



**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

«Διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης και της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στο νοσοκομείο»

ΟΝΟΜ/ΝΟ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: Ηλίας Μαρτίνης

**Επιβλέπων Καθηγητής: Θεόδωρος Σεργεντάνης
Συνεπιβλέπων Καθηγητής: Δομάγερ Φίλιππος-Ριχάρδος**

ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

Σεπτέμβριος, 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή που την δημιούργησε. Σύμφωνα με την πολιτική ανοιχτής πρόσβασης, ο συγγραφέας/δημιουργός παραχωρεί στο ΕΑΠ μια μη αποκλειστική άδεια για την αναπαραγωγή, προσαρμογή, δημόσιο δανεισμό, παρουσίαση στο κοινό και διεθνή ψηφιακή διάχυση, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε άλλο μέσο, για διαδικτυακούς και ερευνητικούς σκοπούς, χωρίς αντάλλαγμα και για όλη τη διάρκεια της ισχύος των πνευματικών δικαιωμάτων.

Η ανοιχτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν παρέχει με κανέναν τρόπο δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα, ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφορά» (λήψη), «ανάρτηση» (μεταμόρφωση), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς την ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας διατηρεί όλα τα ηθικά και περιουσιακά του δικαιώματα.

Περίληψη

Σκοπός: Η παρούσα ερευνητική μελέτη διερευνά το εργασιακό περιβάλλον, τα επίπεδα της εξουθένωσης και την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», επιδιώκοντας να αποσαφηνιστεί, πώς οι εν λόγω παράγοντες επηρεάζουν τα επίπεδα ποιότητας καθώς και την παρεχόμενη ασφάλεια στη φροντίδα.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 120 νοσηλευτών, οι οποίοι αξιολογήθηκαν μέσω τριών σταθμισμένων εργαλείων της κλίμακας του εργασιακού περιβάλλοντος (PES-NWI), της εξουθένωσης (CBI) και της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών (HSOPSC). Για τη συγκέντρωση του ερευνητικού υλικού αξιοποιήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, ενώ η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε μέσω μεθόδων περιγραφικής στατιστικής, συσχετίσεων του συντελεστή Spearman και πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων.

Αποτελέσματα: Το εργασιακό περιβάλλον αξιολογήθηκε σε μέτρια επίπεδα, με θετική εκτίμηση της ηγεσίας και της ομαδικής συνεργασίας, αλλά με σημαντικές ελλείψεις στην επάρκεια του προσωπικού και την διοικητική ανταπόκριση. Τα επίπεδα της εξουθένωσης ήταν υψηλά, ειδικά στη προσωπική και την εργασιακή διάσταση. Η κουλτούρα ασφάλειας παρουσίασε μέτρια έως χαμηλά επίπεδα, με σημαντική θετική συσχέτιση με το εργασιακό περιβάλλον και αρνητική συσχέτιση με την εξουθένωση. Οι νοσηλευτές στη ΜΕΘ αξιολόγησαν καλύτερα την ασφάλεια και ανέφεραν λιγότερα δυσμενή συμβάντα συγκριτικά με άλλους τομείς εργασίας. Επιπλέον, η ηλικία και ο χρόνος εργασίας σχετίστηκαν με την αντίληψη και την αναφορά δυσμενών συμβάντων.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την βασική ανάγκη για βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, με έμφαση στην επάρκεια του προσωπικού και τη διοικητική υποστήριξη, καθώς και την ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας μέσω της εκπαίδευσης και ενεργούς συμμετοχής του νοσηλευτικού προσωπικού. Η αντιμετώπιση της εξουθένωσης μέσω παρεμβάσεων ψυχολογικής υποστήριξης και βελτιστοποίησης των συνθηκών εργασίας είναι κρίσιμη, ώστε να διασφαλιστεί ένα υψηλό επίπεδο ασφαλούς και ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας των ληπτών των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, το σύστημα υγείας και το κράτος πρέπει να θεσπίσουν κίνητρα που θα ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν φροντίδα σ' ένα υγιές περιβάλλον, όπου πρωταρχικός στόχος θα είναι η ασφάλεια των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Εργασιακό περιβάλλον, εξουθένωση, κουλτούρα ασφάλειας ασθενών, ποιότητα φροντίδας, νοσηλευτικό προσωπικό

Abstract

Purpose: This study investigated the work environment, levels of professional burnout, and patient safety culture at the General Hospital of Athens "Laiko," aiming to clarify how these factors influence the quality and safety of nursing care.

Methodology: The study included 120 nurses who were assessed using three standardized instruments: the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), the Copenhagen Burnout Inventory (CBI), and the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Data were collected using self-administered questionnaires, and the analysis included descriptive statistics, Spearman's correlation coefficients, and multiple linear regressions.

Results: The work environment was rated as moderate, with a positive assessment of leadership and teamwork, but significant shortcomings in staff adequacy and administrative responsiveness. Burnout levels were high, especially in the personal and occupational dimensions. The safety culture was moderate to low and was significantly positively correlated with the work environment and negatively correlated with burnout. ICU nurses rated safety higher and reported fewer adverse events than other work areas. Additionally, age and length of employment were associated with perceptions and reporting of adverse events.

Conclusions: The findings emphasize the critical need to improve the work environment by focusing on staffing adequacy and managerial support, as well as strengthening the patient safety culture through education and active participation of the nursing staff. Addressing burnout through psychological support interventions and optimizing working conditions is essential to ensure high-quality and safe nursing care. Furthermore, the healthcare system and the state must establish incentives that encourage health professionals to provide care in a healthy environment in which patient safety is the primary objective.

Keywords: Work environment, professional burnout, patient safety culture, quality of care, nursing staff

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	3
Abstract.....	4
Εισαγωγή.....	8
Κεφάλαιο 1: Εργασιακό Περιβάλλον.....	10
1.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά.....	10
1.2. Αξιολόγηση του νοσηλευτικού εργασιακού περιβάλλοντος μέσω της κλίμακας PES-NWI1	
Κεφάλαιο 2: Επαγγελματική Εξουθένωση.....	16
2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός και στοιχεία.....	16
2.2 Εξουθένωση με τη χρήση του εργαλείου Copenhagen Burnout Inventory (CBI).....	18
Κεφάλαιο 3: Κουλτούρα ασφάλειας ασθενών.....	23
3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός και στοιχεία.....	23
3.1.1 Στοιχεία για την μη ασφαλή περίθαλψη.....	26
3.2 Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών μέσω του εργαλείου Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).....	29
Κεφάλαιο 4: Παρούσα Μελέτη.....	33
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	33
4.2 Χρησιμότητα της έρευνας.....	33
4.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	34
Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία.....	35
5.1 Σχεδιασμός της έρευνας.....	35
5.2 Δείγμα της μελέτης.....	35
5.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	36
5.3.1 Ερωτηματολόγιο εργασιακού Περιβάλλοντος.....	36
5.3.2 Ερωτηματολόγιο της Εξουθένωσης.....	37
5.3.3 Το εργαλείο Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC, έκδοση 1.0).....	38
5.4 Φάσεις και Διαδικασία Συγκέντρωσης των Δεδομένων.....	39
5.5 Μεθοδολογία Στατιστικής Επεξεργασίας.....	40
5.6 Ηθικά Ζητήματα.....	40
Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα.....	42
6.1. Περιγραφική Στατιστική.....	42
6.2. Συσχετίσεις μεταβλητών.....	47
6.3. Μονομεταβλητή ανάλυση.....	48

6.3. Πολυπαραγοντική ανάλυση.....	57
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση.....	63
Συμπεράσματα.....	65
Βιβλιογραφία.....	67
Παράρτημα Α.....	77
Παράρτημα Β.....	88

Πίνακες

Πίνακας 1: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία.....	42
Πίνακας 2: Κλίμακα Εργασιακού Περιβάλλοντος.....	44
Πίνακας 3: Δείκτης αξιοπιστίας της κλίμακας του εργασιακού περιβάλλοντος.....	45
Πίνακας 4: Δείκτης αξιοπιστίας της κλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	46
Πίνακας 5: Δείκτης αξιοπιστίας της κλίμακας κουλτούρας ασφάλειας.....	46
Πίνακας 6: Συσχέτιση ανάμεσα στις διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας με το εργασιακό περιβάλλον και την εξουθένωση.....	47
Πίνακας 7: Διασφάλιση ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα ανάλογα σε συνάρτηση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	48
Πίνακας 8: Διασφάλιση ασφάλειας του ασθενούς από τον/την προϊστάμενο βάσει των ατομικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων.....	50
Πίνακας 9: Διασφάλιση ασφάλειας του ασθενούς από την επικοινωνία σε σχέση με το προφίλ των συμμετεχόντων.....	50
Πίνακας 10: Συνολική εκτίμηση της ασφάλειας σύμφωνα με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	51
Πίνακας 11: Συχνότητα αναφοράς συμβάντων ως προς τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	52
Πίνακας 12: Διασφάλιση της ασφάλειας από το νοσοκομείο αναφορικά με τα προσωπικά στοιχεία των ερωτηθέντων.....	53
Πίνακας 13: Αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα βάσει των χαρακτηριστικών του υπο μελέτη πληθυσμού.....	54
Πίνακας 14: Συσχέτιση των διαστάσεων κουλτούρας ασφαλείας με την ηλικιακή ομάδα και τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας.....	56
Πίνακας 15: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος, του τομέα εργασίας και της εξουθένωσης από τη συναναστροφή με τους ασθενείς με τη κουλτούρα ασφάλειας.....	57
Πίνακας 16: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης από τη συναναστροφή με τους ασθενείς με την διάσταση της διασφάλισης του ασθενούς από τον/την προϊστάμενο.....	58

Πίνακας 17: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος και της εξουθένωσης λόγω της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς, ως προς τη διάσταση της επικοινωνίας.....	59
Πίνακας 18: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος και της προκαλούμενης από την επαφή με τους ασθενείς εξουθένωσης, αναφορικά με την διάσταση της συνολικής εκτίμησης ασφάλειας 60	
Πίνακας 19: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος, το χρονικό διάστημα εργασίας στην παρούσα ειδικότητα με τη συχνότητα αναφοράς συμβάντων.....	60
Πίνακας 20: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης από την συναναστροφή με ασθενείς με την διάσταση της διασφάλισης ασφάλειας ασθενούς από το νοσοκομείο.....	61
Πίνακας 21: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης από την συναναστροφή με ασθενείς και ο χρόνος εργασίας στο νοσοκομείο με τον αριθμό δυσμενών συμβάντων που αναφέρθηκαν το τελευταίο έτος.....	62

Γραφήματα

Γράφημα 1: Ραβδόγραμμα σχετικά με το τμήμα εργασίας σε φθίνουσα σειρά.....	43
Γράφημα 2: Ιστόγραμμα για τον χρόνο εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.....	44
Γράφημα 3: Γράφημα συσχέτισης των βαθμολογιών εργασιακής εξουθένωσης και προσπάθειας διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα.....	48
Γράφημα 4: Γράφημα για την μέση βαθμολογία διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα που εργάζονται οι συμμετέχοντες ανάλογα με τον τομέα εργασίας.....	49
Γράφημα 5: Γράφημα για το μέσο αριθμό αναφερόμενων δυσμενών συμβάντων τον τελευταίο χρόνο ανάλογα με τον τομέα εργασίας.....	55
Γράφημα 6: Γράφημα συσχέτισης του χρόνου εργασίας στο νοσοκομείο με την αξιολόγηση διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα.....	56
Γράφημα 7: Γράφημα συσχέτισης της βαθμολογίας αξιολόγησης του εργασιακού περιβάλλοντος και της προσπάθειας του προϊσταμένου για διασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς.....	58
Γράφημα 8: Γράφημα συσχέτισης της βαθμολογίας επικοινωνίας και εξουθένωσης από την συναναστροφή με ασθενείς.....	59
Γράφημα 9: Γράφημα συσχέτισης της συσχέτισης της συχνότητας αναφοράς δυσμενών συμβάντων με τον χρόνο προϋπηρεσίας στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα.....	60
Γράφημα 10: Γράφημα συσχέτισης της κλίμακας αξιολόγησης του εργασιακού περιβάλλοντος με την βαθμολογία στην διάσταση διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από το νοσοκομείο..	61
Γράφημα 11: Γράφημα συσχέτισης της εξουθένωσης από την συναναστροφή με ασθενείς με τον αριθμό δυσμενών συμβάντων το τελευταίο έτος.....	62

Εισαγωγή

Το εργασιακό περιβάλλον, η επαγγελματική εξουθένωση και η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών αποτελούν θεμελιώδεις παράγοντες για τα νοσηλευτικά ιδρύματα, καθώς έχουν σημαντική επίδραση στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται και στην ευημερία του νοσηλευτικού προσωπικού (Brofidi, Vlasiadis & Philalithis, 2018). Ως εκ τούτου, τα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης έχουν αναδιαμορφώσει τα παραδοσιακά μοντέλα διαχείρισης για να αντιμετωπίσουν την έλλειψη προσωπικού, τη διατήρηση και εναλλαγή του, αποσκοπώντας στην ενίσχυση της παραγωγικότητας, την αναβάθμιση της επιχειρησιακής ικανότητας και ταυτόχρονα στη συγκράτηση του κόστους στο πλαίσιο των υγειονομικών υπηρεσιών (Ellis & Hartley, 2004).

Σύμφωνα με προειδοποιήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η παροχή μη ασφαλούς περίθαλψης ενδέχεται να προκαλέσει αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας, και έχει αναθέσει σε ειδικούς την ανάλυση της διεθνούς βιβλιογραφίας, σχετικά με το εν λόγω ζήτημα. Οι ειδικοί κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η μη ασφαλής φροντίδα μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στον παγκόσμιο πληθυσμό και ότι η κατανόηση αυτών των παραγόντων από τα συστήματα υγείας μπορεί να βοηθήσει στην αποτελεσματική αντιμετώπισή τους (Jha et al., 2010).

Η έλλειψη ασφάλειας στη φροντίδα αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στο εργασιακό περιβάλλον της νοσηλευτικής πρακτικής. Το περιβάλλον αυτό συνδέεται στενά με την πρόσληψη, την επάρκεια του διαθέσιμου προσωπικού, καθώς και με το επίπεδο ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών φροντίδας (Van Bogaert et al., 2013). Συνεπώς, το νοσηλευτικό περιβάλλον περιγράφεται ως ο χώρος εργασίας, του οποίου τα οργανωτικά χαρακτηριστικά, είτε διευκολύνουν είτε εμποδίζουν την επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική και έχει σχεδιαστεί για να προάγει υψηλά πρότυπα παροχής υπηρεσιών υγείας, να ενισχύσει την προστασία των ασθενών και να συμβάλλει στη διατήρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης του προσωπικού (Lake, 2002).

Η έλλειψη νοσηλευτών αναπόφευκτα θα προκαλέσει προβλήματα στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την ασφαλή διαχείριση των ασθενών. Σύμφωνα, με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, οι κενές θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού αναμένεται να φτάσουν τις 590.000 έως το 2020 (Sermeus & Bruyneel, 2010). Επιπλέον, ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ελλάδα με 85.000 κενές θέσεις και η Πορτογαλία με 32.000, αντιμετωπίζουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό (Buscher, Sivertsen & White, 2010). Η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση της έλλειψης νοσηλευτών που έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια (Twigg & McCullough, 2014).

Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό περιβάλλον αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που ενδέχεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις, τόσο στην παρεχόμενη φροντίδα όσο και στην ασφάλεια των θεραπευτικών διαδικασιών. Πρόκειται για μια διαταραχή που σχετίζεται άμεσα

με τις εργασιακές συνθήκες και προκύπτει από το έντονο επαγγελματικό στρες που βιώνει το προσωπικό που απασχολείται στους κλάδους της παροχής φροντίδας και της εκπαίδευσης, λόγω της συνεχούς αλληλεπίδρασής τους με άλλους ανθρώπους (Andrade & Cardoso, 2012). Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν συχνά κινδύνους, όπως η εξάντληση την ώρα της υπηρεσίας, γεγονός που ενδέχεται να μειώσει την δυνατότητά τους να προσφέρουν υψηλής ποιότητας φροντίδα, με αποτέλεσμα βλάβες, τόσο στους ασθενείς όσο και στις υπηρεσίες υγείας. Η εξουθένωση συνδέεται στενά με την υποβάθμιση των συνθηκών ασφαλούς νοσηλείας. Παράγοντες, όπως ο αυξημένος φόρτος εργασίας, οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι πολύωρες βάρδιες συνδέονται με έντονα φαινόμενα εργασιακής εξουθένωσης (Garcia et al., 2019).

Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται από μια συγχρονική μελέτη στην Ελλάδα, σύμφωνα με την οποία η φθορά των εργασιακών συνθηκών συμβαδίζει με την έξαρση του συνδρόμου burnout (Moisoglou et al., 2025).

Οι συνθήκες στο νοσηλευτικό περιβάλλον μπορούν να προκαλέσουν εξουθένωση, επηρεάζοντας αρνητικά την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών. Η ασφάλεια των ασθενών περιλαμβάνει την πρόληψη λαθών κατά τη φροντίδα, την ταυτοποίηση των ασθενών, καθώς και την αποτροπή τραυματισμών ή άλλων βλαβών κατά τη νοσηλεία τους (Ziarukh, & Sabir, 2024). Αυτή η κουλτούρα αντικατοπτρίζει ένα σύνολο κοινών συμπεριφορών, αξιών και πεποιθήσεων που καθορίζουν τον τρόπο εκτέλεσης των παρεμβάσεων στο νοσηλευτικό περιβάλλον (de Lima Garcia et al., 2019).

Με βάση τα παραπάνω, η παρούσα διπλωματική εργασία στοχεύει στη διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης και της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών στο νοσοκομείο, εστιάζοντας ειδικά στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (ΓΝΑ) Λαϊκό.

Κεφάλαιο 1: Εργασιακό Περιβάλλον

1.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά

Το περιβάλλον της νοσηλευτικής πρακτικής έχει σχεδιαστεί υπό το πρίσμα της επαγγελματικής, οργανωτικής και εργασιακής κοινωνιολογίας. Αυτή η θεωρητική προσέγγιση αναδεικνύει την πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει την οργάνωση του νοσηλευτικού περιβάλλοντος, το οποίο περιλαμβάνει τη φροντίδα των ασθενών υπό μεταβαλλόμενες συνθήκες σε περίπλοκα οργανωτικά πλαίσια. Αυτοί οι παράγοντες αποτελούν τη βάση του περιβάλλοντος της νοσηλευτικής πρακτικής. Είναι σαφές, ότι η εφαρμογή ενός εμπειρικού εργαλείου για την αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος στα νοσηλευτικά ιδρύματα θα έδινε τη δυνατότητα στα στελέχη να αντιμετωπίσουν ελλείψεις και στους ερευνητές να αναπτύξουν θεωρητικές συσχετίσεις ανάμεσα στο περιβάλλον και τα επίπεδα ασφάλειας, την αποδοτικότητα καθώς και την ποιότητα της προσφερόμενης υγειονομικής περίθαλψης (Katsiroumpa et al., 2024).

Το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών θεωρείται η θεμελιώδης δομή όλων των συστημάτων υγείας για την άσκηση του επαγγέλματος και την ενισχυμένη εποπτεία του νοσηλευτικού έργου. Ορίζεται από τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του που διευκολύνουν την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, ειδικά όσον αφορά την παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Αυτά τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν τις σχέσεις συνεργασίας με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα, τη διοικητική υποστήριξη, τη συμβολή των νοσηλευτών σε θεσμικό επίπεδο για τη βελτιστοποίηση της παρεχόμενης φροντίδας, την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού και την επάρκεια των υλικοτεχνικών πόρων. (Lake et al., 2019).

Πρόσφατα, το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με έντονο Burnout, το οποίο πυροδοτείται από δυσμενείς συνθήκες εργασίας, με κυριότερες τον υπερβολικό όγκο καθηκόντων, την ανεπαρκή οργανωτική υποστήριξη και την ηγεσία (Alves, Oliveira & Paro, 2019). Σε μια συστηματική ανασκόπηση που εξέτασε 16 μελέτες με 18.935 νοσηλευτές, υπό το φως της υγειονομικής κρίσης που προκάλεσε η πανδημία του κορωνοϊού διαπιστώθηκε, ότι το ποσοστό της συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία ήταν 34,1%, η αποπροσωποποίηση έφτασε το 12,6% και η έλλειψη ατομικής ικανοποίησης ανήλθε στο 15,2%. Ως βασικότερες αιτίες αυτής της εικόνας αναγνωρίστηκαν η ελλιπής κοινωνική στήριξη, η επέκταση των βαρδιών, οι παρατεταμένες ώρες παραμονής στο νοσοκομείο λόγω των περιοριστικών μέτρων, η απασχόληση σε επικίνδυνα εργασιακά περιβάλλοντα, καθώς και οι σοβαρές ελλείψεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε προσωπικό, πόρους καθώς και η ανεπαρκής ειδική εκπαίδευση των εργαζομένων για τη διαχείριση της συγκεκριμένης υγειονομικής κρίσης.

