσταντίνου et al, 2016).

1.2 Σκοπός της μελέτης

Η εργασία αποσκοπεί στην καταγραφή, μελέτη και αξιολόγηση των συνεπειών της πανδημίας Covid-19, στη συνολική λειτουργία των νοσοκομείων και πιο εξειδικευμένα των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Επιχειρεί να εντοπίσει τις βασικές παραμέτρους στη λειτουργία του συστήματος υγείας. Αξιολογεί την αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας καθώς και την ψυχολογική επιβάρυνση που υφίστανται και πώς αυτές επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Με αυτόν τον τρόπο θα εξαχθούν χρήσιμα και πολύτιμα συμπεράσματα που αφορούν τη διαχείριση του ανθρώπινου παράγοντα σε περιόδους υγειονομικών κρίσεων και πώς αυτά συνδέονται και επηρεάζουν τη συνολική λειτουργία των Νοσοκομείων. Παράλληλα θα διερευνήσουμε την ύπαρξη και λειτουργία νέων προτύπων οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων και κατά πόσο αυτά υιοθετούνται και συμβάλλουν στη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος.

Επίσης θα αποσαφηνιστούν κάποιες από τις βασικές αιτίες που επηρεάζουν τους σκληρούς δείκτες της πανδημίας και ταυτόχρονα θα αναδειχθούν προτάσεις και λύσεις για βελτίωση της συνολικής εικόνας του Δημόσιου Συστήματος Υγείας.

1.3 Στόχοι της μελέτης

Η καταγραφή, έρευνα και αξιολόγηση ποιοτικών και ποσοτικών παραμέτρων στη λειτουργία των νοσοκομείων οι οποίες συνέβαλαν καθοριστικά στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, όπως αυτές αποτυπώνονται στους «σκληρούς δείκτες» της πανδημίας, κατά κύριο λόγο.

Θα μελετήσουμε συγκεκριμένες παραμέτρους που αφορούν το υγειονομικό προσωπικό όπως είναι τα έτη προϋπηρεσίας, το καθεστώς εργασίας, την επαγγελματική εξειδίκευση, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία και πώς αυτές επηρεάζουν και επηρεάζονται από τις έκτακτες υγειονομικές συνθήκες που προέκυψαν από την πανδημία Covid-19. Η ψυχοκοινωνική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας «burnout», το επίπεδο ικανοποίησης από τις συνθήκες εργασίας και το επίπεδο συνεργασίας με τα διοικητικά και διευθυντικά στελέχη, η υιοθέτηση και εφαρμογή προτυποποιημένων συστημάτων ελέγχου της ποιότητας υπηρεσιών, θα αποτελέσουν μέρος της έρευνας για να κατανοήσουμε το βαθμό που επηρεάζουν στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των μονάδων υγείας.

Τέλος, θα επιχειρήσουμε να διακρίνουμε τις διαφορές που πιθανόν χαρακτηρίζουν το υγειονομικό προσωπικό όσον αφορά τις παραπάνω παραμέτρους και πώς αυτές επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση, το βαθμό ανταπόκρισης στις εργασιακές απαιτήσεις και το βαθμό διασφάλισης ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την εφαρμογή ή όχι προτυποποιημένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η διερεύνηση όλων αυτών των παραμέτρων θα συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση βασικών αιτίων που επηρεάζουν την εξέλιξη των σκληρών δεικτών της πανδημίας COVID-19. Ταυτόχρονα θα αναδειχθούν ουσιαστικές προτάσεις για τη βελτίωση της συνολικής λειτουργίας του Δημόσιου Συστήματος Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 Η ποιότητα στην Υγεία

Η υγεία, η ποιότητα στην υγεία και η πρακτική που αλληλοεπιδρούν η μία στην άλλη, είναι έννοιες απόλυτα συνυφασμένες στην εποχή μας. Η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό που πρέπει να προσφέρεται στο σύνολο της κοινωνίας δημόσια και δωρεάν, ώστε να μην στερείται κανένας πολίτης το πολυτιμότερο αγαθό της υγείας και τα προϊόντα της. Η ποιότητα στην υγεία σχετίζεται με την ορθή χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και αποσκοπεί στην εξασφάλιση της μέγιστης ικανοποίησης των πολιτών (Rao 2015, Κουκουφιλίπου κ.ά., 2017).

Η ποιότητα στις μονάδες υγείας αφορά στη μέγιστη δυνατή παροχή περίθαλψης στον πολίτη - ασθενή, ούτως ώστε να λαμβάνει με τον ορθότερο τρόπο, στο σωστό χρόνο την εκάστοτε μοναδική για αυτόν υγειονομική φροντίδα με απώτερο στόχο την πλήρη ίαση που αποτελεί και τη μέγιστη συνέπεια της παρεχόμενης φροντίδας (Arah et al., 2003).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ποιότητα των μονάδων υγείας έχει διαφορετική προσέγγιση από την πλευρά του πολίτη που επιθυμεί ελεύθερη δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις δομές υγείας σε σχέση με τον πάροχο υπηρεσιών της υγείας όπου ενδιαφέρεται και αποσκοπεί στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Παπακωστίδη, 2012).

Τα οφέλη που αποκομίζουν οι πολίτες από τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των δομών υπηρεσιών υγείας αφορούν κυρίως τη βέλτιστη παροχή υγειονομικής περίθαλψης, την ψυχολογική αλλά και οικονομική κατάσταση των πολιτών. Τα οφέλη των επαγγελματιών υγείας έχουν να κάνουν με την εργασιακή ικανοποίηση, το καθεστώς ασφαλούς εργασίας και νομικής κατοχύρωσης (Κουκουφιλίπου, 2017).

Η προέκταση του οφέλους αφορά το κοινωνικό σύνολο αφού μέσα από μια σειρά αλυσιδωτών κρίκων με εύρωστη και αποδοτική οικονομία συνεπάγονται οικονομικά οφέλη για τους παρόχους των ασφαλιστικών ταμείων και του προϋπολογισμού του κράτους (Κουκουφιλίπου, 2017).

Ο Avedis Donabedian (1980) υπήρξε από τους πρωτοπόρους στη μελέτη της ποιότητας στην υγεία και συμπερασματικά κατέληξε ότι στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας, η υγειονομική περίθαλψη αποτελείται από τρία διακριτά μέρη:

- την ιατρική επιστήμη και τεχνική, όπου εφαρμόζονται ιατρικές και τεχνικές πράξεις για τη βελτίωση της υγείας του ασθενή
- τις διαπροσωπικές σχέσεις που αφορούν τη σχέση μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας μέσα στο αυστηρό πλαίσιο ηθικής δεοντολογίας και ικανοποίησης του ασθενή και
- την κτιριακή υποδομή των μονάδων υγείας με τον περιβάλλοντα χώρο και ότι αυτό συνεπάγεται σε άνεση και φροντίδα κατά το χρόνο νοσηλείας (Donabedian, 1980, 1988, Μάρκοβιτς, 2011).

Με τη μελέτη του Donabedian, οι μονάδες υγείας μπορούν να βελτιώσουν και διοικητικά την ποιοτική διαδικασία, αυξάνοντας στο μέγιστο την ικανοποίηση των πελατών - ασθενών. Η διάκριση των τριών διαστάσεων της ποιότητας από τον Donabedian (1988) αποτελεί την εξέλιξη και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με τη σχηματική προσέγγισή του, η αλληλεπίδραση μεταξύ εισροών που αφορούν την κτιριακή υποδομή, την οργανωσιακή λειτουργία και τους ανθρώπινους πόρους, με τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα από την εισαγωγή του ασθενούς και αφορούν τις εξετάσεις και τη θεραπεία, οδηγούν στα αποτελέσματα μέσω των εκροών. Έτσι ανατροφοδοτείται η διαδικασία ώστε να υπάρχει συνεχής βελτίωση της ποιότητας προς όφελος του ασθενούς αλλά και των μονάδων υγείας με το λιγότερο οικονομικό κόστος, τόσο για τον ασθενή όσο και για το υγειονομικό σύστημα. Σαφέστατα πρόκειται για διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας (Τούντας, 2003).



Εικ. 1 Σχηματική απεικόνιση της προσέγγισης του Donabedian (1998)

Η ποιότητα στην υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη περιλαμβάνει τη μεγαλύτερη δυνατή βελτίωση και αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία με χρήση των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων προς όφελος της υγείας του ασθενούς και μείωση

στο ελάχιστο του ιατρικού λάθους με στόχο την ικανοποίηση του ασθενούς (WHO, 1993).

2.2 Κύκλος ποιότητας (Διασφάλιση)

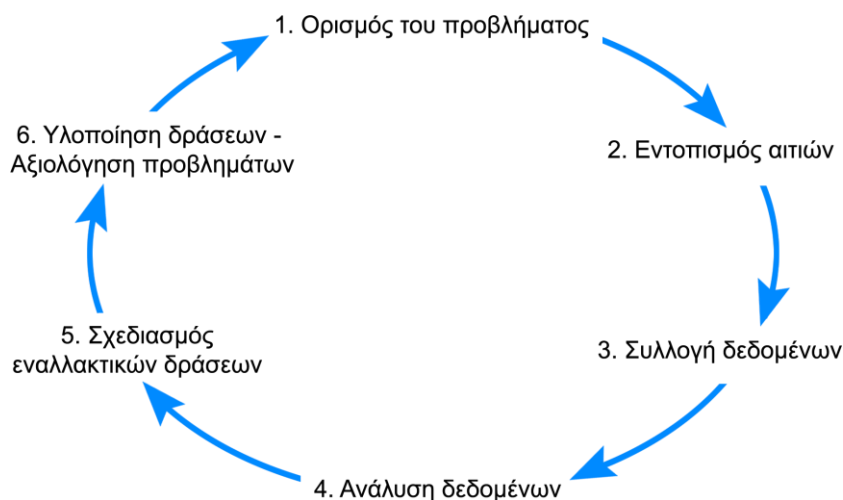
Ο κύκλος ποιότητας αποτελεί την απαρχή της διασφάλισης της ποιότητας στις μονάδες υγείας με εμπνευστή τον Edward Deming πρωτοπόρο κατά τη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανίας. Ο κύκλος του Deming περιλαμβάνει τέσσερα (4) βήματα: τον Σχεδιασμό, την Εκτέλεση, τον Έλεγχο και τη Δράση (Deming, 1986). Στο πρώτο βήμα γίνεται η εκτίμηση της παρούσας κατάστασης και η διαμόρφωση των βελτιώσεων. Στη συνέχεια γίνεται επιλογή των δραστηριοτήτων και προτύπων προς υλοποίηση. Στο τρίτο στάδιο ελέγχονται τα αποτελέσματα σε σχέση με τις διαδικασίες που ακολουθήθηκαν. Στο τελευταίο στάδιο γίνεται παρατήρηση των αποτελεσμάτων και ορίζεται καινούριο πλάνο σχεδιασμού πάντοτε σε σχέση με τα ευρήματα της δράσης για τη συνοχή βελτίωσης της ποιότητας (Τούντας, 2003).



Εικ. 2 Ο κύκλος ποιότητας του Deming (1986)

Ο κύκλος ποιότητας βασίζεται στην αλληλουχία και τη διάδραση της γνώσης και εφαρμογής αυτής. Σε κάθε βηματισμό του κύκλου ποιότητας, όποιες παρεμβατικές διαδικασίες προστίθενται θα πρέπει να ανταποκρίνονται και να προσαρμόζονται στα αποτελέσματα. Οι διαδικασίες οργάνωσης, παραγωγής και εκτέλεσης συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας και διασφαλίζουν ένα άριστο υλικοτεχνικό και διαπροσωπικό

περιβάλλον στα συστήματα υγείας, παρέχοντας υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας (Taylor et al, 2013).



Εικ. 3 Κύκλος διορθωτικής προσαρμογής ποιότητας

Τα βήματα του κύκλου, που ξεκινούν με το «σχεδιασμό και την επαναξιολόγηση» και συνεχίζουν με τον «καθορισμό προτύπων» και φτάνουν στο τρίτο βήμα της «ενημέρωσης προσωπικού», αντιστοιχούν στη διασφάλιση της ποιότητας. Ακολουθεί ο «ποιοτικός έλεγχος», η «εντόπιση ευκαιριών βελτίωσης», η «επιλογή κατά προτεραιότητα», η «ομάδα υλοποίησης», η «μελέτη», η «επιλογή και σχεδιασμός λύσης» και η «εφαρμογή λύσης» και απαριθμούν τα έξι (6) τελευταία βήματα του κύκλου που περιλαμβάνουν τη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας. Ο κύκλος ποιότητας είναι μια συνεχής διαδικασία που σε όλα τα βήματα τονίζει το ρόλο του ανθρώπινου παράγοντα και της συνεργασίας.

Από τον σχεδιασμό των βέλτιστων πρακτικών μέχρι και την αξιολόγησή τους που θα οδηγήσει σε δυναμική επιλογή λύσεων για τη συνεχή βελτίωση και επανατροφοδότηση, οι ομάδες ατόμων συνεργάζονται σε όλα τα στάδια αδιάκοπα (Παπακωστίδη, 2012).

2.2.1 Στόχοι ποιότητας

Η διασφάλιση της ποιότητας στην Υγεία επιτυγχάνεται με την υιοθέτηση βασικών διαδικασιών και στόχων. Η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η τεχνική δυνατότητα οδηγούν στην ορθή χρήση των υπηρεσιών υγείας με τον καλύτερο τρόπο και το χαμηλότερο κόστος, τόσο για το σύστημα όσο και για τον πελάτη - ασθενή. Η παροχή ασφάλειας του συστήματος αλλά και του επαγγελματία υγείας σε

όλες τις διαδικασίες προς τον ασθενή θεωρείται βασικός πυλώνας για τη διασφάλιση της ποιότητας. Ακόμη η άμεση πρόσβαση του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας που ανάγεται και αποτυπώνεται στην οικονομική, κοινωνική, πολιτισμική και πνευματική κατάσταση του ασθενούς. Και τέλος, η συνεχής και αδιάκοπη φροντίδα υγείας προς τον ασθενή, ανεξάρτητα από το χρόνο και το μέρος που βρίσκεται, με την καλή συνεργασία και διάδραση των επαγγελματιών υγείας οδηγούν στο συντονισμό των ενεργειών για το σωστό αποτέλεσμα μέσα σ' ένα ασφαλές, αποδοτικό, εχέμυθο και υγιές περιβάλλον (Παπακωστίδη, 2012, Binns, 1991, Jensen, 1991).

2.2.2 Παράγοντες διασφάλισης επιτυχίας ποιότητας

Η επιτυχία ενός προγράμματος ποιότητας βασίζεται στη χρησιμοποίηση και τήρηση βασικών παραγόντων. Ένας από αυτούς είναι η «ηγεσία» και οι δεξιότητες του ατόμου που αναλαμβάνει το ρόλο του ηγέτη. Ένας ηγέτης πρέπει να είναι χαρισματικός με κοινωνικές δεξιότητες, όπως υπευθυνότητα, ηθική, όραμα, πειθώ, ανταποδοτικότητα, συνεργασία, ευελιξία ώστε να δημιουργεί ένα υγιές και αποδοτικό κλίμα εργασίας.

Η δέσμευση σε συγκεκριμένο στόχο προϋποθέτει την ηγετική παρουσία αλλά και τη διάδραση των ατόμων που αποτελούν την ομάδα. Ένας άλλος παράγοντας επιτυχίας αφορά την «επικέντρωση του προγράμματος στους ασθενείς, στους χρήστες υπηρεσιών υγείας και στους προμηθευτές. Το σύστημα υγείας ευελπιστεί και αποσκοπεί στην ικανοποίηση των πελατών του.

Η παράμετρος της «διαρκούς βελτίωσης των διαδικασιών» έχει ως στόχο τα βέλτιστα αποτελέσματα. Οι προτεραιότητες του συστήματος και της κάθε δομής ξεχωριστά οδηγούν στην επιλογή συγκεκριμένων επιστημονικών πρωτοκόλλων και οδηγιών που συσχετίζονται με τα διεθνή στάνταρ.

Η «ενδυνάμωση των εργαζομένων» αποτελεί τη βασική παράμετρο για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας του προγράμματος (Παπακωστίδη, 2012).

Η «επιμόρφωση και εξειδίκευση των εργαζομένων» με τη χρήση μέσων και πρακτικών τελευταίας τεχνολογίας και η αναγνώριση και προσπάθεια επίλυσης των αδυναμιών οδηγεί σ' ένα άρτιο αποτέλεσμα (Παπακωστίδη, 2012).

Οι «προληπτικές βελτιώσεις» αναζητούν ευκαιρίες βελτίωσης και απομακρύνουν τη χρήση του «risk management», μοντέλο «διαχείρισης κρίσεων» για την αντιμετώπιση ιατρικού - νοσηλευτικού λάθους ή πιο γενικευμένης κρίσης (Παπακωστίδη, 2012).

Ακόμη μια σημαντική παράμετρος είναι η τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων. Μια απόφαση που στηρίζεται σε επιστημονική πρακτική προάγει τα βέλτιστα αποτελέσματα. Επιπλέον, η «πολυσυλλεκτική ομαδική εργασία» και η «συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιβράβευση» προάγουν την επιτυχία του προγράμματος. Η συνεργασία των ατόμων και η συνεχής επιμόρφωσή τους λειτουργεί ανταποδοτικά (Παπακωστίδη, 2012, Al-assaf, 2004).

2.3 Διοίκηση ποιότητας στην υγεία

Η διοίκηση ποιότητας στις μονάδες υγείας είναι προσανατολισμένη στον ασθενή, χρησιμοποιεί ποιοτικά κριτήρια και μετρήσεις καθ' όλη τη διαδικασία έναρξης παροχής φροντίδας και λήξης.

Τα νοσοκομεία μιας χώρας, δημόσια και (ιδιωτικά) παράγουν και προσφέρουν υπηρεσίες υγείας. Δομικά πρέπει να λειτουργούν με ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας που θα παρέχει φροντίδα υγείας με τη δυνατότητα μηχανισμών συνεχούς βελτίωσης ποιότητας. Η ακριβής προσφορά της ανάγκης που χρειάζεται ο ασθενής, και τελικά εισπράττει από τις υπηρεσίες υγείας, διευκολύνει την ομογενοποίηση των αποτελεσμάτων και απομακρύνει τα λάθη - τις διαφοροποιήσεις - που παραμένουν απειλητικά για την υγεία του (Wilson, 1995, Τούντας, 2003).

Η συγκριτική βελτιστοποίηση ή αξιολόγηση (performance benchmarking) αποτελεί την κυρίαρχη μέθοδο για την ελαχιστοποίηση των διαφοροποιήσεων σε έναν οργανισμό από τη δομή των διαδικασιών και την εκροή των αποτελεσμάτων (Τούντας, 2003). Πρόκειται για διαδικασία σύγκρισης δομών - οργανισμών υγείας με άλλους, καθώς και διαδικασιών μεταξύ τους, γνωστά ως «σημεία αναφοράς» προκειμένου μέσω των συγκρίσεων να προκύψουν οι βέλτιστες διαδικασίες και πρακτικές (Camp, 1994).

Η διαχείριση κινδύνου (risk management) και η ανασκόπηση χρησιμοποίησης υπηρεσιών (utilization review) αποτελούν βασική αρχή βελτίωσης της ποιότητας στα νοσοκομεία με διοίκηση ποιότητας. Η ανασκόπηση χρησιμοποίησης υπηρεσιών ουσιαστικά εξετάζει αν υπάρχει ορθή χρήση ανθρώπινων και υλικών πόρων ή γίνεται υπερκατανάλωση ή υποκατανάλωση με δυσοίωνες συνέπειες στη λειτουργία του οργανισμού με κατασπατάληση πόρων, ιατρικά λάθη και μείωση της ικανοποίησης του ασθενή αντίστοιχα (Ermann, 1990).

Η διαχείριση κινδύνου αφορά την ελαχιστοποίηση προβλημάτων λόγω επαγγελματικής υπαιτιότητας, ασφάλειας και υγιεινής στο χώρο εργασίας καθώς και κινδύνους που οφείλονται στον περιβάλλοντα χώρο του οργανισμού (Wilson, 1995).

Η ποιοτική αναβάθμιση του νοσοκομείου θα ξεκινήσει έχοντας αρωγούς στην όλη προσπάθεια κύριες οργανωτικές δομές όπως είναι η «Επιτροπή διοίκησης ποιότητας», «Διευθυντή ποιότητας», «Τμήμα ποιότητας», «Κατάλληλο πληροφοριακό σύστημα» και τέλος «Σύνδεση με το ευρύτερο πλαίσιο οργάνωσης» (Τούντας, 2003).

Τα κριτήρια που θα τεθούν από την οργανωτική δομή για την υλοποίηση του προγράμματος βελτίωσης της ποιότητας στην αρχή θα είναι δομικής φύσης για την γνωστοποίηση των υποδομών και των διαθέσιμων πόρων. Τα επόμενα κριτήρια θα αφορούν τις διαδικασίες στα τμήματα προμηθειών και «λοιμώξεων». Στα κριτήρια των αποτελεσμάτων, κύρια επιδίωξη είναι η μέγιστη ικανοποίηση των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών (Κουκουφίλιπου, 2017). Ωστόσο η οργάνωση και εφαρμογή διοίκησης ποιότητας στις υγειονομικές μονάδες είναι χρονοβόρες, ακριβείς και απαιτητικές.

2.3.1 Κόστος ποιότητας

Η διοίκηση ποιότητας ή ολικής ποιότητας αποτελεί μείζονος σημασίας στρατηγική επιλογή για τις μονάδες και τα συστήματα υγείας. Πρόκειται για στρατηγική με υιοθέτηση διαδικασιών με μακροπρόθεσμη προοπτική και αποτελεσμάτων. Οι διαδικασίες αφορούν όλα τα τμήματα του οργανισμού ξεχωριστά αλλά και διαδραστικά καθώς και τους επαγγελματίες υγείας της δομής. Έτσι διασφαλίζεται η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας μέσα από τη συνεχή επιμόρφωση του προσωπικού σε τεχνική και πρακτική εφαρμογή, των παρεχόμενων προϊόντων και βελτίωση της διαδικασιών (Τούντας, 2003).

Ωστόσο, η διασφάλιση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας συνεπάγεται αύξηση του κόστους της λειτουργίας του οργανισμού (Παπακωστίδη, 2012). Βασικό πυλώνα της διοίκησης ποιότητας αποτελεί η αποδοτικότητα που μετρά την απόδοση των λειτουργιών στον οργανισμό, προϋποθέτοντας το μέγιστο της παραγωγικότητας με το ελάχιστο της σπατάλης σε χρήμα, χρόνο, ανθρώπινο δυναμικό, ενέργεια και πρώτες ύλες (Suver, 1992).

Το κόστος της ποιότητας περιλαμβάνει την πρόληψη, την αποτίμηση και την αποτυχία (Hoque, 1999). Οι διαδικασίες που απαιτούνται για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας αυξάνουν τους πόρους και συνεπάγονται αύξηση του κόστους. Καθώς ομαλοποιούνται οι διαδικασίες και εναρμονίζονται με το σύστημα και τον οργανισμό παρατηρείται ελαχιστοποίηση του κόστους προετοιμασίας (Suver, 1992, Hoque, 1999).

Η διοίκηση ποιότητας συμβάλλει στη μείωση του κόστους αποτυχίας. Όσο πιο σωστά και οργανωμένα ακολουθούνται οι διαδικασίες μέσα στο σύστημα τόσο

περισσότερο αυξάνει η πιθανότητα μείωσης του σφάλματος που στοιχίζουν σε απόδοση, αποτελεσματικότητα αλλά αυξάνουν και το κόστος. Όσο επανατροφοδοείται σωστά ο κύκλος ποιότητας τόσο μεγιστοποιείται η βελτίωση της ποιότητας (Suver, 1992, Hoque 1999, Παπακωστίδη 2012).

2.3.2 Δείκτες ποιότητας

Οι δείκτες αποτελούν ποσοτικά και ποιοτικά μετρήσιμα εργαλεία, τα οποία βοηθούν στην εξαγωγή συμπερασμάτων με στόχο τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Διασφαλίζουν τη χρονική στιγμή της έκβασης των αποτελεσμάτων και προάγουν τη συνεχή βελτίωση μιας από τις θετικές και αδύναμες πρακτικές της διαδικασίας (Παπακωστίδη, 2012).

Σύμφωνα με την προσέγγιση του Donabedian υπάρχουν τρία κριτήρια: το ιατροτεχνολογικό μέρος, το διαπροσωπικό μέρος και το κτιριακό μέρος, όπως αναπτύχθηκαν παραπάνω. Σε αυτά βασίζονται οι μονάδες υγείας και το σύστημα υγείας προκειμένου να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Μάρκοβιτς, 2011).

Τα κριτήρια αυτά, αποτελούν και τους δείκτες ποιότητας που διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- **Δείκτες δομής**, οι οποίοι εξετάζουν την επάρκεια των εγκαταστάσεων που αφορά τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό (ιατρικά μηχανήματα μέχρι αριθμού κλινών) και τη στελέχωση των τμημάτων αρχής γενομένης από τη διοίκηση μέχρι όλους τους επαγγελματίες υγείας της συγκεκριμένης δομής.
- **Δείκτες διαδικασιών**, που αφορούν όλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές πρακτικές που εκτελούνται από την εισαγωγή ενός ασθενή και έπειτα.
- **Δείκτες αποτελέσματος**, πρόκειται για τους δείκτες στους οποίους αποτυπώνεται και το αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στον ασθενή.

Στους δείκτες αυτούς πρέπει να συνεκτιμώνται και άλλοι παράγοντες όπως, η ηλικία, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση, και συμπαρομαρτούντα νοσήματα που δύναται να επηρεάσουν το αποτέλεσμα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Παπακωστίδη, 2012, Τούντας, 1986).

Οι σημαντικότεροι δείκτες που χρησιμοποιούνται στον τομέα υγείας και αποτελούν δείκτες ποιότητας είναι οι εξής (Τούντας, 2007):

- **Δείκτες εισροών**, όπου αναφέρονται στις υποδομές του συστήματος, στο ανθρώπινο δυναμικό, σε οικονομικούς πόρους και στην οργανωσιακή λειτουργία των μονάδων υγείας.
- **Δείκτες ενδιάμεσων διαδικασιών**, που αξιολογούν τις διαγνωστικές εξετάσεις, την ασφάλεια, τη θεραπεία και την επανεξέταση.
- **Δείκτες ενδιάμεσων εκροών**, που εξετάζουν τη διάρκεια της νοσηλείας, τον αριθμό των επεμβάσεων και ιατρικών εξετάσεων ανά ειδικότητα στο χρόνο.
- **Δείκτες αποτελέσματος και υγείας πληθυσμού**, που εξετάζουν τη νοσηρότητα, τη σχετική αποτελεσματικότητα, τη θνητότητα και άλλους δείκτες.
- **Δείκτες πολιτικής υγείας**, που αφορούν στη διανομή και σπατάλη των πόρων της υγείας, οργανωτικής δομής κ.ά.
- **Δείκτες οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης**, όπως είναι το εισόδημα, η κατοικία, η εθνικότητα, το επάγγελμα κ.ά.
- **Δείκτες αποδοτικότητας**, που αφορούν την παραγωγική διαδικασία και τα αποτελέσματα σε σχέση με τη χρησιμοποίηση των πόρων, όπως ο δείκτης οικονομικής αξιολόγησης κ.ά.

2.3.3 Συστήματα διασφάλισης ποιότητας

Η διαπίστωση αποτελεί διαδικασία αξιολόγησης ενός οργανισμού βασιζόμενη σε προκαθορισμένα πρότυπα. Η υποβολή για την αξιολόγηση μπορεί να είναι εθελοντική ή από πρωτοβουλία ανεξάρτητων φορέων είτε από τις Αρχές Υγείας που διέπουν το κράτος. Σκοπός της όλης διαδικασίας είναι η βελτίωση της ποιότητας (Τούντας, 2003, El-Jardali et al., 2008).

Η διαπίστωση θέτει κριτήρια που αφορούν την οργανωτική επάρκεια του οργανισμού, την καταλληλότητα και λειτουργική αποτελεσματικότητα του προσωπικού στην οικονομική ευμάρεια του οργανισμού (Τούντας, 2003).

Αφετηρία αποτέλεσε η Μεικτή Επιτροπή για τη διαπίστωση των οργανισμών Περίθαλψης (Joint Commission for the Accreditation of Health care Organizations, JCAHO) στις Η.Π.Α. το 1951 (Οικονομοπούλου, 2000).

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ακολουθεί και εφαρμόζει γενικευμένα πρότυπα ποιότητας που αφορούν ένα προϊόν ή υπηρεσία στην παραγωγική διαδικασία και τη διαχείριση προς εξυπηρέτηση και ικανοποίηση των οργανισμών. Έτσι, το ISO

μπορεί να συμπεριληφθεί και σε οργανισμούς που παρέχουν υγειονομική φροντίδα (Rakhmawati et al., 2014).

Μία μέθοδος που διαπραγματεύεται τη βελτίωση ποιότητας των οργανισμών της Διοίκησης ολικής ποιότητας είναι η Six Sigma. Η βελτίωση της παραγωγικής διαδικασίας και της παροχής υπηρεσιών αποτελεί τις κύριες προϋποθέσεις για την ύπαρξή της. Η μέθοδος Six Sigma ειδικεύεται στην αναζήτηση και απομάκρυνση ελαττωματικών προϊόντων από την παραγωγή (Jenicke et al., 2008).

Η καταγραφή προβληματικών διαδικασιών στην παροχή υπηρεσιών οδήγησε στην κατ' επέκταση χρήση της μεθοδολογίας Six Sigma στην παροχή υπηρεσιών. Κατά συνέπεια η χρήση στις μονάδες υγείας μπορεί να είναι πρακτική και αποδοτική αφού χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα προϊόντα μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή του λάθους και σε αποτελεσματική λύση για τη διαχείριση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Μάρκοβιτς, 2011).

Το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Διοίκηση ποιότητας (E.F.Q.M. European Foundation for Quality Management) αποτελεί ένα ακόμη σημαντικό σύστημα διασφάλισης ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας (Van Scoten et al., 2016). Το μοντέλο E.F.Q.M. περιλαμβάνει τις «δυνάμεις επίτευξης» ή «προϋπόθεση επιτυχίας» και τα «αποτελέσματα». Όλα μαζί αποτελούν τα κριτήρια που απαριθμούνται σε εννέα (Τούντας, 2003).

Στις **δυνάμεις επίτευξης** εμπεριέχονται η «ηγεσία», η «διοίκηση προσωπικού», η «πολιτική και στρατηγική», η «διαχειριστική συνεργασία και πόροι» καθώς και οι «διαδικασίες». Στα **αποτελέσματα** μετέχουν η «εργασιακή ικανοποίηση», η «ικανοποίηση του πελάτη», η «κοινωνική συνεισφορά» και τα «αποτελέσματα της επιχείρησης» (Τούντας, 2003).

Τα αποτελέσματα είναι η εκροή των δυνάμεων επίτευξης. Οι δυνάμεις επίτευξης ανατροφοδοτούνται από τα αποτελέσματα και ακολουθούν κριτήρια βελτίωσης (Favaretti et al., 2015).

Στο μοντέλο Αριστείας E.F.Q.M. η βαθμολογία πραγματοποιείται από τη συγκριτική αξιολόγηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας και την αυτοαξιολόγηση των ίδιων των οργανισμών (Favaretti et al., 2015).

Για να καταφέρει ένας οργανισμός υγείας να έχει συνεχή ποιοτική αναβάθμιση και επιτυχία πρέπει να τον στελεχώνει μια δυναμική ηγεσία με όραμα, αξίες και στρατηγική επικεντρωμένη στο στόχο. Η σωστή οργάνωση και τοποθέτηση του ανθρώπινου δυναμικού στις σωστές θέσεις είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τις συνεργασίες και τη

σωστή διαχείριση των πόρων. Όταν οι δυνάμεις επίτευξης λειτουργούν εποικοδομητικά τότε ο οργανισμός θα έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Favaretti et al., 2016).

Η Joint Commission International (JCI) αποτελεί διαπίστευση εφαρμόσιμη στον τομέα της υγείας. Η διαπίστευση JCI αναγνωρίζοντας την ανάγκη σε παγκόσμια κλίμακα για βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας προέβη σε αναγνώριση προτύπων που αφορούν την επιμόρφωση και συνεχή εκπαίδευση, τις συμβουλευτικές υπηρεσίες, τη διεθνή αναγνώριση και πιστοποίηση. Συνεργάζεται ανά τον κόσμο με δομές υγείας και δημόσιους φορείς για τη χρησιμοποίηση των προτύπων που προασπίζουν τη βέλτιστη απόδοση στον τομέα της υγείας (Yousefian et al., 2013).

Η JCI χρησιμοποιεί διεθνή προγράμματα διαπίστευσης που αφορούν συγκεκριμένα τις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε οργανισμούς που ειδικεύονται σε ιατρικές μεταφορές στο χώρο των εργαστηρίων και των νοσοκομείων. Τα προγράμματα διαπίστευσης που ακολουθεί η JCI, αφορούν το σύνολο των διαδικασιών που χρησιμοποιούνται για τη βέλτιστη λειτουργία και διοικητική διαχείριση του νοσοκομείου.

Τα προγράμματα αυτά έχουν οργανωτικό αλλά και ανταγωνιστικό στόχο στην παρουσίαση των βέλτιστων πρακτικών του νοσοκομείου (Yousefian et al., 2013).

Στη βέλτιστη διαχείριση του νοσοκομείου τα πρότυπα πιστοποίησης αφορούν στη διατήρηση και διασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος τόσο για τους ασθενείς όσο και τους επαγγελματίες υγείας. Στην αυξημένη ικανοποίηση του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου αλλά και του συστήματος υγείας, καθώς και την ικανοποίηση των εργαζομένων του νοσοκομείου. Το νοσοκομείο και η διοίκηση αυτού είναι υπεύθυνοι για τη δημιουργία και διασφάλιση ενός ασφαλούς, συστηματικού, οργανωτικού, δικαιοδοτικού και ανταποδοτικού περιβάλλοντος εργασίας για τους εργαζόμενους που θα διασφαλίσει και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και το αίσθημα ασφάλειας των ασθενών. Η πιστοποίηση JCI συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας όλων των διαδικασιών που υφίστανται σ' έναν οργανισμό και δημιουργεί τις προοπτικές για την ολοκληρωμένη συνεργασία των ιατρικών και διοικητικών λειτουργιών στο χώρο των δομών της υγείας με αποτύπωμα την άριστη ικανοποίηση του ασθενή (Lee, 2012, Dervkaran et al., 2014).

2.4 Επαγγελματική εξουθένωση

Η επαγγελματική εξουθένωση νοείται ως μια χρόνια και διαρκής μορφή κατάστασης επαγγελματικού στρες, όπου το άτομο νιώθει ότι αδυνατεί να ανταποκριθεί τόσο σωματικά όσο και ψυχικά στις επαγγελματικές του ανάγκες. Η χρόνια και συνεχιζόμενη συναισθηματική συμμετοχή σε στρεσογόνο επαγγελματικό περιβάλλον οδηγεί το άτομο σε συναισθηματική αποτυχία και χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω εξιδανίκευσης των επαγγελματικών στόχων (Δημητρόπουλος, 2008, Μάρκου, 2005).

2.4.1 Παράγοντες εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας

Στη διεθνή βιβλιογραφία οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης διακρίνονται σε περιβαλλοντικούς και ατομικούς, παράγοντες προσωπικότητας και κοινωνικούς (Ahola, 2013).

Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες κυρίαρχο ρόλο έχει το εργασιακό περιβάλλον με τις δύσκολες και απαιτητικές συνθήκες εργασίας συνδυαστικά με την έλλειψη ανταποδοτικότητας λόγω έλλειψης προοπτικών επιτυχίας των εργασιακών στόχων (Ahola, 2013, Schaufeli, 2004).

Τα εργασιακά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση είναι ο φόρτος εργασίας που επιβαρύνει ποσοτικά και ποιοτικά τον επαγγελματία υγείας, οι συγκρουσιακές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ συναδέλφων, ανώτερων προϊσταμένων και ασθενών, η έλλειψη ή παρερμηνεία του καθηκοντολογίου, η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και υλικών πόρων, η ελλειμματική συνεργασία με τη διοίκηση του οργανισμού, η έλλειψη επιτυχούς συνεργασίας των συναδέλφων και η έλλειψη υποστήριξης που συνεπάγεται αυτή στο χώρο εργασίας, η μη συνεχής επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και η αίσθηση της χαμηλής ανταποδοτικότητας σε επίπεδο ικανοποίησης και αμοιβής (Jenkins, 2004, Adalie, 2002, Kalliath, 2002, Borritz et al., 2005, Maslach, 2008).

Επιπλέον σημαντικός παράγοντας εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί το ίδιο ή παρόμοιο περιβάλλον μεταξύ μελών της οικογένειας όπως και συζύγων μεταξύ τους (Middelorp et al., 2005, Ahola, 2013).

Στους ατομικούς παράγοντες έχει βρεθεί μέσα από μελέτες ότι το μοντέλο προσωπικότητας των πέντε (5) παραγόντων (Ahola, 2013, Swider, 2010) συσχετίζεται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με το μοντέλο προσωπικότητας, τα χαρακτηριστικά του «νευρωτισμού» της «εξωστρέφειας», της «ευχαρί-

στησης», της «ευσυνειδησίας» και της «διαφάνειας» (Ahola, 2013, Swider, 2010) και η αλληλεπίδραση αυτών σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό οδηγούν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στους παράγοντες αυτούς διαχωρίζεται η ιδιότητα του επαγγελματία υγείας από την προσωπικότητα του ατόμου. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με τον τρόπο που το άτομο αντιμετωπίζει καταστάσεις και προσδοκίες που ξεκινούν από την εργασία αλλά περιλαμβάνουν και καταλήγουν σε προσωπικές αναφορές και συνέπειες.

Οι παράμετροι του άγχους και πως το χειρίζεται το άτομο, οι εργασιακές προσδοκίες και η παραγωγικότητα του ατόμου σε σχέση με την έμμισθη αμοιβή και την ικανοποίηση που συνεπάγεται από αυτή. Οι ανησυχίες και οι φοβίες που προέρχονται μέσα από την πρακτική των ιατρικών διαδικασιών και ο τρόπος χειρισμού αυτών καθώς και οι έμφυτες συνειδησιακές ανησυχίες όπως είναι ο θάνατος και η επικοινωνία των συναισθημάτων φορτίζει ψυχικά, σωματικά αλλά και συναισθηματικά τους επαγγελματίες υγείας (Δημητρόπουλος, 2008).

Με αναφορά στους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες μελέτης καταγράφονται μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (Aslan et al., 1998, Gabbe et al., 2002). Σε μελέτες αναφέρεται ότι ο βαθμός εξουθένωσης είναι μεγαλύτερος σε μικρότερης εργασιακής ηλικίας επαγγελματίες υγείας (Ahola, 2013, Campbell et al., 2001, Παππά, 2008).

Ακόμη η οικογενειακή κατάσταση του επαγγελματία υγείας φαίνεται να καθορίζει σημαντικά την εμφάνιση ή όχι επαγγελματικής εξουθένωσης αφού ο γάμος και ιδιαίτερα στις γυναίκες εξισορροπεί την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση και αποτρέπει την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης (Παππά, 2008, Gabbe et al., 2002).

2.4.2 Burnout και Συμπτώματα

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί επίσημα αναγνωρισμένο νόσημα, ωστόσο, καθορίζεται από συμπεριφορικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας με συνοδά συμπτώματα σε οργανικό - ψυχοσωματικό και συμπεριφορικό επίπεδο (Μάρκου, 2005).

Στα λεγόμενα οργανικά - συμπεριφορικά συμπτώματα ο εργαζόμενος των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει αισθήματα μη ενθάρρυνσης, αισθήματα μηδενικής ανταπόκρισης στα καθήκοντά του και στις ανάγκες του αρρώστου, χάνει την αυτοπεποίθηση και την αυτογνωσία του. Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα να γίνεται νευρικός, απότομος,

επιθετικός, ψυχρός, να χάνει το πνεύμα της ομαδικότητας και συνεργασίας στο εργασιακό περιβάλλον και να πυροδοτεί και να ενισχύει τις συγκρούσεις στο χώρο. Χάνει την παρατηρητικότητα του, παρουσιάζει δυσκολία στη μνήμη, δεν έχει ορθή κρίση και εκτίμηση των πραγμάτων, γίνεται απρόσεκτος, αργεί στην εργασία του και έχει μεγάλα διαστήματα απουσίας (Παππά 2008, Παπαδάτου 1995, Δημητρόπουλος 2008).

Στα ψυχοσωματικά συμπτώματα επικρατεί η χρόνια κόπωση, διαταραχή στον ύπνο με κυρίαρχη την αϋπνία, πόνοι στο μυοσκελετικό σύστημα, ημικρανία, γαστρεντερικές διαταραχές, αυξομείωση αρτηριακής πίεσης καθώς και ψυχιατρικές εκδηλώσεις όπως το έντονο άγχος και η κατάθλιψη (Πτομιχλάκη και συν., 2006, Παππά και συν., 2008).

2.4.3 Συνέπειες επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση, πέρα από τις συνέπειες που έχει στον επαγγελματία υγείας σε οργανικό - ψυχοσωματικό και συμπεριφορικό επίπεδο, επεκτείνεται και επηρεάζει παράγοντες που αφορούν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας (Μάρκου, 2005). Η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει την εργασιακή απόδοση του επαγγελματία - κατ' επέκταση υγείας - είτε σε μικρό είτε σε μεγάλο βαθμό όπου εγείρει ζητήματα εργασιακής ασφάλειας, παραγωγικότητας - ποιότητας υπηρεσιών, στελέχωσης προσωπικού και αποτελεσματικότητας των μονάδων και οργανισμών υπηρεσιών υγείας.

Όλα αυτά παρουσιάζουν, σ' ένα ντόμινο κακών αλληλοδραστικών ιατρικών λαθών και επιπλοκών, αύξηση του δείκτη νοσηρότητας και θνητότητας, μη ικανοποίηση των ασθενών, δομικά και οργανωτικά προβλήματα που εντείνουν τη μη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Μάρκου, 2005).

Τα ελλείμματα που επιφέρει η επαγγελματική εξουθένωση σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο, όπως της εργασιακής απόδοσης, της μακρόχρονης και συνεχούς απουσίας, την καθιστούν ιδιαίτερα δαπανηρή για το σύστημα αλλά και τους οργανισμούς υγείας (Aholu, 2013, Παππά και συν., 2008).

Μέσα από επιστημονικές μελέτες αποδεικνύεται η σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και οικονομικού κόστους στους φορείς υπηρεσιών υγείας. Στις Η.Π.Α. το ετήσιο κόστος των επαγγελματιών υγείας που απουσιάζει από τον εργασιακό χώρο εξαιτίας της εξάντλησης από επαγγελματική εξουθένωση ανέρχεται σε 136 δις δολάρια, και συγκριτικά με τους εργαζόμενους χωρίς εξάντληση είναι πάνω από 101 δις δολάρια (Ricci et al., 2007).

Δυστυχώς η μη επάρκεια προσωπικού σε φορείς υπηρεσιών υγείας επιβαρύνει την υγεία των ασθενών και αυξάνει τους σκληρούς δείκτες θνητότητας, επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας χωρίς να προάγει τη βελτίωσή της και επιβαρύνει οικονομικά τον οργανισμό (Παππά και συν., 2008, Whitman et al., 2002).

2.4.4 Πρόληψη και διαχείριση της εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας

Οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν την αναγνώριση των συμπτωμάτων και την αποκατάσταση αυτής είτε εστιάζονται σε ατομικό επίπεδο είτε σε διοικητικό - οργανωσιακό επίπεδο (Ahola, 2013).

Η κλινική παρατήρηση αποτελεί βασικό εργαλείο εντοπισμού συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο επαγγελματίας υγείας αδυνατεί να παρατηρήσει και να εντοπίσει τα κλινικά σημάδια στον εαυτό του. Καλείται να ανιχνεύσει και να παρέμβει υποστηρικτικά κάτι που αδυνατεί να προσφέρει το φιλικό και συγγενικό περιβάλλον του επαγγελματία (Kim and Choi, 2016).

Η ατομική διαχείριση δεν είναι τόσο αποτελεσματική αφού οι συνθήκες που στρεσάρουν τον επαγγελματία αφορούν την εργασία, τον χώρο στον οποίο είναι καθημερινά υπόλογος και ανήμπορος να ελέγχει (Maslach et al., 2001).

Ωστόσο είναι σημαντικό να καταφέρει να αναγνωρίσει τα πρώτα σημάδια εξάντλησης, να παραδεχθεί το πρόβλημα και να υψώσει ένα τείχος αποστασιοποίησης προς την εργασία, προκειμένου να βελτιώσει την υγεία του. Ο επαγγελματίας πρέπει να αναθεωρήσει και να επανεκτιμήσει τους εργασιακούς στόχους και τα κίνητρα. Να ζητήσει φιλική υποστήριξη από άτομα και ιατρική βοήθεια αν θεωρεί ότι η κατάσταση αυτή τον πιέζει πολύ και δεν μπορεί να τα καταφέρει μόνος του. Η συστηματική βοήθεια λειτουργεί θεραπευτικά μειώνοντας το στρεσογόνο άγχος που προέρχεται από την εργασία αλλά και τις πιθανότητες εκδήλωσης νόσησης του επαγγελματία. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να στραφεί σε δραστηριότητες απόλαυσης και εκτόνωσης μέσα από την ενασχόληση με εξωτερικά ενδιαφέροντα. Επιπλέον να μελετήσει τις δυνατότητες που του προσφέρει η εργασία του, θέτοντας το κριτήριο της προσωπικής επιλογής και να προβεί σε αλλαγή της θέσης εργασίας, αν αυτό τον απαλλάσσει από το άγχος και του ενισχύει το μοντέλο της προσωπικότητάς του (Ahola, 2013, Δημητρώπουλος και Φιλίππου, 2008).

Σε οργανωσιακό - διοικητικό πλαίσιο, οι μελέτες έχουν αναδείξει τη συμμετοχή σε προγράμματα διαχείρισης στρεσογόνων αιτιών με την εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας και υπόδυσης ρόλων να επιφέρει βελτίωση (West et al., 1984).

Η οργάνωση σεμιναρίων με αντικείμενο την επιμόρφωση δεξιοτήτων διαχείρισης πόρων για πραγματοποίηση στόχων - σκοπών και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης αναδείχθηκε αποτελεσματική (Mc Lue and Sachs, 1991).

Επίσης είναι σημαντική η κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας, η οποίας συμβάλλει στη βελτίωση των τρόπων αντιμετώπισης των στρεσογόνων προβλημάτων. Είναι απαραίτητη η παρουσία εξειδικευμένου προσωπικού, ψυχολόγων, ψυχιάτρων - ψυχοθεραπευτών για να προάγουν πρακτικές βελτίωσης και αντιμετώπισης της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας (Fredy and Hobfoll, 1994).

Ακόμη η εφαρμογή «προγραμμάτων συμβουλευτικής καριέρας» που πραγματοποιήθηκε σε έρευνα που μελετούσε την επαγγελματική εξουθένωση οδοντιάτρων, οδήγησε σε βελτίωση των αποτελεσμάτων των διαστάσεων της συναισθηματικής εξάντλησης και του κυνισμού της επαγγελματικής εξουθένωσης (Gorter et al., 2001).

Οι ομάδες εργαστηρίων επαγγελματικής εξουθένωσης που στοχεύουν στις συνθήκες εργασίας και στα προβλήματα που πηγάζουν από αυτές, δουλεύουν τρόπους επίλυσης των εργασιακών προβλημάτων και επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Hatinen 2008, Ahola, 2013).

Οι παρεμβάσεις που αφορούν το άτομο, οδηγούν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διεκδίκησης και αντιμετώπισης των σημείων επαγγελματικής εξουθένωσης του ατόμου, ενώ οι παρεμβάσεις που δρουν οργανικά οδηγούν στην αλλαγή των συνθηκών εργασίας. Η διάδραση ατόμου και οργανισμού οδηγεί στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στο σύνολο (Ahola, 2013).

2.4.5 Μετρήσεις επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης καταγράφηκε στη βιβλιογραφία για πρώτη φορά στη δεκαετία του '70. Τόσο η μη ξεκάθαρη αιτιολογική του δράση και συμπτωματολογία με τις άμεσες επιπτώσεις στην υγεία, προσωπική και κοινωνική ζωή του επαγγελματία υγείας αλλά και οι έμμεσες συνέπειες σε επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και συστήματος υγείας οδήγησαν στη συστηματική μελέτη και ανάλυση του συνδρόμου.

Οι μελετητές εστίασαν στην εμπειρική μελέτη του συνδρόμου. Για την αξιολόγηση του χρησιμοποιούν κυρίως ποσοτικές μεθόδους με κυρίαρχη τη χρήση ερωτηματολογίου και λιγότερο ποιοτικές μεθόδους που αφορούν σε συνεντεύξεις και μελέτη συγκεκριμένων περιπτώσεων (Παππά και συν., 2008).

Η μέθοδος που χρησιμοποιείται περισσότερο από την πλειοψηφία των ερευνητών είναι η χρήση της ποσοτικής καταγραφής του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης που γίνεται με το ερωτηματολόγιο «Maslach Burnout Inventory» (MBI) (Maslach and Jackson, 1981).

Το Maslach Burnout Inventory (MBI), μετράει τρεις διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων ή αίσθηση αναποτελεσματικότητας (Παππά και συν. 2008). Ακολουθεί το «Staff Burnout scale for health professionals» (SBSHP), που αποτελεί κλίμακα μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης για το προσωπικό υγείας με συμπτώματα σε οργανικό, συμπεριφορικό και ψυχολογικό επίπεδο (Παππά και συν. 2008, Jones, 1980).

Εναλλακτική μέθοδος μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί το «Oldenburg Burnout Inventory» (OLBI). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα επαγγέλματα και ερευνά τη διάσταση της εξουθένωσης και της αποστασιοποίησης από τον εργασιακό χώρο (Qiao and Schaufeli, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ - ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

3.1 Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας

Ως ποιότητα υπηρεσιών υγείας ορίζεται ο βαθμός επίτευξης του επιθυμητού ιατρικού αποτελέσματος με τα λιγότερα λάθη και παρενέργειες, εφαρμόζοντας τις πιο σύγχρονες και κατοχυρωμένες μεθόδους ιατρικής γνώσης σε κάθε ασθενή (Fronberg, 1988, IOM (Institute Of Medicine, 2000).

Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από το σύνολο των ασθενών, υπαλλήλων και Ιατρών. Ο βαθμός επίτευξης συγκεκριμένων στόχων, η βελτιστοποίηση κόστους - οφέλους, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, οι σχέσεις εμπιστοσύνης και

αλληλοκατανόησης μεταξύ υπαλλήλων και ασθενών αποτελούν σημαντικές ποιοτικές παραμέτρους που καθορίζουν το τελικό αποτέλεσμα (Subhashs, 2021).

3.2 Διασφάλιση Ποιότητας στην Υγεία

Η υγεία και το επίπεδο ζωής των ανθρώπων ανεξάρτητα από τον τόπο διαμονής, τη γλώσσα, τον πολιτισμό, συγκεντρώνουν υψηλό ενδιαφέρον από τα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών (Moeller, 2001).

Οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και η ασφάλεια των ασθενών αποτελούν προτεραιότητα και ανταγωνιστικό πλεονέκτημα πολλών υγειονομικών υπηρεσιών και οργανισμών (Van Matre and Koch, 2009, Lee et al., 2012).

(1) Οι υγειονομικοί οργανισμοί υιοθετούν διάφορα προγράμματα αναβάθμισης της ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών στοχεύοντας στην ικανοποίηση των πελατών τους και στην αναβάθμιση της θέσης τους σε ένα συνεχώς ανταγωνιστικότερο περιβάλλον (Painter and Lavizzo, Mourey, 2008).

Υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερα μοντέλα αναβάθμισης υπηρεσιών τα οποία συμπεριλαμβάνουν: α) το Malcolen Baldinge Health care Criteric for Performance (MBHCP) β) European Found action for Quality Management (FFQM) γ) Joint Commission Model of Ac (SSA), δ) International Organization for str (150) 900 (Sanguesa et al., 2007, Wilson and Collier, 2000).

Η επίτευξη υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε συγκεκριμένες αρχές και συγκεκριμένους κανόνες. Οι προτεραιότητες, οι προοπτικές και κυρίως οι ανάγκες των ανθρώπων αποτελούν τον βασικό προσανατολισμό των υγειονομικών οργανισμών. Οι Leaders διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων, την ανάληψη πρωτοβουλιών, τον έλεγχο διαδικασιών υλοποίησης στόχων. Εμπνέουν όλους τους υπαλλήλους ώστε αυτοί να συμβάλλουν στην επίτευξη συνεχώς βελτιούμενων ποιοτικών στόχων.

Οι κυβερνητικές πρακτικές διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού αποτελούν βασική παράμετρο βελτίωσης της ποιότητας. Είναι αναγκαίο να γίνεται καταγραφή του κόστους - οφέλους για κάθε δραστηριότητα και ταυτόχρονα να ελέγχεται η αποτελεσματικότητα και η αποφυγή λαθών (Subhash, 2021).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει την ποιότητα υπηρεσιών υγείας ως καθοριστικό παράγοντα βελτίωσης της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας αλλά και του προσδοκώμενου ποσοστού συνολικής επιβίωσης (World Health Organization, 2007).

Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από ένα σύνολο παραγόντων και συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση των ασθενών (Wilkin, 1992).

Δείκτες μέτρησης της αποτελεσματικότητας θεωρούνται: η προσβασιμότητα στο σύστημα υγείας, η δωρεάν πρόσβαση των ασθενών, η ευκολία και ο χρόνος εξυπηρέτησης, η καταλληλότητα των πρακτικών, ο χρόνος αναμονής, η ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού, η συμμετοχή στον σχεδιασμό των υπηρεσιών και φυσικά η τελική έκβαση (Regmi et al., 2009, Murayet Evans, 2003).

3.3 Συστήματα διαχείρισης ποιότητας υγείας

Η Διοίκηση ολικής ποιότητας αποτέλεσε διαδικασία εκλογής για πολλές επιχειρήσεις και οργανισμούς κατά τη δεκαετία 1980-1990. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη στρατηγική τίθενται μακροχρόνιοι στόχοι για τους οποίους αναλαμβάνονται συγκεκριμένες δεσμεύσεις υλοποίησης (Deming, 1985).

Μια εναλλακτική προσέγγιση στον τρόπο διοίκησης προσδιορίζει μικρότερους στόχους προς υλοποίηση και μείωση του χρόνου ελέγχου του αποτελέσματος. Προτάθηκαν συγκεκριμένοι οργανωτικοί αλγόριθμοι που συνεχίζουν να ισχύουν μέχρι σήμερα (Deming, 1994).

Πολλές επιχειρήσεις και οργανισμοί για να αντιμετωπίσουν τον συνεχή ανταγωνισμό μετά και την είσοδο της αυτοματοποιημένης εργασίας και των ηλεκτρονικών μέσων, επικέντρωσαν στην ποιότητα υπηρεσιών και προϊόντων σύμφωνα με τις ανάγκες της «αγοράς». Επίσης προχώρησαν στην παραγωγή εξειδικευμένων στελεχών με συγκεκριμένα προσόντα στο Marketing, την Οικονομία και την Επικοινωνία. (Gitlowet et al., 1995, Dobyns L. and Crawfordl M., 1991)

Είναι κρίσιμος ο ρόλος των στελεχών στον ποιοτικό σχεδιασμό, στον έλεγχο και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Τα στελέχη πρέπει ταυτόχρονα να συνδυάζουν και να αφογκράζονται τις ανάγκες των πελατών, να καταγράφουν και να αναλύουν δεδομένα και να υποστηρίζουν στην υλοποίηση στόχων. Η βασική ιδέα στηρίζεται στην ομαδική και διαδραστική προσπάθεια παρά στην εξατομικευμένη δράση (Deming, 1986).

Το 1992 Whyte and Witcher έδωσαν επεξηγήσεις για τον όρο TQM (Total Quality Management).

Το Ολικό σημαίνει πως αφορά, επηρεάζει και επιδιώκει τη συμμετοχή όλων των τμημάτων και του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού ενός οργανισμού.

Η Ποιότητα σηματοδοτεί την εισαγωγή ποιοτικών standards σε υπηρεσίες και προϊόντα και δίνει το προβάδισμα (προτεραιοποιεί) στην ικανοποίηση των πελατών ως βασικό στόχο του όλου εγχειρήματος (Badri et al., 2009, Ching H. And F. Huarng, 2002, Cornway T. And S. Wilcocks, 1997).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ενσωματώνει τέσσερις διαφορετικές λειτουργίες:

- α) την κινητοποίηση υγειονομικών και διοικητικών στελεχών
- β) τη διεπιστημονική συνεργασία και συμμετοχή με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών
- γ) τη θέσπιση κινήτρων για την εμπειριστατωμένη data-based συμμετοχική δραστηριότητα και
- δ) την υιοθέτηση της στρατηγικής που στοχεύει στην ικανοποίηση αναγκών ασθενών και υπαλλήλων (Donabedian, 1989, Kornera A.R. and Knickman J.R., 2008, Lopresti J. et al., 1993).

Ο Theodorakoglou (2000) σε μια έρευνα διαπιστώνει βασικές δομικές αδυναμίες στα δημόσια νοσοκομεία όπως: Έλλειψη προγραμμάτων εφαρμογής TQM, αδυναμία καταγραφής και συλλογής πληροφοριών για δεδομένες λειτουργίες των Νοσοκομείων. Επισημαίνει σοβαρά προβλήματα επιχειρησιακής ανεπάρκειας και έλλειψη γνώσεων για θέματα ποιότητας υπηρεσιών.

Ποιοτικά κριτήρια λειτουργίας Νοσοκομειακών Μονάδων και άλλων Ιατρικών λειτουργιών εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά στις Η.Π.Α., το 1917 (Shaw, 2004).

Το 1947 δημιουργείται ο διεθνής οργανισμός ποιοτικών standards (ISO).

Προγράμματα πιστοποίησης ποιοτικής λειτουργίας εφαρμόστηκαν σε όλες τις χώρες του κόσμου μετά το 1990 (Shaw, 2000).

Σε μια μελέτη ανασκόπησης αποδεικνύεται βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών μετά την εφαρμογή προγραμμάτων πιστοποίησης ποιοτικής λειτουργίας (Aikhenizan, Shaw, 2011).

Ανάλυση δεδομένων από 4.221 Νοσοκομεία στην Αμερική αποδεικνύει καλύτερα αποτελέσματα π.χ. στη διαχείριση εμφράγματος του μυοκαρδίου σε Νοσοκομεία που έχουν πιστοποιηθεί σε σύγκριση με άλλα Νοσοκομεία χωρίς πιστοποίηση, με αποτέλεσμα καλύτερα ποσοστά θνητότητας μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου (Chen et al., 2003).

Σε μια μελέτη από την Ιαπωνία που περιελάμβανε 638 Νοσοκομεία διαπιστώθηκαν αυξημένα ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων σε μη πιστοποιημένα Νοσοκομεία (Sakimoto et al., 2008).

Σε μια αναδρομική μελέτη από 24 Κέντρα Τραύματος στις Η.Π.Α. παρατηρήθηκαν πολύ βελτιωμένα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών σε Νοσοκομεία που διέθεταν πιστοποιητικό ποιοτικής λειτουργίας (Pasquale et al., 2001).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας παρουσιάζει δυσκολίες εφαρμογής στον υγειονομικό τομέα από ότι στη βιομηχανία (Dale B., 2000, Nicolaou N. And Kentas G., 2017).

Οι αιτίες ποικίλουν και αφορούν κυρίως:

- α) Έλλειψη σχεδιασμού υλοποιήσιμων στόχων. Οι Managers έχουν ευθύνη διασφάλισης του αναγκαίου πλαισίου δράσεων και φυσικά την εξασφάλιση των προϋποθέσεων υλοποίησης των στόχων, σταδιακά (Prajogo D. And Soha L.A., 2003, Srdoc et al., 2005).
- β) Αλλαγή κουλτούρας με σταδιακή προσαρμογή των εργαζομένων στη νέα αντίληψη εργασιακής συμπεριφοράς (Powell T., 1995, Siddigui F. et al., 2009, Vouzas F. and Phuhogios A., 2007).
- γ) Λανθασμένη εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών και μεθόδων με αποτέλεσμα συλλογή και καταγραφή αναξιόπιστων και λανθασμένων δεδομένων (Sitkin S., et al., 1994, Westcott R., 2005).
- δ) Έλλειψη χρονικού πλαισίου εφαρμογής στόχων που να διασφαλίζει την κατανόηση και τη συμμετοχή του συνόλου των εργαζομένων στη συλλογική προσπάθεια (Dean J. and Bowen D., 1994).
- ε) Έλλειψη οικονομικών πόρων υλοποίησης προγραμμάτων ολικής ποιότητας (Ovretweit J., 2000, Vousu F.N., 2011).
- στ) Αντίσταση στελεχών και εργαζομένων στην υιοθέτηση και εφαρμογή νέων πρακτικών με αποτέλεσμα να μη συμμετέχουν μαζικά σε μετεκπαιδευτικά σεμινάρια κατανόησης και εφαρμογής προγραμμάτων ολικής ποιότητας (Jafari S.M. and Setak M., 2010).

3.4 Εργασιακή ικανοποίηση - επαγγελματική εξουθένωση υγειονομικού προσωπικού

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger (Παπά, 2007). Το 1982 η Maslach περιέγραψε ένα «σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης», μια χρόνια κατάσταση κατά την οποία ο εργαζόμενος χάνει οποιοδήποτε ενδιαφέρον για τη δουλειά του και τους ασθενείς στην περίπτωση των νοσηλευτών (Nagoski, 2019). Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και αίσθηση αναποτελεσματικότητας

(Nagoski, 2019). Η συναισθηματική εξάντληση θεωρείται η πιο συχνή διάσταση και χαρακτηρίζει το πρώτο στάδιο εμφάνισης του συνδρόμου όπου το άτομο εξαντλεί τα ψυχικά και συναισθηματικά αποθέματα και αποστασιοποιείται σε κάποιο βαθμό από τα εργασιακά του καθήκοντα. Στο στάδιο αποπροσωποποίησης και αναποτελεσματικότητας που έπεται, το άτομο αποσύρεται από οποιαδήποτε συναισθηματική εμπλοκή με συναδέλφους ή ασθενείς, γίνεται απόμακρο και αρνητικό, μειώνεται το αίσθημα αυτοεκτίμησης και η ικανότητα επίτευξης στόχων με άμεση συνέπεια όλων αυτών στο επίπεδο παραγωγικότητας στην εργασία του.

Οι Pines και Aronson προσδιορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως συναισθηματική και πνευματική εξάντληση με αιτιολόγιο αναφορά σε επαγγέλματα με έντονη συναισθηματική εμπλοκή του ατόμου (Παπακωνσταντίνου, 2016).

Η συχνότητα εμφάνισης στους επαγγελματίες υγείας και κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό αγγίζει το 56% (Κουτελάκης et al., 2007).

Σε μια μελέτη από ελληνικά νοσοκομεία παρατηρήθηκε σημαντική συναισθηματική εξάντληση των νοσηλευτών, ενώ το 70% παρουσίασε αγχώδεις διαταραχές, αϋπνίες το 48% και ημικρανίες το 42,5% (Παπακωνσταντίνου, 2016).

Σύμφωνα με την Firth-Cozens και τον Κουτελάκη (2007) το 1/3 των νοσηλευτριών σε όλο τον κόσμο παρουσιάζουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξάντλησης, ενώ άλλες μελέτες ανεβάζουν αυτό το ποσοστό στο 52% των επαγγελματιών υγείας (Nagoski, 2019).

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, σε ογκολογικές, χειρουργικές και παθολογικές κλινικές και σε ψυχιατρικά τμήματα επιβαρύνονται δυσανάλογα αφού ο φόρτος εργασίας, οι γρήγοροι ρυθμοί, το αίσθημα ευθύνης και η συνειδητοποίηση του φόβου του θανάτου χαρακτηρίζουν αυτά τα τμήματα.

Η Αδαλή (2002) και οι συνεργάτες της διαπίστωσαν υψηλό ποσοστό συναισθηματικής εξάντλησης του νοσηλευτικού προσωπικού σε 5 νοσοκομεία της Αθήνας και το συσχετίζουν άμεσα με τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος, την αυστηρή ιεραρχική διάρθρωση των υπηρεσιών, την έλλειψη κατανόησης από τους ανωτέρους και φυσικά τις μεγάλες ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού (Κουτελάκης, 2007).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου έχουν σχέση με τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος, με ατομικούς παράγοντες και με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. Η στρεσογόνα φύση της νοσηλευτικής εργασίας είναι αυτονόητη και τεκμηριωμένη, διαμορφώνεται και επηρεάζεται από το

φόρτο εργασίας, την έλλειψη κινήτρων ανέλιξης, την αυστηρή ιεραρχική δομή, την σοβαρή έλλειψη προσωπικού και τις εσωτερικές συγκρούσεις (Παππά, 2007).

Φαίνεται πως το σύνδρομο αφορά κυρίως νέους εργαζομένους και επηρεάζει κυρίως γυναίκες ενώ ο γάμος ασκεί προστατευτικό παράγοντα. Σίγουρα η προσωπικότητα του ατόμου, η ανθεκτικότητα στο άγχος, η καλή ψυχική διάθεση, το επίπεδο ενσυναίσθησης επηρεάζουν τη συχνότητα και την ένταση των συμπτωμάτων (Παππά, 2007 και Ιεροδιακόνου, 1997).

Οι επιπτώσεις του συνδρόμου αφορούν τον ίδιο τον εργαζόμενο αλλά και το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεται αν πρόκειται για επαγγελματίες υγείας. Το αίσθημα αποθάρρυνσης και αρνητικής διάθεσης για επίτευξη οποιουδήποτε στόχου μπορεί να οδηγήσει σε ψυχρότητα και έλλειψη ενδιαφέροντος και να επηρεάσει την προσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου (Ιεροδιακόνου, 1997).

Για τα νοσοκομεία οι επιπτώσεις αφορούν τη χαμηλή παραγωγικότητα, τις συχνές απουσίες και αναρρωτικές άδειες του προσωπικού και βέβαια τις οικονομικές επιπτώσεις.

Στις Η.Π.Α. το κόστος του εργασιακού άγχους υπολογίζεται σε 300.000 δολάρια από μακροχρόνια αναπηρία, αναρρωτικές άδειες και αποχώρηση από την εργασία (Leiter M., Maslach, 2005).

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του συνδρόμου από ατομικές παρεμβάσεις στο εργασιακό περιβάλλον, λειτουργία ομάδων εργασίας, εφαρμογή σεμιναρίων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων για διαχείριση άγχους.

Σε μια ανάλυση ανασκόπησης 13 μελετών με 33.062 συμμετέχοντες διαπιστώθηκε πως το άγχος, η κατάθλιψη και η αϋπνία ήταν αυξημένα κατά την περίοδο της Πανδημίας. Το άγχος επηρεάζει σοβαρά το 25% των υγειονομικών, η κατάθλιψη το 24%, ενώ η διαταραχή του ύπνου περιγράφει το 38%. Παράλληλα, στη μελέτη υπογραμμίζεται η ανάγκη ουσιαστικών παρεμβάσεων από τα Νοσοκομεία και την επίσημη Πολιτεία για τη διαχείριση αυτών των σύνθετων προβλημάτων (Pappa et al., 2020).