Ως εκ τούτου, η συστηματική ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, λόγω αυτών των παραγόντων, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι επιρρεπές στην επαγγελματική εξουθένωση, την εμφάνιση ηθικών διλημάτων που προκαλούν δυσφορία, αλλά και τη συναισθηματική εξάντληση, λόγω της συνεχούς προσφοράς συμπόνιας (Galanis et al., 2021). Επιπλέον, εδώ και πολλές δεκαετίες τα νοσηλευτικά ιδρύματα αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα ασφάλειας στη φροντίδα των ασθενών, όπως ανεπιθύμητα συμβάντα, λάθη στη χορήγηση φαρμάκων, πτώσεις και χειρουργικά λάθη. Διάφορες έρευνες έχουν καταδείξει, ότι τα περιβάλλοντα νοσηλευτικής πρακτικής είναι χώροι υψηλού κινδύνου που στερούνται την κουλτούρα ασφάλειας, με αποτέλεσμα την παράταση της νοσηλείας, την αναπηρία ή ακόμη και τους θανάτους (Ree & Wiig, 2019).

Αυτό το γεγονός είναι απόλυτα σύμφωνο με τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας, η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι ένα μη υγιές εργασιακό περιβάλλον για το νοσηλευτικό προσωπικό των ιδρυμάτων θέτει άμεσα σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων (Moisoglou et al., 2020). Επομένως, το επάγγελμα της νοσηλευτικής και το σύγχρονο τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα περίπλοκα, και μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι η ανάπτυξη μιας θετικής κουλτούρας ασφάλειας ασθενών προκύπτει από αξιόπιστους και ορατούς ηγέτες που υποστηρίζουν πρακτικές ασφάλειας (Katsiroumpa et al., 2024).

Είναι ζωτικής σημασίας να αναγνωριστεί, ότι οι νοσηλευτές έχουν τις πιο συχνές αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς, καθιστώντας τους ηγέτες των νοσηλευτικών υπηρεσιών κύριους παράγοντες επιρροής στη διαμόρφωση της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών για την επίτευξη βελτιωμένων αποτελεσμάτων στην φροντίδα (Murray, Sundin & Cope, 2018). Έτσι, η ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών αποτελεί δείκτη της ευημερίας τους.

Επομένως, ένας ηγέτης που προάγει το ομαδικό πνεύμα συνεργασίας, εμπλέκει το προσωπικό στη λήψη αποφάσεων, αναγνωρίζει τα θετικά βήματα που έχουν πραγματοποιήσει οι νοσηλευτές και ενθαρρύνει την παρακίνηση, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα της εργασιακής ζωής (Gottlieb, Gottlieb & Bitzas, 2021).

1.2. Αξιολόγηση του νοσηλευτικού εργασιακού περιβάλλοντος μέσω της κλίμακας PES-NWI

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, γίνεται φανερό ότι η ανάλυση του νοσηλευτικού περιβάλλοντος είναι κρίσιμη, καθώς τα χαρακτηριστικά της οργάνωσής του επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση των νοσηλευτών, την παραμονή τους στη θέση εργασίας, το επίπεδο της προσφερόμενης υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την έκβαση της υγείας των νοσηλευόμενων (Brofidi, Vlasidis & Philalithis, 2018).

Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών σε πέντε δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα, συγκρίνοντάς τα με τα Μαγνητικά νοσοκομεία. Η ερευνητική διαδικασία και η λήψη των δεδομένων στηρίχθηκαν στην εφαρμογή του ερευνητικού εργαλείου Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), την οποία συμπλήρωσαν 532 νοσηλευτές. Τα ευρήματα της έρευνας αποκάλυψαν, ότι και τα πέντε δημόσια νοσοκομεία θεωρήθηκαν από τους νοσηλευτές ως δυσμενές εργασιακό περιβάλλον, με τέσσερις από τις πέντε υποκλίμακες του ερωτηματολογίου να χαρακτηρίζονται ως δυσάρεστες, ενώ μόνο οι σχέσεις συναδελφικότητας μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού εκτιμήθηκαν ως θετικό οργανωτικό χαρακτηριστικό (Brofidi, Vlasiadis & Philalithis, 2018).

Ως εκ τούτου, κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι το περιβάλλον της νοσηλευτικής πρακτικής στα ελληνικά νοσοκομεία είναι αρνητικό, και συνεπώς, οι διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων πρέπει να αναλάβουν δράση για τη βελτίωση της τρέχουσας κατάστασης. Αυτό περιλαμβάνει την υποστήριξη της ενεργούς συμμετοχής των νοσηλευτών, τη συνεχή εκπαίδευση, την ορθή διαχείριση των ανθρώπινων πόρων και την υιοθέτηση διαδικασιών αξιολόγησης (Brofidi, Vlasiadis & Philalithis, 2018).

Επιπλέον, σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 11 μονάδες αιμοκάθαρσης δημόσιων νοσοκομείων της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ), εξετάστηκε το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών σε αυτούς τους χώρους και η σχέση του με τα αποτελέσματα των ασθενών. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο PES-NWI, το οποίο περιλαμβάνει πέντε υποκλίμακες: η συμμετοχή των νοσηλευτών σε θέματα του νοσοκομείου, τα θεμέλια της ποιότητας της νοσηλευτικής, η ικανότητα και η υποστήριξη στη διαχείριση του νοσηλευτικού προσωπικού, η επάρκεια σε προσωπικό και πόρους, καθώς και οι σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι τρεις από τις πέντε υποκλίμακες είχαν μέση βαθμολογία πάνω από 2,5 (θετική αξιολόγηση), ενώ οι άλλες δύο ήταν κάτω από 2,5.

Συνεπώς, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας ήταν 2,48, υποδεικνύοντας ότι το νοσηλευτικό περιβάλλον της μονάδας αιμοκάθαρσης ήταν δυσμενές. Αυτό το δυσμενές περιβάλλον συνέβαλε σε διάφορα προβλήματα, όπως η υπόταση, που ήταν το πιο συχνό ανεπιθύμητο συμβάν, και οι πτώσεις ασθενών. Οι ερευνητές της μελέτης κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών που ασχολούνται με την αιμοκάθαρση επηρεάζει σημαντικά την ασφαλή και ποιοτική προσέγγιση κατά τη νοσηλεία και τη φροντίδα των ασθενών (Prezerakos, Galanis & Moisoglou, 2015).

Έτσι, το νοσοκομειακό περιβάλλον αποτελεί έναν σύνθετο οργανισμό που χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο αλληλεξάρτησης μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών. Αυτή η σχέση μεταξύ των διάφορων επαγγελματικών ομάδων που εργάζονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα θεωρείται

καταλυτική για τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας και την ικανοποίηση των νοσηλευτών (Prezerakos, Galanis & Moisoglou, 2015). Αυτή η πρόταση επιβεβαιώνεται σε δύο μελέτες.

Η πρώτη μελέτη αναφέρει, ότι η αποτελεσματική συνεργασία των νοσηλευτών με τους ιατρούς έχει συνδεθεί με χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών σε διάστημα 30 ημερών (Estabrooks et al., 2011). Η δεύτερη μελέτη επισημαίνει, ότι οι θετικές σχέσεις εργασίας μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, καθώς και η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επιστημονικών κλάδων, συνδέονται άμεσα με την επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, τη βούλησή του για διατήρηση της θέσης εργασίας του, καθώς και τον περιορισμό των ποσοστών του Burnout (Rafferty, Ball & Aiken, 2001).

Επιπλέον, μια μελέτη που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ του εργασιακού περιβάλλοντος και επιλεγμένων δεικτών ασφάλειας ασθενών σε δείγμα 520 νοσηλευτών από πέντε δημόσια νοσοκομεία, με τη χρήση του εργαλείου PES-NWI, έδειξε ότι οι σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών-ιατρών και η ικανότητα, η ηγεσία και η υποστήριξη των νοσηλευτών από τους διευθυντές ήταν τα δύο πιο ευνοϊκά στοιχεία του νοσηλευτικού περιβάλλοντος. Ωστόσο, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας ήταν μικρότερη από 2,5, υποδηλώνοντας ένα μη ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον για τους νοσηλευτές (Moisoglou et al., 2020). Αυτό αντικατοπτρίζεται και στους δείκτες ασφάλειας των ασθενών, καθώς οι νοσηλευτές ανέφεραν, ότι οι λοιμώξεις από καθετήρα ήταν πολύ συχνό φαινόμενο σε ποσοστό 51,6% και τα έλκη πίεσης σε ποσοστό 40,3% (Moisoglou et al., 2020).

Μια μελέτη που διεξήχθη σε βελγικά νοσοκομεία, επικεντρωμένη στους νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), αξιολόγησε την επίδραση του νοσηλευτικού περιβάλλοντος, την πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας και τον επιπολασμό της επαγγελματικής εξουθένωσης μετά από δύο χρόνια πανδημίας COVID-19. Η συλλογή δεδομένων για τους προαναφερθέντες παράγοντες πραγματοποιήθηκε με το εργαλείο PES-NWI, ενώ για την επαγγελματική εξουθένωση χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Maslach Burnout Inventory (MBI). Τα αποτελέσματα της συγχρονικής μελέτης έδειξαν, ότι ο συνολικός κίνδυνος εξουθένωσης ανά νοσοκομείο ήταν 17,6%, ενώ το ποσοστό των νοσηλευτών που εμφάνιζαν τουλάχιστον μία διάσταση της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης στις βελγικές ΜΕΘ ήταν 71,6%. Περίπου το 42,9% των νοσηλευτών ανέφερε, ότι σκοπεύει να εγκαταλείψει την τρέχουσα εργασία του, ενώ η συνολική αξιολόγηση με την ύπαρξη θετικών στοιχείων στο εργασιακό περιβάλλον έφτασε το 49%.

Οι ερευνητές της μελέτης κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι τα επίπεδα του επιβαρυνμένου εργασιακού περιβάλλοντος, η συχνότητα του συνδρόμου Burnout, καθώς και η τάση φυγής των νοσηλευτών από τον κλάδο μετά από δύο χρόνια πανδημίας COVID-19 ήταν ιδιαίτερα αυξημένα στις ΜΕΘ των βελγικών νοσοκομείων (Bruyneel et al., 2023).

Επιπλέον, το σημαντικό πρόβλημα έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού δεν περιορίζεται μόνο στην Πολωνία, αλλά επεκτείνεται παγκοσμίως. Σε μια μελέτη που διεξήχθη σε 1509 νοσηλευτές

που εργάζονταν σε χειρουργικά και εσωτερικά τμήματα 21 νοσοκομείων στην Πολωνία, αναλύθηκαν οι μεταβλητές που καθορίζουν την τάση παραίτησης από τα καθήκοντά τους, οι συνθήκες εργασίας, ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης και ο αριθμός των νοσηλευτών που εξυπηρέτησαν στην τελευταία τους βάρδια. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση των κλιμάκων PES-NWI και MBI. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το 48,84% των νοσηλευτών εξέφρασαν την πρόθεση να εγκαταλείψουν τη θέση εργασίας τους, ενώ η προσθήκη έστω και ενός επιπλέον νοσηλεύόμενου ανά βάρδια συνδέθηκε με μια άνοδο της τάξης του 1% στην πιθανότητα παραίτησης από το επάγγελμα. Όπως και η συναισθηματική εξάντληση. Η μελέτη συμπέρανε, πως το φαινόμενο της εργασιακής εξουθένωσης ως απόρροια της διεύρυνσης του αριθμού των υπό φροντίδα ασθενών, η επαγγελματική εξουθένωση και η συναισθηματική εξάντληση συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο εγκατάλειψης της εργασίας στο νοσοκομείο (Malinowska-Lipień et al., 2023).

Από τα παραπάνω δεδομένα γίνεται σαφές, ότι το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα για τις υπηρεσίες φροντίδας που παρέχονται, καθώς μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το νοσηλευτικό προσωπικό, αυξάνοντας το σύνδρομο της εξουθένωσης και τη βούληση για παραίτηση από το νοσοκομειακό πλαίσιο. Αυτό το γεγονός επιβεβαιώνεται και σε μια σύγχρονη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομεία της Ελλάδας το φθινόπωρο του 2024 που μελετήθηκε, πώς οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν την εμφάνιση της εξουθένωσης αλλά και την πιθανότητα εγκατάλειψης της θέσης του υγειονομικού προσωπικού. Οι ερευνητές για την αξιολόγηση αυτών των παραγόντων χρησιμοποίησαν το εργαλείο PES-NWI, ένα μέτρο της εξουθένωσης αλλά και τις πιθανότητες οικειοθελούς παραίτησης.

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν, ότι η πρόθεση για αποχώρηση ήταν αρκετά υψηλή σε ποσοστό 56,7% και η μέση βαθμολογία ενός στοιχείου της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν 7,78%, γεγονός που υποδηλώνει, ότι οι νοσηλευτές διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης εξουθένωσης.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης, το κλίμα που επικρατεί στον νοσηλευτικό χώρο μπορεί να πυροδοτήσει την εργασιακή εξουθένωση, η οποία αλυσιδωτά εντείνει την επιθυμία του προσωπικού για έξοδο από τον υγειονομικό κλάδο. Επομένως, είναι απαραίτητο η διοίκηση να λάβει μέτρα και να εφαρμόσει παρεμβάσεις που θα βελτιώσουν σημαντικά το εργασιακό περιβάλλον, μειώνοντας, έτσι την εξουθένωση και την αποχώρηση των επαγγελματιών υγείας από τα νοσοκομεία (Moisoglou et al., 2025).

Συνεπώς, οι διοικήσεις των νοσοκομείων σε παγκόσμιο επίπεδο αντιμετωπίζουν συνεχή πίεση, επιδιώκοντας τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς (Moisoglou et al., 2020). Τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού περιβάλλοντος λειτουργούν ως προγνωστικοί δείκτες της ποιότητας των υπηρεσιών, ενώ το στύλ ηγεσίας, και ειδικότερα το μετασχηματιστικό, επηρεάζει την εργασιακή ικανοποίηση και τα αποτελέσματα ασφάλειας για τους ασθενείς (Boamah et al., 2018).

Επιπλέον, η ύπαρξη προσωπικού περίθαλψης που στελεχώνεται από επαρκή αριθμό νοσηλευτικού δυναμικού συνδέεται με βελτιωμένες κλινικές εκβάσεις και μειωμένη διάρκεια παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο (Moisoglou et al., 2019).

Κεφάλαιο 2: Επαγγελματική Εξουθένωση

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός και στοιχεία

Από τα στοιχεία που αναφέρθηκαν προηγουμένως στις μελέτες γίνεται φανερό, ότι τα προβλήματα στο νοσηλευτικό περιβάλλον μπορούν να αποτελέσουν σημαντικά εμπόδια στην ποιότητα, αλλά και την ασφαλή προσέγγιση των προσφερόμενων κλινικών υπηρεσιών προς τους λήπτες υγείας. Αυτά τα εμπόδια, όπως ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, τα εξαντλητικά ωράρια και η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση προς τους νοσηλευτές, μπορεί να οδηγήσουν στην δύνανται να συνεπαχθούν την εμφάνιση του συνδρόμου burnout. Η συγκεκριμένη κατάσταση αναλύεται σε τρεις κύριες διαστάσεις: τη συναισθηματική εξουθένωση, την αποπροσωποποίηση και τον περιορισμό της προσωπικής ικανοποίησης του εργαζόμενου και συνήθως προκαλείται από το χρόνιο εργασιακό στρες (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Πολλές μετα-αναλύσεις που έχουν διεξαχθεί εκτιμούν, ότι το ποσοστό εξουθένωσης των νοσηλευτών κυμαίνεται από 11% έως 56%. Στη συστηματική αυτή ανασκόπηση μελετών αναφέρεται, ότι διάφορες χώρες, όπως οι χώρες της Αφρικής, παρουσίαζαν τα υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε σύγκριση με τα ευρωπαϊκά κράτη και τις περιοχές της Κεντρικής Ασίας, όπου είχαν τα χαμηλότερα (Woo et al., 2020).

Σε μια άλλη ανασκόπηση, γίνεται αναφορά στα ποσοστά της επικράτησης της κόπωσης και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα ποσοστά επικράτησης για την κόπωση ήταν 52,55% και για την εξουθένωση 51,98% μεταξύ των νοσηλευτών. Για τη μείωση του ποσοστού της εξουθένωσης, οι συγγραφείς, προτείνουν ως μέσα αντιμετώπισης την ενίσχυση της εκπαίδευσης και της κατάρτισης που θα συμβάλει σε μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής για τους ίδιους (Zhang et al., 2018).

Τα παραπάνω ποσοστά αυξήθηκαν σημαντικά, κατά την περίοδο της υγειονομικής κρίσης COVID-19 (Coronavirus Disease), εύρημα το οποίο αποτυπώνεται σε μια συστηματική ανασκόπηση μελετών και μια συγχρονική μελέτη αντίστοιχα. Στην ανασκόπηση που συμπεριελήφθησαν 95 μελέτες, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η παγκόσμια επικράτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης τα τελευταία χρόνια της πανδημίας, των νοσηλευτών ήταν 30%, εξαιτίας της σημαντικής έλλειψης προσωπικού στα νοσηλευτικά ιδρύματα και της σημαντικής αύξησης του πληθυσμού. Επίσης, η τάση αυτή ήταν ιδιαίτερα υψηλή σε χώρες της Ευρώπης και την Αφρική (Ge et al., 2023).

Κρίνεται σκόπιμο να υπογραμμιστεί στο παρόν στάδιο, πως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στις 28 Μαΐου 2019, αναγνώρισε την εξουθένωση ως «επαγγελματικό φαινόμενο», επισημαίνοντας, ότι πρόκειται για ένα σύνδρομο που απορρέει από τη χρόνια έκθεση σε εργασιακό στρες, το οποίο δεν έχει καμφθεί επαρκώς (Woo et al., 2020). Η εξουθένωση των επαγγελματιών

υγείας αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για το υγειονομικό σύστημα των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (ΗΠΑ). Ως εκ τούτου, μια συστηματική ανασκόπηση μελετών επιχείρησε να διερευνήσει τον επιπολασμό της επαγγελματικής εξουθένωσης στο σύστημα υγείας και να εντοπίσει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, με στόχο την ενημέρωση των διοικήσεων των νοσοκομείων, σχετικά με τις μεθόδους αντιμετώπισής τους (Shah et al., 2021).

Η ανασκόπηση αποκάλυψε, ότι το 2017 ο κύριος λόγος αποχώρησης των νοσηλευτών από το σύστημα υγείας ήταν η επαγγελματική εξουθένωση, με ποσοστό 31,5%. Στη Δύση, τα ποσοστά ήταν τα χαμηλότερα, φτάνοντας το 16,6%, ενώ στη Νοτιοανατολική περιοχή καταγράφηκαν τα υψηλότερα ποσοστά, αγγίζοντας το 30%. Όσοι νοσηλευτές απασχολούνταν σε εβδομαδιαία βάση για περισσότερες από 40 ώρες συγκέντρωναν αυξημένες πιθανότητες να παραιτηθούν, εξαιτίας της εξουθένωσης, συγκριτικά με τους συναδέλφους τους που δούλευαν λιγότερο από ένα 20ωρο την εβδομάδα (Shah et al., 2021). Παράλληλα, τα άτομα που είχαν ήδη αποχωρήσει ή εξέταζαν το ενδεχόμενο φυγής, λόγω εργασιακής καταπόνησης σημείωσαν ως κύριες αιτίες το αγχωτικό εργασιακό περιβάλλον, με ποσοστά 68,6% και 59,5% αντίστοιχα, και την έλλειψη προσωπικού, με ποσοστά 63% και 60,9%.

Συνεπώς, οι ερευνητές της εν λόγω ανασκόπησης συμπεραίνουν πως η εργασιακή εξάντληση αναδεικνύεται σε μείζον υγειονομικό και οργανωτικό πρόβλημα για τους νοσηλευτές στην Αμερική, υπογραμμίζοντας την άμεση ανάγκη των υγειονομικών οργανισμών να εστιάσουν σε στρατηγικές για την αντιμετώπισή του, όπως η πρόσληψη επιπλέον νοσηλευτικού προσωπικού για την εξασφάλιση επαρκούς στελέχωσης και η μείωση των ωρών εργασίας ανά βάρδια (Shah et al., 2021).