Στη μελέτη που δημοσιεύθηκε τον Φεβρουάριο του 2021 και αποτελεί πολύ κεντρική μελέτη από 6 Ελληνικά Νοσοκομεία «αναφοράς» στον κορονοϊό, μελετήθηκαν οι ψυχολογικές και κοινωνικό-συναισθηματικές επιπτώσεις της Πανδημίας σε 464 υγειονομικούς της «πρώτης γραμμής» (Pappa et al., 2021).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ανησυχητικά υψηλή με 65% των υγειονομικών να δηλώνει συναισθηματική εξάντληση και 92% να παρουσιάζει συμπτώματα

αποπροσωποποίησης. Ένας στους δύο υγειονομικούς δηλώνει χαμηλό επίπεδο αυτό-εκτίμησης και ικανοποίησης επαγγελματικών στόχων (Pappa et al., 2021).

Είναι γνωστό πως από τον Μάρτιο του 2020 που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει ως Πανδημία την έκταση και ένταση της μόλυνσης από Covid-19, πολλές μελέτες επεσήμαναν τον κίνδυνο ψυχοσωματικών συνεπειών σε ευάλωτες ομάδες όπως οι υγειονομικοί της «πρώτης γραμμής» (Holmes et al., 2020).

Αρκετές ανασκοπικές μελέτες επιβεβαίωσαν πως ο φόβος, το άγχος, η κατάθλιψη, η αϋπνία και η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζουν σημαντικά την απόδοση και αποτελεσματικότητα των υγειονομικών (Luo et al., 2020, Pappa et al., 2020, Deng et al., 2020).

Στο πρόσφατο παρελθόν υπήρξαν και άλλες επιδημίες όπως: SARS το 2003, ο H/Y, ο H1N1. Οι περισσότερες από αυτές αφορούσαν ειδικούς υποπληθυσμούς στη χώρα μας που δεν εξαπλώθηκαν μαζικά και σε κάθε περίπτωση δεν παρουσίασαν την ένταση και την έκταση της Πανδημίας Covid-19 (Bonovas S., Nikolopoulos G., 2012, Athanasiou et al., 2010, Goulia et al., 2010).

Σε μια μελέτη (Preti et al., 2020) αναφέρονται ως παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης άγχους, κατάθλιψης και αϋπνίας, η ηλικία, το φύλο, η επαγγελματική κατάσταση, το κοινωνικό και οικονομικό status. Έτσι, οι γυναίκες, οι νοσηλευτές, οι νέο-εργαζόμενοι παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά άγχους, αϋπνίας και κατάθλιψης (Preti et al., 2020, Ozdin S., Ozdin S.B., 2020, Shevlin et al., 2020).

Σύμφωνα με αυτήν τη μελέτη, το 40% των υγειονομικών παρουσιάζει σοβαρές διαταραχές ύπνου και το 20% βιώνουν καταθλιπτικά σύνδρομα και υψηλά επίπεδα άγχους. Παράγοντες κινδύνου, σύμφωνα και με αυτήν τη μελέτη, είναι η ηλικία, το φύλο, ο φόβος της μόλυνσης, η εργασία της «πρώτης γραμμής», το ιστορικό επιβαρυνμένης ψυχικής σφαίρας και η έλλειψη υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος.

Από την 11^η Μαρτίου 2020 που η Πανδημία διαχέεται στις περισσότερες χώρες του πλανήτη, οι περισσότερες κυβερνήσεις αποφασίζουν μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης, ευρεία χρήση προστατευτικών μέσων και μέτρα σχολαστικής προσωπικής υγιεινής (Papoutsi et al., 2020).

Οι υγειονομικοί βρέθηκαν αντιμέτωποι με αυξανόμενες ανάγκες και πρωτόγνωρες συνθήκες απαιτήσεων που επέτειναν την ψυχολογική πίεση και τη σωματική εξάντληση. Άγχος, διαταραχές ύπνου και κατάθλιψη επηρέασαν την κριτική ικανότητα, μείωσαν την αποδοτικότητα και επιδείνωσαν την αποτελεσματικότητα (Medic et al., 2017).

Υπάρχει αμφίδρομη σχέση και αλληλεξάρτηση μεταξύ διαταραχών ύπνου και αϋπνίας, σωματικής και ψυχολογικής επιβάρυνσης με την αύξηση πιθανότητας μόλυνσης από Covid-19. Παρατηρείται τριπλάσια πιθανότητα μόλυνσης των υγειονομικών «πρώτης γραμμής» σε σχέση με τους υπόλοιπους υγειονομικούς (Kim et al., 2021).

Κατά την περίοδο της Πανδημίας, τέσσερις ανασκοπικές μελέτες υπολογίζουν σε 35%-45% το ποσοστό των υγειονομικών που περιγράφουν προβλήματα διαταραχών ύπνου και αϋπνίας (Kim et al., 2021).

Οι παράγοντες κινδύνου για διαταραχές ύπνου και ψυχοσωματική εξάντληση μπορούν να διακριθούν σε προσωπικούς, οργανωσιακούς και κοινωνικούς. Οι νεότερες ηλικίες, οι γυναίκες και οι νοσηλευτές παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά διαταραχών ύπνου (Sallis et al., 2008).

Νοσοκομειακοί παράγοντες, όπως η αλλαγή των όρων συνθηκών και του συνολικού ωραρίου εργασίας των εργαζομένων, η έλλειψη συνοχής της ομάδας και συντονισμού ενεργειών στα τμήματα και τις κλινικές Covid-19, οι ελλείψεις ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για την προστασία των εργαζομένων, επιτείνουν το άγχος και το στρες των εργαζομένων (Xiao et al., 2020).

Σε κοινωνικό επίπεδο, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου από φίλους, συγγενείς και οικογένεια και ο στιγματισμός από τον κοινωνικό περίγυρο επιδεινώνουν το αίσθημα απομόνωσης και πολλαπλασιάζουν τις διαταραχές του ύπνου (Moll SE., 2014, Preti et al., 2020).

Σημαντικές μελέτες καταδεικνύουν πως το άγχος και η καταθλιπτική συνδρομή συναντάται στους υγειονομικούς σε ποσοστά 25%-45%. Είναι επίσης εμφανές πως το ποσοστό αυτό είναι πολύ υψηλότερο από ότι στον γενικό πληθυσμό (Luo et al., 2020, Vindegaard N., Benvos ME., 2020).

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) αναγνωρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ως επαγγελματικό φαινόμενο και χαρακτηρίζεται από σωματική και συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και απόδοση (Lemaire J., Wallace J., 2017).

Παρατηρείται σε ποσοστά 30%-50% των υγειονομικών «πρώτης γραμμής» και αυξάνεται σε περιόδους επιδημιών, όπως φυσικά και στην πρόσφατη πανδημία (Imo U., 2017, Elhadi M. et al., 2020).

Σε μια μελέτη από το Η.Β. τον Απρίλιο 2021 αναφέρει επίσης υψηλά ποσοστά 52% συναισθηματικής εξάντλησης, 55,5% μειωμένης προσωπικής ικανοποίησης και 52% σοβαρών διαταραχών ύπνου. Στη συγκεκριμένη μελέτη παρατηρήθηκε αύξηση

των ποσοστών καπνίσματος, χρήση αλκοολούχων ποτών και υπερφαγία (Pappa et al., 2021).

3.5 Συνέπειες της Πανδημίας σε Νοσοκομεία και ΜΕΘ

Είναι βέβαιο πως η επιδημία Covid-19 εξελίχθηκε στην πιο σοβαρή Πανδημία του τελευταίου αιώνα με σοβαρές συνέπειες σε κοινωνικό, υγειονομικό, οικονομικό και πολιτικό επίπεδο.

Μέσα στους πρώτους μήνες του 2020 καταγράφηκαν περισσότερα από 20 εκατομμύρια μολύνσεις με περισσότερους από 800.000 θανάτους παγκοσμίως. (Yesudha et al, 2020).

Οι επιπτώσεις σε επίπεδο δημόσιας υγείας δεν περιορίζονται όμως μόνο στους ασθενείς με Covid-19 αλλά έχουν σημαντικό αντίκτυπο και για τις χρόνιες ασθένειες που δεν αντιμετωπίστηκαν ικανοποιητικά γιατί αναβλήθηκαν προγραμματισμένες επεμβάσεις ή διαγνωστικές πράξεις. Σύμφωνα με τους Y-Ling Chief et al., (2020) υπήρξε ανακατανομή χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων με μείωση των κονδυλίων για μη Covid ασθένειες.

Οι κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας είναι δραματικές. Σε ολόκληρη την Ευρώπη το Α.Ε.Π. μειώθηκε το δεύτερο τρίμηνο κατά 13,9% και επιδεινώθηκε η ανεργία, η φτώχεια και η μείωση του βιοτικού επιπέδου, παρά τις συντονισμένες δράσεις όλων των κρατών - μελών της Ε.Ε. και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (OECD/European Union, 2020).

Τους πρώτους μήνες της Πανδημίας παρουσιάστηκε σοβαρό πρόβλημα στις εφοδιαστικές αλυσίδες των Μονάδων Υγείας, κυρίως λόγω Κίνας, η οποία ελέγχει το 12% των εξαγωγών και στην οποία επιβλήθηκε υποχρεωτικά απαγόρευση κυκλοφορίας. Αυτό επιδείνωσε τις ελλείψεις σε αναγκαίο ιατρο-φαρμακευτικό εξοπλισμό με αποτέλεσμα μεγαλύτερη διασπορά του ιού και μεταξύ των υγειονομικών (Kaye et al., 2020).

Για την αντιμετώπιση του φαινομένου η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανέλαβε την πρωτοβουλία συγκέντρωσης πληροφοριών, παρακολούθηση των ελλείψεων σε κάθε κράτος ανέλαβε υποστηρικτικές πρωτοβουλίες για την αύξηση της βιομηχανικής παραγωγής και την κάλυψη των αναγκών. (Delamate, 2020).

3.5.1 Συστήματα υγείας - Νοσοκομεία - Μ.Ε.Θ. νοσηλείας - Νοσηρότητα - Θνητότητα στην εποχή Covid-19

Τα νοσοκομεία με την έναρξη της Πανδημίας τροποποίησαν την κανονική λειτουργία και προσαρμόστηκαν στις νέες συνθήκες με σκοπό να αντιμετωπιστεί με τον αποτελεσματικότερο τρόπο το σύνολο των συνεπειών της Πανδημίας. Πολλές κλινικές σταμάτησαν πλήρως τη λειτουργία τους και οι κλίνες διατέθηκαν για την εξυπηρέτηση Covid-19 περιστατικών. Αναπτύχθηκαν ανεξάρτητα τμήματα επειγόντων περιστατικών μόνο για Covid-19 ασθενείς, μεγάλο μέρος του υγειονομικού προσωπικού μετακινήθηκε στις κλινικές Covid και βέβαια με πολιτική απόφαση περιορίστηκε δραματικά η τακτική λειτουργία των νοσοκομείων. Οι παρεμβάσεις αυτές παρατηρήθηκαν τόσο σε ελληνικά όσο και σε νοσοκομεία άλλων χωρών (Lytras and Tsiotras, 2021).

Σε μια αναδρομική ανάλυση όλων των ασθενών με Covid-19 που έκαναν εισαγωγή στα Νοσοκομεία της Βραζιλίας, το διάστημα Φεβρουάριος - Αύγουστος του 2020, διαπιστώθηκε μεταξύ των 250.000 εισαγωγών Covid-ασθενών σε όλη τη χώρα, συνολική θνητότητα 38%, θνητότητα στις Μ.Ε.Θ. 59% και θνητότητα διασωληνωμένων εκτός Μ.Ε.Θ. 80%. Υπογραμμίστηκε η ανάγκη για πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας για ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση (Otarrio et al., 2021).

Σε μια μελέτη από τις Η.Π.Α. φαίνεται πως οι αγροτικές και ημιαστικές περιοχές αντιμετώπισαν μεγαλύτερα ποσοστά θνητότητας, περίπου 70%, σε σχέση με τις αστικές περιοχές όπου η θνητότητα άγγιξε το 53% (Karim and Chen, 2021).

Στην πρώτη φάση της πανδημίας θεωρήθηκε σχεδόν αυτονόητο πως οι αραιοκατοικημένες αγροτικές περιοχές λόγω της φυσικής αποστασιοποίησης και της χαμηλής πληθυσμιακής πυκνότητας θα αντιμετώπιζαν μειωμένη ένταση μολύνσεων από Covid-19 (Saleh and Roudbari, 2015, Paul R., et al., 2020).

Φάνηκε πως αυτοί οι προστατευτικοί μηχανισμοί ήταν παροδικοί παρ' όλο που σε πρώτη φάση δεν υπήρχε μεγάλη διασπορά της νόσου, σε μεταγενέστερα στάδια αυξήθηκε η θνητότητα πολύ, λόγω επιβαρυσμένου υγειονομικού προφίλ και πιο γηρασμένου πληθυσμού στις αγροτικές περιοχές σε συνδυασμό με την έλλειψη κατάλληλων υγειονομικών υποδομών (Peters D.J., 2020, Henning - Smuth, 2020).

Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, η φτώχεια, η ανεργία επιδεινώθηκαν και οδήγησαν σε περιθωριοποίηση και αποκλεισμό από βασικές υγειονομικές υπηρεσίες (Henning - Smuthetal., 2020, Peters D J., 2020).

Η συνεργασία και η συναίνεση των πολιτικών δυνάμεων, η συμμετοχή τοπικών επιστημονικών, κοινωνικών φορέων στον σχεδιασμό, η υλοποίηση και παρακολούθηση

στοχευμένων πολιτικών για την ανάσχεση της διασποράς του ιού και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας σε ανθρώπινο δυναμικό, Μ.Ε.Θ. και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό αποτελούν βασικές κατευθυντήριες οδηγίες και προϋποθέσεις αποτελεσματικής αντιμετώπισης της Πανδημίας (Lyu W., Wehby G.L., 2020).

Σε μια άλλη μελέτη σε 88 νοσοκομεία των Η.Π.Α. μελετήθηκε η επίδραση του αριθμού εισαγωγών στα νοσοκομεία και τις εντατικές, στη θνητότητα. Από τις 8.014 εισαγωγές Covid-ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, παρατηρήθηκε πως όταν οι απαιτήσεις σε κλίνες Μ.Ε.Θ. ξεπερνούσαν το 50% της δυναμικότητας, η θνητότητα αυξάνονταν σημαντικά και μπορούσε από 12% να φτάσει το 25% θνητότητα, σε περίπτωση που οι απαιτήσεις ξεπερνούσαν το 80% των διαθέσιμων κλινών Μ.Ε.Θ. Covid (Bravata et al., 2021).

Το Μάιο του 2020 ο Π.Ο.Υ. ανακοίνωσε 240.000 θανάτους από Covid-19 παγκοσμίως (Department of Social Care and Public Health England). Το 90% αφορούσε πληθυσμό άνω των 60 ετών. Οι άντρες αποτελούσαν το 60% του συνόλου των θανάτων και βέβαια ενοχοποιούνταν και συνυπάρχουσες παθήσεις όπως παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, αναπνευστικά και καρδιακά προβλήματα (Deng et al., 2020, Docherty, 2020, Halpin et al., 2020).

Μια μελέτη από τη Μ. Βρετανία επιβεβαιώνει σε ένα δείγμα 10.926 θανάτων Covid-19 ασθενών πως ασθενείς με ηλικία άνω των 80 ετών διατρέχουν 20 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με αυτούς μεταξύ 50-59 ετών. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι άνδρες και αυτοί που έχουν συνυπάρχουσες παθήσεις (Williamson et al., 2020).

Ο Λύτρας Θεόδωρος και ο Τσιόδρας Σωτήριος μελέτησαν τα στοιχεία όλων των διασωληνωμένων ασθενών στην Ελλάδα από τον Σεπτέμβριο του 2020 έως τον Μάιο του 2021. Σε ένα σύνολο 6.282 διασωληνωμένων ασθενών η θνητότητα αγγίζει το 63,5% (3.988 ασθενείς). Για τους ασθενείς που παρέμειναν διασωληνωμένοι εκτός Μ.Ε.Θ., η θνητότητα αυξάνεται στο 88,4%. Δεύτερη σημαντική διαπίστωση στη μελέτη παρατηρούσε πως όταν το σύνολο των διασωληνωμένων ασθενών πανελλαδικά ξεπερνά τους 400 ασθενείς αυξάνεται σημαντικά η θνητότητα και ακόμη περισσότερο όταν οι διασωληνωμένοι ασθενείς ξεπερνούν τους 800. Τρίτη σημαντική παρατήρηση είναι πως η θνητότητα επιδεινώνεται όσο απομακρυνόμαστε από την Αττική. Η θνητότητα στις Μ.Ε.Θ. της Αττικής ήταν 57%, στη Θεσσαλονίκη 66% και στα Περιφερειακά Νοσοκομεία 70% (Lytras, Tsiodras, 2021).

Οι συγγραφείς επισημαίνουν πως από το σύνολο των 3.988 θανάτων στις Μ.Ε.Θ. όλης της Χώρας, οι 1.535 θάνατοι θα μπορούσαν υπό προϋποθέσεις να αποφευχθούν αν είχαν διασφαλιστεί όλες οι αναγκαίες προϋποθέσεις και προωθούσε η Πολιτεία τις απαραίτητες πολιτικές ενίσχυσης, κυρίως των Περιφερειακών Νοσοκομείων, τόσο σε ανθρώπινο εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό και περισσότερες Μ.Ε.Θ. όσο στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων Π.Φ.Υ. για την καλύτερη ενημέρωση, επιδημιολογική επιτήρηση, ιχνηλάτηση και παρακολούθηση των ασθενών στην «κοινότητα» (Economou et al., 2017, Karim and Chen, 2021).

Σε μια τελευταία πιο ολοκληρωμένη μελέτη ο κ. Λύτρας επισημαίνει την επιδείνωση της θνητότητας των διασωληνωμένων ασθενών που αγγίζει το 75% σ' ένα σύνολο 14.011 ασθενών για μια περίοδο από τον Σεπτέμβριο του 2020 έως τον Απρίλιο του 2022. Υπογραμμίζει τη συσχέτιση αυτής της εικόνας με την επιδείνωση της λειτουργίας των Νοσοκομείων της χώρας, την έλλειψη μονάδων ΜΕΘ και τον μεγάλο όγκο διασωληνωμένων ασθενών στο σύνολο της χώρας. Επισημαίνει τέλος την ανάγκη ενίσχυσης των δημόσιων δομών υγείας με ανθρώπινο προσωπικό και την καλύτερη προετοιμασία και προσαρμοστικότητα για την αντιμετώπιση ανάλογων καταστάσεων (Lytras, 2022).

Σ' ένα νοσοκομείο της Ιταλίας με συνολική θνητότητα 24% για τους ασθενείς με Covid-19, ο αριθμός των ημερήσιων εισαγωγών ασθενών όταν ξεπερνούσε τους 10 ασθενείς και ο συνολικός αριθμός των ασθενών με Covid-19 ήταν πάνω από 50 ασθενείς στο νοσοκομείο επηρέαζε αρνητικά τη συνολική θνητότητα (Soria et al., 2021).

3.5.2 Συνέπειες στην Τακτική Λειτουργία

Από τις αρχές του 2020 πολλά νοσοκομεία άλλαξαν την τακτική τους λειτουργία και με αποφάσεις των αρμόδιων φορέων περιόρισαν τις χειρουργικές πράξεις, ανέστειλαν υγειονομικό προσωπικό, οργάνωσαν Covid-κλινικές διακόπτοντας τη λειτουργία ορισμένων κλινικών. Παράλληλα, συγκεκριμένα νοσοκομεία ορίστηκαν ως Νοσοκομεία «Αναφοράς» για Covid-19 ασθενείς.

Όλες αυτές οι επείγουσες προσαρμογές χωρίς τον κατάλληλο προστατευτικό εξοπλισμό άφησαν εκτεθειμένο και το υγειονομικό προσωπικό σε μολύνσεις από Covid-19. Έτσι σε μια πρώτη αναφορά του Π.Ο.Υ. από 52 χώρες, τον Απρίλιο του 2020 είχαν καταγραφεί 22.073 περιπτώσεις υγειονομικών που μολύνθηκαν από Covid-19 με ένα ποσοστό 10% επί του συνόλου (Papoutsis et al., 2020).

Ταυτόχρονα και στην ελληνική πραγματικότητα παρατηρήθηκε ανάλογη κατάσταση με περίπου 12.000 υγειονομικούς που μολύνθηκαν από την αρχή της πανδημίας σε ένα ποσοστό 15%-20% επί του συνόλου των υγειονομικών με 50 από αυτούς να διασωληνώνονται σε Μ.Ε.Θ. και τους 30 να χάνουν τη μάχη.

3.5.3 Συνέπειες στη λειτουργία Νοσοκομείου «Αναφοράς» στον κορονοϊό

Το Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και λειτουργεί στα πλαίσια της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας με έδρα τη Θεσσαλονίκη.

Στο Νοσοκομείο λειτουργούν 650 κλίνες ως συνολική δύναμη και 30 οργανωμένες κλινικές, τμήματα, μονάδες και εργαστήρια στα πλαίσια δύο παθολογικών τομέων, ενός χειρουργικού τομέα, ενός ψυχιατρικού και ενός εργαστηριακού. Στο Νοσοκομείο λειτουργούν τρεις (3) Μονάδες Εντατικής Θεραπείας με συνολική δύναμη 48 κλινών.

Από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού σύμφωνα με τον οργανισμό του Νοσοκομείου προβλέπονται 265 οργανικές θέσεις Ιατρών και 864 θέσεις Νοσηλευτικού προσωπικού. Από την έναρξη της Πανδημίας ήταν γνωστές οι ελλείψεις σε κρίσιμες εξειδικευμένες ειδικότητες υγειονομικού προσωπικού αφού το 30% των οργανικών θέσεων δεν είχε καλυφθεί και παρά τις προσλήψεις 27 μόνιμων και 40 επικουρικών Ιατρών καθώς επίσης 45 μόνιμων Νοσηλευτών και 209 επικουρικών και «ορισμένου χρόνου», το 2021 το Νοσοκομείο λειτούργησε με μειωμένο κατά 300 θέσεις υγειονομικό προσωπικό λόγω συνταξιοδοτήσεων, υποχρεωτικής «καραντίνας» και αναστολής της εργασίας 120 υπαλλήλων.

Από τον Μάρτιο του 2020 με αποφάσεις του γενικού γραμματέα υπηρεσιών Υγείας μειώθηκαν όλες οι χειρουργικές πράξεις και οι δραστηριότητες του Νοσοκομείου σε μια προσπάθεια απελευθέρωσης προσωπικού, πόρων και νοσηλευτικών χώρων, τα οποία διατέθηκαν αποκλειστικά για την αντιμετώπιση νοσηλείας και θεραπείας ασθενών με Covid-19.

Συνολικά 14 τμήματα και κλινικές του Νοσοκομείου αναδιαμόρφωσαν ή τροποποίησαν τη λειτουργία τους με κάποια να διακόπτουν (Β' Χειρουργική, Ψυχιατρική, Παθολογική, Πνευμονολογική) για τους περισσότερους μήνες της Πανδημίας, πλήρως την λειτουργία τους.

Περισσότεροι από 70 Ιατροί και 200 Νοσηλευτές μετακινήθηκαν σε Μ.Ε.Θ. κλινικές και επείγοντα Covid-19. Το μεγαλύτερο μέρος του Νοσηλευτικού προσωπικού

που μετακινήθηκε στην «πρώτη» γραμμή, παρέμεινε σε συνθήκες ψυχολογικής και σωματικής εξάντλησης χωρίς δυνατότητα «ρεπό» και κανονικών αδειών με άμεση επίπτωση στην απόδοση και στην αποτελεσματική λειτουργία των τμημάτων του Νοσοκομείου.

Σε αυτές τις πρωτόγνωρες συνθήκες και με όλες αυτές τις «ριζικές» αλλαγές στην τακτική λειτουργία ήταν αναπόφευκτη η ουσιαστική συρρίκνωση της τακτικής λειτουργίας. Συγκεκριμένα από τα επίσημα στοιχεία του Νοσοκομείου προκύπτει πως ενώ το 2018 στο Νοσοκομείο εξετάστηκαν συνολικά 124.483 ασθενείς στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία με μείωση της τάξης του 30% περίπου. Επίσης το σύνολο των χειρουργείων του Νοσοκομείου κατά το έτος 2018 ήταν 10.140 χειρουργικές πράξεις ενώ το 2020 ήταν 6.447 και το 2021 6.428, με μείωση που αγγίζει το 40% περίπου.

Ταυτόχρονα σε απλές κλίνες Covid-19 νοσηλεύτηκαν κατά το έτος 2020, 1.280 ασθενείς με θνητότητα 14% (179) ασθενείς, ενώ το 2021 νοσηλεύτηκαν 2.672 ασθενείς με θνητότητα 14% (388 ασθενείς).

Κατά το 2020 νοσηλεύτηκαν στις Μ.Ε.Θ. 229 ασθενείς με θνητότητα στις Μ.Ε.Θ. 229 ασθενείς με θνητότητα 35%, ενώ το 2021 στις Μ.Ε.Θ. νοσηλεύτηκαν 456 ασθενείς με θνητότητα 55% (259 ασθενείς) (Στατιστική Υπηρεσία, Νοσοκομείο "Παπανικολάου", 2021).

Όσον αφορά τις Μ.Ε.Θ. το μεγαλύτερο διάστημα των δύο (2) χρόνων Πανδημίας και για τα πέντε (5) πανδημικά κύματα εντάχθηκαν με τις περισσότερες από τις κλίνες κατά περιόδους, στην «πρώτη γραμμή» αντιμετώπισης των μολύνσεων από Covid-19.

Σημαντικές παρατηρήσεις

- α) Στο Νοσοκομείο νοσηλεύτηκαν το 2020 και 2021 περίπου 4.000 ασθενείς από τους οποίους οι 685 χρειάστηκε να διασωληνωθούν. Το 2021 το νοσοκομείο «σήκωσε» διπλάσιο «φορτίο» τόσο σε απλές κλίνες, όσο και σε κλίνες Μ.Ε.Θ. Η θνητότητα παρέμεινε στο 14% για τις απλές κλίνες, αυξήθηκε όμως πάρα πολύ η θνητότητα στις Μ.Ε.Θ. (από 35% σε 55%).
- β) Περισσότεροι από το 10% των διασωληνωμένων ασθενών παρέμειναν εκτός Μ.Ε.Θ. για 1-4 ημέρες. Αυτό συνέβη κατά κύριο λόγο τον Οκτώβριο - Δεκέμβριο του 2021 και συνεχίζεται και στις αρχές του 2022 αφού το σύνολο των 48 κλινών Μ.Ε.Θ. ήταν κατειλημμένες με ασθενείς Covid-19. Σε αυτή την ομάδα ασθενών η θνητότητα είναι επιδεινωμένη με καταγεγραμμένη έως σήμερα θνητότητα περίπου 60% αλλά και με το 30% των ασθενών να παραμένουν ακόμη διασωληνωμένοι.

γ) Κατά τα έτη 2020 και 2021 καταγράφηκαν 907 θάνατοι ασθενών με Covid-19 από τους οποίους οι 567 παρατηρήθηκαν σε απλές κλίνες Covid και οι 340 στις Μ.Ε.Θ., κάτι που σημαίνει πως περίπου το 60% των θανάτων παρατηρείται εκτός Μ.Ε.Θ., γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη διερεύνησης των αιτιών και ουσιαστικές παρεμβάσεις σε προ-νοσοκομειακό και νοσοκομειακό επίπεδο από μέρους των επίσημων φορέων της Πολιτείας για βελτίωση της αποτελεσματικότητας στη διαχείριση των ασθενών με Covid-19.

Σύμφωνα με την επίσημη άποψη του Διοικητή του Νοσοκομείου ή επιδείνωση της θνητότητας στις Μ.Ε.Θ. οφείλεται κατά κύριο λόγο στο στέλεχος Delta, το οποίο είναι πιο μολυσματικό και προκαλεί πιο βαριά νόσο, αυξάνοντας τις εισαγωγές στα Νοσοκομεία και προκαλώντας περισσότερους θανάτους. Επίσης ευθύνεται η χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη, η μεγάλη ηλικία των νοσηλευομένων και οι συνυπάρχουσες παθήσεις.

Θα πρέπει να προστεθούν σ' όλα αυτά η έλλειψη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, η υποστελέχωση με εξειδικευμένο προσωπικό των τμημάτων πρώτης γραμμής, η επαγγελματική ψυχοσωματική εξάντληση των υγειονομικών που έχει άμεση επίπτωση σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της άσκησης των καθηκόντων τους.

Ταυτόχρονα η έλλειψη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η ανυπαρξία οικογενειακού γιατρού, η λανθασμένη επιδημιολογική επιτήρηση και ιχνηλάτηση κρουσμάτων συνετέλεσαν σε πολλές περιπτώσεις στην ανεξέλεγκτη αύξηση των κρουσμάτων με άμεσο αποτέλεσμα τη μεγάλη πίεση στα Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης. Θα πρέπει να επισημάνουμε πως στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας καταγράφονται οι περισσότεροι θάνατοι ασθενών με Covid-19 (7.167 ασθενείς) με τη Θεσσαλονίκη να καταγράφει περίπου 3.500 θανάτους από την αρχή της Πανδημίας, μία από τις αρνητικότερες αναλογίες ανά εκατομμύριο πληθυσμού.

3.6 Ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας

Η εργασία αποσκοπεί στη διερεύνηση των παρακάτω ερωτημάτων σε σχέση και συνάρτηση με τη διεθνή βιβλιογραφία και την εμπειρική έρευνα.

- Το πρώτο ερώτημα αφορά τη διερεύνηση του βαθμού σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξουθένωσης του υγειονομικού προσωπικού ως συνέπεια της πανδημίας covid-19.

- Το δεύτερο ερώτημα διερευνά πιθανή συσχέτιση της ηλικίας, του φύλου, της εμπειρίας, της εξειδίκευσης και της οικογενειακής κατάστασης στην επήρεια ιατρονοσηλευτικών λαθών και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.
- Το τρίτο ερώτημα σχετίζεται με την εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας και ο ρόλος των διοικητικών στελεχών στην υλοποίηση τους. Ποια η άποψη των υγειονομικών;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Εργαλείο μελέτης

Για τη διεξαγωγή της έρευνας και των απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελεί είδος ποσοτικής έρευνας. Η ποσοτική έρευνα αποτελεί αντικειμενική μέθοδο διασφάλισης των στατιστικών αναλύσεων και απόδοσης διαφάνειας των συμπερασμάτων, αποτρέποντας τη διαφορετική ερμηνεία (Creswell and Poth, 2016), αφού εξασφαλίζει την αποστασιοποίηση του ερευνητή από το αντικείμενο της έρευνας. Η χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου είναι κατάλληλη και διασφαλίζει τη διεξαγωγή της ποσοτικής έρευνας καθιστώντας την επιτυχημένη και ασφαλή σε μεγάλο δείγμα πληθυσμού (Κυριαζή, 2009). Επιπλέον με την ποσοτική έρευνα διασφαλίζεται η συλλογή των δεδομένων, η ανάλυσή τους και η διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων που συσχετίζονται με τη θεωρία των ερωτημάτων (Babbie et al., 2018).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα αποτελείται από τη σύνθεση και σύνδεση ερωτημάτων από τα ερωτηματολόγια MBI (Maslach Burnout Inventory), το ERI (Effort Reward Imbalance) και ερωτήσεις που αφορούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, προσαρμοσμένες και δομημένες σε έρευνα που προηγήθηκε από τους El Jardali (2008) και Γραμμένου (2019).

Το ερωτηματολόγιο στη δομημένη του μορφή αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου που έχουν διαμορφωθεί προς την εξυπηρέτηση των ερωτημάτων της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 4 ενότητες με σκοπό τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων και των προτάσεων της έρευνας.

Στο πρώτο μέρος απαντώνται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, το καθεστώς εργασίας, το είδος απασχόλησης και τα έτη προϋπηρεσίας.

Στο δεύτερο μέρος χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MBI (Maslach Burnout Inventory), που μελετά τη συναισθηματική εξουθένωση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Το ερωτηματολόγιο θεωρείται αξιόπιστο και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Η μετάφρασή του στα ελληνικά το καθιστά δομικά έγκυρο, εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο μελέτης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1992). Έγινε επιλογή επτά ερωτήσεων κλειστού τύπου από το ερωτηματολόγιο της MBI (Maslach Burnout Inventory) με κριτήριο τη διασφάλιση των απαντήσεων στα ερωτήματα της έρευνας. Οι απαντήσεις δίνονται σε τέσσερις βαθμίδες κλίμακας τύπου Likert και κυμαίνονται από το 1 που αντιστοιχεί στο «πάντα», το 2 που αντιστοιχεί στο «συχνά», το 3 που αντιστοιχεί στο «κάποιες φορές» και το 4 που αντιστοιχεί στο «ποτέ». Το Maslach Burnout Inventory (MBI) ερωτηματολόγιο είναι ευρέως γνωστό και χρησιμοποιείται κυρίως για να μελετήσει ερωτήματα που αφορούν στον τομέα των υπηρεσιών υγείας αλλά θεωρείται ότι εμβαθύνει περισσότερο στον τομέα της συναισθηματικής εξουθένωσης (Ναούμ, 2019).

Στο τρίτο μέρος χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Reward Imbalance Questionnaire (ERI), που μεταφρασμένο αποτελεί το ερωτηματολόγιο «ανισορροπία προσπάθειας ανταμοιβής - ERI» (Misaouel et al, 2012). Το Reward Imbalance Questionnaire δημιουργήθηκε και χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο έρευνας από τον Siegrist J. (1996) και αποδόθηκε μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα από τους Misaouel και τους συνεργάτες του. (Misaouel et al., 2012). Πρόκειται για τη συσχέτιση των επιπτώσεων στην υγεία και την κοινωνικο-οικονομική ευημερία από τον εργασιακό χώρο σε σχέση με την προσπάθεια του εργαζόμενου και της ανταμοιβής του (Siegrist et al., 2004).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις διαστάσεις: Η πρώτη διάσταση είναι η προσπάθεια του εργαζόμενου να ανταποκριθεί στις εργασιακές απαιτήσεις. Η δεύτερη διάσταση είναι της ανταμοιβής και η τελευταία αφορά τη διάσταση της υπερβολικής δέσμευσης. Περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις κλειστού τύπου 4/βάθμιας κλίμακας Likert: «Διαφωνώ απόλυτα» που αντιστοιχεί στην ερ. 1, «Διαφωνώ» στην ερ. 2, «Συμφωνώ» στην ερ. 3 και «Συμφωνώ απόλυτα» στην ερ. 4 (Misaouel et al., 2012).