Σε μια άλλη συστηματική ανασκόπηση που περιλάμβανε 20 μελέτες, διερευνήθηκε, πώς η εξουθένωση του προσωπικού αλληλεπιδρά με την ασφάλεια των νοσηλευόμενων, τα επίπεδα της παρεχόμενης περίθαλψης, την αφοσίωση στον οργανισμό, την αποδοτικότητα της κλινικής πράξης, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησης των ληπτών υγείας. Από τα ευρήματα προέκυψε, ότι το Burnout συνιστά μια σοβαρή απειλή, οι επιπτώσεις της οποίας αγγίζουν τόσο το απασχολούμενο προσωπικό όσο και τους νοσηλευόμενους, τα νοσοκομειακά ιδρύματα παροχής υπηρεσιών υγείας και την κοινωνία στο σύνολό της (Jun et al., 2021).

Συμπερασματικά, η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται άμεσα με την επιδείνωση της ασφαλούς προσέγγισης και της αναβάθμισης της περίθαλψης που δέχονται οι ασθενείς, καθώς και με τη μείωση της οργανωτικής δέσμευσης και της παραγωγικότητας των νοσηλευτών.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση που διεξήχθη στον ελλαδικό χώρο, εν μέσω της υγειονομικής κρίσης του κορωνοϊού μέσα από τη σύνθεση 16 ερευνών, στις οποίες έλαβαν μέρος συνολικά 18.935 νοσηλευτές, διαπιστώθηκε πως τα ευρήματα έδειξαν, ότι η συναισθηματική εξάντληση είχε επικράτηση 34,1%, η αποπροσωποποίηση 12,6% και η έλλειψη προσωπικής ικανοποίησης 15,2%. Οι κεντρικοί προσδιοριστικοί παράγοντες που οδήγησαν στην κλιμάκωση του

συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης περιλάμβαναν τη νεαρή ηλικία, την περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη, την ανεπαρκή διαθεσιμότητα και η υποστήριξη από το οικογενειακό και συναδελφικό περιβάλλον για να αντιμετωπίσουν την πανδημία COVID-19, την παρατεταμένη εργασία σε περιοχές καραντίνας, την εργασία σε νοσοκομεία που αντιμετωπίζουν ελλείψεις σε υλικά και προσωπικό, τον αυξημένο φόρτο εργασίας καθώς και το έλλειμμα εξειδικευμένης γνώσης αναφορικά με τη νόσο COVID-19 (Galanis et al., 2021).

Επιπλέον, μια συγχρονική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτική υγειονομική μονάδα στην Ελλάδα διερεύνησε τη σύνδεση μεταξύ της εργασιακής αφοσίωσης του προσωπικού και του συνδρόμου burnout. Τα ευρήματα της εν λόγω μελέτης κατέδειξαν, πως οι επαγγελματίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα εμφανίζουν μέτρια επίπεδα εργασιακής δέσμευσης και επαγγελματικής εξουθένωσης και τόνισε, ότι η ενίσχυση της εργασιακής δέσμευσης, ειδικά της διάστασης της ενεργητικότητας, είναι απαραίτητη για την ολιστική αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης που συχνά βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στο εργασιακό τους περιβάλλον (Alexias, Papandreopoulou & Togas, 2024).

Συνεπώς, είναι πλέον σαφές ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης και η κλινική πορεία των νοσηλευόμενων επηρεάζονται δυσμενώς από το Burnout, το οποίο παράλληλα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική αλλά και τη σωματική σφαίρα της υγείας του προσωπικού. Οι σωματικές εκδηλώσεις που ενδέχεται να πυροδοτηθούν από το συγκεκριμένο φαινόμενο είναι η εξάντληση, το άγχος, οι διαταραχές ύπνου, οι πονοκέφαλοι, η μείωση της συγκέντρωσης και της μνήμης (Pradas-Hernández et al., 2018).

Όλα τα προαναφερθέντα συμπτώματα, αναπόφευκτα θα οδηγήσουν τους επαγγελματίες υγείας σε διάφορες μορφές αποχώρησης από τον εργασιακό τους χώρο, όπως επαναλαμβανόμενες αναρρωτικές άδειες, πρόθεση αποχώρησης και πραγματική αποχώρηση (Woo et al., 2020). Η αποχώρηση των νοσηλευτών από τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο έχει προκαλέσει σοβαρές ανησυχίες, όπως αναφέρει και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος προβλέπει ότι μέχρι το 2030 αναμένεται να καταγραφεί ένα παγκόσμιο κενό στο νοσηλευτικό δυναμικό, το οποίο θα προσεγγίζει τα 7,6 εκατομμύρια εργαζόμενους (WHO, 2016). Αυτή η σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, σε συνδυασμό με τις αποχωρήσεις, συνεπάγεται υψηλά κόστη για τις υπηρεσίες υγείας, λόγω των προσπαθειών που καταβάλλονται για την πρόσληψη και την εκπαίδευση νέων νοσηλευτών στο επάγγελμα (Hart, Brannan & De Chesnay, 2014).

2.2 Εξουθένωση με τη χρήση του εργαλείου Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Από τα ανωτέρω καθίσταται σαφές, ότι η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών

φροντίδας και αποτελώντας παράλληλα απειλή για την ασφαλή νοσηλεία των ασθενών. Σε μια συστηματική ανασκόπηση που περιλάμβανε 85 μελέτες, αξιολογήθηκε η σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης, ασφάλειας, ικανοποίησης των ασθενών και ποιότητας φροντίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, σε δείγμα 288.581 νοσηλευτών από 32 χώρες, το 82,7% ήταν γυναίκες, με το ποσοστό εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης να ανέρχεται στο 30,7%. Επιπλέον, η εξουθένωση συσχετίστηκε με πολύ χαμηλό επίπεδο κουλτούρας ασφάλειας ασθενών, οδηγώντας σε προβλήματα στην παρεχόμενη φροντίδα, όπως συχνότερες ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, πτώσεις ασθενών, λάθη στη χορήγηση φαρμάκων και σημαντικές παραλείψεις.

Ως εκ τούτου, η παρούσα ανασκόπηση συμπέρανε πως η επαγγελματική πίεση επηρεάζει δυσμενώς τα επίπεδα ασφάλειας και ποιότητας κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου, ενώ παράλληλα μειώνει τον βαθμό ικανοποίησης των ληπτών υγείας. (Li et al., 2024).

Στο πλαίσιο αυτό, μια συγχρονική έρευνα σε νοσηλευτικά ιδρύματα της Ελλάδας εν μέσω της πανδημικής κρίσης του κορωνοϊού, εξέτασε τη συνάφεια ανάμεσα στα επίπεδα κόπωσης και το σύνδρομο burnout. Για την αποτύπωση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές, η συγκέντρωση των στοιχείων πραγματοποιήθηκε μέσω του ερευνητικού εργαλείου Copenhagen Burnout Inventory (CBI), ενώ της κόπωσης μετρήθηκε με το εργαλείο Fatigue Assessment Scale (FAS). Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι το 67,9% των συμμετεχόντων είχε θετική βαθμολογία στην κλίμακα FAS (≥ 22) και το 42,9% στην κλίμακα CBI, με το 54% να αντιμετωπίζει προσωπικής φύσεως εξουθένωση, το 56,8% πλήττεται από αμιγώς επαγγελματικό Burnout, ενώ στην περίπτωση του 33,1% η εξάντληση συνδέεται άμεσα με τη φροντίδα των νοσηλευόμενων. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε τμήματα με ασθενείς COVID-19, ήταν νεότερο, με λιγότερη επαγγελματική εμπειρία και κυρίως γυναίκες, συσχετίστηκε θετικά και στις δύο κλίμακες. Συμπερασματικά, το προσωπικό που εργαζόταν σε νοσηλευτικά τμήματα με περιστατικά COVID-19 εμφάνισε υψηλά επίπεδα κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης (Sikaras et al., 2021).

Μια άλλη έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα νοσηλευτών από την Ινδονησία εν μέσω της υγειονομικής κρίσης COVID-19 εξέτασε τη σύνδεση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης, ανθεκτικότητας και ενδυνάμωσής τους. Επιστρατεύθηκαν για την αξιολόγηση οι σταθμισμένες κλίμακες CBI και Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), καθώς και η κλίμακα Psychological Empowerment Scale (PES). Τα ευρήματα έδειξαν, ότι οι νοσηλευτές που δεν είχαν προσβληθεί από την COVID-19 παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης σε ποσοστό 52,75% και ανθεκτικότητας 57,70%, ενώ είχαν πιο αρνητική ενδυνάμωση σε ποσοστό 55,50%. Ο παράγοντας που συνδέθηκε θετικά με την εξουθένωση ήταν ο ψυχολογικός αντίκτυπος που βίωναν οι νοσηλευτές που είχαν μολυνθεί. Συνεπώς, οι μελετητές κατέδειξαν πως η αποτελεσματική διαχείριση της εργασιακής εξάντλησης εν μέσω μιας γενικευμένης κρίσης στον τομέα της υγείας,

όπως η πανδημία του κορονοϊού, είναι απαραίτητη η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και η διασφάλιση κατάλληλου φόρτου εργασίας για υγειονομικό προσωπικό (Lee et al., 2023).

Επιπλέον, σε μια περιγραφική μελέτη που διεξήχθη στο νοσηλευτικό προσωπικό, εξετάστηκε ο βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στην εξουθένωση και την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην περίοδο της υγειονομικής κρίσης COVID-19. Για τη συγκέντρωση του ερευνητικού υλικού επιστρατεύθηκε το ερωτηματολόγιο CBI καθώς και η κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI). Τα αποτελέσματα της μελέτης αποκάλυψαν ότι, όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία, ειδικότερα, ελαφρά μορφή κατάθλιψης εντοπίστηκε στο 25,5% του δείγματος, μετρίου βαθμού στο 13,5%, ενώ το 7,6% βρέθηκε με σοβαρή συμπτωματολογία. Παράλληλα, κλινικά σημαντικά επίπεδα εξουθένωσης ανιχνεύθηκαν στο 47,1% των συμμετεχόντων. Σχετικά με τη μεταβλητή του φύλου, το γυναικείο προσωπικό κατέγραψε εντονότερη εργασιακή εξάντληση (49,03%) έναντι του ανδρικού (38,74%), ενώ η ίδια τάση επικράτησε και στην κατάθλιψη σε ποσοστό 11,29%, ενώ στους άνδρες το ποσοστό ήταν 6,9%. Συνεπώς, η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό στις μονάδες υγείας παρουσιάζει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και επαγγελματικής εξουθένωσης. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να σχεδιαστούν κρατικές παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην άμβλυνση αυτών των υγειονομικών προκλήσεων (Pachi et al., 2022).

Μια άλλη συγχρονική μελέτη σε παραϊατρικό προσωπικό που εργάζεται σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, διερεύνησε τα ποσοστά του συνδρόμου της εξουθένωσης, επιστρατεύοντας για την αξιολόγηση το ερωτηματολόγιο CBI. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ατομική εξουθένωση εκδήλωσε το 48,7% του προσωπικού, εξουθένωση απορρέουσα από το εργασιακό πλαίσιο το 53,8%, ενώ το 37,1% παρουσίασε εξάντληση, η οποία απορρέει σε μεγάλο βαθμό από την καθημερινή αλληλεπίδραση με το νοσηλευόμενο κοινό. Οι άνδρες υπάλληλοι με δεκαετή εμπειρία ως πλήρους απασχόλησης παραϊατρικό προσωπικό ήταν πιο επιρρεπείς στην εξουθένωση. Κατά συνέπεια, η μελέτη υπογραμμίζει την υψηλή συχνότητα εμφάνισης της εξουθένωσης στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Επισημαίνεται μάλιστα, ότι η απουσία διοικητικής μέριμνας ενδέχεται να προκαλέσει αυξημένα ποσοστά αναρρωτικών αδειών και απουσιών, επιβαρύνοντας περαιτέρω την ψυχολογική υγεία του προσωπικού (Miller, 2021).

Επομένως, με στόχο τη θωράκιση και την ενδυνάμωση της ψυχολογικής τους ανθεκτικότητας η διοίκηση πρέπει να εισάγει υπηρεσίες συμβουλευτικής και ευεξίας με κύριο σκοπό τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ευεξίας του προσωπικού. Επιπλέον, η διοίκηση πρέπει να παρέχει οικονομικά οφέλη μέσω της μείωσης πρόσθετων υπερωριών και των αμοιβών ασθένειας (Miller, 2021).

Επιπλέον, σε μια άλλη έρευνα που διεξήχθη σε επαγγελματίες υγείας στο Μακάο της Κίνας, εξετάστηκε η επικράτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και οι μεταβλητές που συμβάλλουν σε αυτήν. Για τη συλλογή του ερευνητικού υλικού χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία η κλίμακα CBI

καθώς και η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Οι συμμετέχοντες περιλάμβαναν ιατρούς (37,5%), νοσηλευτές (27,1%), τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων (11,4%) και επαγγελματίες φαρμακοποιούς (66,1%), με την πλειονότητα να είναι γυναίκες (66,1%), ηλικίας 25-44 ετών (66%) και να συμμετέχουν σε καθήκοντα που αφορούν τη φροντίδα ασθενών με COVID-19. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν, ότι οι επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα εξουθένωσης, η εξουθένωση λόγω εργασίας διαμορφώθηκε στο 50,6%, η εξουθένωση από τη φροντίδα των ασθενών στο 31,5%, ενώ τα ποσοστά του άγχους και της κατάθλιψης ανήλθαν σε 60,6% και 63,4% αντίστοιχα. Η θετική συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με όλους τους τύπους εξουθένωσης ήταν εμφανής.

Παράλληλα, το υγειονομικό προσωπικό που είχε αναλάβει τη νοσηλεία ατόμων με κορωνοϊό παρουσίασε αυξημένη ευάλωτότητα στην εκδήλωση της εξουθένωσης συγκριτικά με την υπόλοιπη ομάδα, ενώ στην πλειονότητά τους δήλωναν απογοητευμένοι από την προσβασιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας σε ποσοστό 62,6%, την κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού 50%, την ικανότητα ανάρρωσης και ανάπαυσης 46,2% και την αμοιβή 44,7%. Τα παραπάνω στοιχεία αποτέλεσαν τους κύριους λόγους για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επομένως, οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι διάφοροι λόγοι, όπως προσωπικοί, επαγγελματικοί και παράγοντες διαχείρισης της υγείας, ευθύνονται για την εμφάνιση της εξουθένωσης στους παρόχους υγείας, γεγονός που απαιτεί σημαντικές δράσεις σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο (Zheng et al., 2023).

Σε μια συμπληρωματική μελέτη, η οποία επικεντρώθηκε στο υγειονομικό δυναμικό της Σαουδικής Αραβίας εν μέσω της έξαρσης της νόσου COVID-19, αναλύθηκε η σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και το άγχος. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν διαδικτυακά αξιοποιώντας το εργαλείο μέτρησης Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 (DASS-21) συνδυαστικά με την κλίμακα CBI. Τα ευρήματα κατέδειξαν, ότι από τους 478 συμμετέχοντες, το 37,7% των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ανέφεραν ήπιο έως σοβαρό άγχος, ενώ το 47,9% ανέφεραν επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα, το επαγγελματικό άγχος και η εξουθένωση ήταν πιο συχνά μεταξύ των εργαζομένων της πρώτης γραμμής (43,9% και 55%, αντίστοιχα), σε σύγκριση με τους εργαζόμενους της δεύτερης γραμμής (31,2% και 40,8%).

Συνεπώς, με σκοπό τη διαχείριση του συνδρόμου burnout και των ψυχικών καταπονήσεων, τις οποίες βιώνουν οι εργαζόμενοι ιδιαίτερα υπό το καθεστώς της υγειονομικής απειλής του κορωνοϊού, κρίνεται αναγκαία η εφαρμογή στρατηγικών, κατευθυντήριων γραμμών, η αναβάθμιση του εργασιακού περιβάλλοντος και η διαρκής ψυχολογική πλαισίωση των εργαζομένων από την πλευρά της διεύθυνσης. Με τον τρόπο αυτό θα θωρακιστεί η ψυχική τους ανθεκτικότητα, διευκολύνοντας τη διαχείριση απαιτητικών υγειονομικών συνθηκών (Abdel-Azeem et al., 2024).

Παράλληλα, μια έρευνα παρατήρησης που έλαβε χώρα στην Ταϊβάν την περίοδο της υγειονομικής κρίσης, εστίασε στους προσδιοριστικούς παράγοντες που πυροδοτούν την κατάθλιψη και την εξουθένωση στο υγειονομικό προσωπικό. Για τη συγκέντρωση των ερευνητικών στοιχείων επιστρατεύτηκαν η κλίμακα CBI και η Taiwanese Depression Questionnaire (TDQ). Από τους 2.019 συμμετέχοντες, 132 ήταν επισκέπτες ιατροί, 105 ειδικευόμενοι, 1.371 νοσηλευτές και 411 ιατροί τεχνολογικών εργαστηρίων. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι προβλήματα όπως η αϋπνία, οι ώρες εργασίας που ξεπερνούν τις 8 και το άγχος λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας είναι κύριοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης.

Αντίθετα, η αϋπνία, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και το άγχος λόγω φόρτου εργασίας συνδέθηκαν με την αύξηση του επιπέδου προσωπικής εξουθένωσης. Επιπλέον, παράγοντες όπως η ιδιότητα μέλους του νοσηλευτικού προσωπικού, η νεαρή ηλικία, η έλλειψη σωματικής άσκησης και η αϋπνία αναγνωρίστηκαν ως παράγοντες κινδύνου για την συνολική αύξηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης.

Συνεπώς, οι προαναφερόμενοι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν με μαθηματική ακρίβεια στην κατάθλιψη και την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού υγείας. Ως εκ τούτου, οι προϊστάμενοι των τμημάτων οφείλουν να λαμβάνουν τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα, όπως η βελτίωση της ανθεκτικότητας του προσωπικού τους, προκειμένου να τους παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα (Chu et al., 2023).

Κεφάλαιο 3: Κουλτούρα ασφάλειας ασθενών

3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός και στοιχεία

Με βάση τα προαναφερθέντα, καθίσταται σαφές ότι, αφενός, τα εμπόδια που ενδέχεται να υπάρχουν στο εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας, ειδικά των νοσηλευτών, και αφετέρου, τα προβλήματα που μπορεί να προκαλέσει η εξουθένωση στην παροχή φροντίδας υγείας προς τους ασθενείς, καθιστούν την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών απαραίτητη και επιτακτική. Η κουλτούρα ασφάλειας ασθενών αποτελεί σημαντική πρόκληση για τα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Συνεπώς, είναι προφανές ότι η προώθηση και διατήρηση μιας ισχυρής κουλτούρας ασφάλειας μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, οδηγώντας σε παροχή ποιοτικότερης και ασφαλέστερης φροντίδας (Lawton et al., 2015). Το κλίμα ασφάλειας των ασθενών συντίθεται από ένα σύνολο κοινών αντιλήψεων, αρχών και κανόνων συμπεριφοράς των εργαζομένων, οι οποίες επιδρούν άμεσα στη διασφάλιση των ληπτών υγείας κατά τη νοσηλεία τους (Alabdaly et al., 2024).

Επιπλέον, ένας άλλος ορισμός της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών περιγράφει, ότι αποτελείται από ένα σύνολο αξιών, πεποιθήσεων, κανόνων της διοίκησης και του προσωπικού σχετικά με τις κεντρικές αξίες μιας υγειονομικής μονάδας, τις προσδοκίες από το προσωπικό, τις αποδεκτές κλινικές συμπεριφορές, αλλά και το σύστημα ανταμοιβών ή κυρώσεων που εφαρμόζεται γύρω από το ζήτημα της ασφαλούς φροντίδας (Sorra & Dyer, 2010). Ωστόσο, σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι οι υφιστάμενες μετρήσεις για τη φιλοσοφία ασφάλειας των ασθενών συχνά παραβλέπουν τις εμπειρίες και τις κρίσεις των ληπτών υγείας

Η αποτίμηση του επιπέδου ασφάλειας και του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευόμενων κρίνεται βαρύνουσας σημασίας, καθώς αναδεικνύει τις αδυναμίες των υγειονομικών δομών. Έτσι, καθίσταται δυνατή η αναβάθμιση της κλινικής φροντίδας, γεγονός που αλυσιδωτά βελτιώνει την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών (Monaca et al., 2020).