Στην παρούσα μελέτη έγινε επιλογή καθώς και τροποποίηση των ερωτήσεων κλειστού τύπου που χρησιμοποιήθηκαν όπως και σε προηγούμενη εργασία (Δούκα, 2019) από το Reward Imbalance Questionnaire (ERI) για την εξασφάλιση των απαντήσεων του ερευνητικού πεδίου της μελέτης. Οι απαντήσεις δίνονται βάσει 4/βάθμιας

κλίμακας Likert, όπου το 1 αντιστοιχεί στο «Πάντα», το 2 αντιστοιχεί στο «Συχνά», το 3 αντιστοιχεί στο «Κάποιες φορές» και το 4 στο «Ποτέ».

Στο τέταρτο μέρος της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν 17 ερωτήσεις που αφορούσαν τη διασφάλιση της ποιότητας των συστημάτων υπηρεσιών υγείας. Οι ερωτήσεις επιλέχθηκαν και μεταφράστηκαν από την έγκυρη έρευνα των El-Jardali et al (2008) που αφορούσε την παρεχόμενη φροντίδα υγείας σε μονάδες υγείας, στο Λίβανο. Οι ερωτήσεις που επιλέχθηκαν, τροποποιήθηκαν προκειμένου να ανταποκρίνονται στο σκοπό της παρούσας έρευνας. Οι ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου και οι απαντήσεις δίνονται με βάση την κλίμακα Likert όπου το 1 αντιστοιχεί στο «Συμφωνώ απόλυτα», το 2 αντιστοιχεί στο «Συμφωνώ», το 3 αντιστοιχεί στο «Ουδέτερος-η», το 4 αντιστοιχεί στο «Διαφωνώ» και το 5 στο «Διαφωνώ απόλυτα».

4.2 Πεδίο έρευνας, εργαλεία ανάλυσης

Για τη διενέργεια της μελέτης πραγματοποιήθηκε ποσοτική πρωτογενής έρευνα σε επαγγελματίες υγείας, όλων των βαθμίδων, σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) τεσσάρων (4) Δημόσιων Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης. Τα νοσοκομεία που μετείχαν στην έρευνα είναι το «Γ.Π.Ν. Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», το «Γ.Π.Ν. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», ο «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» και ο «ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ».

Για τη διεξαγωγή της έρευνας υπήρξε ενημέρωση είτε γραπτή είτε προφορική στους αρμόδιους διευθυντές των ανάλογων τμημάτων (καθώς και επίσημη έγκριση της Διοίκησης του νοσοκομείου). Η έρευνα διεξήχθη σε χρονικό διάστημα τεσσάρων (4) μηνών από τον Ιούλιο του 2021 έως και τον Οκτώβριο του 2021.

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 136 επαγγελματίες υγείας. Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε σε έντυπη μορφή με προσωπική επαφή, προκειμένου να διασφαλιστεί η συμπλήρωσή του από την ομάδα έρευνας που μελετά η παρούσα εργασία και εν προκειμένω τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Διατηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η τήρηση μέτρων προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, καθώς και η ελεύθερη βούληση για συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Έγινε κωδικοποίηση των μεταβλητών σε ομάδες. Οι ομάδες καταγραφής ορίστηκαν με βάση το φύλο, τις ηλικιακές ομάδες, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή κατάσταση, το εργασιακό καθεστώς, τα έτη προϋπηρεσίας και τα γενικά χαρακτηριστικά. Η κωδικοποίηση των μεταβλητών έγινε για τη διευκόλυνση της ανάγνωσης και μελέτης των αποτελεσμάτων.

Η εργασία αποτελούνταν αποκλειστικά από ποιοτικές μεταβλητές οι οποίες παρουσιάζονται ως απόλυτος αριθμός καταγραφών προς συνολικό αριθμό καταγραφών και εκατοστιαίο ποσοστό.

Ως τιμές κεντρικής τάσης δίνονται (διάμεσος (median), 1^ο (Q1) και 3^ο τεταρτημόριο (Q3), διατεταρτημοριακή απόκλιση (IQR). Μολονότι τα δεδομένα δεν είναι δυνατό να ακολουθούν την κανονική κατανομή λόγω καταγραφής κλίμακας, για να διευκολυνθεί σύγκριση με μελλοντικά αποτελέσματα, δίνεται επίσης μέσος όρος (mean) και διάμεσος (SD).

Για την ανεύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των διαφόρων ομάδων καταγραφής (φύλο, ηλικιακές ομάδες, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, καθεστώς εργασίας και έτη προϋπηρεσίας) και των διαφορετικών ερωτήσεων των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία χ^2 (chi square), η οποία θεωρείται κατάλληλη για τις ποιοτικές μεταβλητές της παρούσας μελέτης.

Στατιστικά σημαντική θεωρούνταν μια σχέση όταν είχε δείκτη στατιστικής ανάλυση $p < 0,05$. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS (Statistical Package for Social Sciences), έκδοση 20^η της εταιρίας IBM (International Business Machines Corporation SPSS Inc.).

4.3 Αξιοπιστία Cronbach alpha των μεταβλητών

Παρακάτω θα αναλύσουμε την αξιοπιστία των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν. Η αξιοπιστία τους μετρήθηκε με τη χρήση του δείκτη Cronbach α .

Στα μέρη Β και Γ ο συντελεστής αξιοπιστίας είναι $\alpha = 0,502$ ο οποίος δεν θεωρείται ικανοποιητικός.

Όσον αφορά το μέρος "Δ" που αποτελείται από 17 ερωτήσεις, ο συντελεστής αξιοπιστίας ήταν $\alpha = 0,892$, ο οποίος είναι ένας πολύ καλός συντελεστής για μία κλίμακα που αποτελείται από περισσότερες από 10 ερωτήσεις.

Τέλος, δεδομένου ότι οι τρεις (3) κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν είχαν παρόμοια πεδία ερωτήσεων (ψυχολογική επιβάρυνση και ποιότητα παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών) στον ίδιο πληθυσμό νοσηλευτών, αναφέρουμε ότι η συνολική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων των 38 συνολικά ερωτήσεων ήταν $\alpha = 0,759$, που είναι μία ικανοποιητική συνολικά αξιοπιστία.

Πίνακας αξιοπιστίας μεταβλητών

Ενότητα	Αριθμός ερωτήσεων	Cronbacha
Β.Γ	21	0,502
Δ	17	0,892
Σύνολο	38	0,759

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ευρήματα της μελέτης αναφορικά με το δείγμα 136 επαγγελματιών υγείας σε Μ.Ε.Θ. τεσσάρων Δημόσιων Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης.

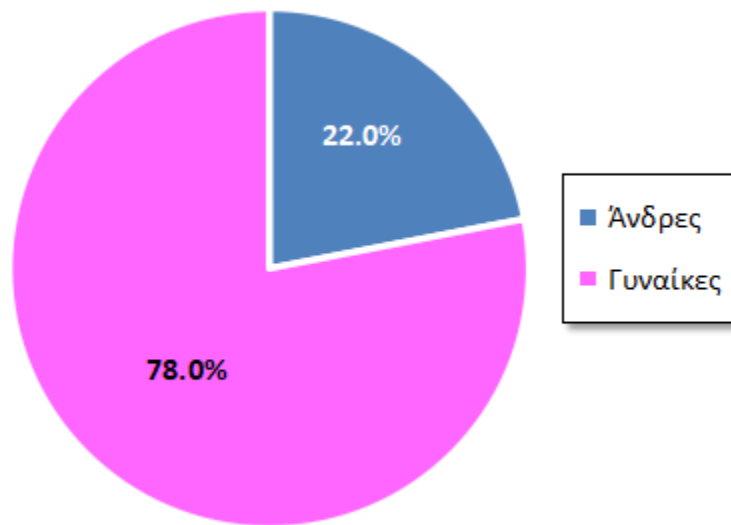
5.1 Δημογραφικά - Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Βασικά χαρακτηριστικά

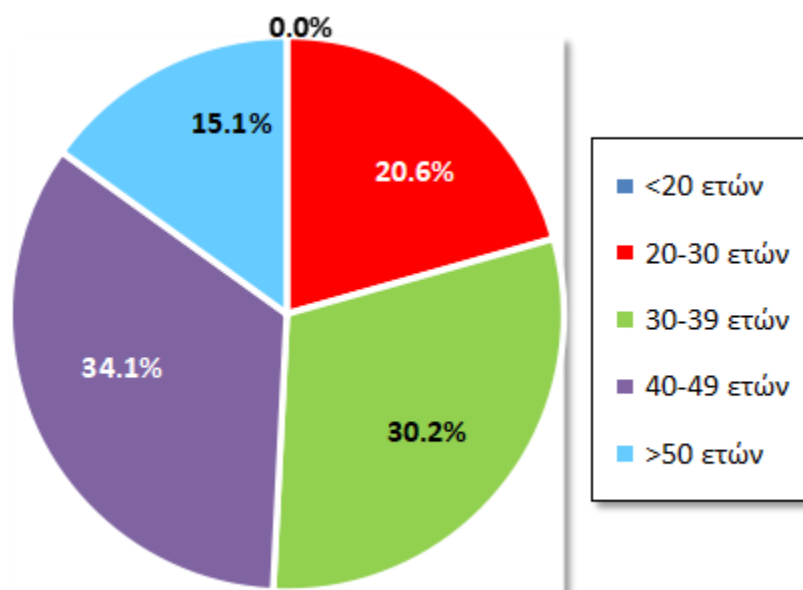
Φύλο	Άνδρες	27/123 (22.0%)
	Γυναίκες	96/123 (78.0%)
Ηλικία	<20	0/126 (0.0%)
	20-30	26/126 (20.6%)
	30-39	38/126 (30.2%)
	40-49	43/126 (34.1%)
	>50	19/126 (15.1%)
Εκπαίδευση	Δημοτικό	0/126 (0.0%)
	Γυμνάσιο	1/126 (0.8%)
	Λύκειο	17/126 (13.5%)
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	66/126 (52.4%)
	ΙΕΚ/Παστέρ	16/126 (12.7%)
	Μεταπτυχιακό	22/126 (17.5%)
Οικογενειακή κατάσταση	Διαδωκτορικό	4/126 (3.2%)
	Άγαμος	48/126 (38.1%)
	Έγγαμος χωρίς παιδιά	9/126 (7.1%)
	Έγγαμος με παιδιά	61/126 (48.4%)
	Διαζευγμένος	8/126 (6.3%)
	Χήρος	0/126 (0.0%)
Καθεστώς εργασίας	Άλλο	0/126 (0.0%)
	Αορίστου	42/111 (37.8%)
Είδος απασχόλησης	Ορισμένου	69/111 (62.2%)
	Μερική	1/117 (0.9%)
Έτη προϋπηρεσίας	Πλήρης	116/117 (91.1%)
	0-10	58/126 (46.0%)
	11-20	35/126 (27.8%)
	21-30	22/126 (17.5%)
	31-40	11/126 (8.7%)

- Το 78% των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες.
- Το 85% των εργαζομένων βρίσκονται στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 20 - 50 ετών.

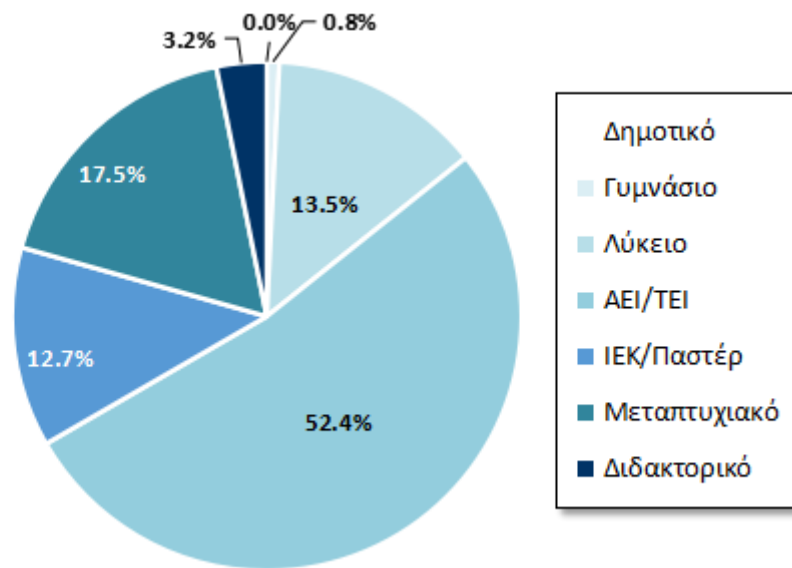
- Οι μισοί εργαζόμενοι έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ενώ ένα μικρό ποσοστό (17%) έχει εξειδικευτεί σε κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο.
- Ένας στους δύο περίπου εργαζόμενους έχει οικογένεια με παιδιά ενώ ταυτόχρονα το 38% των εργαζομένων είναι άγαμοι.
- Το 62% των υγειονομικών έχουν ορισμένου χρόνου εργασιακή επαγγελματική σχέση με το Νοσοκομείο ενώ ταυτόχρονα η απόλυτη πλειοψηφία βρίσκεται σε καθεστώς πλήρους απασχόλησης.
- Το 46% των εργαζομένων έχουν εργασιακή εμπειρία μικρότερη από 10 χρόνια.



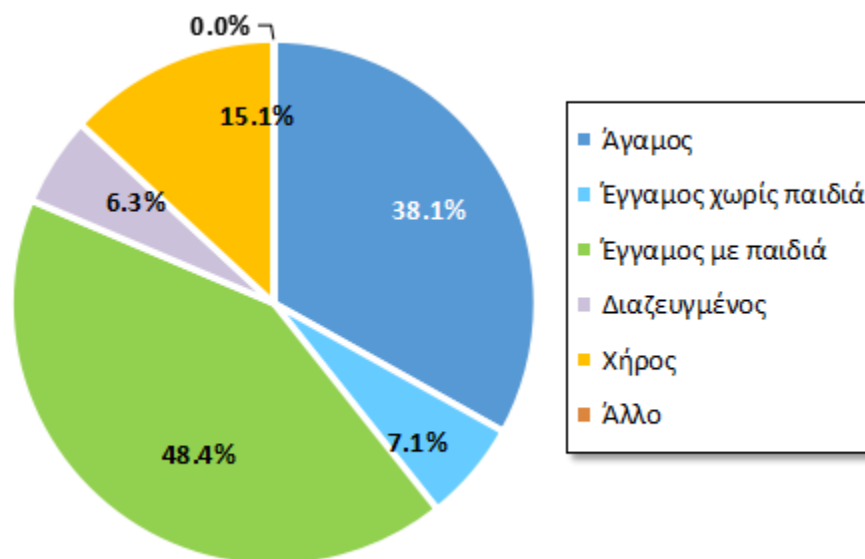
Σχ. 1. Κατανομή εργαζομένων κατά φύλο



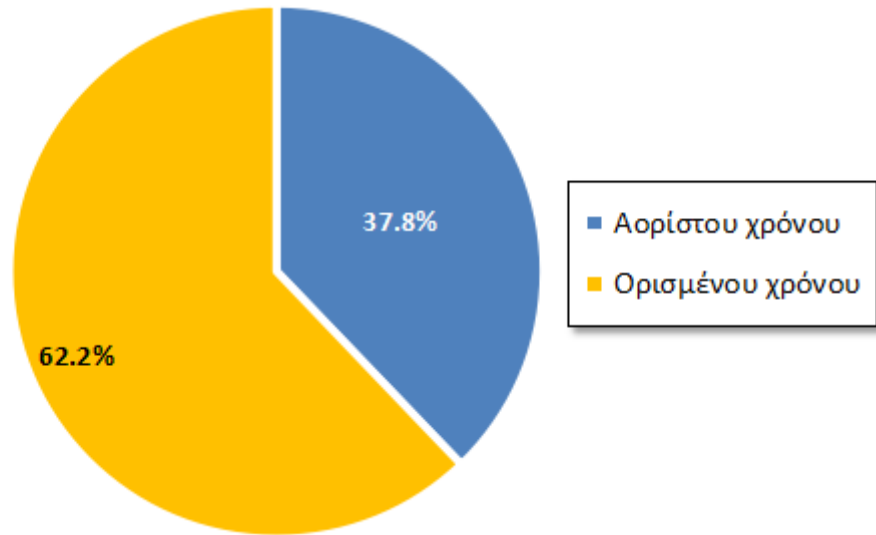
Σχ. 2. Κατανομή εργαζομένων κατά ηλικία



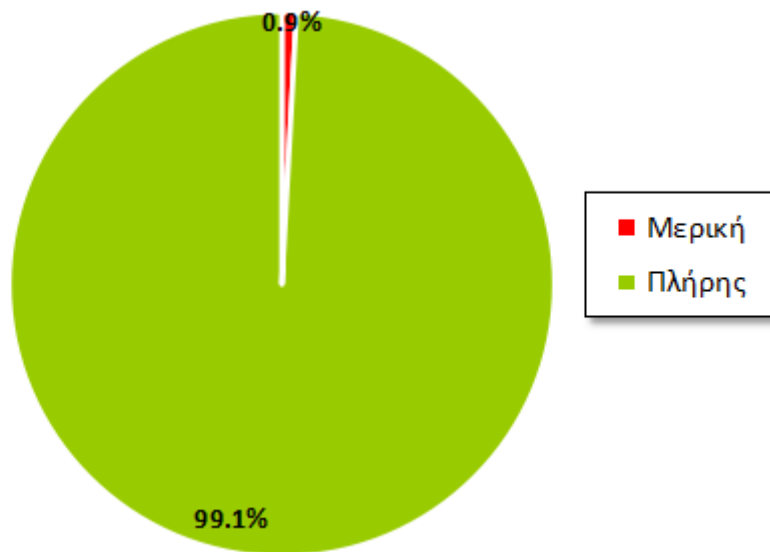
Σχ. 3. Κατανομή εργαζομένων ανάλογα με την εκπαίδευσή τους



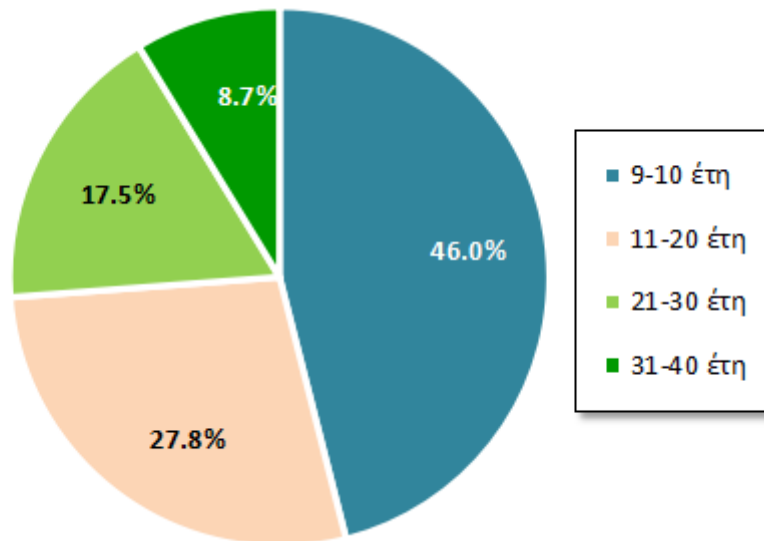
Σχ. 4. Κατανομή εργαζομένων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση



Σχ. 5. Κατανομή εργαζομένων ανάλογα με το καθεστώς εργασίας



Σχ. 6. Κατανομή εργαζομένων ανάλογα με το καθεστώς εργασίας



Σχ. 7. Κατανομή εργαζομένων ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας

5.2 Βασικές γενικές παρατηρήσεις

- Το 88% των ερωτηθέντων αισθάνεται ψυχικά εξαντλημένο από τη δουλειά του είτε μόνιμα είτε περιστασιακά.
- Το 47% νιώθει κάθε πρωί μόνιμα κούραση πριν πάει στη δουλειά ενώ το 48% έχει αυτό το συναίσθημα κάποιες φορές.
- Το 68% νιώθει άγχος για τη δουλειά του και τις απαιτήσεις που προκύπτουν στην καθημερινότητα.
- Το 50% νιώθει περιστασιακά αποπροσωποποίηση ενώ το 77% νιώθει λιγότερο ευαίσθητο από ότι όταν ξεκίνησε τη δουλειά του.
- Περισσότερο από το 80% θεωρεί πως έχει πολλές ευθύνες στη δουλειά του ενώ το 70% των νοσηλευτών θεωρεί μη επαρκή τον αριθμό νοσηλευτών.
- Το 47% των νοσηλευτών βιώνει να τον διακόπτουν από μία νοσηλευτική πράξη
- Το 1/3 αυτών των νοσηλευτών θεωρεί πως δεν αρκεί το ωράριό του για να ολοκληρώσει τη δουλειά του.
- Η συνεργασία με νοσηλευτές και Ιατρούς είναι ικανοποιητική, όπως αναφέρουν περισσότεροι από το 70% των ερωτηθέντων.
- Ένας στους δύο θεωρεί πως υπάρχουν ελλείψεις υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού.

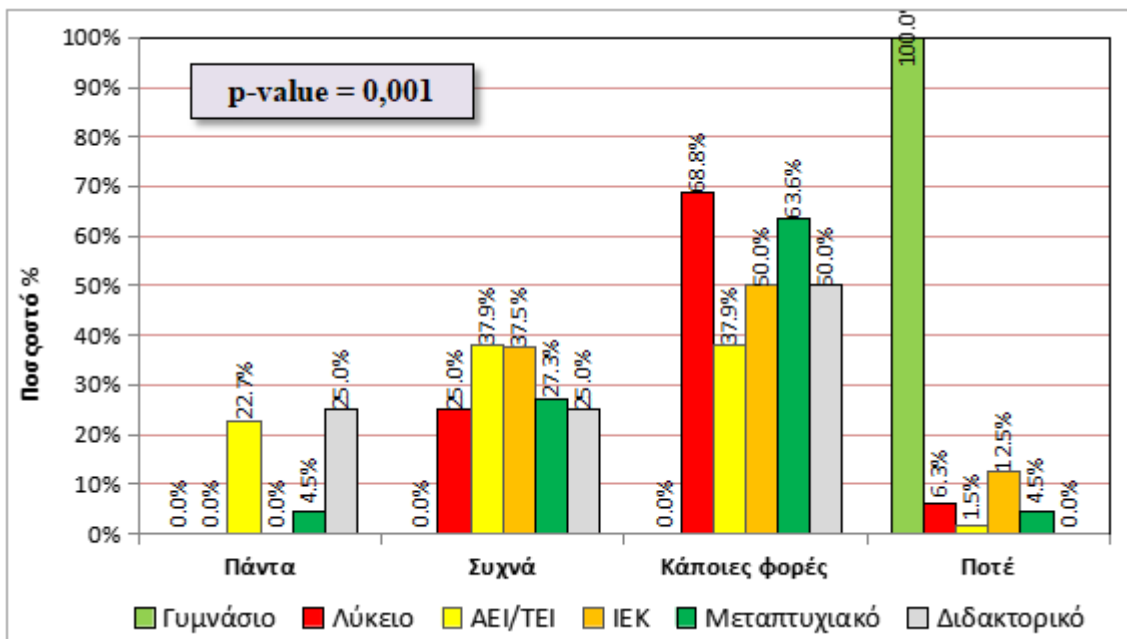
- Το κυκλικό ωράριο επηρεάζει την αποδοτικότητα στη δουλειά, όπως αναφέρει το 47% ενώ ένας στους δύο θεωρεί πως η έλλειψη ύπνου και ξεκούρασης αυξάνει τις πιθανότητες λαθών.
- Περισσότεροι από τους μισούς θεωρούν πως δεν σημειώθηκαν βελτιώσεις στην ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών κατά την περίοδο της πανδημίας, ούτε και βελτιώσεις σε χρηματοδοτικά εργαλεία και ανθρώπινους πόρους.
- Το 65% δεν βλέπει τη Διοίκηση του Νοσοκομείου ως βασικό κινητήριο μοχλό βελτιώσεων ούτε όμως και τα διευθυντικά στελέχη των κλινικών.
- Το 75% των ερωτηθέντων συμφωνεί με τον θετικό ρόλο των νοσηλευτών στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας.
- Παράλληλα ένας στους δύο πιστεύει πως δεν προωθείται η διεπιστημονική συνεργασία.
- Το 55% συμφωνεί με την ύπαρξη και λειτουργία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας ενώ οι περισσότεροι πιστεύουν πως η ύπαρξη συστημάτων ποιότητας διασφαλίζει αποδοτικότερη κατανομή πόρων (οικονομικών και ανθρώπινων) και ταυτόχρονα εγγυάται τη συνεργασία με τους υπόλοιπους εταίρους του υγειονομικού συστήματος. Συμπερασματικά διαπιστώνεται η ωφελιμότητα ύπαρξης συστημάτων διασφάλισης ποιότητας.

5.3 Αποτελέσματα - Στατιστικά σημαντικές παράμετροι

5.3.1 Ψυχοσυναισθηματική εξάντληση επαγγελματιών υγείας σε συσχέτιση με το επίπεδο εκπαίδευσης, την ηλικία και την οικογενειακή τους κατάσταση.

Επίπεδο Εκπαίδευσης

Επίπεδο εκπαίδευσης	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	ΙΕΚ	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	p- value
Πάντα	0/1 (0.0%)	0/16 (0.0%)	15/66 (22.7%)	0/16 (0.0%)	1/22 (4.5%)	1/4 (25.0%)	0,001
Συχνά	0/1 (0.0%)	4/16 (25.0%)	25/66 (37.9%)	6/16 (37.5%)	6/22 (27.3%)	1/4 (25.0%)	
Κάποιες φορές	0/1 (0.0%)	11/16 (68.8%)	25/66 (37.9%)	8/16 (50.0%)	14/22 (63.6%)	2/4 (50.0%)	
Ποτέ	1/1 (100.0%)	1/16 (6.3%)	1/66 (1.5%)	2/16 (12.5%)	1/22 (4.5%)	0/4 (0.0%)	



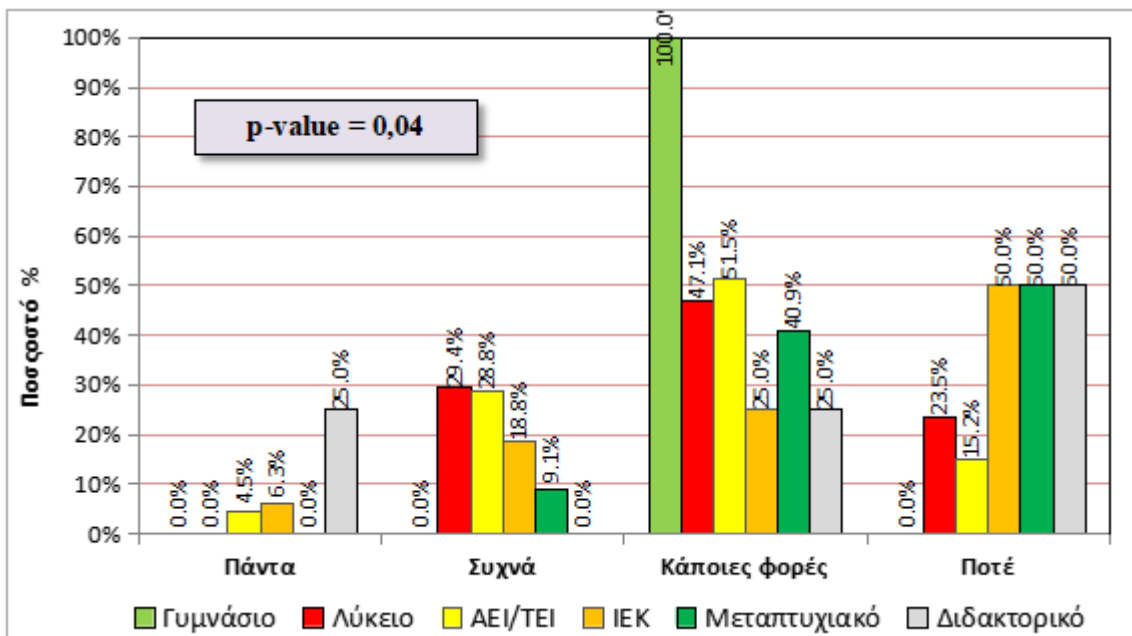
Σχ. 8. Νιώθω κούραση όταν ξυπνάω το πρωί και πρέπει να πάω στη δουλειά

- Οι υγειονομικοί με πανεπιστημιακή εκπαίδευση και διδακτορική διατριβή αναφέρουν με στατιστική σημαντικότητα, σε σχέση με τους νοσηλευτές με απολυτήριο Γυμνασίου και Λυκείου, εξάντληση σε καθημερινή βάση και κούραση κάθε πρωί πριν πάνε στη δουλειά τους. Ένας στους δύο με υψηλή εκπαίδευση αισθάνονται

κόπωση από την καθημερινή εργασιακή πραγματικότητα σε αντίθεση με εκείνους που διαθέτουν εκπαίδευση Γυμνασίου και Λυκείου, στους οποίους μόνο ένας στους τέσσερις αναφέρουν κάποιες φορές τα ίδια συμπτώματα.

Επίπεδο εκπαίδευσης	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	ΙΕΚ	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	p- value*
Πάντα	0/1 (0.0%)	0/17 (0.0%)	3/66 (4.5%)	1/16 (6.3%)	0/22 (0.0%)	1/4 (25.0%)	0,04
Συχνά	0/1 (0.0%)	5/17 (29.4%)	19/66 (28.8%)	3/16 (18.8%)	2/22 (9.1%)	0/4 (0.0%)	
Κάποιες φορές	1/1 (100.0%)	8/17 (47.1%)	34/66 (51.5%)	4/16 (25.0%)	9/22 (40.9%)	1/4 (25.0%)	
Ποτέ	0/1 (0.0%)	4/17 (23.5%)	10/66 (15.1%)	8/16 (50.0%)	11/22 (50.0%)	2/4 (50.0%)	

*Pearson's Chi Square



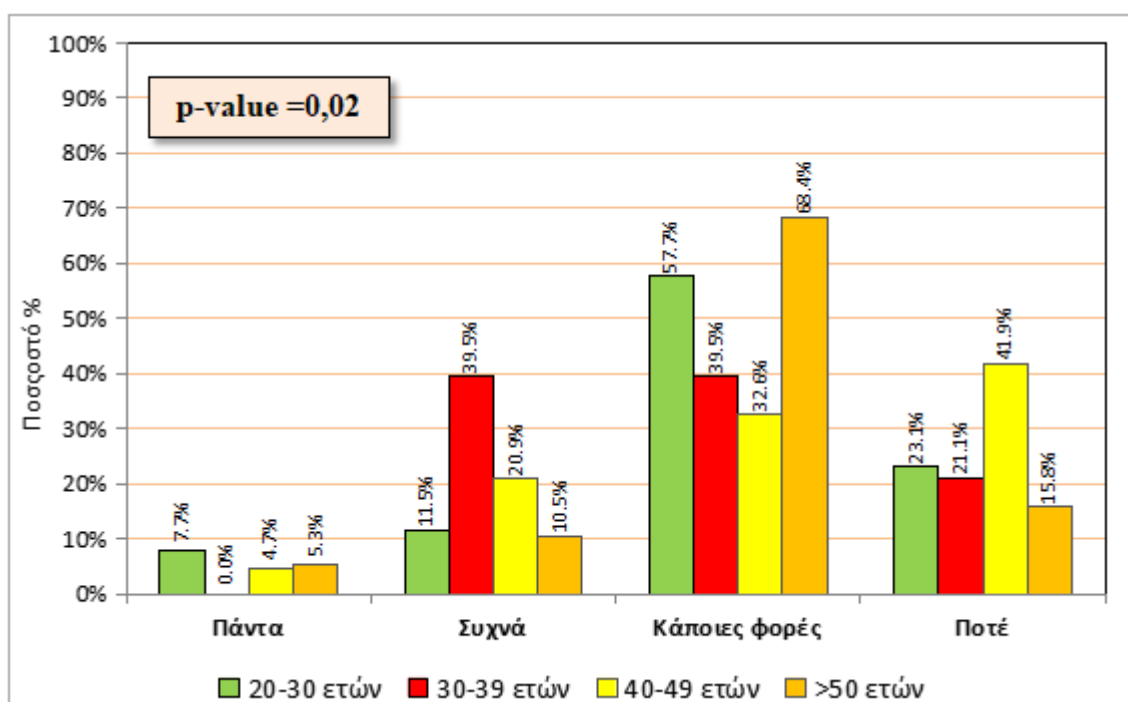
Σχ. 9. Όταν ξυπνάω το πρωί σκέφτομαι τη δουλειά και αγχώνομαι

- Ένας στους τρεις με πανεπιστημιακή εκπαίδευση (3) αναφέρει υψηλά επίπεδα άγχους που αφορούν στις συνθήκες και υποχρεώσεις της εργασίας τους όπως παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζουν και εκείνοι με απολυτήριο Λυκείου σε αντίθεση με αυτούς που έχουν μεταπτυχιακή εκπαίδευση και πιθανόν δεν επωμίζονται πολλές και σύνθετες αποστολές και καθήκοντα κατά την άσκηση των καθημερινών τους υποχρεώσεων.