Η εμπειρία των ασθενών αναφορικά με το σύστημα υγείας έχει οριστεί, ως η άποψη που έχουν αποκτήσει οι ίδιοι κατά την επαφή τους με τους παρόχους υγείας, αναγνωρίζοντας με αυτόν τον τρόπο, ότι οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη πηγή πληροφοριών (Hagerty et al., 2017). Είναι απαραίτητο ο ασθενής να τοποθετείται στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και για να επιτευχθεί αυτό πρέπει να καλλιεργείται μια κουλτούρα φροντίδας, όπου οι επαγγελματίες υγείας θα αισθάνονται εκτιμημένοι, εμπλεκόμενοι και υποστηριζόμενοι από τη διοίκηση (Alabdaly et al., 2024).

Οι ασθενείς από την πλευρά τους δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στην απόδοση του προσωπικού αλλά και σε ζητήματα που αφορούν γενικότερα τη λειτουργία του οργανισμού υγείας και συγκεκριμένα προβλήματα ασφάλειας που έχουν διαφύγει της προσοχής από τους παρόχους υγείας, όπως προβλήματα εισόδου-εξόδου και συσσωρευμένα σφάλματα παράλειψης, ιδιαίτερα η μη ανταπόκριση του προσωπικού στις ανησυχίες που ενδέχεται να έχουν οι ασθενείς (Kagan, Porat & Barnoy, 2019).

Η ασφάλεια των ασθενών παραμένει ακόμη και σήμερα μια παγκόσμια πρόκληση για τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, διότι σ' όλα τα υγειονομικά περιβάλλοντα συνεχίζουν να συμβαίνουν σοβαρά περιστατικά, όπως λάθη στη χορήγηση φαρμάκων, λοιμώξεις και άλλες ιατρογενείς βλάβες. Ως εκ τούτου, η εδραίωση μιας ισχυρής φιλοσοφίας ασφάλειας για τους νοσηλευόμενους θα συντελέσει στον δραστικό περιορισμό των σφαλμάτων που συχνά συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της φροντίδας (Alabdaly et al., 2024).

Η κουλτούρα ασφάλειας ασθενών έχει αναδειχθεί ως πρωταρχική προτεραιότητα για τα συστήματα υγείας και τις κοινωνίες τις τελευταίες δεκαετίες. Σε μια ερευνητική μελέτη που διεξήχθη στο μαιευτικό προσωπικό ενός δημόσιου νοσοκομείου στην Κύπρο, εξετάστηκε πώς το επίπεδο ασφάλειας καθώς και η συλλογική δράση των μελών του προσωπικού αλληλεπιδρούν με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), το οποίο αξιολογεί τη στάση του προσωπικού απέναντι στην ασφάλεια των ασθενών. Η έρευνα αποκάλυψε, ότι το 75,71% των μαιών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είχαν θετική γνώμη για τη συνεργασία, το αίσθημα ασφάλειας, την εργασιακή ικανοποίηση και τις συνθήκες εργασίας.

Με βάση αυτά τα ευρήματα, οι μελετητές υπογράμμισαν πως η αποτελεσματική επικοινωνία και συνέργεια των μαιών, ειδικά των πιο έμπειρων δημιουργεί ένα ισχυρό αίσθημα ασφάλειας, καθώς επιτρέπει την κατανομή των ευθυνών κατά την παροχή φροντίδας, γεγονός που οδηγεί σε πιο ασφαλή περίθαλψη (Raftopoulos, Savva & Papadopoulou, 2011). Μια θετική κουλτούρα ασφάλειας ασθενών παίζει καθοριστικό ρόλο στον περιορισμό των κλινικών αστοχιών, ενισχύοντας παράλληλα την αποδοτικότητα των εργαζομένων στα νοσοκομειακά τμήματα. Προκειμένου να αναβαθμιστεί ποιοτικά η περίθαλψη και να προστατευθούν οι νοσηλευόμενοι, αποτελεί βασική προϋπόθεση η χαρτογράφηση των αντιλήψεων του προσωπικού γύρω από τις παραμέτρους που επιδρούν ευνοϊκά ή ανασταλτικά στο κλίμα ασφάλειας.

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στα νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (ΗΠΑ), οι στόχοι ήταν να αποτιμηθεί το κλίμα προστασίας των νοσηλευόμενων, καθώς και ο τρόπος που τα οργανωτικά γνωρίσματα των ιδρυμάτων και τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων διαμορφώνουν τη συγκεκριμένη αντίληψη. Μια ανάλυση που περιλάμβανε 67.010 συμμετέχοντες από την υπηρεσία Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) αποκάλυψε, ότι οι απόψεις

των εργαζομένων αναφορικά με το αίσθημα ασφάλειας των ασθενών είχαν θετική επίδραση, τόσο στην ευεργετική προστασία ασθενών όσο και στο ρυθμό καταγραφής των περιστατικών. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η θέση εργασίας, το επίπεδο εκπαίδευσης και η γεωγραφική περιοχή του προσωπικού επηρέαζαν διαφορετικά την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών (Azyabi et al., 2022).

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα, εξετάστηκε η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών, βασισμένη στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας. Η άντληση των στοιχείων βασίστηκε στη διανομή του ερωτηματολογίου Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MSOPSC) που έχει αναπτυχθεί από το AHRQ. Στην εν λόγω μελέτη έλαβαν μέρος κλινικοί εργαζόμενοι από 12 διαφορετικά τμήματα και κέντρα πρωτοβάθμιας υγείας στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι τομείς που συγκέντρωσαν τα πιο ικανοποιητικά ποσοστά ήταν η συλλογική δράση της ομάδας (82%), η εποπτεία της παρεχόμενης περίθαλψης (80%), καθώς και οι διαδικασίες οργανωτικής μάθησης (80%).

Στον αντίποδα, μειωμένα ποσοστά συγκέντρωσαν παράμετροι όπως η διοικητική υποστήριξη σε ζητήματα προστασίας των ασθενών (62%), καθώς και η εντατικοποίηση ή ο ρυθμός διεκπεραίωσης των καθηκόντων (46%). Σε ενδιάμεση κλίμακα κινήθηκαν μεταβλητές που αφορούσαν τη συνολική θεώρηση για τα επίπεδα ποιότητας και ασφάλειας των ληπτών υγείας (77%), την κατάρτιση των εργαζομένων (70%), τη ροή πληροφοριών γύρω από τα κλινικά σφάλματα (70%), τις διοικητικές ροές, τη σταθεροποίηση των πρακτικών, καθώς και το κλίμα ελεύθερης έκφρασης (64%). Συμπερασματικά, η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών εκτιμάται ιδιαίτερα από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά οι αδύναμοι τομείς πρέπει να αντιμετωπιστούν για να βελτιωθεί περαιτέρω το κλίμα ασφάλειας στη φροντίδα (Antonakos et al., 2021).

Επιπλέον, τα ευρήματα που αναφέρθηκαν προηγουμένως επιβεβαιώνονται από μια βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών από νοσοκομειακά ιδρύματα χωρών της Λατινικής Αμερικής, με αντικείμενο την αποτύπωση του επικρατούντος κλίματος ασφάλειας των νοσηλευόμενων, μέσω της αξιοποίησης του ερευνητικού σταθμισμένου εργαλείου Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Η ανασκόπηση φανέρωσε πως οι συνιστώσες του ερωτηματολογίου HSOPSC που αφορούν τη νοοτροπία ασφάλειας και συγκεντρώνουν ευνοϊκότερες κρίσεις εστιάζουν στην οργανωτική ανάπτυξη-μάθηση. Αντίθετα, οι διαστάσεις που ήταν λιγότερο θετικές αφορούσαν τη μη τιμωρητική αντίδραση σε λάθη και τη στελέχωση. Συνολικά, υπήρχε μια χαμηλή θετική αντίληψη της τάξης του 48% για την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών ως συνολικό μέτρο, σε σύγκριση με τους ιατρούς που είχαν υψηλότερη θετική αντίληψη.

Επομένως, η κουλτούρα ασφάλειας ασθενών στις χώρες της Λατινικής Αμερικής παραμένει σχετικά άγνωστη ή μη μετρήσιμη. Συνεπώς, προγράμματα επιμόρφωσης και σεμινάρια του υγειονομικού δυναμικού είναι σκόπιμο να συμπεριλάβουν ενότητες για την προστασία των

νοσηλευόμενων, εστιάζοντας ιδιαίτερα στην ανάπτυξη γόνιμων διαύλων επικοινωνίας με την ηγεσία και την συνεργασία σε ομάδες (Camacho-Rodríguez et al., 2022).

Το ανωτέρω εύρημα επιβεβαιώνεται και από μια συστηματική ανασκόπηση μελετών που εξετάζουν τα περιβάλλοντα των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Η εν λόγω ανασκόπηση διερεύνησε την επίδραση των παρεμβάσεων ομαδικής εργασίας και εκπαίδευσης στην επικοινωνία στην κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται έχοντας ως στόχο τη βελτίωση της συλλογικής δράσης και της ανταλλαγής πληροφοριών εντός των νοσοκομειακών μονάδων, δύνανται να επιδράσουν ευεργετικά στο γενικότερο κλίμα ασφάλειας των νοσηλευόμενων. Η εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων μπορεί να συμβάλει στη μείωση των ανεπιθύμητων περιστατικών και των ιατρικών λαθών (Alsabri et al., 2022).

3.1.1 Στοιχεία για την μη ασφαλή περίθαλψη

Με βάση τα προαναφερθέντα, καθίσταται σαφές ότι η ανάπτυξη μιας κουλτούρας ασφάλειας ασθενών είναι επιτακτική, δεδομένου ότι ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζει καθημερινά ποικίλα περιστατικά κατά την παροχή φροντίδας. Το ζήτημα της ασφαλούς νοσηλείας συνιστά μείζον πρόβλημα για την παγκόσμια κοινότητα δημόσιας υγείας. Χαρακτηριστικά, η ελλιπής ποιότητα των υγειονομικών παροχών ευθύνεται για 5,7 έως 8,4 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, πλήττοντας κυρίως τις αναπτυσσόμενες και οικονομικά ασθενέστερες χώρες (Lark, Kirkpatrick & Chung, 2018). Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) που περιλαμβάνει τις πιο ανεπτυγμένες οικονομίες του κόσμου, τα συχνά λάθη στα νοσοκομεία ευθύνονται για τουλάχιστον το 15% των συνολικών υγειονομικών προϋπολογισμών στα κράτη μέλη (Auraaen, Slawomirski & Klazinga, 2018).

Επιπλέον, οι ασθενείς σε αναπτυσσόμενες οικονομικά χώρες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρών βλαβών στην υγεία τους λόγω έλλειψης πόρων και ευπάθειας των εγκαταστάσεων (Wilson et al., 2012). Σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις, σχεδόν το 40% των ληπτών υγείας έρχεται αντιμέτωπο με ιατρικά σφάλματα κατά την πρωτοβάθμια ή εξωνοσοκομειακή τους φροντίδα, με τη διευκρίνιση, ότι το 80% των περιπτώσεων αυτών ήταν προλήψιμο (Slawomirski, Auraaen & Klazinga, 2018). Η τρωτότητα και οι επιπτώσεις από κλινικές παραλείψεις λαμβάνουν ανησυχητικές διαστάσεις και εντοπίζονται σε όλο το φάσμα των βαθμίδων υγείας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2023), οι κλινικές αστοχίες σπάνια είναι αποτέλεσμα μιας μεμονωμένης αιτίας, αντίθετα στην πλειονότητα των δυσμενών συμβάντων συντρέχει ένας συνδυασμός πολλαπλών επιβαρυντικών παραγόντων που θέτουν σε κίνδυνο τον ασθενή (WHO, 2023).

Αυτοί οι παράγοντες που ευθύνονται για τη μη ασφάλεια στη φροντίδα διακρίνονται σε συστημικούς και οργανωτικούς παράγοντες, όπως το σύνθετο υπόβαθρο των κλινικών πράξεων, τις ελλειπείς εσωτερικές διαδικασίες, η στενότητα των πόρων και η υποστελέχωση των τμημάτων, σε τεχνολογικούς, όπως αστοχίες στα λογισμικά διανομής φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι κίνδυνοι που σχετίζονται με δυσλειτουργίες στα ψηφιακά ιατρικά αρχεία. Επίσης, ανθρώπινοι παράγοντες, όπως η σωματική εξάντληση και παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς για παράδειγμα χαμηλό επίπεδο ιατρικών γνώσεων και μειωμένη συμμόρφωση και εξωτερικοί, όπως δημοσιονομικοί περιορισμοί (WHO, 2023).

Στο πλαίσιο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να υπογραμμιστεί, πως με βάση τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι ελλειπείς συνθήκες ασφάλειας κατά τη νοσηλεία ευθύνονται για περισσότερα από τρία εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως κάθε χρόνο, επιβαρύνοντας σημαντικά τον τομέα της υγείας, σε βαθμό συγκρίσιμο με τις προκλήσεις των τροχαίων ατυχημάτων και ασθενειών όπως το AIDS/HIV (OECD, 2018).

Με βάση τα παραπάνω, τα κυριότερα ιατρογενή ατυχήματα που υπονομεύουν την πορεία των ασθενών περιλαμβάνουν αποκλίσεις στη διανομή φαρμακευτικών σκευασμάτων, ριψοκίνδυνες επεμβατικές μεθόδους, καθώς και μολύνσεις που αποκτώνται εντός των μονάδων υγείας. Επιπλέον, σοβαρές επιπλοκές προκύπτουν από λανθασμένες γνωματεύσεις, τη δημιουργία κατακλίσεων λόγω ακινησίας, τη μη έγκυρη ταυτοποίηση του λήπτη υγείας, τις μη ασφαλείς μεταγγίσεις αιμοποιητικών προϊόντων και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια.

Επιπλέον, περιλαμβάνονται η διαχείριση ασθενών με αποπροσανατολισμό, η διαχείριση κεντρικών καθετήρων, η παρακολούθηση παθολογικών αποτελεσμάτων εξετάσεων, τα πρωτόκολλα που αφορούν τη διαχείριση καθετήρων και αεραγωγών, η διασφάλιση της ακριβούς μεταφοράς θεραπευτικών οδηγιών μεταξύ βαρδιών, καθώς και η παρακολούθηση των διαλυμάτων ηλεκτρολυτών και των φαρμάκων υψηλού κινδύνου – High Alert Medication (HAM) (WHO, 2023).

Συγκρίνοντας τους σχετικούς δείκτες στο εσωτερικό της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), γίνεται φανερό πως η Ελλάδα κατατάσσεται στα χαμηλότερα στρώματα, αναφορικά με τα επίπεδα ασφαλούς νοσηλείας, δεδομένου, ότι οι επιμέρους βελτιώσεις δεν επαρκούν για να προσεγγίσει τα προηγμένα ευρωπαϊκά πρότυπα (WHO, 2024).

Ανταποκρινόμενος στις σύγχρονες προκλήσεις και τα ενδεχόμενα σφάλματα στον υγειονομικό κλάδο, ο ΟΟΣΑ συνέθεσε εξειδικευμένα εργαλεία αξιολόγησης και δείκτες ασφάλειας σε σύμπραξη με ειδήμονες της έρευνας. Κύριος στόχος αυτής της πρωτοβουλίας ήταν η αποτύπωση των εμπειριών των νοσηλευόμενων σχετικά με την ποιότητα και το κλίμα ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στοχεύοντας παράλληλα στον περιορισμό των αστοχιών και την αναβάθμιση της περίθαλψης. Στο πλαίσιο μιας δοκιμαστικής έρευνας που διεξήχθη από τον οργανισμό διαπιστώθηκε, ότι οι αναφορές των ασθενών για ζητήματα ασφάλειας κατά την

υγειονομική τους φροντίδα κυμάνθηκαν μεταξύ 4% και 17% ανάλογα με τη χώρα (Kendir et al., 2023).

Από τα ίδια ερευνητικά δεδομένα προέκυψε, ότι κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής τους νοσηλείας την τελευταία διετία, οι ασθενείς εντόπισαν ποικίλα σφάλματα στη φαρμακευτική τους αγωγή από το προσωπικό. Ειδικότερα, η συχνότητα των εν λόγω περιστατικών ανήλθε στο 5% για τη Γερμανία και στο 8% για τη Νορβηγία (Kendir et al., 2023).

Με βάση τα προαναφερθέντα στοιχεία, καθίσταται σαφές, ότι λαμβάνοντας υπόψη τα προβλήματα που παρατηρούνται στα συστήματα υγείας παγκοσμίως και επηρεάζουν τους ασθενείς, το υγειονομικό προσωπικό και το οικογενειακό τους περιβάλλον, κρίνεται απαραίτητο οι κυβερνήσεις να σχεδιάσουν πολυεπίπεδα πλάνα δράσης αποσκοπώντας πρωτίστως στην διασφάλιση άριστης ποιότητας και ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη.

Σύμφωνα με τις οδηγίες που καθορίζονται από το Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης για την Ασφάλεια των Ασθενών 2021-2030, το οποίο έχει θεσπιστεί από τον ΠΟΥ είναι απαραίτητο τα νοσηλευτικά ιδρύματα να εφαρμόσουν κατάλληλες πρακτικές για την ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας. Πρωταρχικός επιδιωκόμενος σκοπός είναι ο περιορισμός των πιθανοτήτων για λάθη και η ελαχιστοποίηση των βλαβερών συνεπειών από τυχόν παρενέργειες ή ατυχή συμβάντα (WHO, 2021). Για να εδραιωθεί, βέβαια, ένα τέτοιο περιβάλλον ασφάλειας, απαιτείται πνεύμα αμοιβαίου σεβασμού, στενή διεπιστημονική συνεργασία και, προπαντός, ενεργή συνδρομή από την ιατρική κοινότητα, τα διοικητικά στελέχη και το νοσηλευτικό προσωπικό (Olds et al., 2017). Είναι κεφαλαιώδους σημασίας η συγκεκριμένη νοοτροπία ασφάλειας να ενσωματωθεί οργανικά στην καθημερινή πρακτική, αναδεικνύοντας την προστασία του ασθενούς, ως το βασικότερο λειτουργικό αποτέλεσμα του οργανισμού (Arfanis, Fioratou & Smith, 2011).

Με βάση τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία οφείλει να μεριμνά για τον εντοπισμό και τη γνωστοποίηση των σφαλμάτων μέσω θεσμοθετημένων συστημάτων αναφοράς, χωρίς τον φόβο επιβολής ποινών (Feeser et al., 2021). Παράλληλα, οι αστοχίες που καταλήγουν σε ανεπιθύμητες καταστάσεις είναι αναγκαίο να εξετάζονται μέσω ριζικής ανάλυσης των γενεσιουργών αιτιών τους, με γνώμονα την πρόληψη μελλοντικών λαθών και όχι την απόδοση ευθυνών ή την τιμωρία των εργαζομένων (Peerally et al., 2017).

Μέσα από αυτή την οπτική, η ετοιμότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να επιδεικνύει ανθεκτικότητα απέναντι στα σφάλματα, συνιστά βασικό πυλώνα για την ποιοτική αναβάθμιση της φροντίδας, η οποία πηγάζει από το διαρκή οργανωτικό προβληματισμό για την αποφυγή αποτυχιών (Etchegaray, Thomas & Profit, 2019).

3.2 Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών μέσω του εργαλείου Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

Από τα ανωτέρω δεδομένα, γίνεται αντιληπτό πως η καλλιέργεια ενός περιβάλλοντος προστασίας των νοσηλευόμενων από τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία κρίνεται ιδιαίτερα βαρύνουσας σημασίας. Στην Ελλάδα, εξαιτίας των πολλών λαθών κατά την παροχή φροντίδας, τα οποία επιφέρουν δυσβάσταχτο οικονομικό βάρος, τόσο στον κρατικό μηχανισμό περίθαλψης όσο και στους ίδιους τους λήπτες υπηρεσιών υγείας, καθώς και λόγω της πίεσης από την κοινωνία, έχουν εκκινήσει έρευνες για την αξιολόγηση της ποιότητας και του επιπέδου ασφάλειας στα εγχώρια νοσηλευτικά ιδρύματα, με σκοπό την ανάδειξη των τομέων που χρειάζονται σημαντική βελτίωση.

Για τον σκοπό αυτό, διεξήχθη έρευνα που αξιοποίησε το ερωτηματολόγιο HSOPSC ως εργαλείο μέτρησης προκειμένου να διερευνηθούν οι απόψεις των νοσηλευτών στα ελληνικά νοσοκομεία, σχετικά με την υπάρχουσα κουλτούρα ασφάλειας και τη συχνότητα αναφοράς περιστατικών, λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Τα ευρήματα των ερευνητών κατέδειξαν, ότι παρόλο που το προσωπικό δίνει μεγαλύτερη προσοχή στην ασφάλεια των ασθενών, η κουλτούρα ασφάλειας δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως, καθώς υπάρχουν αρκετοί τομείς που χρειάζονται περαιτέρω βελτίωση. Η πιο σημαντική πρόκληση για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και γενικότερα είναι η μεταβολή της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Αυτό σημαίνει, ότι το προσωπικό δεν πρέπει να φοβάται να αναφέρει τυχόν λάθη που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της φροντίδας, ώστε αυτά τα λάθη που προκύπτουν κατά τη νοσηλευτική διαδικασία, να επιτρέπουν την αντιμετώπισή τους ως εφαλτήριο για τη βελτιστοποίηση των διαδικασιών και την αποτροπή μελλοντικών βλαβών. Επιπρόσθετα, παράγοντες που αφορούν τη συλλογική εργασία, την επικοινωνία και την έμπρακτη ενθάρρυνση από την ηγεσία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός προστατευμένου περιβάλλοντος (Kapaki & Souliotis, 2017).

Μέσα από μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση που ολοκληρώθηκε τις αρχές του 2018, μελετήθηκε ο τρόπος, με τον οποίο το σύνδρομο της εξουθένωσης επηρεάζει τα επίπεδα ασφάλειας των νοσηλευόμενων. Τα συμπεράσματα από τη σύνθεση 21 σχετικών μελετών κατέδειξαν μια ισχυρή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην εξουθένωση του προσωπικού και την ποιότητα της κουλτούρας ασφάλειας. Η έντονη επαγγελματική κόπωση εντοπίζεται συχνότερα στους γιατρούς και τους νοσηλευτές, ως απόρροια του υπερβολικού φόρτου εργασίας και των δυσλειτουργικών διαπροσωπικών σχέσεων στον εργασιακό χώρο. Κατά συνέπεια, οι ορθές πρακτικές για την προστασία των ασθενών ευνοούνται, όταν υφίστανται δομημένες ροές εργασίας που εξασφαλίζουν επαγγελματική αυτονομία. Συνολικά, οι ερευνητές υπογράμμισαν, ότι η εργασιακή εξουθένωση σε

υψηλό βαθμό τείνει να υποβαθμίσει σημαντικά το κλίμα ασφάλειας εντός των οργανισμών υγείας (Garcia et al., 2019).

Κάθε χρόνο, εκατομμύρια ασθενείς τραυματίζονται ή πεθαίνουν εξαιτίας της ανεπαρκούς και μη ασφαλούς ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Η δημιουργία μιας κουλτούρας ασφάλειας ασθενών και η αποτίμηση της δύναται να αναδείξει, τόσο τα ισχυρά σημεία όσο και τις ελλείψεις του συστήματος, καθοδηγώντας τις παρεμβάσεις που θα ενισχύσουν το κλίμα ασφάλειας στους οργανισμούς υγείας. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα νοσοκομεία της Νότιας Αμερικής, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο HSOPSC για την εκτίμηση αυτής της κουλτούρας.

Η μελέτη αποκάλυψε, ότι οι ερωτήσεις που σχετιζόταν άμεσα με την ασφάλεια των ληπτών υγείας συγκέντρωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων, με το 89,2% των συμμετεχόντων να την θεωρεί ως κύρια προτεραιότητα. Αντίθετα, το χαμηλότερο ποσοστό παρατηρήθηκε σε ερωτήσεις σχετικά με την καταγραφή των λαθών/αποτυχιών, με ποσοστό 23,8%. Οι πιο ισχυρές διαστάσεις σχετίζονταν με την οργανωτική μάθηση, τη συνεργασία εντός των ομάδων και την υποστήριξη των διοικητικών στελεχών προς την κατεύθυνση της ασφάλειας, με ποσοστά 82%, 79% και 78% αντίστοιχα. Οι διαστάσεις που αναδείχθηκαν και απαιτούν βελτίωση ήταν η στελέχωση και οι μη τιμωρητικές αντιδράσεις από τη διοίκηση όταν συμβαίνει κάποιο σφάλμα κατά την παροχή φροντίδας, με ποσοστά 41% και 37% αντίστοιχα.

Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, όταν η κουλτούρα ασφάλειας στα νοσοκομεία βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, μπορεί να λειτουργήσει ως οδηγός για την αναβάθμιση της ποιότητας και τη μείωση των ανεπιθύμητων περιστατικών (Pedroso et al., 2023).

Η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών είναι ένα κρίσιμο στοιχείο για τις υπηρεσίες υγείας, καθώς διασφαλίζει την αρτιότητα και την προστασία κατά τη διάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας. Αυτό επιβεβαιώνεται από μια μελέτη που διεξήχθη σε τέσσερα δημόσια νοσοκομεία στο Βιετνάμ. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 705 νοσηλευτές και το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας ήταν το HSOPSC. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τομείς, όπως η συνεργασία εντός των μονάδων, με ποσοστό 93,7%, οι προσδοκίες και οι παρεμβάσεις από τα ηγετικά στελέχη για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών, με ποσοστό 85%, ήταν προς τη σωστή κατεύθυνση.

Αντίθετα, οι τομείς που απαιτούν περαιτέρω βελτιώσεις ήταν η στελέχωση, με ποσοστό 52,9%, και η μη τιμωρητική προσέγγιση των λαθών κατά την παροχή φροντίδας, με ποσοστό 57,6%. Συνεπώς, η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι τα νοσηλευτικά ιδρύματα από την οπτική των διευθυντών των νοσηλευτικών υπηρεσιών θα πρέπει να ενσωματώσουν στην εκπαίδευση του προσωπικού τους προγράμματα που αποσκοπούν στην εμπέδωση της φιλοσοφίας ασφάλειας (Ha et al., 2023).

Επίσης, μια άλλη μελέτη που διερεύνησε το κλίμα ασφάλειας ασθενών, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο HSOPSC σε δείγμα 626 επαγγελματιών υγείας σε 2 δημόσια νοσοκομεία στο Βιετνάμ, τα αποτελέσματα της έδειξαν, ότι η μέση θετική απόκριση των ερωτηθέντων σε ζητήματα ασφάλειας ασθενών ήταν υψηλή σε ποσοστό 85,2%. Οι τομείς με τα καλύτερα αποτελέσματα ήταν η ομαδική εργασία σε ποσοστό 91,3%, η οργανωτική μάθηση και η συνεχής βελτίωση ήταν σε ποσοστό 88,4%, αντίθετα, όπως και στην παραπάνω μελέτη τομείς που χρήζουν σημαντικών ενεργειών για την περαιτέρω ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών ήταν η στελέχωση σε ποσοστό 49,4% και η μη τιμωρητική αντίδραση σε λάθη κατά τη φροντίδα σε ποσοστό 53,1% (Tran et al., 2022).

Η ασφάλεια των ασθενών έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης και σε νοσοκομεία της Κίνας. Μια έρευνα διεξήχθη μεταξύ Νοεμβρίου 2020 και 2021, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο HSOPSC για να καταγράψει τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού γύρω από την ασφάλεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι συμμετέχοντες έδωσαν υψηλές βαθμολογίες σε διάφορες πτυχές του ερωτηματολογίου, όπως η ενθάρρυνση από τη διοίκηση για ζητήματα ασφάλειας, η συνεργασία εντός των τμημάτων και η οργανωτική μάθηση. Παρ' όλα αυτά, τομείς όπως η τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, η στελέχωση και η συχνότητα αναφοράς περιστατικών αναγνωρίστηκαν ως περιοχές που χρειάζονται σημαντική βελτίωση. Συνεπώς, η μελέτη καταλήγει στο ότι, αν και η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών στα νοσοκομεία της Κίνας είναι σε υψηλό επίπεδο, απαιτούνται επιπλέον ενέργειες για την ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας κατά τη νοσηλευτική διαδικασία (Huang et al., 2022).

Επιπλέον, η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών έχει ιδιαίτερη σημασία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), λόγω της συχνότητας των σφαλμάτων που οφείλονται στην πολυπλοκότητα των ασθενών και την ευπαθή κλινική τους κατάσταση. Μια έρευνα που διεξήχθη σε 15 νοσοκομεία στην Τυνησία χρησιμοποίησε το εργαλείο HSOPSC για να εκτιμήσει τις απόψεις των νοσηλευτών στις ΜΕΘ αναφορικά με την υπάρχουσα κουλτούρα ασφάλειας. Τα ευρήματα έδειξαν, ότι όλες οι διαστάσεις της κλίμακας είχαν βαθμολογία κάτω από 50%, με την ομαδική εργασία να είναι η μόνη διάσταση που ήταν αρκετά ανεπτυγμένη, με ποσοστό 48,8%. Αντίθετα, οι λιγότερο ανεπτυγμένες διαστάσεις ήταν η συχνότητα αναφοράς περιστατικών ασφάλειας (20,8%), η ανοικτή επικοινωνία (22,2%) και η μη τιμωρητική διαχείριση στα λάθη (19,7%). Συνεπώς, η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι υπάρχουν βασικοί τομείς που χρειάζονται σημαντικές βελτιώσεις και προτείνεται η δημιουργία ενός συστήματος καταγραφής συμβάντων και μεθόδων που θα διασφαλίζουν την ποιοτική και ασφαλή λειτουργία των υγειονομικών δομών (Tlili et al., 2022).

Παράλληλα, μια αντίστοιχη ερευνητική προσπάθεια που έλαβε χώρα σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία της Ιαπωνίας, εξέτασε τους προσδιοριστικούς παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της νοοτροπίας ασφάλειας των ασθενών. Για το συγκεκριμένο θέμα της έρευνας

χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο HSOPSC. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν, ότι τομείς, όπως η συνεργασία εντός των μονάδων και οι προσδοκίες ή ενέργειες των διευθυντών για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών ήταν θετικά ανεπτυγμένοι, με ποσοστά 81% και 80% αντίστοιχα. Αντίθετα, ο τομέας του ερωτηματολογίου που αφορά το προσωπικό είχε αρνητική βαθμολογία 36%. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα, πως σε ένα σύστημα καθολικής ασφάλισης υγείας οι άνθρωποι πόροι και ο φόρτος εργασίας, μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών (Hata et al., 2022).

Ως εκ τούτου, βάσει των προαναφερθέντων ερευνητικών αποτελεσμάτων καθίσταται σαφές, ότι η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών είναι ουσιώδης και απαραίτητη για την αναβάθμιση της ποιότητας φροντίδας που παρέχουν οι οργανισμοί υγείας.

Κεφάλαιο 4: Παρούσα Μελέτη

4.1 Σκοπός της έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα επικεντρώνεται στην ανάλυση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών, εξετάζοντας παράλληλα τα επίπεδα της εξουθένωσης και τη διαμόρφωση της νοοτροπίας ασφάλειας των νοσηλευόμενων στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό». Επιπρόσθετα, ο σκοπός είναι να εξεταστεί η επίδραση και ο βαθμός συσχέτισης αυτών των παραμέτρων με τους δείκτες ασφαλούς νοσηλείας, καθώς και με το επίπεδο των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Ο πληθυσμός της έρευνας συγκροτείται από το νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται στη συγκεκριμένη νοσοκομειακή μονάδα.

Μέσα από την επεξεργασία των συλλεχθέντων στοιχείων, επιζητείται η κατανόηση των προσδιοριστικών εκείνων παραγόντων που δύνανται να επηρεάσουν, θετικά ή αρνητικά, τους υγειονομικούς, προκαλώντας ενδεχομένως δυσλειτουργίες κατά τη νοσηλευτική διαδικασία. Οι δυσλειτουργίες αυτές συνεπάγονται την υποβάθμιση της ασφάλειας των νοσηλευόμενων και εντείνεται η εξουθένωση των εργαζομένων.

Επιπλέον, η έρευνα στοχεύει να παρέχει, πέρα από την επίγνωση αυτών των παραγόντων, και προτάσεις που θα ωφελήσουν τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας, ώστε να λάβουν δραστικά μέτρα και να εφαρμόσουν κατάλληλες παρεμβάσεις. Αυτό θα οδηγήσει σε μείωση της εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και των σφαλμάτων κατά τη διάρκεια της φροντίδας, ενισχύοντας την φιλοσοφία της ασφάλειας.

4.2 Χρησιμότητα της έρευνας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει σημαντική επίδραση στη διοίκηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών, τόσο σε εννοιολογικό όσο και σε εφαρμοσμένο επίπεδο. Σε εννοιολογικό, συμβάλλει στην παραγωγή επιστημονικών γνώσεων σχετικά με τους παράγοντες που υπάρχουν σε ένα νοσηλευτικό περιβάλλον και μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικά προβλήματα στην άσκηση της νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς, γεγονός που θα οδηγήσει σε αύξηση της εξουθένωσης του προσωπικού και θα επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα και το επίπεδο ασφάλειας της φροντίδας.

Επιπλέον, μέσω της συγκεκριμένης έρευνας θα καταγραφούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Λαϊκό νοσοκομείο και ο τρόπος με τον οποίο αυτά επιδρούν στο περιβάλλον εργασίας, στην εξουθένωση και στην κουλτούρα ασφάλειας ασθενών. Σε εφαρμοσμένο επίπεδο, θα διαφωτίσει τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την επίδραση των παραπάνω παραγόντων στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Τα ευρήματα της έρευνας θα βοηθήσουν όλους τους νοσηλευτές και κυρίως τα στελέχη των νοσηλευτικών υπηρεσιών να κατανοήσουν σε βάθος τις αντιξοότητες, με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι νοσηλευτές κατά την άσκηση των καθηκόντων μεριμνώντας, παράλληλα για την εφαρμογή των κατάλληλων παρεμβάσεων στη μείωση των εμποδίων του νοσηλευτικού περιβάλλοντος, στην ελάττωση της εξουθένωσης και στην ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Τελικά, η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να δημιουργήσει ένα ευνοϊκό περιβάλλον για μελλοντική έρευνα.

4.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα μελέτη βασίστηκε στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιοι παράγοντες στο νοσηλευτικό περιβάλλον μπορεί να δημιουργήσουν διάφορα προβλήματα κατά την παροχή φροντίδας και να απειλήσουν την ποιότητα και την ασφάλεια;
2. Ποια είναι η επίδραση του νοσηλευτικού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης και της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στην παροχή υπηρεσιών στο Λαϊκό Νοσοκομείο;
3. Μεταξύ των τμημάτων και των μονάδων του νοσοκομείου, ποια παρουσιάζουν καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας ασθενών και σε ποια επικρατεί περισσότερο η εξουθένωση του προσωπικού;

Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία

Στο παρόν τμήμα αναλύεται το μεθοδολογικό πλαίσιο που υιοθετήθηκε για τον σχεδιασμό και την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας στο Λαϊκό νοσοκομείο. Πρωταρχική επιδίωξη της μελέτης είναι η αποτίμηση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης, καθώς και του επιπέδου ασφάλειας των νοσηλευόμενων στο εν λόγω ίδρυμα. Παράλληλα, αναλύεται ο βαθμός συσχέτισης και η επίδραση των εν λόγω παραμέτρων στο επίπεδο ασφαλούς νοσηλείας καθώς και στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Τα επόμενα εδάφια αναλύονται λεπτομερώς ο σχεδιασμός της μελέτης, τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα μέσα που επιστρατεύθηκαν για τη συγκέντρωση του υλικού, η μεθοδολογική πορεία, οι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης, καθώς και οι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν την παρούσα μελέτη.

5.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Η έρευνα αυτή επικεντρώνεται στην αξιολόγηση της συσχέτισης ανάμεσα στο περιβάλλον εργασίας, την εξουθένωση και την νοοτροπία ασφάλειας των ασθενών στο Λαϊκό Νοσοκομείο. Πρόκειται για μια συγχρονική έρευνα, στην οποία έλαβαν μέρος 120 νοσηλευτές του νοσοκομείου, χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους ίδιους. Η χρήση αυτών των ερωτηματολογίων διευκόλυνε την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων και την αντιπαραβολή με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

5.2 Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα που επιλέχθηκε σ' αυτό ερευνητικό εγχείρημα αποτελείται από νοσηλευτές που εργάζονται στο κλινικό περιβάλλον του νοσοκομείου Γ.Ν.Α Λαϊκό. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση την ευκολία και πληρούν τα κριτήρια ποιότητας και ένταξης στην έρευνα, χωρίς να υπάρχουν επιπλέον περιορισμοί σχετικά με δημογραφικά, κοινωνικά ή άλλα χαρακτηριστικά (Etikan et al., 2016).

Ο τελικός αριθμός των ατόμων του δείγματος καθορίστηκε με βάση προηγούμενες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για το συγκεκριμένο θέμα και με τη βοήθεια του προτεινόμενου τύπου από τη βιβλιογραφία για τον τελικό υπολογισμό (Eng., 2003). Για τη συγκεκριμένη μελέτη ο αριθμός των συμμετεχόντων που εντάχθηκαν ήταν 120. Αυτό το δείγμα ήταν επαρκές για την επίτευξη στατιστικής ισχύος ίσης με 80% σε συγκρίσεις ισομεγέθων ομάδων, με αμφίπλευρο έλεγχο Student's t-test, για μέγεθος αποτελέσματος (Cohen's d) ίσο με 0.5 (Cohen, 1988).

Τέλος, τα κριτήρια ένταξης του νοσηλευτικού προσωπικού για τη συγκεκριμένη μελέτη ήταν να έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών, να εργάζονται ως νοσηλευτές σε κλινικό τμήμα δημόσιου νοσοκομείου τουλάχιστον για 1 έτος, να έχουν την ικανότητα να κατανοούν και να διαβάζουν την ελληνική γλώσσα και να επιθυμούν να λάβουν μέρος στην έρευνα.

5.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Η παρούσα ερευνητική εργασία χρησιμοποίησε τρία ερωτηματολόγια για τη συγκέντρωση των αναγκαίων δεδομένων, με στόχο να αναλυθεί διεξοδικά το εργασιακό περιβάλλον, η εξουθένωση και της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, το αρχικό τμήμα περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τα προσωπικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (όπως ηλικιακή ομάδα, φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο και οικογενειακή κατάσταση), καθώς και για τα επαγγελματικά τους στοιχεία (τρέχουσα θέση ευθύνης, έτη προϋπηρεσίας, τμήμα απασχόλησης και δυναμικότητα σε κλίνες του εκάστοτε νοσοκομείου).

Τα συγκεκριμένα ερευνητικά εργαλεία που επιλέχθηκαν ήταν πλήρως προσαρμοσμένα και σταθμισμένα για τα δεδομένα του ελληνικού πληθυσμού, εξασφαλίζοντας την εσωτερική συνάφεια, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των εξαγόμενων αποτελεσμάτων. Μια αναλυτική παρουσίαση των εργαλείων αυτών παρατίθεται στις ενότητες που ακολουθούν.

5.3.1 Ερωτηματολόγιο εργασιακού Περιβάλλοντος

Η κλίμακα PES-NWI σχεδιάστηκε για να μελετήσει την επίδραση που έχει το περιβάλλον εργασίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα τους νοσηλευτές. Αυτό το ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε και μεταφράστηκε από τον κύριο Γαλάνη και τους συνεργάτες του (Katsiroumpa et al., 2024). Για τη μετάφραση και προσαρμογή του, διεξήχθη μελέτη που συμπεριέλαβε 80 νοσηλευτές.

Αυτό το εργαλείο αποτελείται από 5 ερωτήσεις και έναν παράγοντα. Παραδείγματα τέτοιων στοιχείων είναι τα εξής: «Διοίκηση που ακούει και ανταποκρίνεται στις ανησυχίες των νοσηλευτών», «Μια σαφής φιλοσοφία νοσηλευτικής που διαπερνά το περιβάλλον φροντίδας των ασθενών» και «Ένας διευθυντής νοσηλευτικής που είναι καλός διευθυντής και ηγέτης». Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα Likert 4 σημείων για συμφωνία/διαφωνία: Απόλυτη διαφωνία (1), διαφωνία (2), συμφωνία (3) και απόλυτη συμφωνία (4). Το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου κυμαίνεται από 1 έως 4. Οι υψηλότερες βαθμολογίες του εργαλείου υποδηλώνουν ένα καλύτερο περιβάλλον νοσηλευτικής πρακτικής. Αυτό το εργαλείο χρησιμοποιήθηκε, αφού πρώτα ζητήθηκε η σχετική άδεια από τον κύριο Γαλάνη.

5.3.2 Ερωτηματολόγιο της Εξουθένωσης

Η κλίμακα CBI χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των επιπέδων εξουθένωσης. Το εργαλείο αυτό αποτελείται από τρεις ξεχωριστούς άξονες: α) την προσωπική εξουθένωση, β) την εξουθένωση στον εργασιακό χώρο και γ) την εξουθένωση που προκύπτει από την αλληλεπίδραση με τους λήπτες υπηρεσιών υγείας.