Ηλικία Εργαζομένων

Ηλικία Εργαζομένων	20-30	30-39	40-49	>50	p-value*
Πάντα	2/26 (7.7%)	0/38 (0.0%)	2/43 (4.7%)	1/19 (5.3%)	0,02
Συχνά	3/26 (11.5%)	15/38 (39.5%)	9/43 (20.9%)	2/19 (10.5%)	
Κάποιες φορές	15/26 (57.7%)	15/38 (39.5%)	14/43 (32.6%)	13/19 (68.4%)	
Ποτέ	6/26 (23.1%)	8/38 (21.1%)	18/43 (41.9%)	3/19 (15.8%)	

*Pearson's Chi Square



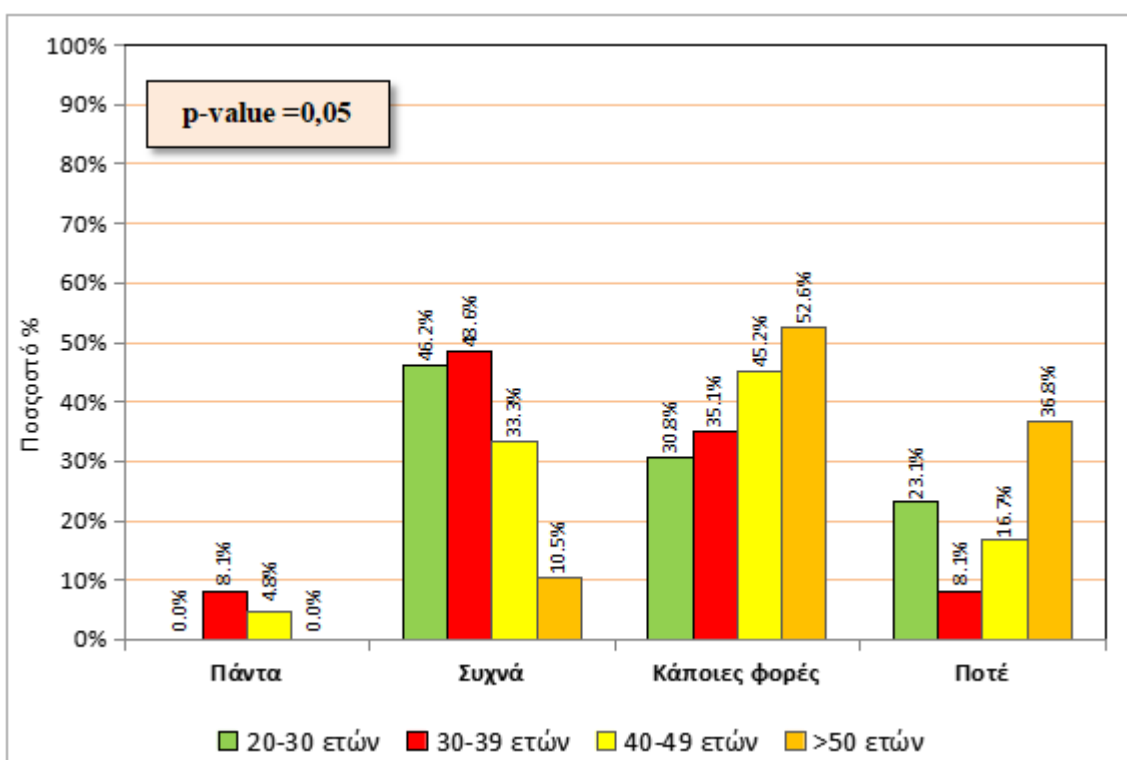
Σχ. 10. Όταν ξυπνάω το πρωί σκέφτομαι τη δουλειά και αγχώνομαι

- Οι περισσότερες ηλικιακές ομάδες αναφέρουν ψυχική εξάντληση στη δουλειά τους, κυρίως όμως η ηλικιακή κατηγορία 30 - 40, όπου ένας στους δύο διαπιστώνει πως οι συνθήκες εργασίας, οι εργασιακές σχέσεις και η συνθετότητα ρόλων και στόχων που υποχρεωτικά αναλαμβάνουν έχει άμεσο αντίκτυπο στις ψυχικές και σωματικές τους δυνάμεις. Νιώθουν άγχος για το αν μπορούν να ανταποκριθούν στις εργασιακές τους υποχρεώσεις, οι οποίες ενδεχομένως γι' αυτή την ηλικιακή κατηγορία είναι αναντίστοιχα πολλές και σύνθετες για να υλοποιηθούν ικανο-

ποιητικά στα πλαίσια του ωραρίου τους. Μάλιστα παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά από τις μικρότερες και μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες.

Ηλικία Εργαζομένων	20-30	30-39	40-49	>50	p-value*
Πάντα	0/26 (0.0%)	3/37 (8.1%)	2/42 (4.8%)	0/19 (0.0%)	0,05
Συχνά	12/26 (46.2%)	18/37 (48.7%)	14/42 (33.3%)	2/19 (10.5%)	
Κάποιες φορές	8/26 (30.8%)	13/37 (35.1%)	19/42 (45.2%)	10/19 (52.6%)	
Ποτέ	6/26 (23.1%)	3/37 (8.1%)	7/42 (16.7%)	7/19 (36.8%)	

*Pearson's Chi Square



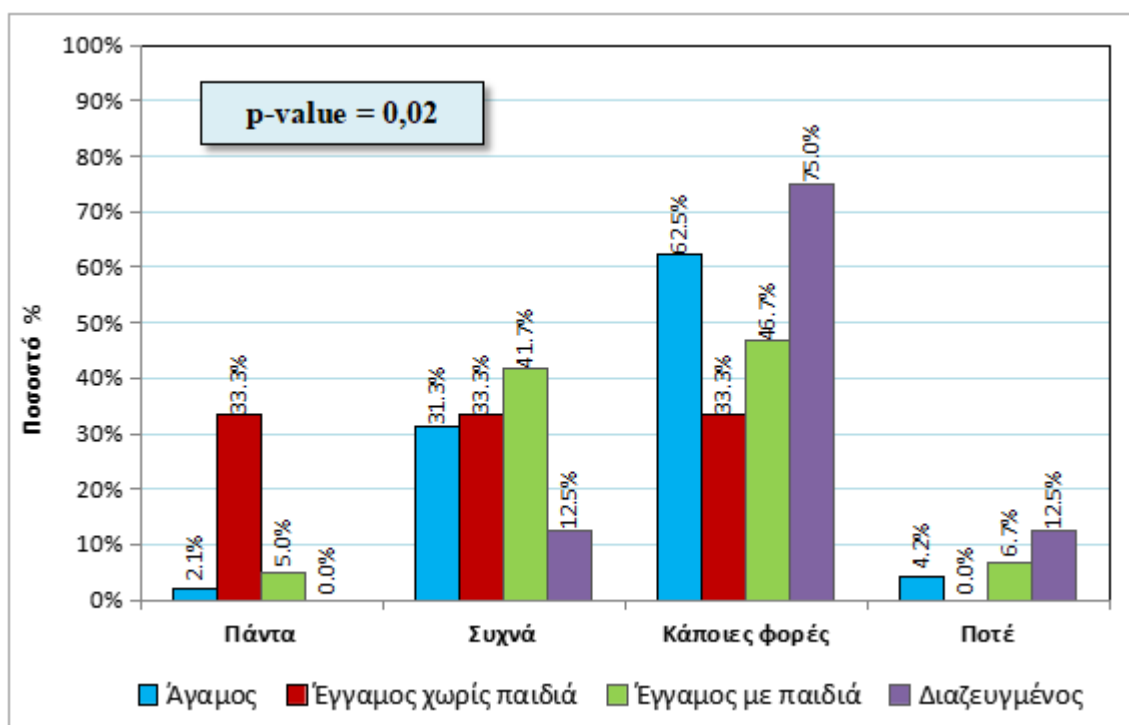
Σχ. 11. Πλέον νιώθω λιγότερο ευαίσθητος από όταν ξεκίνησα τη δουλειά

- Παρατηρείται μεγάλη διαφορά των νεότερων εργαζομένων συγκριτικά με τους μεγαλύτερους ηλικιακά εργαζόμενους για το κατά πόσο νιώθουν ευαίσθητοι με τα προβλήματα υγείας των ασθενών τους αλλά και τη διάθεση και αποφασιστικότητα να εμπλακούν με τα συναισθήματα αγωνίας, φόβου και θλίψης που προκαλούν σε ασθενείς και στους συγγενείς τους οι δυσμενείς εξελίξεις στην υγεία κάποιων από αυτούς.

Οικογενειακή κατάσταση εργαζομένων

Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	Έγγαμος χωρίς παιδιά	Έγγαμος με παιδιά	Διαζευγμένος	p-value*
Πάντα	1/48 (2.1%)	3/9 (33.3%)	3/60 (5.0%)	0/8 (0.0%)	0,02
Συχνά	15/48 (31.3%)	3/9 (33.3%)	25/60 (41.7%)	1/8 (12.5%)	
Κάποιες φορές	30/48 (62.5%)	3/9 (33.3%)	28/60 (46.7%)	6/8 (75.0%)	
Ποτέ	2/48 (4.2%)	0/9 (0.0%)	4/60 (6.7%)	1/8 (12.5%)	

*Pearson's Chi Square



Σχ. 12. Αισθάνομαι ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου

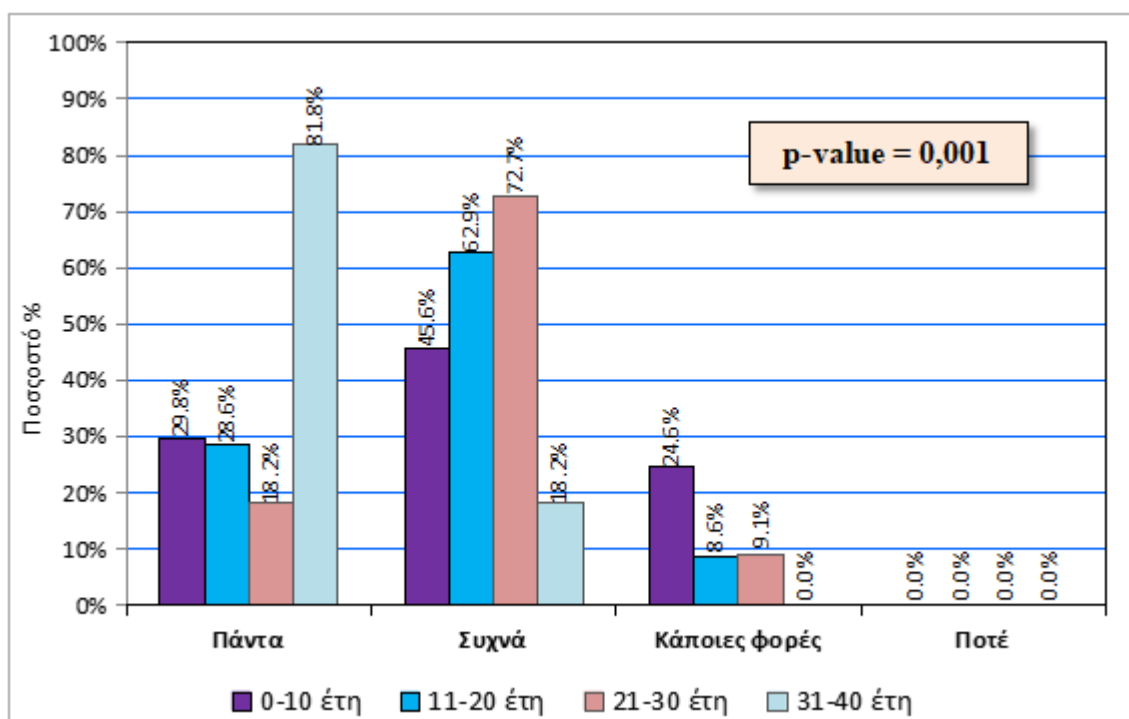
- Σε όλες τις κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης οι εργαζόμενοι πλειοψηφικά αναφέρουν ψυχική εξάντληση που τροφοδοτείται και ενισχύεται από τις συνθήκες δουλειάς τους. Μεγάλη διαφορά όμως παρατηρείται μεταξύ άγαμων και έγγαμων χωρίς παιδιά εργαζομένων. Το 33% των έγγαμων σε αντίθεση με το 2% των άγαμων βεβαιώνει μόνιμη κατάσταση ψυχικής εξάντλησης που προκαλείται από τις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος.

5.3.2 Παράγοντες εμφάνισης νοσηλευτικών λαθών, ποιότητα επαγγελματικής δραστηριότητας, διασφάλιση νοσηλευτικής φροντίδας σε συνάρτηση με την προϋπηρεσία, την εκπαίδευση, το εργασιακό καθεστώς, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας

Έτη Προϋπηρεσίας

Έτη Προϋπηρεσίας	0-10	11-20	21-30	31-40	p (value)*
Πάντα	17/57(29.8%)	10/35 (28.6%)	4/22 (18.2%)	9/11 (81.8%)	0,001
Συχνά	26/57 (45.6%)	22/35 (62.9%)	16/22 (72.7%)	2/11 (18.2%)	
Κάποιες φορές	14/57 (24.6%)	3/35 (8.6%)	2/22 (9.1%)	0/11 (0.0%)	
Ποτέ	0/57 (0.0%)	0/35 (0.0%)	0/22 (0.0%)	0/11 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square



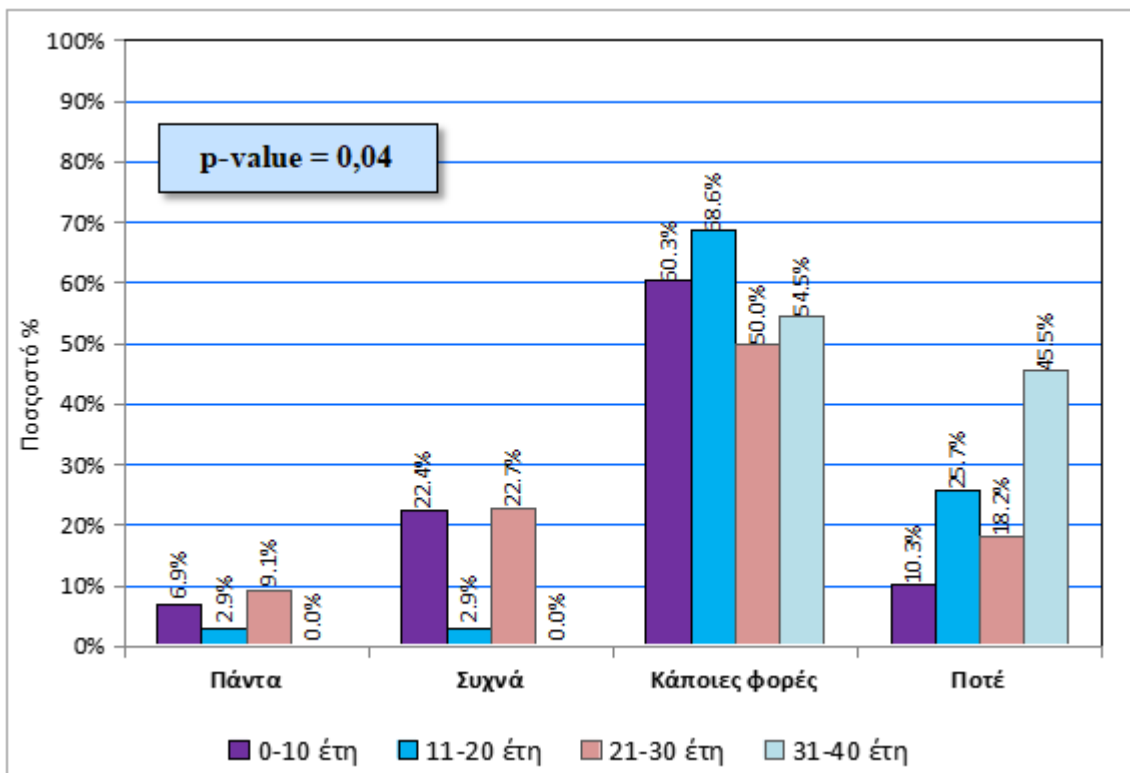
Σχ. 13: Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου

- Το 81% των εργαζομένων με έτη προϋπηρεσίας 30-40 χρόνια αναλαμβάνουν πολύ περισσότερες ευθύνες, καθήκοντα και υποχρεώσεις στη διαχείριση καθημερινών σύνθετων προβλημάτων. Σε αντίθεση με στατιστική σημαντικότητα, οι εργαζόμενοι με λιγότερα έτη προϋπηρεσίας αναφέρουν σε ποσοστό 18-30% μόνο την αίσθη-

ση πως αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες από αυτές που μπορούν να διαχειριστούν.

Έτη Προϋπηρεσίας	0-10	11-20	21-30	31-40	p (value)*
Πάντα	4/58 (6.9%)	1/35 (2.9%)	2/22 (9.1%)	0/11 (0.0%)	0,04
Συχνά	13/58 (22.4%)	1/35 (2.9%)	5/22 (22.7%)	0/11 (0.0%)	
Κάποιες φορές	35/58 (60.4%)	24/35 (68.6%)	11/22 (50.0%)	6/11 (54.5%)	
Ποτέ	6/58 (10.4%)	9/35 (25.7%)	4/22 (18.2%)	5/11 (45.5%)	

*Pearson's Chi Square

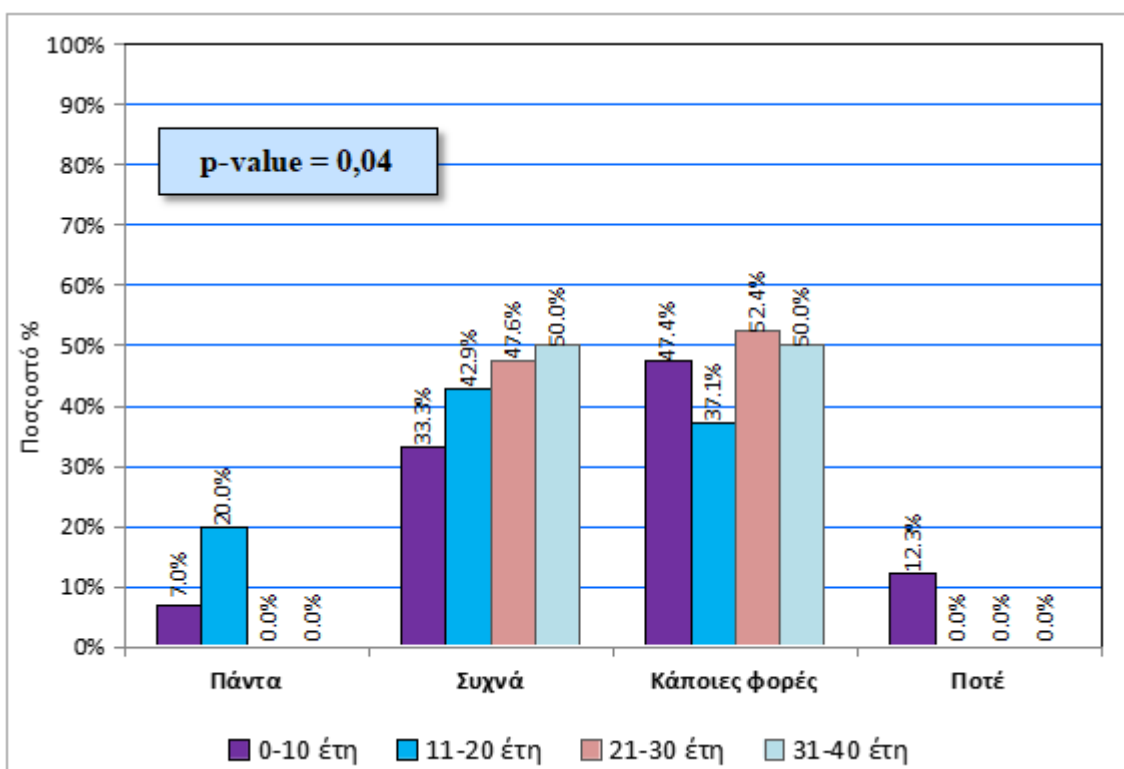


Σχ. 14. Φοβάμαι μήπως βλάψω έναν ασθενή από δικό μου λάθος

- Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους εργαζόμενους με λίγα έτη προϋπηρεσίας και «έμπειρα» στελέχη όσον αφορά το αίσθημα «φόβου» που διακατέχει τους εργαζόμενους για το ενδεχόμενο να βλάψουν κάποιον ασθενή από δικό τους λάθος. Το 90% των εργαζομένων με προϋπηρεσία μικρότερη των 10 ετών φοβάται πως οι αυξημένες υποχρεώσεις και η ένταση της δουλειάς θα οδηγήσει αναπόφευκτα σε «λάθη», σε αντίθεση με τους έμπειρους εργαζόμενους που μόνο το 55% περιστασιακά αισθάνονται τον κίνδυνο να υποπέσουν σε κάποια λανθασμένη ενέργεια.

Έτη Προϋπηρεσίας	0-10	11-20	21-30	31-40	p (value)*
Πάντα	4/57 (7.0%)	7/35 (20.0%)	0/21 (0.0%)	0/10 (0.0%)	0,04
Συχνά	19/57 (33.3%)	15/35 (42.9%)	10/21 (47.6%)	5/10 (50.0%)	
Κάποιες φορές	27/57 (47.4%)	13/35 (37.1%)	11/21 (52.4%)	5/10 (50.0%)	
Ποτέ	7/57 (12.3%)	0/35 (0.0%)	0/21 (0.0%)	0/10 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square

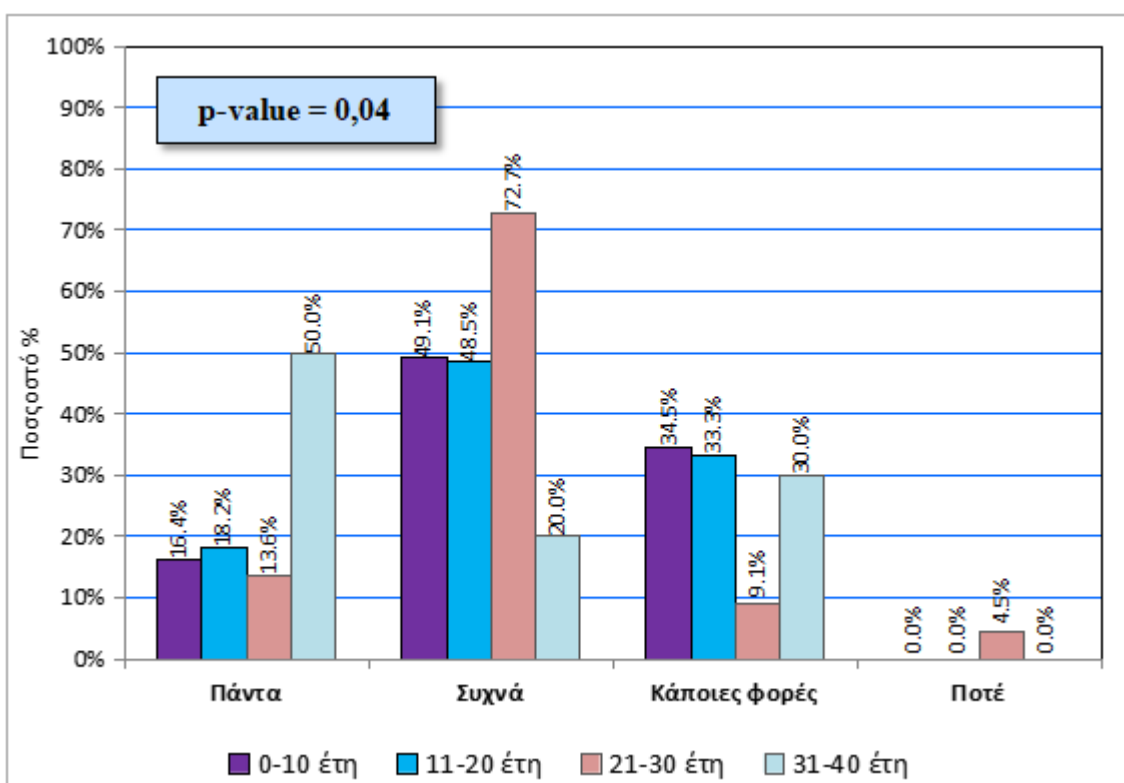


Σχ. 15. Με διακόπτουν συχνά ενώ εκτελώ μια νοσηλευτική πράξη

- Οι εργαζόμενοι με 20 ή περισσότερα έτη προϋπηρεσίας βιώνουν με στατιστικά σημαντική διαφορά από τους νεότερους εργαζόμενους, να τους διακόπτουν από τις νοσηλευτικές υποχρεώσεις της καθημερινότητας για να αναλάβουν κάποια άλλη δραστηριότητα με συνέπεια την καθυστερημένη και λανθασμένη ολοκλήρωση των υποχρεώσεων.

Έτη Προϋπηρεσίας	0-10	11-20	21-30	31-40	p (value)*
Πάντα	9/55 (16.4%)	6/33 (18.2%)	3/22 (13.6%)	5/10 (50.0%)	0,04
Συχνά	27/55 (49.1%)	16/33 (48.5%)	16/22 (72.7%)	2/10 (20.0%)	
Κάποιες φορές	19/55 (34.6%)	11/33 (33.3%)	2/22 (9.1%)	3/10 (30.0%)	
Ποτέ	0/55 (0.0%)	0/33 (0.0%)	1/22 (4.5%)	0/10 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square



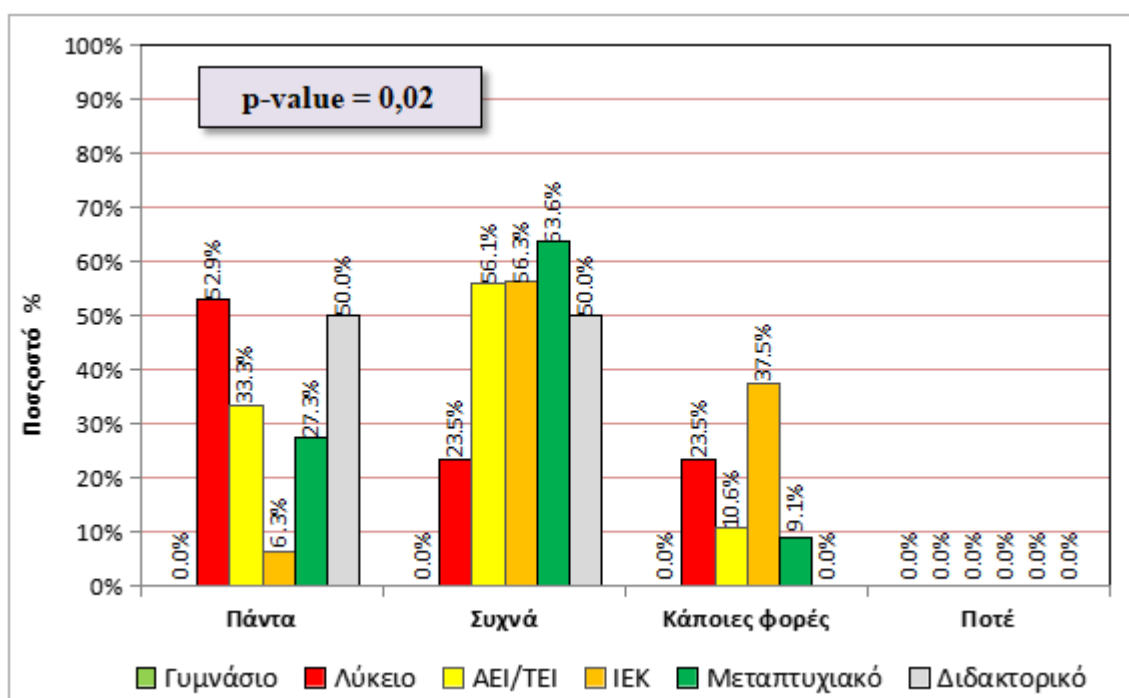
Σχ. 16. Η συνεργασία με τους ιατρούς είναι αποτελεσματική

- Το επίπεδο συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών και Ιατρών σε μια κλινική του Νοσοκομείου είναι πολύ διαφορετικό ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας. Ενώ στο έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό με προϋπηρεσία 30 χρόνων ο ένας στους δύο νοσηλευτές θεωρεί αποτελεσματική τη συνεργασία με τους Ιατρούς του τμήματος ή της κλινικής, στους νοσηλευτές με λίγα χρόνια προϋπηρεσίας μόνο ένας στους έξι θεωρεί τη συνεργασία με τους Ιατρούς αποτελεσματική με όποιον αντίκτυπο στο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Επίπεδο Εκπαίδευσης

Επίπεδο εκπαίδευσης	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	ΙΕΚ	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	p- value*
Πάντα	0/0 (0.0%)	9/17 (52.9%)	22/66 (33.3%)	1/16 (6.3%)	6/22 (27.3%)	2/4 (50.0%)	0,02
Συχνά	0/0 (0.0%)	4/17 (23.5%)	37/66 (56.1%)	9/16 (56.3%)	14/22 (63.6%)	2/4 (50.0%)	
Κάποιες φορές	0/0 (0.0%)	4/17 (23.5%)	7/66 (10.6%)	6/16 (37.5%)	2/22 (9.1%)	0/4 (0.0%)	
Ποτέ	0/0 (0.0%)	0/17 (0.0%)	0/66 (0.0%)	0/16 (0.0%)	0/22 (0.0%)	0/4 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square

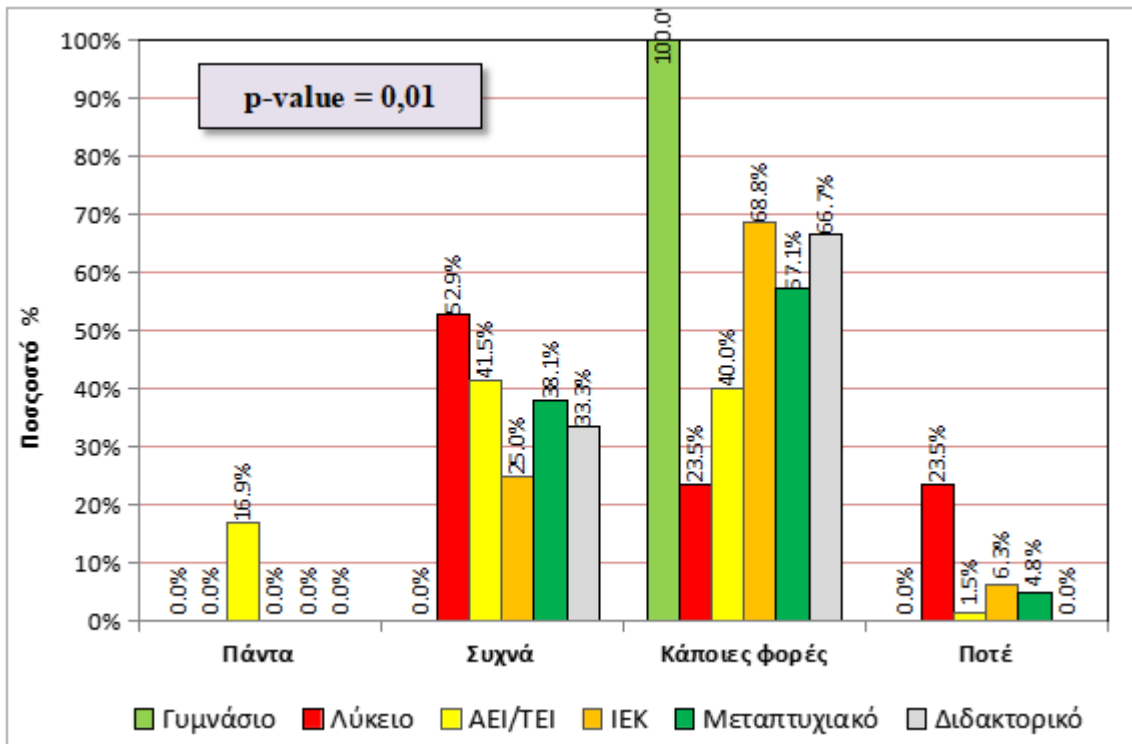


Σχ. 17. Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου

- Οι υγειονομικοί με πανεπιστημιακή εκπαίδευση και μεταπτυχιακή ή διδακτορική διατριβή (1) σε ποσοστό πάνω από 90% των συμμετεχόντων αναφέρουν πως αναλαμβάνουν πολλές ευθύνες στη δουλειά τους, αναντίστοιχα περισσότερες από αυτές που μπορούν να αναλάβουν και να διεκπεραιώσουν με ασφάλεια. Σε αντίθεση στατιστικά σημαντικά λιγότεροι νοσηλευτές Γυμνασίου ή Λυκείου ή και απόφοιτοι Ι.Ε.Κ., περίπου το 60%, αναφέρουν την άποψη πως αναλαμβάνουν πολλές ευθύνες στην εργασία τους.

Επίπεδο εκπαίδευσης	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	ΙΕΚ	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	p- value*
Πάντα	0/1 (0.0%)	0/17 (0.0%)	11/65 (16.9%)	0/16 (0.0%)	0/21 (0.0%)	0/3 (0.0%)	0,01
Συχνά	0/1 (0.0%)	9/17 (52.9%)	27/65 (41.5%)	4/16 (25.0%)	8/21 (38.1%)	1/3 (33.3%)	
Κάποιες φορές	1/1 (100.0%)	4/17 (23.5%)	26/65 (40.0%)	11/16 (68.8%)	12/21 (57.1%)	2/3 (66.7%)	
Ποτέ	0/1 (0.0%)	4/17 (23.5%)	1/65 (1.5%)	1/16 (6.3%)	1/21 (4.8%)	0/3 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square

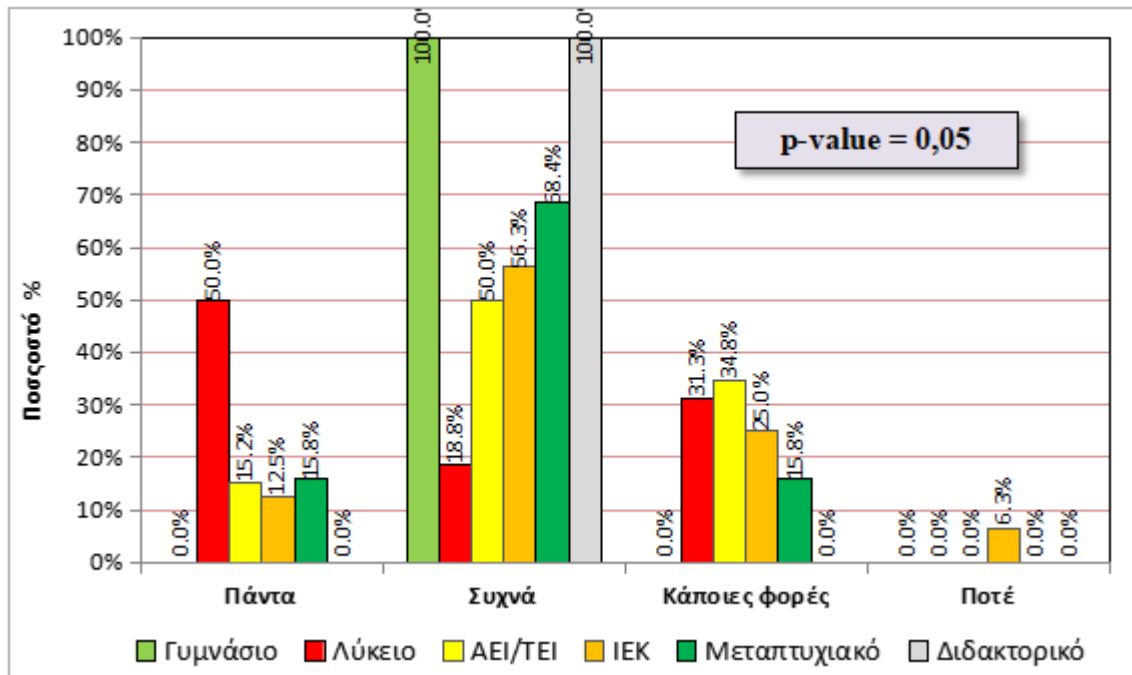


Σχ. 18. Με διακόπτουν συχνά ενώ εκτελώ μια νοσηλευτική πράξη

- Η μεγάλη πλειονότητα των νοσηλευτών διαπιστώνει πως διακόπτεται από την κύρια ενασχόλησή του για να αναλάβει κάποια άλλη δραστηριότητα. Περισσότεροι από το 60% των ερωτηθέντων αναφέρουν συχνές διακοπές από τη νοσηλευτική τους δραστηριότητα.