Συνολικά, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 19 στοιχεία, τα οποία κατανέμονται ως εξής: 6 ερωτήσεις εστιάζουν στην προσωπική κόπωση, 7 στην επαγγελματική εξουθένωση και 6 στην εξάντληση που συνδέεται άμεσα με τη φροντίδα των ασθενών. Η προσωπική εξουθένωση περιγράφει την κατάσταση, όπου ένα άτομο βιώνει συσσωρευμένη σωματική και ψυχική κόπωση στην καθημερινή του ζωή, όπως φαίνεται από το παράδειγμα της ερώτησης: «Πόσο συχνά νιώθετε σωματικά εξαντλημένος/-η;». Η επαγγελματική εξουθένωση αποτυπώνει την κόπωση και τη φθορά που προκαλείται ως άμεσο αποτέλεσμα της εργασιακής απασχόλησης, όπως εκφράζεται μέσα από το στοιχείο: «Νιώθετε εξαντλημένος στο τέλος της εργάσιμης ημέρας;». Η εξουθένωση που σχετίζεται με τους ασθενείς που περιγράφει τη συναισθηματική και σωματική εξάντληση που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας ως απόρροια των διαπροσωπικών του σχέσεων με τους νοσηλευόμενους, όπως αποδίδεται στην ερώτηση: «Σας εξαντλεί η εργασία με τους ασθενείς;».

Πρόκειται για ερωτηματολόγιο που η μετάφραση του πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές μετάφρασης που προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Η μετάφραση του στα ελληνικά έγινε ανεξάρτητα από δυο μεταφραστές. Η εναρμόνιση του εργαλείου με τα ελληνικά δεδομένα οδήγησε στην έκδοση της κλίμακας CBI-Gr. Στη συνέχεια, υπήρξε προκαταρκτική δοκιμή του εργαλείου, με σκοπό να εντοπιστούν απaráδεκτες ή προσβλητικές λέξεις και ασαφείς εκφράσεις και να επιλεγούν οι κατάλληλες εναλλακτικές. Οι ερωτηθέντες ήταν φυσικοί ομιλητές της ελληνικής γλώσσας (4 άνδρες και 4 γυναίκες). Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν online μέσω του Google Forms, επίσης καταγράφηκαν και τα δημογραφικά στοιχεία.

Επιπλέον, οι συγγραφείς διένειμαν την ελληνική μετάφραση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου σε 34 φοιτητές της ιατρικής σχολής, προκειμένου να αξιολογηθεί η κατανόηση και η σαφήνεια των ερωτήσεων της CBI-Gr, με στόχο την επικύρωση του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια, το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε και σε 284 ειδικευόμενους ιατρούς που εργάζονταν σε διάφορα νοσοκομεία στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Το ποσοστό ανταπόκρισης του δείγματος ήταν 82,32%.

Ο δείκτης καθολικής εγκυρότητας του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε σε ποσοστό 86,42%, η σαφήνεια ήταν 85,02% και η κατανόηση σε 87,81%.

Αξιολογώντας την εγκυρότητα κατασκευής του ερωτηματολογίου, φάνηκε ότι το μοντέλο ενός παράγοντα που περιλαμβάνει 19 ερωτήσεις δεν ήταν κατάλληλο. Το προτεινόμενο μοντέλο των τριών παραγόντων ήταν οριακά αποδεκτό, όσον αφορά τους δείκτες προσαρμογής στην ελληνική έκδοση του CBI. Έτσι, μετά από στατιστική ανάλυση από τις 19 ερωτήσεις, η αφαίρεση των ερωτήσεων 12, 13 που σχετιζόταν με την εξουθένωση από την εργασία και την αφαίρεση της ερώτησης 17 που σχετιζόταν με την εξουθένωση από τους ασθενείς, οδήγησε συνολικά σε 16 ερωτήσεις, με αποτέλεσμα την επιτυχία της καταλληλότητας του εργαλείου μέτρησης.

Τέλος, στην ανάλυση αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, ο δείκτης Cronbach's alpha υπερβαίνει το 0,7 για όλες τις υποκλίμακες, υποδηλώνοντας σημαντικό ποσοστό εσωτερικής συνέπειας (Papaefstathiou, Tsounis, Malliarou & Sarafis, 2019). Η χρήση του ερωτηματολογίου στη συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε, αφού παραχωρήθηκε η άδεια από τον κύριο Σαράφη.

5.3.3 Το εργαλείο Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC, έκδοση 1.0)

Το εργαλείο έρευνας HSOPSC αποτελεί ένα μέσο αξιολόγησης που σχεδιάστηκε για να μετρά την αντίληψη του προσωπικού υγείας στα νοσοκομεία, σχετικά με το κλίμα ασφάλειας των νοσηλευόμενων να εκτιμά τις αξίες, τις πεποιθήσεις, τους κανόνες που διέπουν έναν οργανισμό, την αναφορά συμβάντων, την κατάλληλη επικοινωνία, την ηγεσία και την κατάλληλη διαχείριση. Αρχικά, αναπτύχθηκε, δοκιμάστηκε πιλοτικά και αναθεωρήθηκε από τη Westat των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (ΗΠΑ) και στη συνέχεια κυκλοφόρησε από την AHRQ και σε άλλες χώρες εκτός των ΗΠΑ (Sorra & Nieva, 2003).

Αποτελείται από 12 συνθετικά στοιχεία της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Τα στοιχεία αυτά προσδιορίζουν τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές των οργανισμών της υγειονομικής περίθαλψης, σχετικά με τους κινδύνους που ενδέχεται να επηρεάσουν την κουλτούρα. Το εργαλείο HSOPSC μετρά 7 πτυχές σε επίπεδο μονάδας και 3 πτυχές σε επίπεδο νοσοκομείου της κουλτούρας ασφάλειας. Επίσης, περιλαμβάνει 4 μεταβλητές αποτελεσμάτων. Κάθε ένα από τα 12 στοιχεία περιλαμβάνει 3 ή 4 στοιχεία έρευνας. Συνολικά, περιέχει 42 ερωτήσεις, οι οποίες χρησιμοποιούν κυρίως τη κλίμακα απαντήσεων τύπου Likert 5 βαθμών για τη συμφωνία/διαφωνία (από «Διαφωνώ απόλυτα=1» έως «Συμφωνώ απόλυτα=5») σε 9 από τα 12 σημεία ή τη συχνότητα (από «Ποτέ=1» έως «Πάντα=5») σε 3 από τα 12 στοιχεία. Επιπλέον, το εργαλείο συμπεριλαμβάνει και 2 ερωτήσεις, στις οποίες οι ερωτηθέντες καλούνται να δώσουν μια συνολική βαθμολογία για την ασφάλεια των ασθενών στον χώρο εργασίας/μονάδας τους και να αναφέρουν τον αριθμό των περιστατικών που έχουν συμβεί τους τελευταίους 12 μήνες.

Αυτό που χρειάζεται να διευκρινιστεί είναι, ότι οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν τόσο θετικά (24 ερωτήσεις) όσο και αρνητικά (18 ερωτήσεις), ώστε να εξασφαλίσουν συνεπείς απαντήσεις. Αυτά τα

αρνητικά στοιχεία κατά το στάδιο της ανάλυσης αντιστράφηκαν, ώστε να υπολογιστεί το ποσοστό των θετικών απαντήσεων. Τέλος, οι ερωτηθέντες καλούνται να δώσουν και περιορισμένες πληροφορίες αναφορικά με τα προσωπικά τους στοιχεία και το νοσοκομείο, στο οποίο εργάζονται.

Διεξήχθη συγχρονική έρευνα στα νοσοκομεία στην Ελλάδα. Αρχικά, το ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε πιλοτικά σε 35 επαγγελματίες υγείας που δεν συμπεριελήφθησαν στο τελικό δείγμα. Ως αποτέλεσμα, έγιναν τροποποιήσεις στο ερωτηματολόγιο, οι οποίες περιορίστηκαν στην προσθήκη περισσότερων θέσεων προσωπικού. Έτσι, στη μελέτη συμμετείχαν 12 νοσοκομεία, όπου 9 από αυτά ήταν γενικά και τα άλλα 3 ήταν εξειδικευμένα. Απευθυνόταν σε όλους τους επαγγελματίες υγείας. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 1376 επαγγελματίες υγείας και 820 επιστράφηκαν με ποσοστό ανταπόκρισης 59,6%.

Στη μελέτη, αξιολογήθηκε η εσωτερική συνέπεια του εργαλείου μέσω του υπολογισμού του δείκτη Cronbach's alpha για τα 12 στοιχεία που το συνθέτουν. Ο συνολικός συντελεστής Cronbach's alpha ανέρχεται σε 0,90 (Karaki & Souliotis, 2017).

Το εργαλείο αυτό για τη μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών χρησιμοποιήθηκε, αφού πρώτα εξασφαλίστηκε η άδεια από την κυρία Καπάκη, η οποία πραγματοποίησε τη στάθμιση και τη μετάφραση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά, καθώς και η άδεια από την AHRQ.

5.4 Φάσεις και Διαδικασία Συγκέντρωσης των Δεδομένων

Η συγκέντρωση του ερευνητικού υλικού ολοκληρώθηκε μέσα σε δύο μήνες, από τον Φεβρουάριο έως τον Μάρτιο του 2026, αφού είχε δοθεί η έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Λαϊκού Νοσοκομείου, το οποίο λειτουργεί ως επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Ο ερευνητής συνεργάστηκε με τους υπεύθυνους των νοσηλευτικών τμημάτων, ώστε τα ερωτηματολόγια να διανεμηθούν όταν οι νοσηλευτές είχαν ολοκληρώσει την παροχή φροντίδας στους ασθενείς τους, με σκοπό να μην διαταραχθεί η λειτουργία των τμημάτων.

Μέσω του εγγράφου ενημερωμένης συναίνεσης που ήταν ενσωματωμένο στα ερωτηματολόγια, οι συμμετέχοντες έλαβαν πλήρη γνώση σχετικά με τους σκοπούς της μελέτης, τον εθελοντικό χαρακτήρα της σύμπραξής τους, καθώς και τη προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Η συμπλήρωση των ερευνητικών εργαλείων έγινε σε έντυπη μορφή από το νοσηλευτικό προσωπικό των επιμέρους τμημάτων του ιδρύματος.

Για την επεξεργασία και την παράδοση των απαντημένων εντύπων στο τμήμα όπου παρείχε τις υπηρεσίες του ο ερευνητής, οι νοσηλευτές είχαν στη διάθεσή τους ένα χρονικό περιθώριο τριών εβδομάδων. Με απώτερο σκοπό την κινητοποίηση και την ενίσχυση της συμμετοχής του προσωπικού, στάλθηκαν υπενθυμιστικά μηνύματα μέσω των επίσημων εσωτερικών δικτύων

επικοινωνίας του νοσοκομείου, ενώ παράλληλα ο ερευνητής πραγματοποιούσε τακτικές επιτόπιες επισκέψεις στις κλινικές.

5.5 Μεθοδολογία Στατιστικής Επεξεργασίας

Για την ανάλυση των ποιοτικών μεταβλητών της έρευνας, εφαρμόστηκαν οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες, τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95%, καθώς και τα γραφήματα συχνοτήτων. Οι ποσοτικές μεταβλητές αναλύθηκαν μέσω των μέσων όρων, των τυπικών αποκλίσεων, των διάμεσων τιμών, των ενδοτεταρτημοριακών εύρων (25ο -75ο εκατοστιαία σημεία), καθώς και των μέγιστων και ελάχιστων τιμών. Επιπλέον, η οπτική παρουσίαση των ποσοτικών δεδομένων έγινε με τη χρήση θηκογραφημάτων και ιστογραμμάτων. Για να ελεγχθεί η κανονικότητα της κατανομής των μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Kolmogorov–Smirnov.

Για να εξεταστούν οι διαφορές μεταξύ ποσοστών και αναλογιών, χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι Fisher's exact test και Pearson's chi-square. Η σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων πραγματοποιήθηκε με το παραμετρικό κριτήριο Student's t-test, εφόσον πληρούνταν η προϋπόθεση της κανονικότητας, ή διαφορετικά με το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney.

Όταν, οι ομάδες που εξετάζονταν ήταν τρεις ή περισσότερες, η σύγκριση των ποσοτικών παραμέτρων πραγματοποιήθηκε είτε με την παραμετρική ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) είτε με τον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis, ανάλογα με τη μορφή της κατανομής των δεδομένων.

Με σκοπό τον περιορισμό της πιθανότητας διάπραξης σφάλματος τύπου I κατά τις διαδοχικές συγκρίσεις, υιοθετήθηκε η στατιστική διόρθωση Bonferroni, σύμφωνα με την οποία το όριο σημαντικότητας αναπροσαρμόζεται στον τύπο, όπου αντιπροσωπεύει το πλήθος των πραγματοποιηθέντων ελέγχων. Οι γραμμικές συσχετίσεις μεταξύ των ερευνητικών εργαλείων της μελέτης αποτιμήθηκαν με τη χρήση των συντελεστών Pearson ή Spearman.

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ένα μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να εντοπιστούν οι παράγοντες που καθορίζουν και επηρεάζουν το εργασιακό περιβάλλον, την κουλτούρα ασφάλειας και την εξουθένωση. Όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι που διεξήχθησαν ήταν αμφίπλευροι με το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας να έχει οριστεί στο $p < 0,05$. Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS, έκδοση 27.0.

5.6 Ηθικά Ζητήματα

Η έναρξη της ερευνητικής διαδικασίας πραγματοποιήθηκε κατόπιν λήψης της σχετικής έγκρισης από την Επιτροπή Ηθικής και Επιστημονικής Δεοντολογίας του Γ.Ν.Α. Λαϊκό.

Η διεξαγωγή της μελέτης συμμορφώνεται πλήρως με τις θεμελιώδεις αρχές που ορίζονται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι, οι οποίες διέπουν τις επιστημονικές έρευνες στον τομέα της υγείας (World Medical Association, 2001). Η συμμετοχή των νοσηλευτών ήταν εθελοντική, ανώνυμη και χωρίς οικονομική επιβάρυνση για τους ίδιους ή τα νοσοκομεία.

Οι νοσηλευτές/τριες ενημερώθηκαν πλήρως αναφορικά με το αντικείμενο, τις μεθοδολογικές προσεγγίσεις της μελέτης, καθώς και τα ατομικά τους δικαιώματα, μέσω γραπτού ενημερωτικού υλικού που διανεμήθηκε πριν από την έναρξη της συλλογής δεδομένων σε έντυπη μορφή. Πριν από τη συμμετοχή τους, ζητήθηκε η ρητή συγκατάθεση.

Στο Λαϊκό νοσοκομείο, όπου πραγματοποιήθηκε η μελέτη, ο ερευνητής διένειμε τα ερωτηματολόγια με φυσικό τρόπο, επιτρέποντας στους συμμετέχοντες να τα συμπληρώσουν μόνοι τους. Οι νοσηλευτές/τριες είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή χωρίς συνέπειες. Επιπλέον, όσοι/ες δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα είχαν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα

6.1. Περιγραφική Στατιστική

Το δείγμα αποτελούταν από 120 νοσηλευτές, εργαζόμενους σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο (ΝΠΙΔΔ) το οποίο έχει 400 κλίνες και άνω. Η μέση ηλικία των εργαζομένων υπολογίστηκε στα 41,6 έτη ($SD=9,6$), με την πλειονότητα να είναι γυναίκες (88,3%). Το 56,7% ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης, ωστόσο οι μισοί (50%) είχαν προχωρήσεις και σε μεταπτυχιακό δίπλωμα. Ο διάμεσος χρόνος εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ήταν τα 10 έτη (ενδ. εύρος: 4 – 23) και στην συγκεκριμένη μονάδα τα 5 έτη (ενδ. εύρος: 2 – 11). Το 12,5% εργαζόταν στην ΜΕΘ και ακολουθούσαν η μονάδα εμφραγμάτων, το παθολογικό τμήμα και το χειρουργείο (10,8% για όλα), με τον διάμεσο χρόνο εργασίας στην παρούσα ειδικότητα να είναι 18 έτη (ενδ. εύρος: 7,5 – 27).

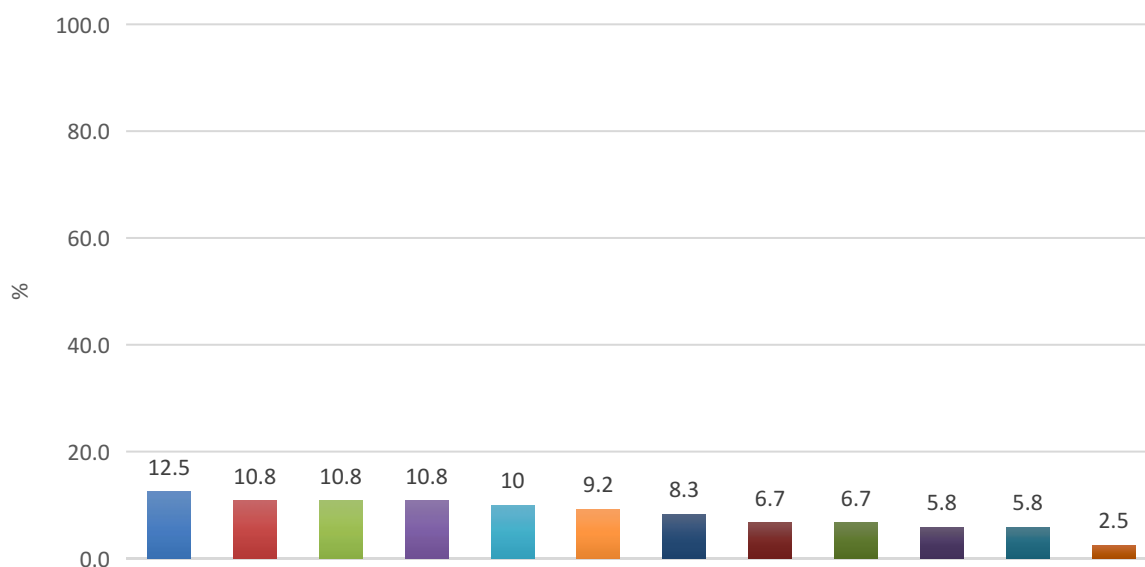
Όσον αφορά τη θέση εργασίας στο νοσοκομείο, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν ΤΕ Νοσηλευτές (56,7%), ενώ ΠΕ Νοσηλευτές και οι ΔΕ Βοηθοί Νοσηλευτή ήταν 21,7% αντίστοιχα για κάθε θέση. Ο μέσος χρόνος καθημερινής εργασίας ήταν οι 40 ώρες ($SD=1,8$). Επιπλέον, το 90,0% των εργαζομένων ανέφερε, ότι έχει συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή, ενώ μόνο το 10,0% δήλωσε ότι δεν έχει άμεση επαφή.