Επίπεδο εκπαίδευσης	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	ΙΕΚ	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	p- value*
Πάντα	0/1 (0.0%)	8/16 (50.0%)	10/66 (15.2%)	2/16 (12.5%)	3/19 (15.8%)	0/2 (0.0%)	0,05
Συχνά	1/1 (100.0%)	3/16 (18.8%)	33/66 (50.0%)	9/16 (56.3%)	13/19 (68.4%)	2/2 (100.0%)	
Κάποιες φορές	0/1 (0.0%)	5/16 (31.3%)	23/66 (34.8%)	4/16 (25.0%)	3/19 (15.8%)	0/2 (0.0%)	
Ποτέ	0/1 (0.0%)	0/16 (0.0%)	0/66 (0.0%)	1/16 (6.3%)	0/19 (0.0%)	0/2 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square



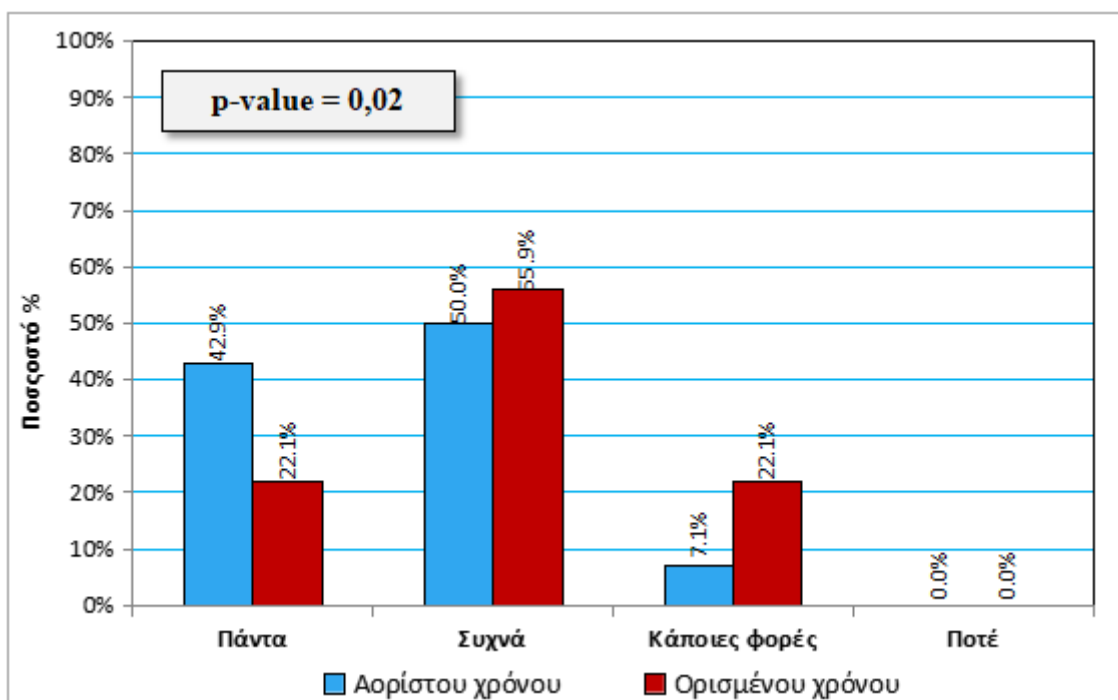
Σχ. 19. Η συνεργασία με τους ιατρούς είναι αποτελεσματική

- Παρατηρούμε τους νοσηλευτές με πανεπιστημιακή εκπαίδευση και μεταπτυχιακές σπουδές να μην συνεργάζονται αποτελεσματικά με τους γιατρούς. Σε αντίθεση, η πλειονότητα των νοσηλευτών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης συνεργάζονται αποτελεσματικότερα.

Καθεστώς Εργασίας

Καθεστώς Εργασίας	Αορίστου χρόνου	Ορισμένου χρόνου	p-value*
Πάντα	18/42 (42.9%)	15/68 (22.1%)	0,02
Συχνά	21/42 (50.0%)	38/68 (55.9%)	
Κάποιες φορές	3/42 (7.1%)	15/68 (22.1%)	
Ποτέ	0/42 (0.0%)	0/68 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square

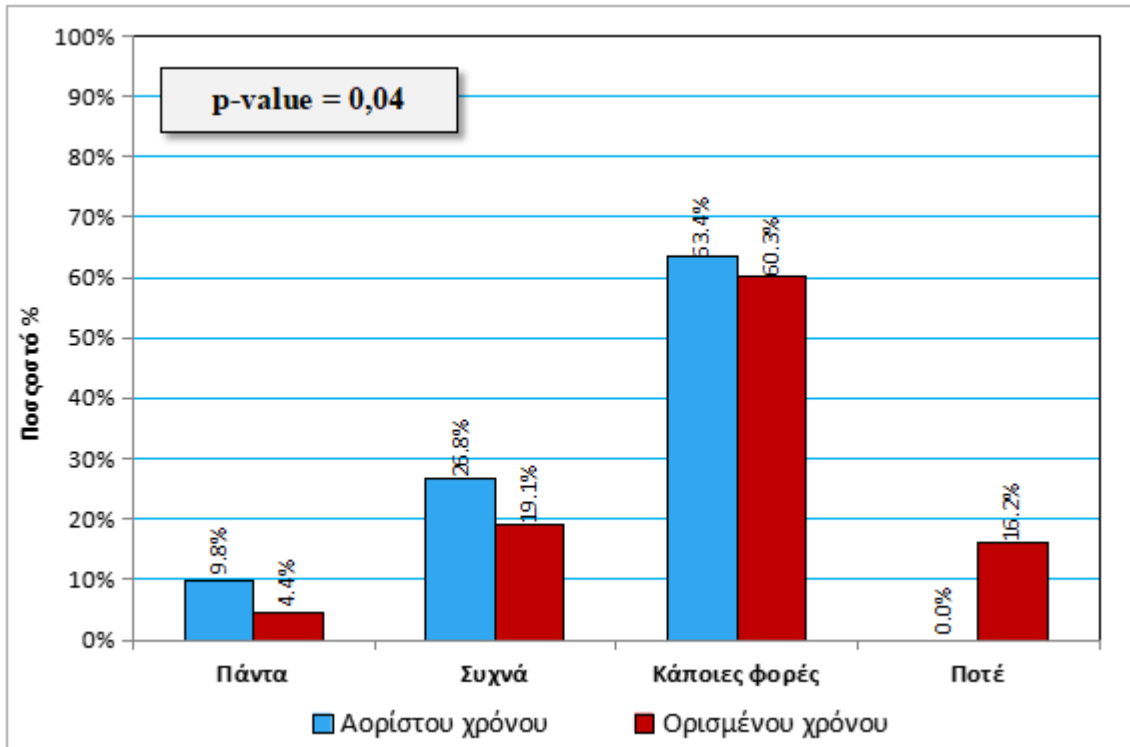


Σχ. 20. Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου

- Παρατηρούμε στατιστικά σημαντικά αυξημένη, στους αορίστου χρόνου εργαζόμενους, την αίσθηση πολλών και σύνθετων υποχρεώσεων και ευθυνών στο χώρο εργασίας. Συγκεκριμένα τέσσερις στους δέκα εργαζόμενους αορίστου χρόνου νιώθουν συνεχώς να επιφορτίζονται με περισσότερες ευθύνες και καθήκοντα σε σχέση με τις δυνατότητες του χρόνου και τις αντικειμενικές εργασιακές συνθήκες.

Καθεστώς Εργασίας	Αορίστου χρόνου	Ορισμένου χρόνου	p-value*
Πάντα	4/41 (9.8%)	3/68 (4.4%)	0,04
Συχνά	11/41 (26.8%)	13/68 (19.1%)	
Κάποιες φορές	26/41 (63.4%)	41/68 (60.3%)	
Ποτέ	0/41 (0.0%)	11/68 (16.2%)	

*Pearson's Chi Square



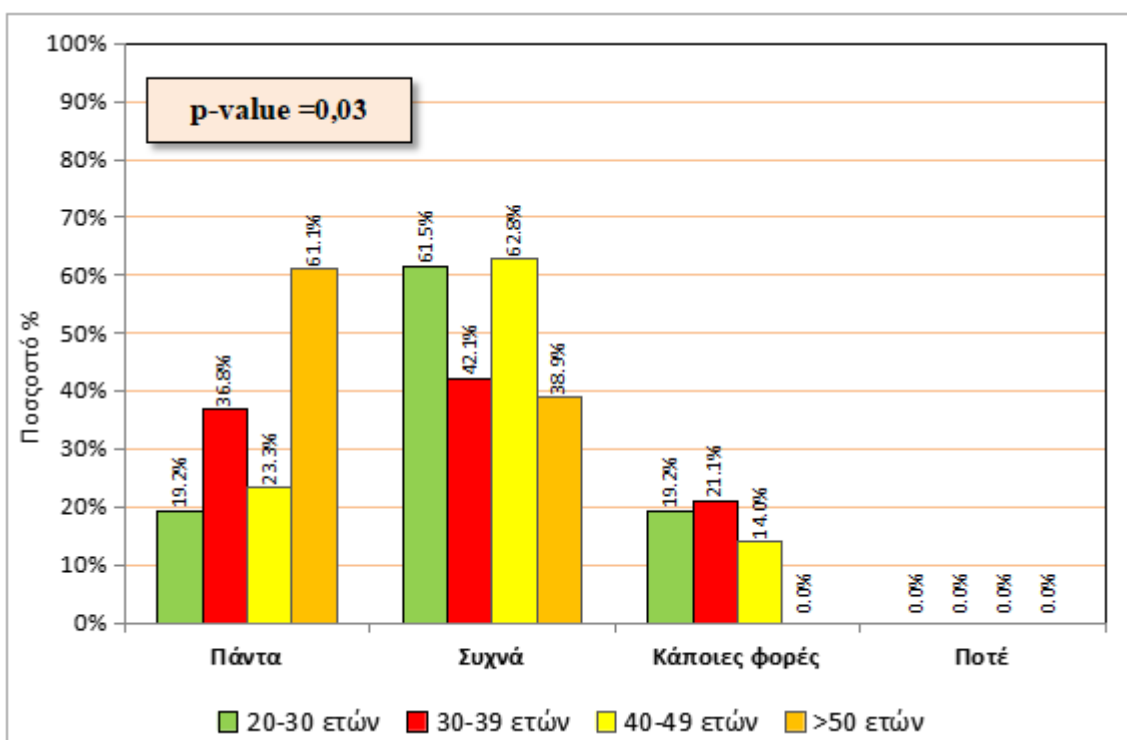
Σχ. 21. Υπάρχουν φορές που δεν αρκούν οι ώρες του ωραρίου μου για να ολοκληρώσω τη δουλειά μου

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ εργαζομένων αορίστου και ορισμένου χρόνου ως προς τη διαπίστωση μη επάρκειας του εργασιακού χρόνου για την ολοκλήρωση όλων των υποχρεώσεων της εργασιακής καθημερινότητας. Το 37% του αορίστου χρόνου σε σχέση με το 23% του ορισμένου χρόνου εργαζομένων βιώνουν την ένταση και το άγχος της έλλειψης επαρκούς χρόνου για την ολοκλήρωση των υποχρεώσεών τους.

Ηλικία Εργαζομένων

Ηλικία Εργαζομένων	20-30	30-39	40-49	>50	p-value*
Πάντα	5/26 (19.2%)	14/38 (36.8%)	10/43 (23.3%)	11/18 (61.1%)	0,03
Συχνά	16/26 (61.5%)	16/38 (42.1%)	27/43 (62.8%)	7/18 (38.9%)	
Κάποιες φορές	5/26 (19.2%)	8/38 (21.1%)	6/43 (14.0%)	0/18 (0.0%)	
Ποτέ	0/26 (0.0%)	0/38 (0.0%)	0/43 (0.0%)	0/18 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square

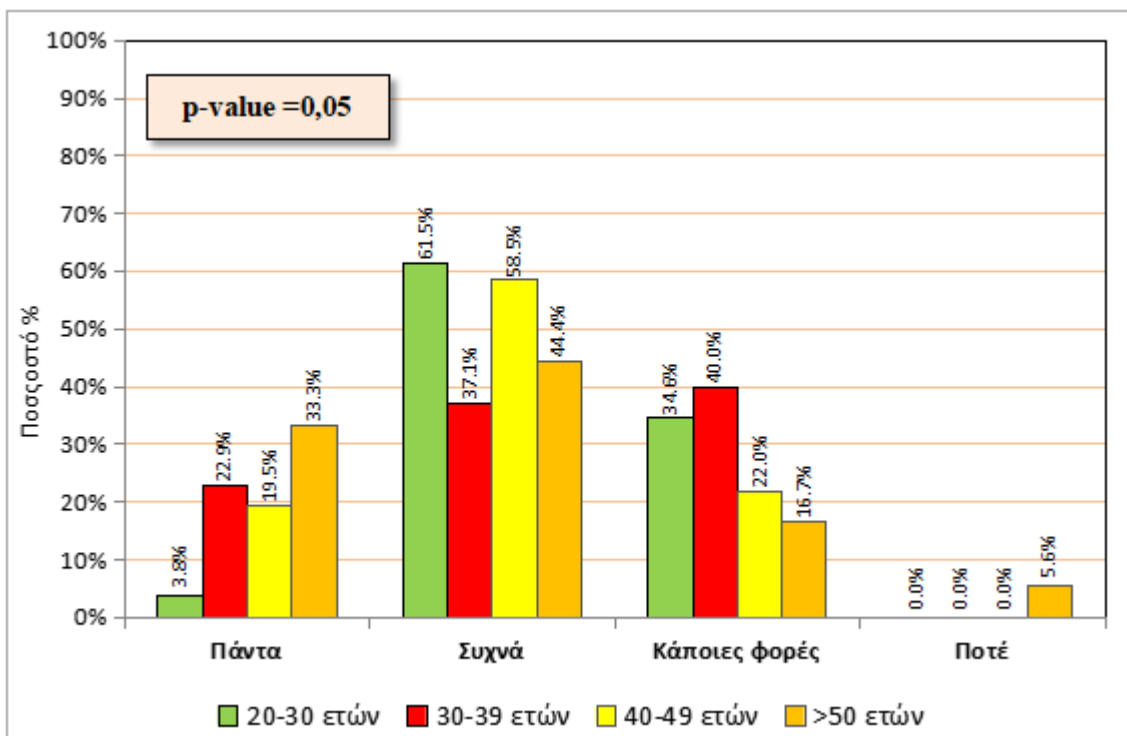


Σχ. 22. Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου

- Όλες οι ηλικιακές κατηγορίες εργαζομένων θεωρούν πως αναλαμβάνουν πολλές ευθύνες στη δουλειά τους αναντίστοιχα περισσότερες από αυτές που ανέμεναν. Υπάρχει όμως μεγάλη διαφορά μεταξύ της μεγαλύτερης και της μικρότερης ηλικιακής ομάδας, τόσο των εργαζομένων ηλικίας πάνω από 50 έτη σε αντίθεση με το 19% αυτών με ηλικία 20-30 ετών αναφέρει πως του ανατίθενται πολλές ευθύνες με πολλές και σύνθετες υποχρεώσεις δίχως να διασφαλίζονται οι απαραίτητες προϋποθέσεις από άποψη ανθρώπινου δυναμικού και τεχνικής υποστήριξης για τη γρήγορη και ποιοτική ολοκλήρωση του έργου τους.

Ηλικία Εργαζομένων	20-30	30-39	40-49	>50	p-value*
Πάντα	1/26 (3.9%)	8/35 (22.9%)	8/41 (19.5%)	6/18 (33.3%)	0.05
Συχνά	16/26 (61.5%)	13/35 (37.1%)	24/41 (58.5%)	8/18 (44.4%)	
Κάποιες φορές	9/26 (34.6%)	14/35 (40.0%)	9/41 (22.0%)	3/18 (16.7%)	
Ποτέ	0/26 (0.0%)	0/35 (0.0%)	0/41 (0.0%)	1/18 (5.6%)	

*Pearson's Chi Square



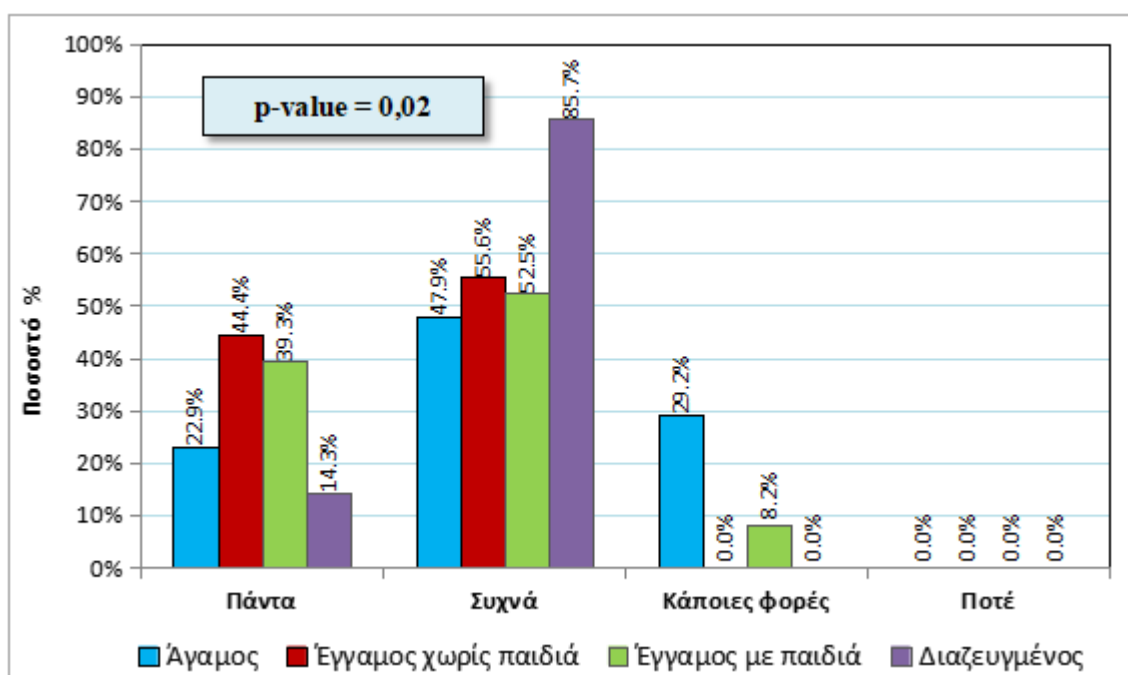
Σχ. 23. Η συνεργασία με τους ιατρούς είναι αποτελεσματική

- Το 33% των νοσηλευτών με ηλικία άνω των 50 ετών θεωρεί αποτελεσματική, λειτουργική, ομαλή και αποδοτική τη συνεργασία με τους Ιατρούς του τμήματος ή της κλινικής, σε αντίθεση με τις ηλικίες 20-30 έτη όπου μόνο το 4% αναγνωρίζει πως υφίσταται μόνιμα σταθερή και παραγωγική συνεργασία με τους Γιατρούς. Ενδεχομένως, οι παλαιότεροι νοσηλευτές έχουν κατοχυρώσει με την εμπειρία, την προσφορά και τις γνώσεις τους τον σεβασμό και την εμπιστοσύνη των Ιατρών και έχουν επιτύχει να διαμορφώσουν ένα περιβάλλον αλληλοκατανόησης, συνεργασίας και γόνιμης διαδραστικής σχέσης.

Οικογενειακή κατάσταση εργαζομένων

Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	Έγγαμος χωρίς παιδιά	Έγγαμος με παιδιά	Διαζευγμένος	p-value*
Πάντα	11/48 (22.9%)	4/9 (44.4%)	24/61 (39.3%)	1/7 (14.3%)	0,02
Συχνά	23/48 (47.9%)	5/9 (55.6%)	32/61 (52.5%)	6/7 (85.7%)	
Κάποιες φορές	14/48 (29.2%)	0/9 (0.0%)	5/61 (8.2%)	0/7 (0.0%)	
Ποτέ	0/48 (0.0%)	0/9 (0.0%)	0/61 (0.0%)	0/7 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square



Σχ. 24. Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου

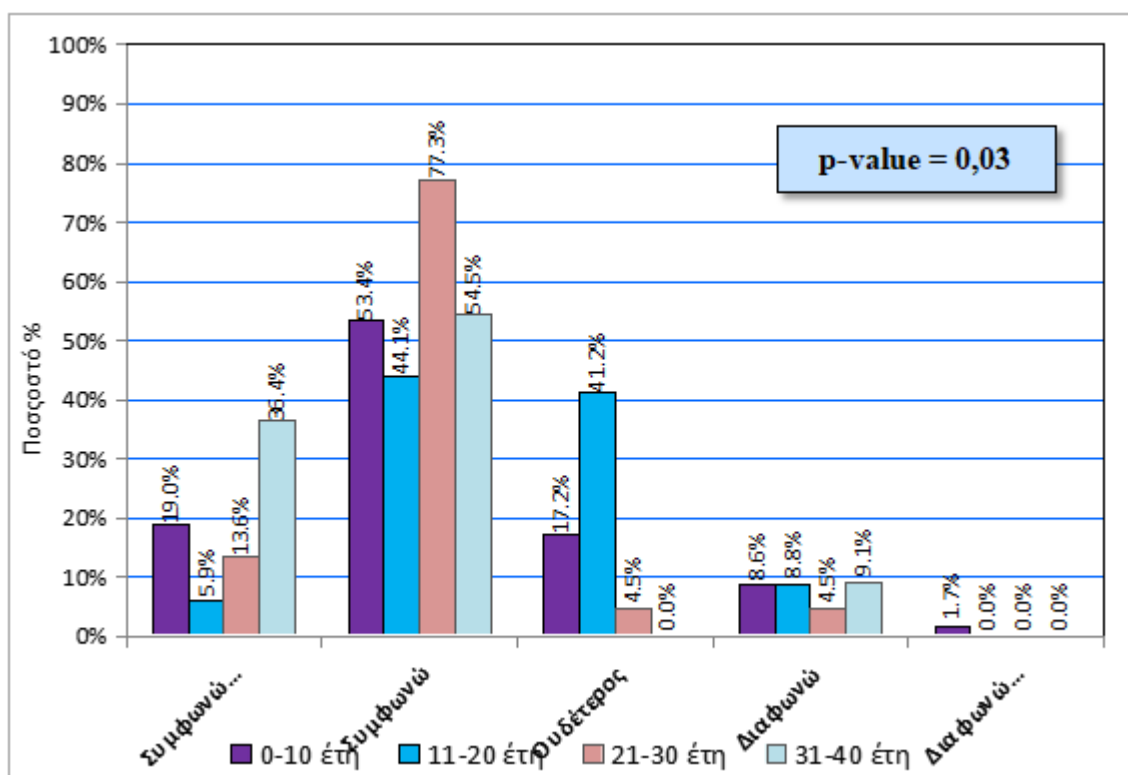
- Οι έγγαμοι με παιδιά σε ποσοστό 40% αναφέρουν πως αναλαμβάνουν πολλές ευθύνες στη δουλειά τους σε μόνιμη βάση σε αντίθεση με τους άγαμους στους οποίους ένας στους πέντε διατυπώνει την άποψη μόνιμης επιβάρυνσης με περισσότερες υποχρεώσεις, καθήκοντα και ευθύνες στην καθημερινότητα του εργασιακού τους βίου. Ακόμη, ένας στους τρεις έγγαμους με παιδιά αναφέρει έλλειψη επαρκούς προσωπικού και επαναλαμβανόμενες διακοπές κατά την άσκηση των καθημερινών τους νοσηλευτικών πράξεων. Κατά συνέπεια, το 33% των έγγαμων παραμελεί κάποια καθήκοντά του, εξαιτίας υπερβολικού φόρτου εργασίας.

5.3.3 Η χρησιμότητα των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την προϋπηρεσία, το εργασιακό συμβόλαιο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας

Έτη Προϋπηρεσίας

Έτη Προϋπηρεσίας	0-10	11-20	21-30	31-40	p (value)*
Συμφωνώ απόλυτα	11/58 (19.0%)	2/34 (5.9%)	3/22 (13.6%)	4/11 (36.4%)	0,03
Συμφωνώ	31/58 (53.5%)	15/34 (44.1%)	17/22 (77.3%)	6/11 (54.5%)	
Ουδέτερος	10/58 (17.2%)	14/34 (41.2%)	1/22 (4.5%)	0/11 (0.0%)	
Διαφωνώ	5/58 (8.6%)	3/34 (8.8%)	1/22 (4.5%)	1/11 (9.1%)	
Διαφωνώ απόλυτα	1/58 (1.7%)	0/34 (0.0%)	0/22 (0.0%)	0/11 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square



Σχ. 25. Η κλινική ελέγχει τακτικά τον εξοπλισμό, προμήθειες, για να βεβαιωθεί ότι πληρούν τις ποιοτικές απαιτήσεις

- Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ νοσηλευτών με λίγα έτη προϋπηρεσίας και των έμπειρων νοσηλευτών ως προς την πεποίθηση πως διασφαλίζονται οι απαραίτητες προμήθειες και ο κατάλληλος εξοπλισμός για την παροχή

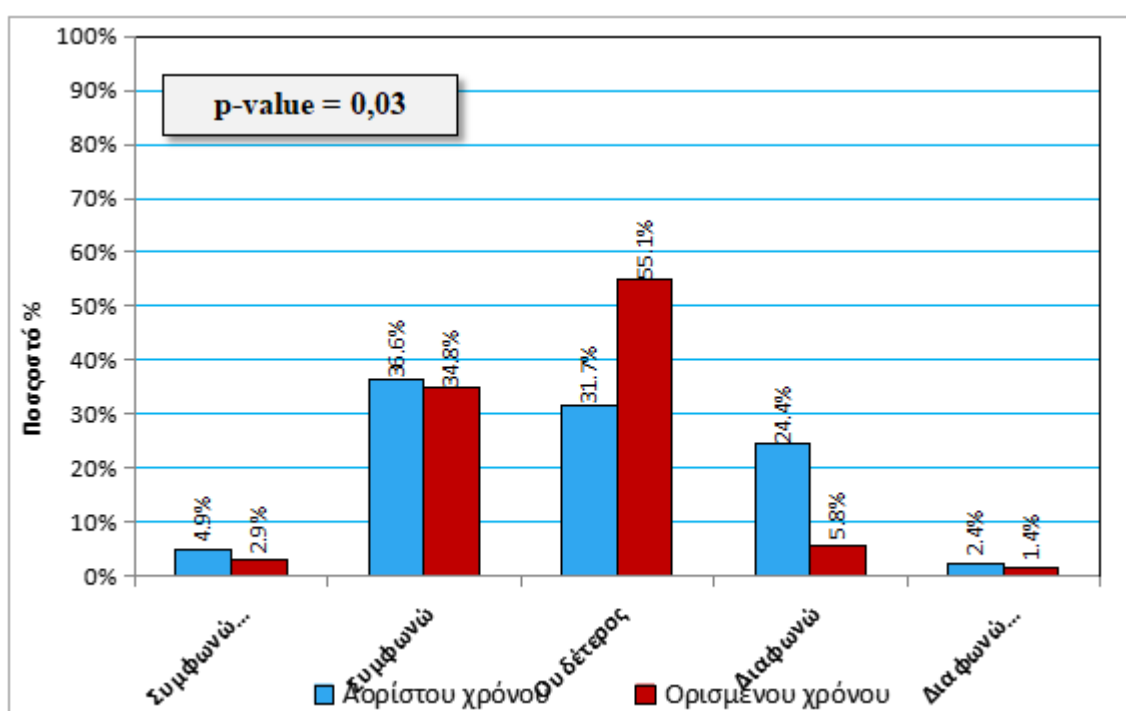
ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα 9 στους 10 έμπειρους νοσηλευτές με περισσότερα από 20 χρόνια προϋπηρεσίας θεωρούν πως διασφαλίζονται ικανοποιητικά οι προϋποθέσεις ποιοτικών υπηρεσιών, σε αντίθεση με τους νεότερους νοσηλευτές με λιγότερα από 20 χρόνια προϋπηρεσίας στους οποίους μόνο οι πέντε στους δέκα υιοθετούν αυτή την άποψη.

- Μόνο ένας στους τρεις από τους νεότερους εργαζόμενους με λιγότερα από δέκα έτη προϋπηρεσίας πιστεύει στην αποδοτική χρήση οικονομικών και ανθρώπινων πόρων από τις κλινικές του Νοσοκομείου, ενώ ένας στους δύο θεωρεί χρήσιμα εργαλεία τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας υπηρεσιών Υγείας. Σε αντίθεση, οι πιο έμπειροι εργαζόμενοι με προϋπηρεσία πάνω από 30 έτη διαπιστώνουν σε ποσοστό 54% πως τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας διευκολύνουν την αποδοτικότερη χρήση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων καθώς επίσης το 90% αυτής της κατηγορίας εργαζομένων αναγνωρίζει τη χρησιμότητα των συστημάτων για την προώθηση σημαντικών θεσμικών οργανωτικών και λειτουργικών αλλαγών στις κλινικές και τα τμήματα του Νοσοκομείου.

Καθεστώς Εργασίας

Καθεστώς Εργασίας	Αορίστου χρόνου	Ορισμένου χρόνου	p-value*
Συμφωνώ απόλυτα	2/41 (4.9%)	2/69 (2.9%)	0,03
Συμφωνώ	15/41 (36.6%)	24/69 (34.8%)	
Ουδέτερος	13/41 (31.7%)	38/69 (55.1%)	
Διαφωνώ	10/41 (24.4%)	4/69 (5.8%)	
Διαφωνώ απόλυτα	1/41 (2.4%)	1/69 (1.5%)	
Διαφωνώ απόλυτα	0/41 (0.0%)	1/67 (1.5%)	

*Pearson's Chi Square



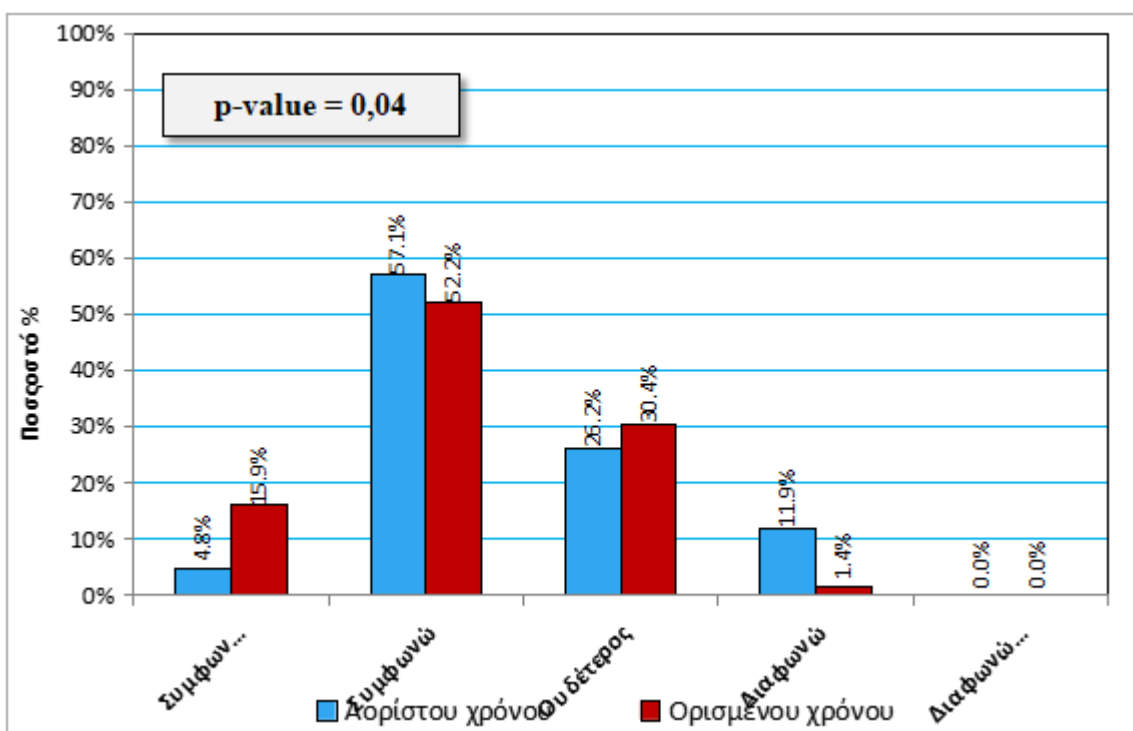
Σχ. 26. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής έχουν επιδείξει ικανότητα διαχείρισης των αλλαγών (π.χ. οργανωτικών, τεχνολογικών) που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και των υπηρεσιών

- Ένας στους τέσσερις εργαζόμενους αορίστου χρόνου δεν συμφωνεί με την αντίληψη πως τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη έχουν επιδείξει ικανότητα και αποτελεσματικότητα ενσωμάτωσης νέων τεχνολογιών και καινοτόμων πρακτικών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών Υγείας. Σε αντίθεση, μόνο ένας στους δέκα από τους εργαζόμενους ορισμένου χρόνου υιοθετεί την άποψη της έλλειψης στρατηγικών ικανοτήτων από πλευράς ανώτερων στελεχών

για την ολοκλήρωση των απαιτούμενων αλλαγών και προσαρμογών στις ραγδαία μεταβαλλόμενες τεχνολογικές εξελίξεις.