Πίνακας 1: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία

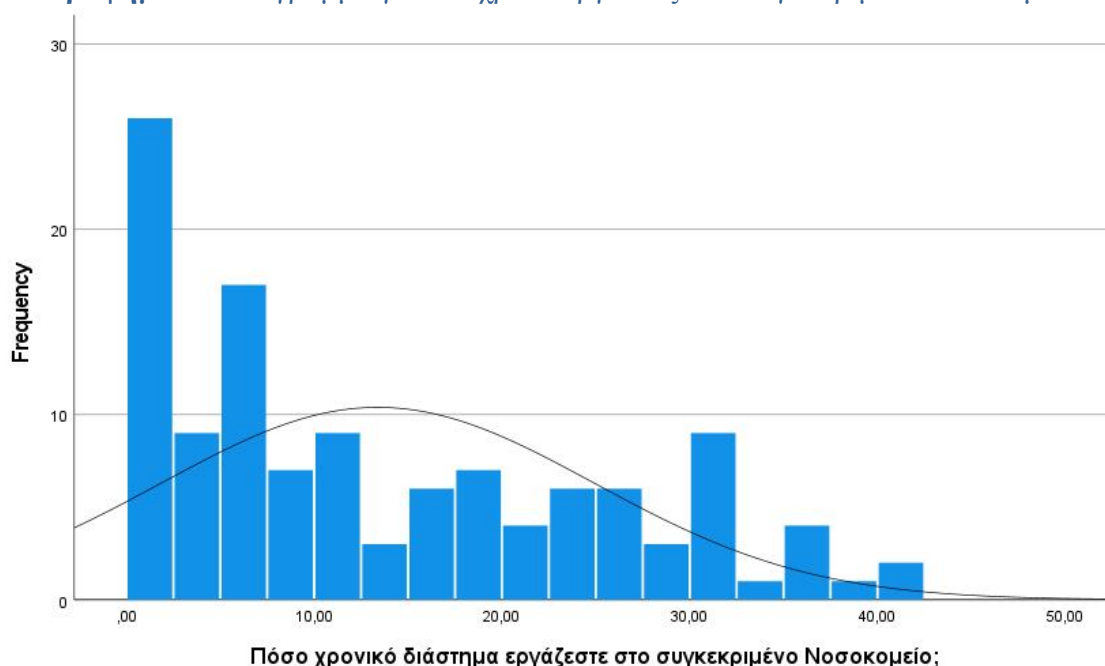
		N	%
Φύλο	Άνδρας	14	11,7
	Γυναίκα	106	88,3
Ηλικία, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		41,6 (9,6)	42,5 (34 – 49)
Ποια είναι η βασική σας εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	26	21,7
	Τεχνολογική Εκπαίδευση	68	56,7
	Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	26	21,7
Άλλες σπουδές	Όχι	46	38,3
	Ειδικότητα	12	10,0
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	60	50,0
	Διδακτορικό Δίπλωμα	1	0,8
	Μεταπτυχιακές σπουδές/ Διδακτορικό δίπλωμα	1	0,8
Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο;, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		13,4 (11,5)	10 (4 – 23)
Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στη συγκεκριμένη Μονάδα;, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		7,4 (7,1)	5 (2 – 11)
Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο;, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		40 (1,8)	40 (40 – 40)

Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;	Ειδικευμένος ιατρός	0	0,0
	Ειδικός Ιατρός	0	0,0
	ΠΕ Νοσηλεύτης	26	21,7
	ΤΕ Νοσηλεύτης	68	56,7
	ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη	26	21,7
Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή;	Ναι, συνήθως έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	108	90,0
	Όχι, δεν έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	12	10,0
Τομέας εργασίας	Αγγειοχειρουργική	7	5,8
	Αναισθησιολογικό	8	6,7
	Γαστρεντερολογικό	8	6,7
	Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων	3	2,5
	ΜΕΘ	15	12,5
	Μονάδα Εμφραγμάτων	13	10,8
	Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Νεφρού	7	5,8
	Ορθοπαιδικό	10	8,3
	Ουρολογικό	11	9,2
	Παθολογικό	13	10,8
	Χειρουργείο	13	10,8
	Χειρουργικό	12	10,0
Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα;; Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		17,3 (11,4)	18 (7,5 – 27)

Γράφημα 1: Ραβδόγραμμα σχετικά με το τμήμα εργασίας σε φθίνουσα σειρά



Γράφημα 2: Ιστόγραμμα για τον χρόνο εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο



Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ποσοστά των εργαλείων μέτρησης που εφαρμόστηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό του Λαϊκού Νοσοκομείου. Στην αρχή, το εργασιακό περιβάλλον αξιολογήθηκε, με το μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας (από απλή έως απόλυτη) να καταγράφεται στην άποψη ότι ο/η προϊστάμενος/η νοσηλεύτης/τρια είναι αποτελεσματικός/ή ως προϊστάμενος/η και ηγέτης. Το 63,3% των συμμετεχόντων δήλωσε, ότι η συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών είναι καλή, ενώ το 53,3% ανέφερε, ότι υπάρχει σαφής νοσηλευτική φιλοσοφία που καθορίζει το περιβάλλον παροχής φροντίδας στους ασθενείς.

Επιπλέον, το 38,3% των ερωτηθέντων πίστευε, ότι η διοίκηση λαμβάνει υπόψη και ανταποκρίνεται στις ανησυχίες των νοσηλευτών, ενώ μόλις το 10% θεωρούσε ότι υπάρχει αρκετό προσωπικό για την ολοκλήρωση όλων των απαιτούμενων εργασιών.

Πίνακας 2: Κλίμακα Εργασιακού Περιβάλλοντος

		N	%	% Συμφωνία
Η Διοίκηση ακούει και ανταποκρίνεται στις ανησυχίες των νοσηλευτών	Διαφωνώ Απόλυτα	21	17,5	38,3
	Διαφωνώ	53	44,2	
	Συμφωνώ	42	35,0	
	Συμφωνώ απόλυτα	4	3,3	
Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλεύτης/τρια είναι καλός/ή προϊστάμενος/η και ηγέτης	Διαφωνώ Απόλυτα	6	5,0	79,1
	Διαφωνώ	19	15,8	
	Συμφωνώ	52	43,3	
	Συμφωνώ απόλυτα	43	35,8	

Υπάρχει καλή ομαδική εργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών	Διαφωνώ Απόλυτα	9	7,5	63,3
	Διαφωνώ	35	29,2	
	Συμφωνώ	66	55,0	
	Συμφωνώ απόλυτα	10	8,3	
Υπάρχει επαρκές προσωπικό για την εκτέλεση όλων των εργασιών που πρέπει να γίνουν	Διαφωνώ Απόλυτα	49	40,8	10,0
	Διαφωνώ	59	49,2	
	Συμφωνώ	10	8,3	
	Συμφωνώ απόλυτα	2	1,7	
Υπάρχει μια ξεκάθαρη νοσηλευτική φιλοσοφία, η οποία χαρακτηρίζει το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα του ασθενούς	Διαφωνώ Απόλυτα	13	10,8	53,3
	Διαφωνώ	43	35,8	
	Συμφωνώ	58	48,3	
	Συμφωνώ απόλυτα	6	5,0	

Η βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα μπορεί να κυμαίνεται από 1 έως 4 μονάδες, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερο εργασιακό περιβάλλον. Στο συγκεκριμένο δείγμα, το εύρος τιμών ήταν αυτό και η μέση τιμή ήταν 2,4 μονάδες (SD=0,6), υποδεικνύοντας μέτρια επίπεδα αξιολόγησης του εργασιακού κλίματος.

Πίνακας 3: Δείκτης αξιοπιστίας της κλίμακας του εργασιακού περιβάλλοντος

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος	1,0	4,0	2,4 (0,6)	2,4 (2,8 – 2)	0,80

Παρακάτω παρατίθενται τα περιγραφικά δεδομένα για τις βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης (Copenhagen Burnout Inventory – CBI). Κάθε διάσταση μπορεί να έχει σκορ από 0 έως 100 μονάδες, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη εξουθένωση. Στο συγκεκριμένο δείγμα, η βαθμολογία στην προσωπική εξουθένωση κυμαινόταν από 12,5 έως 100 μονάδες, με μέσο όρο 65,7 μονάδες (SD=18,9 μονάδες). Στην εργασιακή εξουθένωση, οι βαθμολογίες κυμαίνονταν από 3,6 έως 100 μονάδες, με μέσο όρο 63,4 μονάδες (SD=18,3 μονάδες). Στη διάσταση που αφορά τη συναναστροφή με ασθενείς, οι βαθμολογίες κυμαίνονταν από 0,0 έως 100 μονάδες, με μέσο όρο 51,1 μονάδες (SD=22,5 μονάδες).

Πίνακας 4: Δείκτης αξιοπιστίας της κλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Προσωπική εξουθένωση	12,5	100,0	65,7 (18,9)	70,8 (54,2 – 75)	0,90
Εργασιακή εξουθένωση	3,6	100,0	63,4 (18,3)	67,8 (50 – 75)	0,84
Εξουθένωση λόγω των ασθενών	0,0	100,0	51,1 (22,5)	50 (33,3 – 66,7)	0,87

Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών κυμαίνονται από 0 έως 100 μονάδες, με εξαίρεση την τελευταία που αναφέρεται σε αριθμό δυσμενών συμβάντων τον τελευταίο χρόνο. Υψηλότερές τιμές αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη προσπάθεια διασφάλισης της υγείας του ασθενούς. Η μέση τιμή στην διάσταση διασφάλισης ασφάλειας από την ομάδα ισούταν με 47 μονάδες (SD=12,4), ενώ σε αυτή σχετικά με την διασφάλιση ασφάλειας από τον/την προϊστάμενο ισούταν με 64,3 (SD=17,2). Αναφορικά με την επικοινωνία, η μέση βαθμολογία ήταν 50,6 μονάδες (SD=16,1), και για την εκτίμηση συνολικής ασφάλειας ασθενούς ήταν 57,9 μονάδες (SD=23,4). Επιπλέον, η συχνότητα αναφοράς δυσμενών συμβάντων παρουσίασε μέση τιμή 54 μονάδες (SD=26,7) και η διασφάλιση ασφάλειας 55,3 μονάδες (SD=14,7). Σχετικά με τον αριθμό δυσμενών συμβάντων τον τελευταίο χρόνο η μέση απάντηση ήταν τα 2,8 (SD=5), ενώ ο διάμεσος αριθμός αυτών ισούταν με 1 (ενδ. εύρος: 0 - 3).

Πίνακας 5: Δείκτης αξιοπιστίας της κλίμακας κουλτούρας ασφάλειας

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Διασφάλιση ασφάλειας από την ομάδα	8,3	81,9	47 (12,4)	47,2 (40,3 – 55,6)	0,81
Διασφάλιση ασφάλειας από τον/την προϊστάμενο	18,8	100,0	64,3 (17,2)	62,5 (50 – 75)	0,73
Επικοινωνία	0,0	83,3	50,6 (16,1)	50 (45,8 – 58,3)	0,76
Εκτίμηση Συνολικής Ασφάλειας Ασθενούς	0,0	100,0	57,9 (23,4)	50 (50 – 75)	-
Συχνότητα Αναφοράς Δυσμενών Συμβάντων	0,0	100,0	54 (26,7)	50 (33,3 – 75)	0,91
Διασφάλιση ασφάλειας από το νοσοκομείο	6,8	81,8	55,3 (14,7)	56,8 (47,7 – 65,9)	0,83
Αναφερόμενα Δυσμενή Συμβάντα	0,0	28,0	2,8 (5)	1 (0 – 3)	-

6.2. Συσχετίσεις μεταβλητών

Στη συνέχεια, ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τους συντελεστές συσχέτισης (Spearman) ανάμεσα στις διαστάσεις για την κουλτούρα ασφαλείας με τις κλίμακες εργασιακού περιβάλλοντος και εξουθένωσης. Η κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος ήταν θετικά συσχετισμένη με όλες τις διαστάσεις που αφορούσαν στην ασφάλεια του ασθενή (με εξαίρεση την διάσταση για την συχνότητα αναφοράς δυσμενών συμβάντων, με την οποία δεν εμφάνισε σημαντική συσχέτιση) και αρνητικά συσχετισμένη με τα αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα, υποδηλώνοντας ότι καλύτερο εργασιακό περιβάλλον σχετιζόταν με καλύτερη αξιολόγηση της προσπάθειας διασφάλισης της ασφαλείας του ασθενούς από την ομάδα, τον προϊστάμενο το ίδιο το νοσοκομείο, συνολικά, καλύτερη αξιολόγηση της επικοινωνίας και μειωμένη αναφορά δυσμενών συμβάντων.

Αντίθετα, η προσωπική εξουθένωση ήταν αρνητικά συσχετισμένη με τις διαστάσεις διασφάλισης ασφαλείας του ασθενούς από την ομάδα, τον/την προϊστάμενο και το νοσοκομείο. Η εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς ήταν και αυτές αρνητικά συσχετισμένη με τις διαστάσεις διασφάλισης ασφαλείας του ασθενούς από την ομάδα, τον/την προϊστάμενο και το νοσοκομείο, αλλά και με την συνολική βαθμολογία εκτίμησης ασφαλείας. Η εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς παρουσίασε και σημαντική συσχέτιση με την διάσταση της επικοινωνίας. Όλες οι διαστάσεις εξουθένωσης ήταν σημαντικά και θετικά συσχετισμένες με τον αριθμό δυσμενών συμβάντων που είχαν αναφερθεί τον τελευταίο χρόνο.

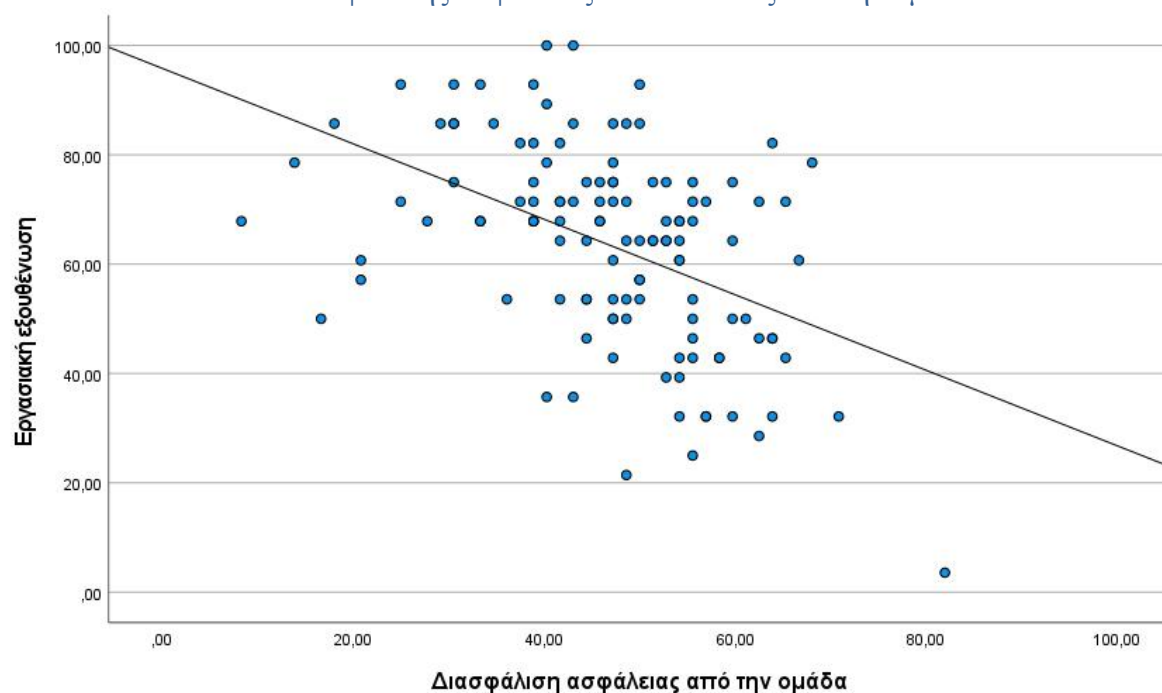
Τα παραπάνω υποδηλώνουν, ότι αυξημένη εξουθένωση σχετίζεται με μειωμένη ασφάλεια του ασθενούς και αύξηση των δυσμενών περιστατικών.

Πίνακας 6: Συσχέτιση ανάμεσα στις διαστάσεις της κουλτούρας ασφαλείας με το εργασιακό περιβάλλον και την εξουθένωση

		Κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος	Προσωπική εξουθένωση	Εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς	Εργασιακή εξουθένωση
Διασφάλιση ασφαλείας από την ομάδα	rho	0,66	-0,38	-0,43	-0,48
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Διασφάλιση ασφαλείας από τον/την προϊστάμενο	rho	0,44	-0,25	-0,35	-0,21
	P	<0,001	0,005	<0,001	0,024
Επικοινωνία	rho	0,47	-0,13	-0,19	-0,17
	P	<0,001	0,162	0,038	0,065
Εκτίμηση Συνολικής Ασφαλείας Ασθενούς	rho	0,47	-0,13	-0,25	-0,19
	P	<0,001	0,161	0,005	0,041

Συχνότητα Αναφοράς Δυσμενών Συμβάντων	rho	0,17	-0,06	-0,07	-0,04
	P	0,063	0,505	0,473	0,676
Διασφάλιση ασφάλειας από το νοσοκομείο	rho	0,47	-0,23	-0,35	-0,23
	P	<0,001	0,012	<0,001	0,011
Αναφερόμενα Δυσμενή Συμβάντα	rho	-0,42	0,18	0,33	0,22
	P	<0,001	0,043	<0,001	0,015

Γράφημα 3: Γράφημα συσχέτισης των βαθμολογιών εργασιακής εξουθένωσης και προσπάθειας διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα



6.3. Μονομεταβλητή ανάλυση

Η αξιολόγηση της ομάδας σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς παρουσίασε διαφορές ανάλογα με τον τομέα εργασίας. Ειδικότερα, μετά την εφαρμογή των διορθώσεων Bonferroni διαπιστώθηκε, ότι οι εργαζόμενοι στη ΜΕΘ είχαν υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύοντας, ότι εκτιμούσαν περισσότερο την προσπάθεια της ομάδας τους για την ασφάλεια του ασθενούς, συγκριτικά με εκείνους στον χειρουργικό τομέα ($p=0,038$).

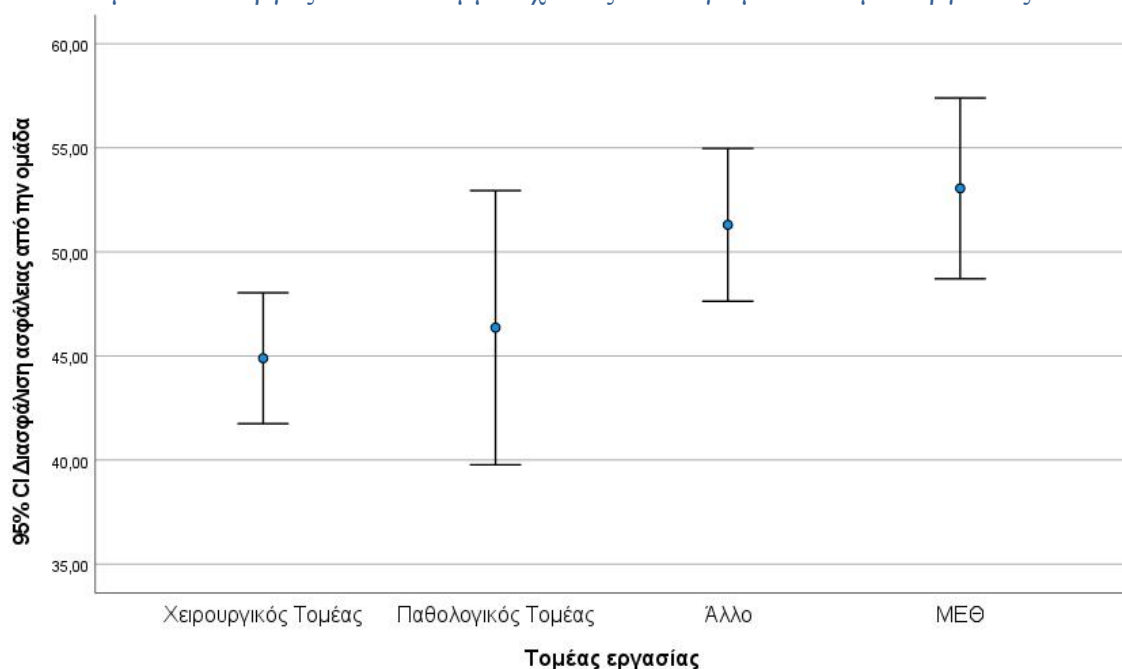
Πίνακας 7: Διασφάλιση ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα σε συνάρτηση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	Διασφάλιση ασφάλειας από την ομάδα		P
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	

Φύλο	Άνδρας	50,2 (9,8)	47,9 (41,7 – 61,1)	0,489+
	Γυναίκα	46,6 (12,7)	47,2 (40,3 – 55,6)	
Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	47,1 (12,7)	46,5 (38,9 – 58,3)	0,794++
	Τεχνολογική//Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	48,6 (9,4)	48,6 (41,7 – 54,2)	
	Μεταπτυχιακές σπουδές/ Διδακτορικό δίπλωμα	46,2 (13,6)	47,2 (40,3 – 54,2)	
Ειδικότητα	Όχι	46,7 (12,5)	47,2 (40,3 – 55,6)	0,441+
	Ναι	49,5 (10,9)	51,4 (45,1 – 54,9)	
Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;	ΠΕ Νοσηλεύτης	47,1 (13,7)	48,6 (41,7 – 54,2)	0,997++
	ΤΕ Νοσηλεύτης	47 (11,9)	47,9 (40,3 – 54,2)	
	ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη	47,1 (12,7)	46,5 (38,9 – 58,3)	
Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή;	Ναι, συνήθως έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	47 (12,6)	47,2 (40,3 – 55,6)	0,920+
	Όχι, δεν έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	47,5 (10,8)	48,6 (41 – 53,5)	
Τομέας εργασίας	Χειρουργικός Τομέας	44,9 (13)	45,1 (38,9 – 52,1)	0,016++
	Παθολογικός Τομέας	46,4 (14,5)	47,2 (37,5 – 58,3)	
	Άλλο	51,3 (6,9)	51,4 (47,2 – 55,6)	
	ΜΕΘ	53,1 (7,8)	54,2 (48,6 – 56,9)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Γράφημα 4: Γράφημα για την μέση βαθμολογία διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα που εργάζονται οι συμμετέχοντες ανάλογα με τον τομέα εργασίας