Καθεστώς Εργασίας	Αορίστου χρόνου	Ορισμένου χρόνου	p-value*
Συμφωνά απόλυτα	2/42 (4.8%)	11/69 (15.9%)	0,04
Συμφωνά	24/42 (57.1%)	36/69 (52.2%)	
Ουδέτερος	11/42 (26.2%)	21/69 (30.4%)	
Διαφωνά	5/42 (11.9%)	1/69 (1.5%)	
Διαφωνά απόλυτα	0/42 (0.0%)	0/69 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square



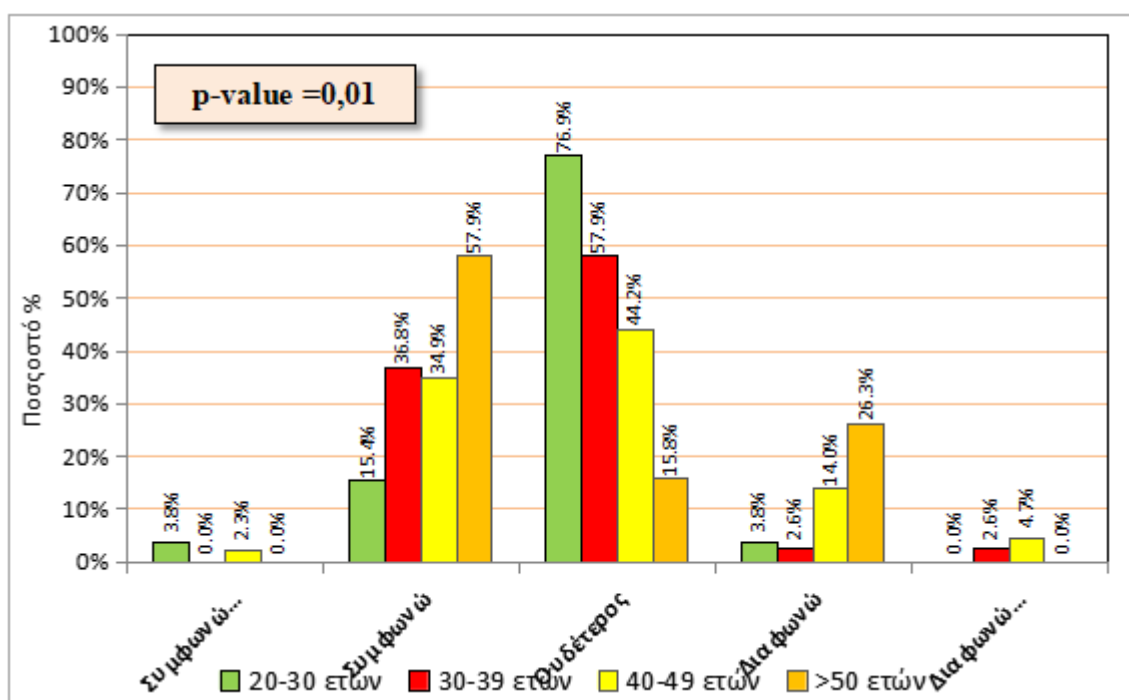
Σχ. 27. Η κλινική αξιολογεί τις τρέχουσες ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών

- Παράλληλα διαπιστώνεται από τους εργαζόμενους αορίστου χρόνου κατά κύριο λόγο αλλά και από τους ορισμένου χρόνου εργαζόμενους πως υπάρχει καταγραφή των αναγκών και προσδοκιών των ασθενών από μέρος των κλινικών και τμημάτων των Νοσοκομείων, γεγονός που υπογραμμίζει την έλλειψη συντονισμού και υλοποίηση βασικών προτεραιοτήτων από μέρος της Διοίκησης.

Ηλικία Εργαζομένων

Ηλικία Εργαζομένων	20-30	30-39	40-49	>50	p-value*
Συμφωνώ απόλυτα	1/26 (3.9%)	0/38 (0.0%)	1/43 (2.3%)	0/19 (0.0%)	0,01
Συμφωνώ	4/26 (15.4%)	14/38 (36.8%)	15/43 (34.9%)	11/19 (57.9%)	
Ουδέτερος	20/26 (76.9%)	22/38 (57.9%)	19/43 (44.2%)	3/19 (15.8%)	
Διαφωνώ	1/26 (3.9%)	1/38 (2.6%)	6/43 (14.0%)	5/19 (26.3%)	
Διαφωνώ απόλυτα	0/26 (0.0%)	1/38 (2.6%)	2/43 (4.7%)	0/19 (0.0%)	

*Pearson's Chi Square



Σχ. 28. Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν στην κλινική να χρησιμοποιεί καλύτερα τους εσωτερικούς της πόρους (π.χ. οικονομικούς, ανθρώπινους, κλπ.)

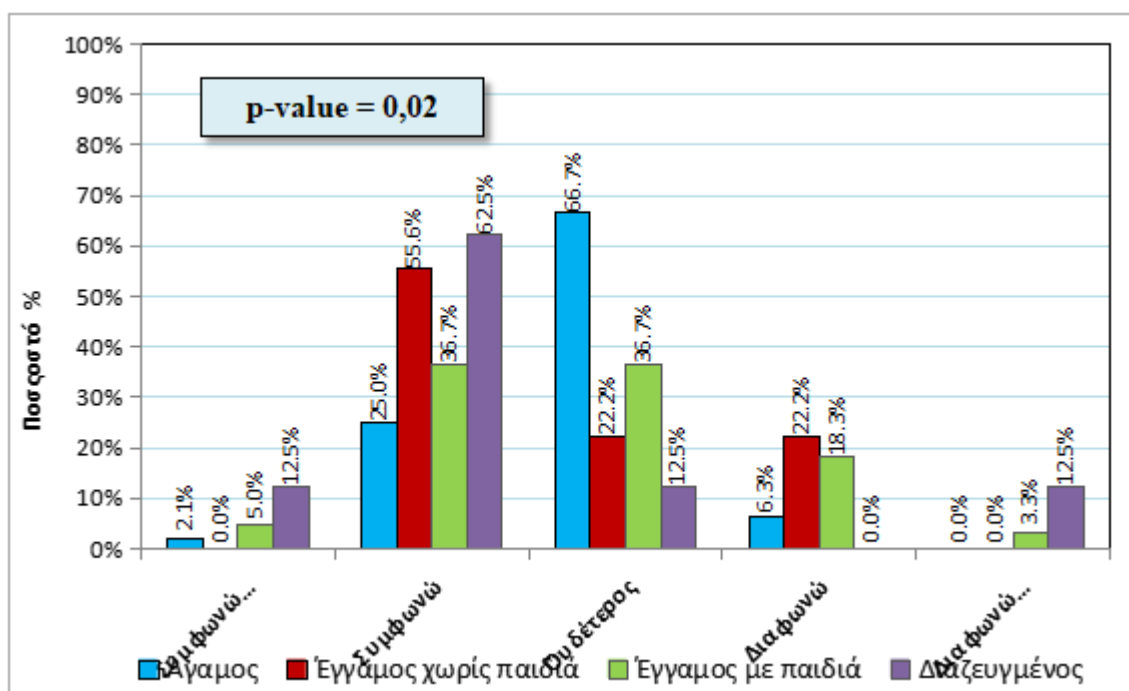
- Οι περισσότεροι στην ηλικιακή ομάδα άνω των 50 ετών σε ποσοστό 58% θεωρούν πως γίνεται ορθή χρήση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων και πως τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας λειτουργούν ευεργετικά στη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών. Σε αντίθεση, μόνο το 15% των νεότερων εργαζομένων ηλικίας 20-40 χρόνων πιστεύει πως λειτουργούν στην πράξη και εφαρμόζονται από τα

τιμήματα τα σύγχρονα συστήματα διασφάλισης ποιότητας και γίνεται ορθή και αποδοτική χρήση των πόρων του συστήματος.

Οικογενειακή κατάσταση εργαζομένων

Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	Έγγαμος χωρίς παιδιά	Έγγαμος με παιδιά	Διαζευγμένος	p-value*
Συμφωνώ απόλυτα	1/48 (2.1%)	0/9 (0.0%)	3/60 (5.0%)	1/8 (12.5%)	0,02
Συμφωνώ	12/48 (25.0%)	5/9 (55.6%)	22/60 (36.7%)	5/8 (62.5%)	
Ουδέτερος	32/48 (66.7%)	2/9 (22.2%)	22/60 (36.7%)	1/8 (12.5%)	
Διαφωνώ	3/48 (6.3%)	2/9 (22.2%)	11/60 (18.3%)	0/8 (0.0%)	
Διαφωνώ απόλυτα	0/48 (0.0%)	0/9 (0.0%)	2/60 (3.3%)	1/8 (12.5%)	

*Pearson's Chi Square



Σχ. 29. Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής έχουν επιδείξει ικανότητα διαχείρισης των αλλαγών (π.χ. οργανωτικών, τεχνολογικών) που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και των υπηρεσιών

- Παρατηρείται σημαντική διαφορά στο κατά πόσο τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη απέδειξαν διαχειριστική επάρκεια και αποτελεσματική μεθοδολογία. Το 40% των έγγαμων με παιδιά σε αντίθεση με το 25% των άγαμων πιστεύει πως οι υπεύθυνοι επέδειξαν ικανότητα και αποτελεσματικότητα στην ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών

και οργανωτικών προσαρμογών που να βελτιώνουν την ποιότητα υπηρεσιών Υγείας.

- Οι άγαμοι εργαζόμενοι είναι προβληματισμένοι (ερωτήσεις 14,15,16,17) στο κατά πόσο τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας επιτρέπουν την ορθή διαχείριση ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων όπως και ότι προωθούν την συνεργασία μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών εργαζομένων. Σε αντίθεση, οι έγγαμοι με παιδιά σε ποσοστό περίπου 60% θεωρούν θετική την ύπαρξη και λειτουργία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας για την καλύτερη ενσωμάτωση των αλλαγών που διασφαλίζουν τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πλειονότητα των εργαζομένων, σε τμήματα πρώτης γραμμής όπως είναι οι Μ.Ε.Θ., την περίοδο της πανδημίας σε ποσοστό 80%, ανέλαβαν περισσότερες και πιο σύνθετες υποχρεώσεις. Ένας στους τρεις δεν προλαβαίνει να ολοκληρώσει τη δουλειά του στα πλαίσια του ωραρίου, ενώ το 50% διαπιστώνει συχνά διακοπές κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου με κίνδυνο παραλείψεων και λαθών.

Στις πρωτόγνωρες αυτές συνθήκες της πανδημίας covid-19 το 70% των υγειονομικών στις Μ.Ε.Θ. δηλώνουν άγχος και αγωνία για τη δουλειά τους και τις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Το 50% των νοσηλευτών που συμμετέχουν στο κυκλικό ωράριο φοβούνται για λάθη λόγω έλλειψης ξεκούρασης και αϋπνίας. Το 88% των υγειονομικών στις Μ.Ε.Θ. νιώθει μονίμως περιστασιακή ψυχοσυναισθηματική εξάντληση.

Σε μια μελέτη του Holmes et al του 2020 επιβεβαιώνονται υψηλά ποσοστά άγχους, κατάθλιψης και αϋπνίας κατά την έναρξη της πανδημίας ενώ ο Giusti et al παρατηρεί πως το 67% των υγειονομικών παρουσιάζει μετρίου ή σοβαρού βαθμού ψυχική εξάντληση ενώ παράλληλα το 60% διαπιστώνει μειωμένη εργασιακή αποδοτικότητα. Ο Stocchetti et al. το 2021 επιβεβαιώνει υψηλά ποσοστά (< 60%) επαγγελματικής εξουθένωσης σε γιατρούς και νοσηλευτές των Μ.Ε.Θ., ενώ σε ευρωπαϊκό επίπεδο το 51% των εντατικολόγων παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Stocchetti, 2021).

Σε μια ελληνική πολυκεντρική μελέτη (3) διαπιστώνονται υψηλότερα ποσοστά ψυχοσυναισθηματικής εξάντλησης στους υγειονομικούς των ελληνικών νοσοκομείων αφού το 92% παρουσιάζει συμπτώματα αποπροσωποποίησης. Επισημαίνουν ως αιτιολογικό παράγοντα τα σοβαρά προβλήματα υποστελέχωσης των νοσοκομείων λόγω της υπερδεκαετούς οικονομικής λιτότητας και των περιορισμένων προσλήψεων υγειονομικού προσωπικού.

Αύξηση των αναρρωτικών αδειών, αύξηση μολύνσεων, αδικαιολόγητες απουσίες, παραιτήσεις και ιατρικά λάθη επιδεινώνουν τη λειτουργία, την απόδοση και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (Pappa et al., 2021).

Το φύλο, η ηλικία, η ενασχόληση σε Μ.Ε.Θ. και τμήματα πρώτης γραμμής φαίνεται να αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες κινδύνου, αυξημένου ποσοστού άγχους, αϋπνίας και φόβου.

Σε πολλές μελέτες διαπιστώνεται ότι οι νοσηλευτές και κυρίως οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ψυχοσυναισθηματικής εξάντλησης λόγω επιβαρυσμένου εργασιακού περιβάλλοντος, έλλειψη εμπειρίας και εκπαίδευσης, τον φόβο μόλυνσης και κοινωνικού στιγματισμού (Stocchetti et al., 2021).

Στη δική μας μελέτη, το έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό με πολλά έτη προϋπηρεσίας και μόνιμη εργασιακή σχέση ανέλαβε περισσότερες ευθύνες κατά την άσκηση των καθημερινών καθηκόντων με περισσότερα ωράρια και χωρίς τον κατάλληλο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό για ασφαλή ολοκλήρωση του έργου τους. Οι περισσότεροι, μάλιστα, από αυτούς παρέμειναν στα τμήματα πρώτης γραμμής όπως οι Μ.Ε.Θ. καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας covid-19.

Αναπόφευκτη συνέπεια, οι πολλές μολύνσεις και αποχωρήσεις από τη δουλειά και η επαγγελματική εξουθένωση σε μεγάλο τμήμα του έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού. Από την άλλη, τα νεότερα στελέχη και κυρίως οι νεοπροσλαμβανόμενοι με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, λόγω και της έλλειψης εμπειρίας, τοποθετήθηκαν σε τμήματα λιγότερο απαιτητικά. Παρ' όλα αυτά, η ένταση της δουλειάς και η δυσκολία προσαρμογής σε συνθήκες «πολέμου» επέτειναν το αίσθημα ανασφάλειας και φόβου για σοβαρές παραλείψεις και λάθη.

Οι έγγαμοι εργαζόμενοι σε αντίθεση με τους άγαμους και αυτοί με πανεπιστημιακή εκπαίδευση αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ψυχικής εξάντλησης που συναρτώνται με τις συνθήκες δουλειάς, τις οικογενειακές υποχρεώσεις, τον φόβο μόλυνσης γι' αυτούς και το οικείο περιβάλλον και τον κοινωνικό στιγματισμό.

Η πλειονότητα των υγειονομικών αναγνωρίζει την ουσιαστική αναβάθμιση που προκύπτει από την εισαγωγή, εφαρμογή και λειτουργία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας αφού εξασφαλίζεται η αποδοτικότερη κατανομή οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων και ταυτόχρονα εγγυάται τη συμμετοχή και συνεργασία όλων των επιστημόνων και την οριζόντια διαδραστική σχέση με τα διοικητικά στελέχη για τον ουσιαστικό έλεγχο υλοποίησης στόχων και τη συνεχή βελτίωση των όρων παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Πολλές μελέτες διαπιστώνουν τη βελτίωση αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών όταν εφαρμόζονται προγράμματα πιστοποίησης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας (Alkhenizan, Shaw, 2011).

Βέβαια στην ελληνική και όχι μόνο πραγματικότητα παρουσιάζονται δυσκολίες στην υιοθέτηση νέων προτύπων διοίκησης στον υγειονομικό τομέα. Οι κύριες αιτίες είναι η έλλειψη κουλτούρας συνεργασίας, συμμετοχής και δέσμευσης σε στόχους, η

έλλειψη πόρων, η αντίδραση ανώτερων στελεχών, η λανθασμένη εφαρμογή εργαλείων και η αξιολόγηση δεδομένων (Nicolaou, Kentas, 2017).

Έτσι και στη δική μας μελέτη το 65% των υγειονομικών διαπιστώνει έλλειψη ουσιαστικής βούλησης από τα διοικητικά στελέχη και τους διευθυντές των κλινικών για υιοθέτηση και εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών σχεδιασμού και ιεράρχησης προτεραιοτήτων στα πλαίσια σύγχρονων συστημάτων διασφάλισης ποιότητας. Κατά συνέπεια, οι περισσότεροι υγειονομικοί θεωρούν πως δεν σημειώθηκαν βελτιώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κατά της πανδημίας.

Συγκεκριμένα το 58% των εργαζομένων ηλικίας άνω των 50 ετών διαπιστώνει ορθολογική χρήση ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων σε αντίθεση με το 15% των εργαζομένων ηλικίας 20-30 ετών. Επίσης οι άγαμοι εργαζόμενοι σε αντίθεση με τους έγγαμους παραμένουν προβληματισμένοι ως προς την ικανότητα και τη βούληση των διευθυντικών στελεχών για εφαρμογή σύγχρονων συστημάτων διασφάλισης ποιότητας. Όλες οι παραπάνω παράμετροι, σε κάποιο βαθμό, επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του Συστήματος Υγείας στη διαχείριση των σκληρών δεικτών της πανδημίας. Οι Λύτρας και Τσιόρδας σε μια μελέτη και ο Λύτρας σε μια δεύτερη – συνέχεια της πρώτης – καταγράφουν τη θνητότητα των διασωληνωμένων σε όλες τις Μ.Ε.Θ. των Νοσοκομείων της Χώρας από τον Σεπτέμβριο του 2020 έως τον Απρίλιο του 2022.

Σε ένα σύνολο 14.011 η θνητότητα αγγίζει το 75% επιδεινούμενη σε σχέση με το 63,5% πριν ένα χρόνο και σχετιζόμενη επίσης με τον όγκο των διασωληνωμένων ασθενών. Επίσης διαπιστώνεται η επιδείνωση των δεικτών στα περιφερειακά νοσοκομεία σε σχέση με αυτά της Αττικής.

Ο υψηλός επιπολασμός ψυχοσωματικής εξουθένωσης των υγειονομικών, κυρίως στις Μ.Ε.Θ. και η επιδεινωμένη εικόνα θνητότητας στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας σε σύγκριση με άλλες χώρες, ενδεχόμενα οφείλεται στις σοβαρές ελλείψεις υγειονομικού προσωπικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, την έλλειψη επιχειρησιακού σχεδίου και ηγεσίας που να συντονίζει και να υλοποιεί, στην έλλειψη κουλτούρας συμμετοχής και συνεργασίας και βέβαια στην παντελή έλλειψη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για καλύτερη ανίχνευση, επιτήρηση και θεραπεία σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σημαντικότερος περιορισμός της εργασίας είναι το δείγμα πληθυσμού που μελετήθηκε (N= 136). Το γεγονός ότι δεν περιλαμβάνει τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας όλων των Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης αλλά και της ευρύτερης επικράτειας της Ελλάδας, δυσκολεύει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Το διάστημα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου που συνέπεσε με την καλοκαιρινή άδεια και ξεκούραση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να αποτέλεσε λόγο χαλάρωσης απόδοσης του νοήματος του ερευνητικού εργαλείου.

Ακόμη δεν μπορεί να αγνοηθεί η πιθανότητα του παράγοντα κοινωνικής επιθυμίας, ούτως ώστε οι απαντήσεις να γίνονται πιο αρεστές και να μην υποδηλώνουν με ακρίβεια την πραγματικότητα.

Επίσης πρέπει να διερευνηθούν σε βάθος συγκεκριμένοι αιτιολογικοί παράγοντες για την ψυχοσωματική επιβάρυνση των υγειονομικών και πως συσχετίζονται με την κακή εξέλιξη των σκληρών δεικτών της πανδημίας.

Η αντιμετώπιση της υψηλής συχνότητας ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης στο υγειονομικό προσωπικό κατά την περίοδο υγειονομικών κρίσεων όπως η πανδημία covid-19 επείγει και προϋποθέτει βούληση, οικονομικούς πόρους και αλλαγή νοοτροπίας. Η ανάπτυξη ειδικών σεμιναρίων ψυχολογικής και υποστηρικτικής αγωγής, ειδικές άδειες και μετακινήσεις προσωπικού είναι μερικές μόνο από τις συνηθισμένες πρακτικές διαχείρισης επαγγελματικού stress.

Τα διευθυντικά και διοικητικά στελέχη θα πρέπει να εκπαιδεύονται και να ενσωματώνουν νέα πρότυπα οργάνωσης και λειτουργίας υγειονομικών μονάδων που να αναγνωρίζουν και να προλαμβάνουν φαινόμενα ψυχολογικής εξάντλησης των εργαζομένων. Επίσης η οργάνωση και λειτουργία με συστηματικό τρόπο σεμιναρίων για όλο το υγειονομικό προσωπικό για να εξοικειωθούν με έναν νέο συμμετοχικό και δεσμευτικό τρόπο οργάνωσης των τμημάτων.

Η Πολιτεία, το αντίστοιχο υπουργείο, οι υπεύθυνοι θεσμικοί παράγοντες θα πρέπει να εκπονήσουν ειδικό επιχειρησιακό σχέδιο για κάθε υγειονομική περιφέρεια με λεπτομερή σχεδιασμό, δομές, ανθρώπινο δυναμικό, φορείς και ηγεσία που θα συντονίζει το σύνολο των δράσεων και να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα ενίσχυσης με ανθρώπινο δυναμικό και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό όλων των νοσοκομείων της χώρας

κυρίως όμως των περιφερειακών νοσοκομείων. Παράλληλα τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να αναβαθμίσουν τις υποδομές τους, να εξοπλιστούν και να επεκτείνουν τις Μ.Ε.Θ. με στόχο την αυτονομία και επάρκεια κάθε υγειονομικής περιφέρειας σε περίπτωση αντιμετώπισης μιας νέας υγειονομικής κρίσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdullah Alkhenizan and Charles Shaw. (2011) Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature. *Ann Saudi Med* 31(4), p.p. 407-416.
- Adalie Priami M. (2002) Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals. *ICUS and Nursing Web Journal* 11, p.p. 1-19.
- Ahola K. (2013) Understanding and preventing worker burnout https://oshwiki.eu/wiki/Understanding_and_preventing_-_Worker_-_Burnout. (Πρόσβαση 18-5-22).
- AL-Assaf AF., Sheikh M. (2004) Quality improvement in primary health care. A practical guide. Series 26. WHO Regional office for the Eastern Mediterranean, Cairo.
- Alkhenizan A., Shaw C. (2011) Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare services: a Systematic Review of Literature, Systematic review, *Ann Sandi Med* 31(4), p.p. 407-416.
- Arah OA., Klazinea NS., Delnois DM., Ten Asbroek AH., Custers T. (2003) Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality and improvement. *Int J Qual Health Care* 15, p.p. 377-398.
- Aslan SH., Alparslam Z., Aslan R., Keserapa C., Unal M. (1998) Gender related factors to burnout among Turkish health professional. *Ann Med Sci* 7, p.p. 101-106.
- Athanasiou M., Lytras T., Spala G., Triantafyllou E., Golfiopoulou K., Theocharopoulos G., Patrinos S., Danis K., Detsis M., Tsiodras S., et al. (2010) Fatal cases associated with pandemic influenza A (H1N1) reported in Greece. *PLoS Currents* 2, e1194.
- Babbie A., Lombardi L., Viceconti M.L., Rignataro S., Marino V., Crudele M., Candelori C., Bramanti S.M., Trumello C. (2020) Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Res* 113366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366>.

- Badri M.A., Attia S. and Ustadi A.M. (2009) Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: testing for causality. *International Journal of health care quality assurance*.
- Binns GS. (1997) The relationship among quality cost, and market share in hospitals. *Top Health Care Finance* 18, p.p. 21-23.
- Bonovas S., Nikolopoulos G. (2012) High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Preo Med Hyg* 53, p.p. 169-171.
- Borritz M., Bultmann U., Rugulies R., Christensen K.B., Villadsen E., Kristensen T. (2005) Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA study, *Journal of occupational and Environmental Medicine* 47, p.p. 1015-1025.
- Bravata M.D., Perkins J.A., Myers J.L. et al. (2021) Association of Intensive Care Unit Patient Load and Demand with Mortality Rates in US Department of Veterans Affairs Hospitals During the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open* 4(1), e2034266.
- Brown L.D., Franco L.M., Rafeh N., Hatzell T. (1998) Quality assurance of health care in developing countries. *Quality Assurance Project, Center For Human Services*.
- Camp R., Tweet A. (1994) Benchmarking applied to health care. *J Com J Qual Imp* 20, p.p. 229-238.
- Campbell D., Sonnad SS., Eckhauser E., Campbell KK., Green-Field LI. (2001) Burnout among American Surgeons. *Surgery* 130, p.p. 697-705.
- Cears.edu.gr/posotiki – vs – poiotiki. Πρόσβαση στην ιστοσελίδα 28/5/22.
- Chen J., Rathore SS., Radford MJ., Krumholz HM. (2003) JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Aff* 22, p.p. 243-254.
- Ching H. and Huarng F. (2002) TQM adaption by hospitals in Taiwan. *Journal of Total Quality Management* 13(4).
- Conway T. and Willcocks S. (1997) The role of expectation in healthcare quality. *International Journal of Healthcare Quality* 10(3), p.p. 131-140.

- Creswell J.W., Poth C.N. (2016) *Qualitative inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications.
- Dale B., Zairi M., Van der Wiele A. and Williams A. (2000) Quality is dead in Europe-long live excellences-true or false? *Measuring Business Excellence* 4(3), p.p. 4-11.
- Dawn M., Bravata Anthony J. Perkins, Laura J. Myers, Greg Arling, Ying Zhang, Alan J. Zillich, et al. (2021) Association of Intensive Care Unit Patient Load and Demand With Mortality Rates in US Department of Veterans Affairs Hospitals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open* 4 (1), p.p. 1-11.
- Dean J. and Bowen D. (1994) "Management theory and total quality: Improving research and practice through theory development". *Academy of Management Review* 19(3), p.p. 392-418.
- Deming W.E. (1985) Transformation of western style of management. *Interfaces* 15(3), p.p. 6-11.
- Deming W.E. (1994) *The New Economics: For Industry Government, Education*, 2nd ed. MIT Center for Advanced Engineering study, Cambridge, M.A.
- Deming WE. (1986) *Out of crisis*. MA, Massachusetts institute of Technology, Center for Advanced Engineering study. Cambridge.
- Deng J., Zhou F., Hou W., Silver Z., Wong C.Y., Chang O., Huang E., Zuo Q.K. (2020) The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: A meta-analysis. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*
- Der Karan S., O'Farrell PN. (2014) The impact of hospital accreditation on clinical documentation compliance: a life cycle explanation using interrupted time series analysis. *BMJ open* 4(8), e005240.
- Dobyns L. and Crawford-Mason C. (1991) *Quality for else: The Revolution in World Business* Houghton Mifflin, Boston, MA.
- Donabedian A. (1980) *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press, Anne Arbor, Michigan.
- Donabedian A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 260, p.p. 1743-1748.

- Donabedian A. (1989) Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Quality Assurance in Healthcare* 1, p.p. 3-12.
- DonHee Lee. (2012) Implementation of quality programs in health care organizations. Sogang Business School, Sogang University, South Korea, p.p. 387-404.
- Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., et al. (2017) Greece: health system review. *Health Syst Transit* 19, p.p. 1-192.
- Elhadi M., Msherghi A., Elgzairi M., et al. (2020) Burnout syndrome among hospital healthcare workers during the COVID-19 pandemic and civil war: a cross-sectional study. *Front Psychiatr* 11, 579563.
- Elizabeth J. Williamson, Alex J. Walker, Krishnan Bhaskaran, Seb Bacon, Chris Bates, Caroline E. Morton et al. (2020) Factors associated with COVID-19 - related death using Open SAFELY (584), p.p. 430- 446.
- El-Jardali F., Jamal D., Dimassi H., Ammar W., Tchaghchaghian V. (2008) The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care* 20(5), p.p. 363-371.
- Ermann D. (1910) Hospital utilization review: past experiences, future directions. *J Health Polit Policy Law* 5, p.p. 683-704.
- Favaretti C., De Pieri P., Torri E., Guarrera G., Fontana F., Debiassi F., Flor L. (2015) An EFQM excellence model for integrated healthcare governance. *International journal of health care quality assurance* 28(2), p.p. 156-172.
- Freedy JR, Hobfoll SE. (1994) Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach. *Anxiety, stress and Coping* 6, p.p. 311-325.
- Fromberg R. (1988) *Monitoring and Evaluation in Patient Care Services*. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, p. 76.
- Gabbe S., McLville J., Mandel L., Walker E. (2002) Burnout in chairs of obstetrics and gynaecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 186, p.p. 601-612.
- Gitlow H., Oppenheim A. and Oppenheim R. (1995) *Quality Management: Tools and Methods for Improvement* 2nd ed. Irwin, Burr Ridge.

- Giusti E.M., Pedroli E., D'Aniello G.E., Stramba Badiale C., et al. (2020) The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study. *Front. Psychol* 11, p. 1684.
- Gorter RC., Eukman M., Hoogstraten J.A. (2001) Career counseling program for dentists: Effects on burnout. *Patient Ed Couns* 43, p.p. 23-30.
- Goulia P., Mantas C., Dimitroula D., Mantis D., Hyphantis T. (2010) General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis* 10, p. 322.
- Hatinen M. (2008) *Treating Job Burnout in Employee Rehabilitation Change in Symptoms, Antecedents and Consequences*. University of Jyväskylä.
- Henning-Smith C. The unique impact of COVID-19 on older adults in rural areas. (2020) *J Aging Soc Policy* 32(4-5), p.p. 396-402.
- Henning-Smith C., Tuttle M, Kozhimannil KB. (2020) Unequal distribution of COVID-19 risk among rural residents by race and ethnicity. *J Rural Health*.
- Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H., Tracey L., et al. (2020) Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 7, p.p. 547-560.
- Hoque Z., Alam M. (1999) TQM adoption, institutionalism and changes in management accounting systems: a case study. *Accounting and Business Research* 1, 29(3), p.p. 199-210.
- Imo U. (2017) Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: a systematic literature review of prevalence and associated factors. *BJ Psych Bull* 41, p.p. 197-204.
- IOM (Institute of Medicine). (200) *T. Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC.: National Academy Press.
- Iyanda AE, Boakye KA, LuY, et al. (2021) Racial/ethnic heterogeneity and rural-urban disparity of COVID-19 case fatality ratio in the USA: a negative binomial and GIS-based analysis. *J Racial Ethn Health Disparities*. DOI: 10.1007/s40615-021-01006-7.

- Jafari S.M. Setak M. (2010) Total Quality Management Tools and Techniques: The Quest for an Implementation Roadmap. Malaysia, Proceedings of the AGBA 7th World Congress.
- Jenicke LO., Kumar A., Holmes MC. (2008) A framework for applying six sigma improvement methodology in academic environment. *The TQM Journal* 20(5), p.p. 453-462.
- Jenkins R., Elliott P. (2004) Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs* 48, p.p. 622-631.
- Jensen J. (1991) Marketing hospital quality. *Top Health Care Finance* 18, p.p. 58-66.
- Jones JW. (1980) Preliminary test marvel for the staff burnout scale for health professionals. House Management Consultants Inc, Illinois, London.
- Kalliath T., Morris R. (2002) Job satisfaction among nurses. A predictor of burnout levels. *JONA* 32, p.p. 648-654.
- Karim S.A., Chen H.F. (2021) Deaths from COVID-19 in Rural, Micropolitan and Metropolitan Areas: A Country-Level Comparison. *National Rural Health Association* 37, p.p. 124-132.
- Kim H., Hedge S., LaFiura C., et al. (2021) COVID-19 illness in relation to sleep and burnout. *BMJ NPH*.
- Kim J.S., Choi J.S. (2016) Factors influencing Emergency Nurses' Burnout During an Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Corona virus in *Asian Nursing Research* 10(4), p.p. 295-299.
- Kovner A.R. and Knickman J. (2008) Healthcare delivery in the United States. Springer Publishing Company, New York, 9th edition.
- Krishna Regmi. (2012) Effective Health Services: Perspectives and Perceptions of Health Service Users and Healthcare Practitioners. *Primary Health Care* 2(3), p.p. 1-7.
- Lee D. (2012) Implementation of quality programs in health care organizations. *Services Business* 6(3), p.p. 387-404.

- Lee SM., Lee DH., Kang CY. (2012) The impact of high-performance work systems in the health-care industry: employee reactions, service quality, customer satisfaction and customer levacty. *ServIndJ* 32(1), p.p. 17-36.
- LeiterM. P., MaslachC. (2005) Πως να αντιμετωπίσετε την Επαγγελματική Εξουθένωση. Έξι Στρατηγικές για τη βελτίωση της σχέσης σας με την εργασία. Επιμ. μτφ: Σ. Αντωνίου, Κλειδάριθμος.
- Lemaire J., Wallace J. (2017). Burnout among doctors. *BMJ* 358, p. 3360.
- Lopresti J. et al. (1993) Total Quality Management: Doing Things Right, *Nursing Managements*. January 24(1), p.p. 7-76.
- Luo M., Guo L., Yu M., Jiang W., Wang H. (2020) The psychological and mental impact of corona virus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psych Res* 291, 113190.
- Lytras T. & Tsiodras S. (2021) Total patient load, regional disparities and in-hospital mortality of intubated COVID-19 patients in Greece, from September 2020 to May 2021. *Scandinavian Journal of Public-Health*, p.p. 1-5.
- Lytras T. (2020) Healthcare system overstretch and in-hospital mortality of intubated COVID-19 patients in Greece: an updated analysis, September 2020 to April 2022. School of Medicine, European University Cyprus.
- Lytras T., Tsiodras S. (2021) Total patient load, regional disparities and in-hospital mortality of intubated COVID-19 patients in Greece from September 2020 to May 2021. *Scandinavian Journal of Public Health*, p.p. 1-5. <https://doi.org/10.1177/14034948211059968>.
- Lyu W., Wehby GL. (2020) Shelter-in-place orders reduced COVID-19 mortality and reduced the rate of growth in hospitalizations: study examine effects of shelter-in-places orders on daily growth rates of COVID-19 deaths and hospitalizations using event study models. *Health Affairs* 10, p. 1377
- M. Balasubramanian. (2016) Total Quality Management (TQM) in the Healthcare Industry – Challenges, Barriers and Implementation Developing a Framework for TQM Implementation in a Healthcare Setup. *Science Journal of Public Health* 4(4), p.p. 271-278.

- Maslach C., Jackson S. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior* 2, p.p. 99-113.
- Maslach C., Leiter M.P. (2008) Early predictors of Job burnout and engagement, *Journal of Applied Psychology* 93, p.p. 498-512.
- Maslach C., Schaufeli WB., Leiter MP. (2001) Job burnout. *Ann Rev Psych* 52, p.p. 397-422.
- McCve JD, Sachs CL. (1991) A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arzh Intern Med* 151, p.p. 2273-2274.
- Medic G., Wille M., Hemels ME. (2017) Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nat Sri Sleep* 9, p.p. 151-161.
- Middeldorp C.M., Stubbe J.H., Cath D.C., Boomsma D.I. (2005) Familiar clustering in burnout: a twin – family study, *Psychological Medicine* 35, p.p. 113-120.
- Misaouel P., Keramaris N., Apostolopoulos A., Syrmos N., Kappos T., Tasoulis A., Tripodaki E-S., Kagiampaki E., Lekkas L., Siegrist J. 2012 The effort – reward Imbalance Questionnaire in Greek: Translation Validation and Psychometric Properties in health professionals. *J Occup Health* 54, p.p. 119-130. <https://doi.org/10.1539/joh.11-0197-OA>.
- Moeller J. (2001) The EFQM excellence model: German experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care* 13(1), p.p. 45-49.
- Moll SE. (2014) The web of silence: a qualitative case study of early intervention and 'support for healthcare workers with mental ill-health. *BMC PubI Health* 14(1), p. 138.
- Murray CJ., Evans DB. (2003) *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. World Health Organization. Geneva.
- Nagoski E.A. Burnout. (2019) Πως θα βγείτε από τον κύκλο του στρες. Μτφ: Κ. Εμμανουηλίδου, Μεταίχμιο.
- Nicolaou N. and Kentas G. (2017) Total Quality Management Implementation Failure Reasons in Healthcare Sector. *Journal of Health Science* 6, p.p. 110-113.

- Nicolaou Nicolas and Kentas G. (2017) Total Quality Management Implementation Failure Reasons in Healthcare Sector. *Journal of Health Science* 5, p.p. 111-113.
- Ovretveit J. (2000) “Total Quality Management in European Healthcare”. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 13(2), p.p. 74-79.
- Özdin S., Özdin S.B. (2020) Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society; The importance of gender. *Int J Soc Psych* 66, p.p. 504-511.
- Painter MW., Lavisso-Mourey R. (2008) Aligning forces for quality: a program to improve health and health care in communities across the United States. *Health Aff* 27(5), p.p. 1461-1463.
- Papoutsi E., Giannakoulis G.V. et al. (2020) Global burden of covid-19 pandemic on healthcare workers. *ERJ open Res* 6, 00195. <https://doi.org/10.1183/23120541.00/95-2020>.
- Papoutsi G., Giannakoulis V., Ntella V., et al. (2020) Global burden of COVID-19 pandemic on healthcare workers. *ERJ Open Res* 6(2), p.p. 195-202.
- Pappa S., Athanasiou N., Sakkas N., Patrinos S., et al. (2021) From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic stress and Burnout in Healthcare Workers during the Covid-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross-Sectional study. *Int Journal Environmental. Res Public Health* 18, p. 2390.
- Pappa S., Barnett J., Berges I. and Sakkas N. (2021) Tired, Worked and Burned Out, but still Resilient: A cross-Sectional study of Mental Health Workers in the UK during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 18, p. 4457.
- Pappa S., Ntella V., Giannakas T., et al. (2020) Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior and Immunity* 88, p.p. 901-907.
- Pappa S., Ntella V., Giannakas T., Giannakoulis V.G., Papoutsi E., Katsaounou P. (2020) Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare

- workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Beh Immun* 88, p.p. 901-907.
- Pappa S., Sakkas N., Sakka E. (2021) A year in review: sleep dysfunction and psychological distress in healthcare workers during the covid-19 pandemic *sleep Medicine*.
- Pappa Sofia, Joshua Barnett, Ines Berges and Nikolaos Sakkas (2021). Tired, Worried and Burned Out, but Still Resilient: A Cross-Sectional Study of Mental Health Workers in the UK during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, 4457, p.p. 1-14.
- Pappa Sofia, Nikolaos Athanasiou, Nikolaos Sakkas, Stavros Patrinos, Elpitha Sakka, Zafeiria Barmparessou, Stamatoula Tsikrika, Andreas Adraktas, Athanasia Pataka, Ilias Migdalis, Sofia Gida and Paraskevi Katsaounou. (2021) From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, 2390, p.p. 1-16.
- Pappa Sofia, Nikolaos Sakkas, Elpitha Sakka. (2021) A year in review: sleep dysfunction and psychological distress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Journal Sleep Medicine* p.p. 1-9.
- Pappa Sofia, Vasiliki Ntella, Timoleon Giannakas, Vassilis G. Giannakoulis, Eleni Papoutsis, Paraskevi Katsaounou. (2020) Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior and Immunity* 88, p.p. 901-907.
- Pasquale MD., Peitzman AB., Bednarski J., Wasser TE. (2001) Outcome analysis of Pennsylvania trauma centers: Factors predictive of non survival in seriously injured patients. *J Trauma* 50, p.p. 465-472.
- Paul R., Arif AA., Adeyemi O., Ghosh S., Han D. (2020) Progression of COVID-19 from urban to rural areas in the United States: a spatiotemporal analysis of prevalence rates. *J Rural Health* 36, p.p. 591-601.

- Peter B. Petersen. (1999) Total quality management and the Deming approach to quality management. *Journal of Management History* 5(8), p.p. 468-488.
- Peters DJ. (2020) Community susceptibility and resiliency to COVID-19 Across the rural-urban continuum in the United States. *J Rural Health* 36(3), p.p. 446-456.
- Powell T. (1995) "Total quality management as competitive advantage: A review and empirical study". *Strategic Management Journal* 16, p.p. 15-37.
- Prajogo D. and Sohal A. (2003) "The Relationship between TQM Practices, Quality Performance, and Innovation Performance". *International Journal of Quality & Reliability Management* 20(8), p.p. 901-918.
- Preti E., Di Mattei V., Perego G., et al. (2020) The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Curr Psych Rep* 22, p. 43.
- Preti E., Di Mattei V., Perego G., Ferrari F., Mazzetti M., Taranto P., Di Pierro R., Madeddu F., Calati R. (2020) The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: Rapid review of the evidence. *Curr Psych Rep* 22, p.p. 1-22.
- Qiao H., Schaufeli W.B. (2010) The Convergent Validity of four Burnout Measures in a Chinese Sample: A Confirmatory factor – Analytic Approach. *Applied Psychology* 60(1), p.p. 87-111.
- Rakhmawati T., Sumaedi S., Judhi Astrini N. (2014) ISO 9001 in health service sector: a review and future research proposal. *International Journal of Quality and Service Sciences* 6(1), p.p. 17-29.
- Raou. (2015) Total quality management in healthcare: A historical perspective for a modern definition. *IJHSR* 5, p.p. 353-364.
- Regmi K., Naidoo J., Rillcington PA, Greer A. (2009) Decentralization and district health services in Nepal: Understanding the views of service users and service providers. *J Public Health (Oxf)* 32, p.p. 406-417.
- Ricci JA., Chee E., Lorandean AL., Berger J. (2007) Fatigue in the U.S. workforces: Prevalence and implication for lost productive work time, *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 49, p.p. 1-10.

- Saleema A. Karim & Hsueh-Fen Chen. (2021) Deaths From COVID-19 in Rural, Micropolitan, and Metropolitan Areas: A County-Level Comparison. *The Journal of Rural Health* 37, p.p. 124-132.
- Salehi M., Roudbari M. (2015) Zero inflated Poisson and negative binomial regression models: application in education. *Med J Islamic Republic Iran* 29, p. 297.
- Sallis JF., Owen N., Fisher EB. (2008) Ecological models of health behavior. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass p.p. 465-485.
- Sanguesa M., Mateo R., Ilzarbe L. (2007) How hospitals choose a quality management system: relevant criteria in Large Spanish hospitals. *Total Qual Man* 18(6), p.p. 613-630.
- Schaufeli W.B., Bakker A.B. (2004) Job demands job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi – sample study. *Journal of Organizational Behavior* 25, p.p. 293-315.
- Sekimoto M., Imanaka Y., Kobayashi H., Okubo T., Kizu J., Kobuse H. (2008) Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. *Am J Infect Control* 36, p.p. 212-219.
- Shaw CD (2004). *Toolkit for Accreditation Programs*, the International Society for Quality in Health Care. Australia.
- Shaw CD. (2000) External quality mechanisms for health care: Summary of the ExPeRT project on visiting, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External peer review techniques. European foundation for quality management International organization for standardization. *Int J Qual Health Care* 12, p.p. 169-175.
- Shevlin M., McBride O., Murphy J., Miller J.G., Hartman T.K., Levita L., Mason L., Martinez A.P., McKay R., Stocks T., et al. (2020) Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BMJ Psych Open* 6, p. 125.
- Siddiqui F., Haleem A. and Wadhwa L. (2009) “Role of Supply Chain Management in Context of Total Quality Management in Flexible Systems: A State - of the -

- Art Literature Review”. *Global Journal of Flexible Systems Management* 10(3), p.p. 1-10.
- Siegrist J. (1996) Adverse health effects of high – effort / low – reward condition. *J Occup Health Psychol* 1, p.p. 27-41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>.
- Siegrist J., Starke D., Chandola T., Godin I., Marmot M., Niedhammer I., Peter R. (2004) The measurement of effort – reward imbalance at work: European comparisons. *Soc science Med* 58, p.p.1483-1499. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00351-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00351-4).
- Sitkin S., Sutcliffe K. and Schroeder R. (1994) “Distinguishing control from learning in total quality management: a contingency perspective”. *Academy of Management Review* 19(3), p.p. 537-564.
- Soria A., Galimberti S., Lapadula G., et al. (2021) The high volume of patients admitted during the SARS-CoV-2 pandemic has an independent harmful impact on in-hospital mortality from COVID-19. *PLoS One*, 16.
- Stocchetti N., Segre G., Zanier E.R., Zaneti M., et al. (2021). Επαγγελματική εξουθένωση σε Εργαζομένους Μονάδας Εντατικής Θεραπείας κατά το Β΄ Κύμα της πανδημίας COVID-19: Ένα ενιαίο κέντρο Διατομεακή Ιταλική Μελέτη. *Int. J. of Environ. Res. and Public Health* 18, 6102.
- Subhash S. Dodwad. (2013) Quality Management in Healthcare, *Indian Journal of Public Health* 57(3).
- Subhash S. Dodwad. (2013) Quality Management in Healthcare. *Indian Journal of Public Health* 57(3), p.p. 138-143.
- Suver JD, Newmann BR, Boles KE. (1992) Accounting for the costs of quality. *Health Finance Manage* 46, p.p. 28-31.
- Swider B.W., Zimmerman R.D. (2010) Born to burnout: A meta-analysis path model of personality, Job burnout and work outcomes, *Journal of Vocational Behavior* 76, p.p. 487-506.
- Taylor M.J., McNicholas C., Nicolay C., Darzi A., Bell P. and Reed J.E. (2013) Systematic review of the application of the plan – do – study – act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual SaF, BMJ* 95.

- Van Matre JG., Koch KE. (2009) Understanding health care clinical process and outcome measures and their use in the Bolding Award application process. *Qual Manag J* 16(1), p.p. 18-28.
- Van Schoten S., De Block C., Spreewenber P., Groenewegen P., Wagner C. (2016) The EFQM Model as a framework for total quality management in healthcare: Results of a longitudinal quantitative study. *International journal of operations & production management* 36(8), p.p. 901-922.
- Vindegaard N., Benros ME. (2020) COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Beh Imm* 89, p.p. 531 -542.
- Vouzas F. and Psychogios A. (2007) "Assessing managers' awareness of TQM". *The TQM Magazine* 19(1), p.p. 62-75.
- West DJ., Horan JJ., Comes P.A. (1984) Component analysis of occupational stress inoculation applied to registered nurses in an acute care hospital setting. *J Consult Clin Psych* 31, p.p. 209-218.
- Westcott R. (2005) *The Certified Manager of Quality / Organizational Excellence Handbook*. 3rd ed. Milwaukee, Wisconsin: ASQ Quality Press.
- Whitman G., Kim Y., Davidson L., Wolf G., Wang S. (2002) The impact of staffing on patient outcomes across speciality units. *JONA* 32, p. 12.
- WHO. (1993) *Continuous quality development: A proposal national policy*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Wilkin D., Hallam L., Doggett MA. (1992) *Measures of Need and Outcome for Primary Health Care*. Oxford University Press, Oxford, New York.
- Williamson J.E., Walker J.A., Bhaskaran K., Bacon S. (2020) Factors associated with COVID-19 – related death using open safely. *Nature* 584, p.p. 430-436.
- Wilson DD., Collier DA. (2000) An empirical investigation of the Malcolm Baldrige national award causal model. *Desis Scie* 31(2), p.p. 362-390.
- Wilson L., Foldschmidt P. (1995) *Quality management in health care* Mc Graw-Hill, New York.

- World Health Organisation. (2007) Everybody's Business: strengthening Health Systems to improve Health Outcomes. WHO. Geneva.
- Xia L., Chen C., Liu Z., et al. (2021) Prevalence of sleep disturbances and sleep quality .in Chinese healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Front Psych* 12, p. 646342
- Xiao H., Zhang Y., Kong D., et al. (2020) The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with corona virus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sri Mon* 26, p. 923549
- Yousefian S., Harat A.T., Fathi M., Ravand M. (2013) A proposed adaptation of joint commission international accreditation standards for hospital – JCI to the health care excellence model. *Advances in Environment Biology* p.p. 956-968.
- Yousuf N. (2011) “Total Quality Management: Do health profession educators need to be educated”? *EdinMedJour* 3(2), p.p. 65-69.
- Αναγνωστόπουλος Φ. και Παπαδάτου Δ. (1992) Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτών. *Ψυχολογικά θέματα* 5(3), p.p. 183-202.
- Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν. (2008) Η Επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 25(5), p.p. 642-647.
- Δούκα Α. (2019) Φόρτος εργασίας και εργασιακό άγχος νοσηλευτών μονάδων εντατικής θεραπείας ως παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής και την ασφάλεια περίθαλψης των ασθενών. *ΕΑΠ*.
- Ιεροδιακόνου Χ. Σ., Ιακωβίδης Α. Ι. (1997) Η ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο.
- Κουκουφιλίππου Ι., Μπόμπος Γ., Μπόγρη Δ., Βασιλακοπούλου Β., Κοϊνης Α. (2017) Το Σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό Νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 34(3), p.p. 327-333.
- Κουτελάκης Ι., Πολυκανδριώτη Μ. (2007) Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης των Νοσηλευτών, Το Βήμα του Ασκληπιού (1).
- Κυριαζή Ν. (2009) Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών 1, *Ελληνικά Γράμματα*, 14^η έκδοση.

- Κυριαζή Ν. (2020) Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Ελληνικά Γράμματα, Β΄ έκδοση, Αθήνα.
- Λύτρας Θ., Τσιόδρας Σ. (2021) Συνολικό φορτίο ασθενών, περιφερειακές ανισότητες και ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα διασωληνωμένων ασθενών με COVID-19 στην Ελλάδα, από τον Σεπτέμβριο του 2020 έως τον Μάιο του 2021. Δημόσια Υγεία.
- Μάρκοβιτς Γ., Μοναστηρίδου Σ. (2011) Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 1(4), p.p. 51-56.
- Μάρκου Π. (2005) Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. Επιθεώρηση Υγείας 16, p.p. 21-25.
- Μάρκου Π. (2005) Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. Επιθεώρηση Υγείας 16, p.p. 21-25.
- Ναούμ Σ. (2019) Το σύνδρομο Burnout στους γιατρούς. Επιστημονικά Χρονικά 24(3), p.p. 302-311.
- Οικονομοπούλου ΧΒ, Λιαρόπουλος Μ., Δόσσιος Α. (2000) Αξιολόγηση ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας. Επιθεώρηση Υγείας 11, p.p. 35-37.
- Οτάβιο Τ., Ρανζάνι, Λεονάρντο Σ. Α. Μπάστος, Ζοάο Γκάμπριελ Μ. Γκέλι, Τζανίνα Φ. Μαρσέσι, Φερνάντα Μπαϊάο κ.ά. (2021) Χαρακτηρισμός των πρώτων 250.000 εισαγωγών σε νοσοκομεία για COVID-19 στη Βραζιλία: μια αναδρομική ανάλυση των δεδομένων σε εθνικό επίπεδο. LancetRespMed 9(4), p.p. 407-418.
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1995) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα p.p. 242-265.
- Παπακωνσταντίνου Κ., Παναγοπούλου Μ., Φλουρέντζος Κ. (2016) Επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό. Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα.
- Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς Ν. (2012) Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και η αξιολόγησή της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 23(4), p.p. 480-488.
- Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. (2007) Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. ArchivesofHellenicMedicine.

- Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. (2008) Επαγγελματική εξουθένωση Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 25(1), p.p. 94-101.
- Πτομιγλάκη Μ., Καφετζάκης Β., Καραμαλάκης Μ., Χανιωτάκης Α. (2006) Κόπωση επαγγελματιών υγείας. Ιατρικά Χρονικά 29, p.p. 242-248.
- Στατιστική Υπηρεσία, Νοσοκομείο "Παπανικολάου", 2021.
- Τούντας Γ. (1986) Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας. Πολιτική υγείας. MatMedGr 14, p.p. 316-320.
- Τούντας Γ. (2003) Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες Υγείας. Πολιτική Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20, p.p. 532-546.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

ΜΕΡΟΣ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο	<input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα
Ηλικία	<input type="checkbox"/> < 20 ετών <input type="checkbox"/> 20-29 ετών <input type="checkbox"/> 30-39 ετών <input type="checkbox"/> 40-49 ετών <input type="checkbox"/> > 50 ετών
Επίπεδο εκπαίδευσης	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος Δημοτικού <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Γυμνασίου <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Λυκείου <input type="checkbox"/> Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/> Απόφοιτος ΙΕΚ/Παστέρ <input type="checkbox"/> Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου <input type="checkbox"/> Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου
Οικογενειακή κατάσταση	<input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Έγγαμος χωρίς παιδιά <input type="checkbox"/> Έγγαμος με παιδιά <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος <input type="checkbox"/> Χήρος <input type="checkbox"/> Άλλο
Καθεστώς εργασίας	<input type="checkbox"/> Σύμβαση αορίστου χρόνου <input type="checkbox"/> Σύμβαση ορισμένου χρόνου
Είδος απασχόλησης	<input type="checkbox"/> Μερική απασχόληση <input type="checkbox"/> Πλήρης απασχόληση
Έτη προϋπηρεσίας	<input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31-40
Τομέας/Κλινική εργασίας	Παρακαλώ συμπληρώστε

ΜΕΡΟΣ Β: Ερωτήσεις που βασίζονται στο ερωτηματολόγιο MBI (Maslach Burnout Inventory) που μελετούν την συναισθηματική εξουθένωση, την αποπροσωπότητα, την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.

		Πάντα	Συχνά	Κάποιες φορές	Ποτέ	Median	Q1	Q3	IQR	Median	MEAN	SD
1.	Αισθάνομαι ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	1	2	3	4	3	2	3	1	3	2,60	0,68
2.	Νιώθω κούραση όταν ξυπνάω το πρωί και πρέπει να πάω στη δουλειά	1	2	3	4	3	2	3	1	3	2,50	0,78
3.	Όταν ξυπνάω το πρωί σκέφτομαι τη δουλειά και αγχώνομαι	1	2	3	4	3	2	4	2	3	2,80	0,82
4.	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα στους ασθενείς σαν να είναι αντικείμενα	1	2	3	4	3	3	4	1	3	3,10	0,70
5.	Πλέον νιώθω λιγότερο ευαίσθητος από όταν ξεκίνησα τη δουλειά	1	2	3	4	3	2	3	1	3	2,90	0,80
6.	Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	1	2	3	4	2	2	3	1	2	2,50	0,74
7.	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα πιεστικά προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά	1	2	3	4	2	2	3	1	2	2,70	0,70

ΜΕΡΟΣ Γ: Ερωτήσεις που βασίζονται στο ερωτηματολόγιο ERI (Effort Reward Imbalance) που αφορούν στους κινδύνους-παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών, την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής και την ασφάλεια της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

		Πάντα	Συχνά	Κάποιες φορές	Ποτέ	Median	Q1	Q3	IQR	MEAN	SD
1.	Έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου	1	2	3	4	2	1	2	1	1,70	0,67
2.	Υπάρχει επάρκεια προσωπικού	1	2	3	4	3	3	3	0	2,90	0,75
3.	Φοβάμαι μήπως βλάψω έναν ασθενή από δικό μου λάθος	1	2	3	4	3	3	3	0	2,80	0,75
4.	Με διακόπτουν συχνά ενώ εκτελώ μια νοσηλευτική πράξη	1	2	3	4	3	2	3	1	2,70	0,74
5.	Υπάρχουν φορές που δεν αρκούν οι ώρες του ωραρίου μου για να ολοκληρώσω τη δουλειά μου	1	2	3	4	3	2	3	1	3,20	0,70
6.	Υπάρχουν φορές που αναγκάζομαι να παραμελώ κάποια καθήκοντά μου λόγω φόρτου εργασίας	1	2	3	4	3	3	3	0	3,00	0,83
7.	Το φυσικό περιβάλλον εργασίας μου (χώροι εργασίας, ανάπαυσης, χώροι νοσηλείας, θερμοκρασία, φωτισμός) είναι ιδανικό για να εργαστώ	1	2	3	4	3	2	3	1	2,50	0,86
8.	Υπάρχουν φορές	1	2	3	4	3	2	3	1	2,70	0,71

	που οι ιατρικές οδηγίες είναι δυσανάγνωστες ή ασαφείς										
9.	Η επικοινωνία με τους ιατρούς είναι αποτελεσματική	1	2	3	4	2	2	3	1	2,10	0,75
10.	Η συνεργασία με τους άλλους νοσηλευτές είναι αποτελεσματική	1	2	3	4	2	2	2	0	2,10	0,62
11.	Η συνεργασία με τους ιατρούς είναι αποτελεσματική	1	2	3	4	2	2	3	1	2,00	0,71
12.	Υπάρχει επάρκεια υλικοτεχνικής υποδομής (υλικό, εξοπλισμός)	1	2	3	4	3	2	3	1	2,60	0,86
13.	Το κυκλικό ωράριο επηρεάζει τη συγκέντρωσή μου στη δουλειά και την απόδοσή μου	1	2	3	4	3	2	3	1	2,70	0,79
14.	Η έλλειψη ύπνου αυξάνει την πιθανότητα να κάνω λάθη	1	2	3	4	3	2	3	1	2,60	0,84

ΜΕΡΟΣ Δ: Προσεγγίσεις και πραγματικότητα για τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

		Συμφωνώ σπάνια	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ σπάνια	Median	Q1	Q3	IQR	MEAN	SD
1.	Κατά την περίοδο της πανδημίας, η κλινική έχει σημειώσει βελτιώσεις στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης στους ασθενείς	1	2	3	4	5	3	2	3	1	2,50	0,87
2.	Κατά την περίοδο της πανδημίας, η κλινική έχει διατηρήσει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας παρά τους οικονομικούς	1	2	3	4	5	2	2	3	1	2,50	0,94

	περιορισμούς											
3.	Κατά την περίοδο της πανδημίας, η κλινική έχει σημειώσει βελτιώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει η διοίκηση (χρηματοδότηση, ανθρώπινοι πόροι κλπ.)	1	2	3	4	5	3	2	4	2	2,80	0,95
4.	Η ανώτατη διοίκηση είναι μια πρωταρχική κινητήρια δύναμη πίσω από τις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας	1	2	3	4	5	3	2	4	2	2,50	1,11
5.	Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής κατανέμουν κατάλληλα τους διαθέσιμους πόρους (π.χ. οικονομικά, άτομα, χρόνο και εξοπλισμό) για τη βελτίωση της ποιότητας	1	2	3	4	5	3	2	4	2	2,70	0,94
6.	Τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη της κλινικής έχουν επιδείξει ικανότητα διαχείρισης των αλλαγών (π.χ. οργανωτικών, τεχνολογικών) που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και των υπηρεσιών	1	2	3	4	5	3	2	3	1	2,30	0,82
7.	Οι προσδοκίες των ασθενών σχετικά με την ποιότητα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό προτεραιοτήτων για τη βελτίωση της ποιότητας	1	2	3	4	5	3	2	3	1	2,40	0,76
8.	Οι νοσηλεύτριες/νοσηλευτές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό προτεραιοτήτων για τη βελτίωση της ποιότητας, μέσω εκπροσώπησης στο οργανόγραμμα της κλινικής	1	2	3	4	5	2	2	2	0	2,30	0,77

9.	Η διεπιστημονική συνεργασία για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υποστηρίζεται και ενθαρρύνεται	1	2	3	4	5	3	2	3	1	2,30	0,84
10.	Η κλινική ελέγχει τακτικά τον εξοπλισμό, προμήθειες, για να βεβαιωθεί ότι πληρούν τις ποιοτικές απαιτήσεις	1	2	3	4	5	2	2	3	1	2,20	0,84
11.	Οι υπηρεσίες που παρέχει η κλινική, ελέγχονται διεξοδικά ως προς την ποιότητα τους, πριν εφαρμοστούν	1	2	3	4	5	2	2	3	1	2,40	0,80
12.	Η κλινική αξιολογεί τις τρέχουσες ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών	1	2	3	4	5	2	2	3	1	2,20	0,77
13.	Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν τη βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών	1	2	3	4	5	2	2	3	1	2,50	0,81
14.	Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν στην κλινική να χρησιμοποιεί καλύτερα τους εσωτερικούς του πόρους (π.χ. οικονομικούς, ανθρώπινους, κλπ.)	1	2	3	4	5	3	2	3	1	2,30	0,75
15.	Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας επιτρέπουν στην κλινική να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών	1	2	3	4	5	3	2	3	1	2,30	0,84
16.	Τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας συμβάλλουν στην ανάπτυξη συνεργασίας με τους εταίρους του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης	1	2	3	4	5	3	2	3	1	2,50	0,85
17.	Τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας είναι ένα	1	2	3	4	5	2	2	3	1	2,40	0,81

πολύτιμο εργαλείο για την εφαρμογή αλλαγών από την κλινική												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Διαδικαστικά έγγραφα



“Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ”

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
3^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Τηλ. 2313 307134 FAX 2313 307061

Εξοχή 9.7.2021
αρ. πρωτ. 732

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Θ. Αστέρη
Σ. Διευθύντρια
Αναισθησιολογικού
Τμήματος

**Θέμα: Διαβίβαση εισήγησης της 7^{ης}/9.7.2021 Εκτακτης Συνεδρίασης του
Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Θ. «Γ.Παπανικολάου».**

Ι. Μαντζώρος
Επικ. Καθηγητής
Χειρουργικής
Δ' Χειρουργική
Κλινική ΑΠΘ

Σας διαβιβάζουμε την έγκριση εκπόνησης έρευνας στο πλαίσιο μεταπτυχιακό σπουδών της κ. Αθανασίας Τενεκετζή, εισήγηση της 7^{ης}/9.7.2021 (θέμα 22ο) Εκτακτης Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου» για ενημέρωσή σας.

Χ. Λαλαγιάννη
Διευθύντρια ΕΣΥ
Αιματολογικής
Κλινικής- ΜΜΜΟ

Για το Επιστημονικό Συμβούλιο

Η Πρόεδρος

Θεοδώρα ΣΤ. Αστέρη

Σπ. Γουγούσης
Επιμελητής Α'
Ωτορινολαρυγγολογική
Κλινική

Ε. Καϊμακάμης
Επιμελητής Β
Α ΜΕΘ

Χρ. Καραχρήστος
Ειδικευόμενος
Πνευμονολογίας

Κ. Δαφνοπούλου
Τεχνολόγος Ιατρικών
Εργαστηρίων
Αιματολογικό
Εργαστήριο

Δημ. Ράμμου
Νοσηλεύτρια
Αναισθησιολογικό
Τμήμα

ΠΡΑΚΤΙΚΑ

7^η Εκτακτης Συνεδρίασης

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Θ. Αστέρη
Σ. Διευθύντρια
Αναισθησιολογικού
Τμήματος

Ι. Μαντζώρος
Επικ. Καθηγητής
Χειρουργικής
Δ' Χειρουργική
Κλινική ΑΠΘ

Χ. Λαλαγιάννη
Διευθύντρια ΕΣΥ
Αιματολογικής
Κλινικής- ΜΜΜΟ

Σπ. Γουγούσης
Επιμελητής Α'
Ωτορινολαρυγγολογική
Κλινική

Ε. Καϊμακάμης
Επιμελητής Β
Α ΜΕΘ

Χρ. Καραχρήστος
Ειδικευόμενος
Πνευμονολογίας

Κ. Δαφνοπούλου
Τεχνολόγος Ιατρικών
Εργαστηρίων
Αιματολογικό
Εργαστήριο

Δημ. Ράμμου
Νοσηλεύτρια
Αναισθησιολογικό
Τμήμα

Στην Εξοχή Θεσσαλονίκης, σήμερα 9.7.2021 ημέρα Παρασκευή, ύστερα από την με αρ. πρωτ. 700/9.7.2021 πρόσκληση της Προέδρου, κ. Θεοδώρας Στ. Αστέρη έλαβαν μέρος σε συνεδρίαση που πραγματοποιήθηκε εκ περιφοράς τα παρακάτω μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου:

Πρόεδρος: Θεοδώρα Στ. Αστέρη

Μέλη: Ι. Μαντζώρος, Χ. Λαλαγιάννη, Σπ. Γουγούσης, Ε. Καϊμακάμης, Κ. Δαφνοπούλου, Δ. Ράμμου. Χρ. Καραχρήστος
Στη συνεδρίαση μετέχει η κ. Βαλεντίνη Παπαγεωργίου, ως Γραμματέας του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Η Πρόεδρος κ. Θεοδώρα Στ. Αστέρη κηρύσσει την έναρξη της συνεδρίασης με τα παρακάτω θέματα της Ημερήσιας Διάταξης:

Θέμα 22ο: Έγκριση εκπόνησης έρευνας στο πλαίσιο μεταπτυχιακό σπουδών της κ. Αθανασίας Τενεκετζή.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την 7^η/9.7.2021 Εκτακτη Συνεδρίασή του αφού έλαβε υπόψη:

1. Το με αριθμ. 676/5.7.2021 αίτημα της κ. Αθανασίας Τενεκετζή, φοιτήτριας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών "Διοίκηση Μονάδων Υγείας" του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, που αφορά στην εκπόνηση έρευνας με θέμα "Οι συνέπειες της πανδημίας στον τρόπο λειτουργίας του Νοσοκομείου και οι επιπτώσεις στην ποιότητα λειτουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)" με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κ. Γκουτζαμάνη Αικατερίνη, κατά την οποία η υποψήφια ερευνήτρια θα εξετάσει με τη χρήση ερωτηματολογίου τις συνέπειες της πανδημίας στον τρόπο λειτουργίας του Νοσοκομείου και τις επιπτώσεις στην ποιότητα λειτουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας σε όλες τις ΜΕΘ του Νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε όλο το προσωπικό των ΜΕΘ.
2. Τα επισυναπτόμενα στοιχεία (σχετική αίτηση της υποψήφιας ερευνήτριας, βεβαίωση από το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, ερωτηματολόγιο.
3. Το γεγονός ότι δεν επιβαρύνεται οικονομικά το νοσοκομείο.
4. Μετά από τη διεξοδική συζήτηση μεταξύ των μελών του

ομόφωνα εγκρίνει

το αίτημα της κ. Αθανασίας Τενεκετζή, φοιτήτριας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών "Διοίκηση Μονάδων Υγείας" του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, που αφορά στην εκπόνηση έρευνας με θέμα "Οι συνέπειες της πανδημίας στον τρόπο λειτουργίας του Νοσοκομείου και οι επιπτώσεις στην ποιότητα λειτουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)" με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κ. Γκουτζαμάνη Αικατερίνη, κατά την οποία η υποψήφια ερευνήτρια θα εξετάσει με τη χρήση ερωτηματολογίου τις συνέπειες της πανδημίας στον τρόπο λειτουργίας του Νοσοκομείου και τις επιπτώσεις στην ποιότητα λειτουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας σε όλες τις ΜΕΘ του Νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε όλο το προσωπικό των ΜΕΘ.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την 7^η/9.7.2021 Εκτακτη Συνεδρίασή συζήτησε το:

Θέμα 22ο: Έγκριση εκπόνησης έρευνας στο πλαίσιο μεταπτυχιακό σπουδών της κ. Αθανασίας Τενεκετζή.

Η Πρόεδρος
του
Επιστημονικού Συμβουλίου

Θεοδώρα Αστέρη

Τα Μέλη

Ι. Μαντζώρος (παρών)

Χ. Λαλαγιάννη (παρούσα)

Σπ. Γουγούσης (παρών)

Ε. Καίμακάμης (παρών)

Δ. Ραμμου (παρούσα)

Κ. Δαφνοπούλου (παρούσα)

Χρ. Καραχρήστος (παρών)

Η Γραμματέας

Β. Παπαγεωργίου