Η βαθμολογία για την διασφάλιση από τον/την προϊστάμενο δεν παρουσίασε σημαντικές διαφορές ανάλογα με τα παρακάτω χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8: Διασφάλιση ασφάλειας του ασθενούς από τον/την προϊστάμενο βάσει των ατομικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων

		Διασφάλιση ασφάλειας από τον/την προϊστάμενο		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	67 (14,6)	62,5 (56,3 – 81,3)	0,483+
	Γυναίκα	63,9 (17,5)	62,5 (50 – 75)	
Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	65,9 (19,6)	68,8 (56,3 – 75)	0,636++
	Τεχνολογική//Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	64,8 (15,1)	65,6 (56,3 – 75)	
	Μεταπτυχιακές σπουδές/Διδακτορικό δίπλωμα	63,3 (17,3)	62,5 (50 – 75)	
Ειδικότητα	Όχι	64,5 (17,7)	62,5 (50 – 75)	0,662+
	Ναι	62 (10,8)	62,5 (56,3 – 68,8)	
Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;	ΠΕ Νοσηλεύτης	61,3 (16,9)	62,5 (50 – 68,8)	0,594++
	ΤΕ Νοσηλεύτης	64,8 (16,4)	62,5 (50 – 75)	
	ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη	65,9 (19,6)	68,8 (56,3 – 75)	
Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή;	Ναι, συνήθως έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	64,6 (17,1)	62,5 (50 – 75)	0,371+
	Όχι, δεν έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	60,9 (17,9)	59,4 (50 – 71,9)	
Τομέας εργασίας	Χειρουργικός Τομέας	62,9 (16,3)	62,5 (50 – 75)	0,251++
	Παθολογικός Τομέας	62,2 (16,9)	68,8 (50 – 75)	
	Άλλο	70,3 (14)	68,8 (62,5 – 75)	
	ΜΕΘ	67,1 (23,3)	68,8 (56,3 – 87,5)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Ούτε στην επικοινωνιακή διάσταση προέκυψαν σημαντικές διαφορές με βάση τα παρακάτω χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 9: Διασφάλιση ασφάλειας του ασθενούς από την επικοινωνία σε σχέση με το προφίλ των συμμετεχόντων

		Επικοινωνία		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	54,2 (10,3)	52,1 (45,8 – 62,5)	0,537+
	Γυναίκα	50,1 (16,6)	50 (45,8 – 58,3)	
Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	50,5 (16,5)	54,2 (45,8 – 58,3)	0,926++
	Τεχνολογική//Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	50,5 (12,4)	50 (45,8 – 58,3)	

	Μεταπτυχιακές σπουδές/ Διδακτορικό δίπλωμα	50,6 (17,7)	50 (45,8 — 62,5)	
Ειδικότητα	Όχι	50,3 (16,6)	50 (45,8 — 58,3)	0,812+
	Ναι	53,1 (10,5)	54,2 (47,9 — 54,2)	
Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;	ΠΕ Νοσηλεύτης	49,5 (17,6)	54,2 (41,7 — 62,5)	0,979++
	ΤΕ Νοσηλεύτης	51 (15,5)	50 (45,8 — 58,3)	
	ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη	50,5 (16,5)	54,2 (45,8 — 58,3)	
Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή;	Ναι, συνήθως έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	50,9 (16,6)	54,2 (45,8 — 58,3)	0,178+
	Όχι, δεν έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	47,6 (9,6)	47,9 (41,7 — 52,1)	
Τομέας εργασίας	Χειρουργικός Τομέας	48,7 (16,2)	50 (43,8 — 58,3)	0,220++
	Παθολογικός Τομέας	48,8 (15,9)	50 (45,8 — 58,3)	
	Άλλο	55,7 (12,7)	54,2 (50 — 62,5)	
	ΜΕΘ	56,1 (17,6)	54,2 (50 — 70,8)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Η γενική αξιολόγηση της ασφάλειας έδειξε μόνο μια ενδεικτική διαφορά, ανάλογα με το αν οι συμμετέχοντες είχαν άμεση επαφή με τον ασθενή. Όσοι είχαν άμεση επαφή αξιολόγησαν την ασφάλεια των ασθενών καλύτερα από εκείνους που δεν είχαν.

Πίνακας 10: Συνολική εκτίμηση της ασφάλειας σύμφωνα με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		Εκτίμηση Συνολικής Ασφάλειας Ασθενούς		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	66,1 (21)	75 (50 — 75)	0,155+
	Γυναίκα	56,8 (23,5)	50 (50 — 75)	
Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	56,7 (28,8)	50 (25 — 75)	0,770++
	Τεχνολογική//Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	60,2 (21,9)	50 (50 — 75)	
	Μεταπτυχιακές σπουδές/ Διδακτορικό δίπλωμα	57,3 (21,9)	50 (50 — 75)	
Ειδικότητα	Όχι	58,3 (23,2)	50 (50 — 75)	0,572+
	Ναι	54,2 (25,7)	50 (25 — 75)	
Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;	ΠΕ Νοσηλεύτης	51 (20,6)	50 (50 — 75)	0,215++
	ΤΕ Νοσηλεύτης	61 (21,8)	50 (50 — 75)	
	ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη	56,7 (28,8)	50 (25 — 75)	
Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έχετε	Ναι, συνήθως έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	59 (23,3)	50 (50 — 75)	0,087+

συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή;	Όχι, δεν έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	47,9 (22,5)	50 (25 — 50)	
Τομέας εργασίας	Χειρουργικός Τομέας	57,7 (25,3)	50 (37,5 — 75)	0,749++
	Παθολογικός Τομέας	54,8 (20,3)	50 (50 — 75)	
	Άλλο	62,5 (22,4)	62,5 (50 — 75)	
	ΜΕΘ	58,3 (20,4)	50 (50 — 75)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σχετικά με την συχνότητα αναφοράς δυσμενών συμβάντων.

Πίνακας 11: Συχνότητα αναφοράς συμβάντων ως προς τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

		Συχνότητα Αναφοράς Δυσμενών Συμβάντων		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	59,5 (24,4)	54,2 (41,7 — 75)	0,433+
	Γυναίκα	53,3 (27)	50 (33,3 — 75)	
Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	53,2 (33,2)	50 (25 — 75)	0,593++
	Τεχνολογική//Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	57,6 (20,2)	50 (50 — 70,8)	
	Μεταπτυχιακές σπουδές/Διδακτορικό δίπλωμα	52,6 (26,9)	50 (25 — 75)	
Ειδικότητα	Όχι	53,4 (26,7)	50 (33,3 — 75)	0,273+
	Ναι	59,7 (27)	58,3 (50 — 75)	
Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;	ΠΕ Νοσηλεύτης	55,4 (25,3)	50 (41,7 — 75)	0,932++
	ΤΕ Νοσηλεύτης	53,8 (24,8)	50 (37,5 — 75)	
	ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη	53,2 (33,2)	50 (25 — 75)	
Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή;	Ναι, συνήθως έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	54,2 (27,7)	50 (33,3 — 75)	0,943+
	Όχι, δεν έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	52,1 (15,9)	50 (50 — 62,5)	
Τομέας εργασίας	Χειρουργικός Τομέας	53,3 (28,2)	50 (25 — 75)	0,518++
	Παθολογικός Τομέας	48,4 (26,8)	50 (25 — 75)	
	Άλλο	53,6 (19)	50 (45,8 — 58,3)	
	ΜΕΘ	65,6 (25,4)	50 (41,7 — 100)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Παρομοίως, μη σημαντικές ήταν οι διαφορές για την διασφάλιση ασφάλειας από το νοσοκομείο.

Πίνακας 12: Διασφάλιση της ασφάλειας από το νοσοκομείο αναφορικά με τα προσωπικά στοιχεία των ερωτηθέντων

		Διασφάλιση ασφάλειας από το νοσοκομείο		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	54,7 (12)	52,3 (50 — 59,1)	0,606+
	Γυναίκα	55,4 (15,1)	56,8 (47,7 — 65,9)	
Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	56,5 (13)	58 (47,7 — 65,9)	0,119++
	Τεχνολογική//Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	59,2 (14,2)	60,2 (50 — 70,5)	
	Μεταπτυχιακές σπουδές/ Διδακτορικό δίπλωμα	52,7 (15,3)	54,5 (43,2 — 65,9)	
Ειδικότητα	Όχι	55,2 (14,5)	56,8 (47,7 — 65,9)	0,623+
	Ναι	56,4 (16,8)	62,5 (46,6 — 70,5)	
Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;	ΠΕ Νοσηλεύτης	53,6 (16,5)	56,8 (45,5 — 65,9)	0,825++
	ΤΕ Νοσηλεύτης	55,5 (14,7)	56,8 (47,7 — 68,2)	
	ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη	56,5 (13)	58 (47,7 — 65,9)	
Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή;	Ναι, συνήθως έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	55,6 (15)	56,8 (47,7 — 65,9)	0,169+
	Όχι, δεν έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	52,1 (12)	48,9 (45,5 — 54,5)	
Τομέας εργασίας	Χειρουργικός Τομέας	54,4 (15,5)	56,8 (43,2 — 65,9)	0,481++
	Παθολογικός Τομέας	52,8 (16,6)	56,8 (47,7 — 63,6)	
	Άλλο	57,1 (11,4)	54,5 (48,9 — 67)	
	ΜΕΘ	60,8 (10,2)	59,1 (52,3 — 68,2)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Ο αριθμός των αναφερόμενων δυσμενών συμβάντων ποίκιλε ανάλογα με τον τομέα εργασίας. Μετά την εφαρμογή των διορθώσεων κατά Bonferroni, διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι στις ΜΕΘ ανέφεραν λιγότερα δυσμενή συμβάντα κατά το τελευταίο έτος σε σύγκριση με εκείνους στον παθολογικό τομέα ($p=0,036$).

Πίνακας 13: Αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα βάσει των χαρακτηριστικών του υπό μελέτη πληθυσμού

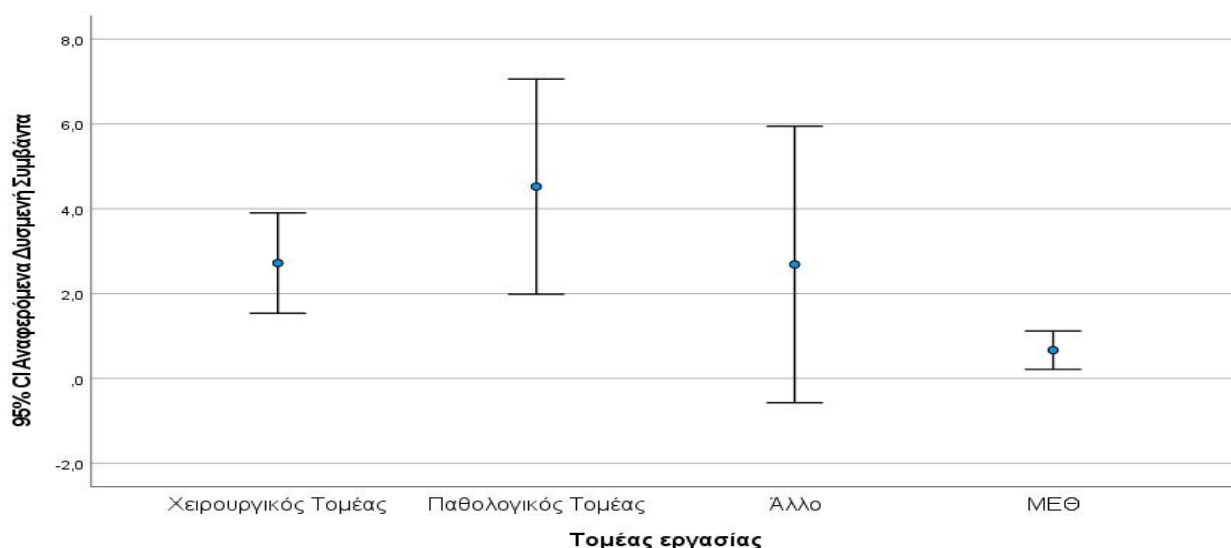
		Αναφερόμενα Δυσμενή Συμβάντα		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	1,5 (2,2)	0,5 (0 — 2)	0,359+

	Γυναίκα	2,9 (5,2)	1,5 (0 – 3)	
Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	2,2 (4,3)	0,5 (0 – 2)	0,105++
	Τεχνολογική//Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	2,8 (6,5)	0 (0 – 2)	
	Μεταπτυχιακές σπουδές/Διδακτορικό δίπλωμα	3 (4,3)	2 (0 – 4)	
Ειδικότητα	Όχι	2,5 (4)	1 (0 – 3)	0,535+
	Ναι	5,5 (9,9)	2 (0 – 3)	
Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;	ΠΕ Νοσηλεύτης	2,3 (5)	1 (0 – 2)	0,231++
	ΤΕ Νοσηλεύτης	3,2 (5,2)	2 (0 – 4)	
	ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη	2,2 (4,3)	0,5 (0 – 2)	
Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή;	Ναι, συνήθως έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	3 (5,2)	2 (0 – 3)	0,175+
	Όχι, δεν έχω άμεση επαφή με τον ασθενή	1,1 (1,6)	0 (0 – 2)	
Τομέας εργασίας	Χειρουργικός Τομέας	2,7 (4,9)	2 (0 – 3)	0,049++
	Παθολογικός Τομέας	4,5 (5,6)	2 (0 – 6)	
	Άλλο	2,7 (6,1)	1 (0 – 2,5)	
	ΜΕΘ	0,7 (0,8)	0 (0 – 1)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Ακολουθεί το διάγραμμα που παρουσιάζει τον μέσο αριθμό αναφερόμενων δυσμενών περιστατικών κατά το τελευταίο έτος, ανάλογα με τον τομέα εργασίας.

Γράφημα 5: Γράφημα για το μέσο αριθμό αναφερόμενων δυσμενών συμβάντων τον τελευταίο χρόνο ανάλογα με τον τομέα εργασίας



Στην συνέχεια, ελέγχθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στις διαστάσεις κουλτούρας ασφαλείας με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας. Η ηλικία σχετιζόταν σημαντικά και θετικά με τη διάσταση συνολικής εκτίμησης της διάστασης του ασθενούς. Μεγαλύτερη ηλικία σχετιζόταν με καλύτερη εκτίμηση της ασφάλειας. Το χρονικό διάστημα εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σχετιζόταν αρνητικά με την διασφάλιση ασφάλειας από την ομάδα και θετικά με τον αριθμό δυσμενών συμβάντων που αναφέρθηκαν τον τελευταίο χρόνο.

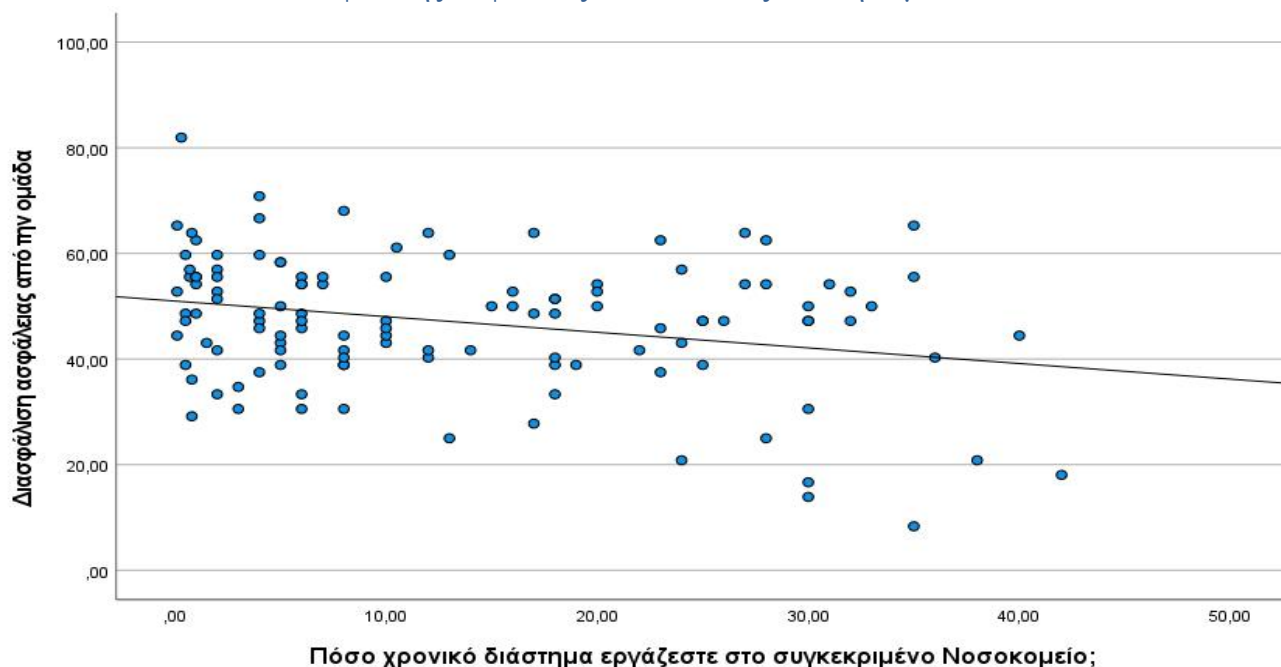
Οπότε, περισσότερος χρόνος στο νοσοκομείο εργασίας σχετιζόταν με την αναφορά περισσότερων δυσμενών συμβάντων και χειρότερη αξιολόγηση της προσπάθειας διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα. Το διάστημα εργασίας στη συγκεκριμένη μονάδα σχετιζόταν, επίσης, σημαντικά και αρνητικά με την αξιολόγηση διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα. Αντίστοιχα, το χρονικό διάστημα εργασίας στην συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα σχετιζόταν σημαντικά και αρνητικά με την διασφάλιση ασφάλειας του ασθενούς από τον/την προϊστάμενο και την συχνότητα που αναφέρονταν τυχόν δυσμενή συμβάντα, αλλά ήταν θετικά συσχετισμένο με τον αριθμό δυσμενών συμβάντων.

Οπότε μεγαλύτερο διάστημα εργασίας στο παρόν επάγγελμα σχετιζόταν με χειρότερη αξιολόγηση της προσπάθειας του/της προϊσταμένου/ης για την διασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς, με περισσότερα δυσμενή συμβάντα, τα οποία όμως αναφέρονταν λιγότερο συχνά.

Πίνακας 14: Συσχέτιση των διαστάσεων της κουλτούρας ασφαλείας με βάση την ηλικιακή ομάδα και τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας

		Ηλικία	Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο;	Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στη συγκεκριμένη Μονάδα;	Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο;	Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα;
Διασφάλιση ασφάλειας από την ομάδα	rho	-0,04	-0,21	-0,18	0,02	-0,14
	P	0,637	0,022	0,050	0,847	0,134
Διασφάλιση ασφάλειας από τον/την προϊστάμενο	rho	-0,08	-0,11	-0,09	0,06	-0,18
	P	0,369	0,218	0,339	0,498	0,046
Επικοινωνία	rho	-0,06	0,04	-0,01	0,06	-0,01
	P	0,493	0,699	0,882	0,539	0,944
Εκτίμηση Συνολικής Ασφάλειας Ασθενούς	rho	0,21	0,17	0,11	-0,02	0,16
	P	0,024	0,057	0,248	0,832	0,072
Συχνότητα Αναφοράς Δυσμενών Συμβάντων	rho	0,01	-0,15	-0,06	0,11	-0,20
	P	0,983	0,100	0,537	0,218	0,025
Διασφάλιση ασφάλειας από το νοσοκομείο	rho	0,03	-0,12	-0,07	-0,03	-0,09
	P	0,726	0,187	0,430	0,751	0,353
Αναφερόμενα Δυσμενή Συμβάντα	rho	0,15	0,33	0,17	0,13	0,25
	P	0,092	<0,001	0,069	0,158	0,006

Γράφημα 6: Γράφημα συσχέτισης του χρόνου εργασίας στο νοσοκομείο με την αξιολόγηση διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα



6.3. Πολυπαραγοντική ανάλυση

Για να εντοπιστούν οι παράγοντες που συνδέονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις της κουλτούρας ασφαλείας, πραγματοποιήθηκαν πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις. Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι αντίστοιχες βαθμολογίες, ενώ οι ανεξάρτητες περιλάμβαναν τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, καθώς και τις κλίμακες που αφορούν το εργασιακό περιβάλλον και την εξουθένωση. Οι αναλύσεις διεξήχθησαν με τη μέθοδο της διαδοχικής ένταξης και αφαίρεσης.

Η κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος, ο τομέας εργασίας και η εξουθένωση από την συναναστροφή με τους ασθενείς σχετίζονταν με την διάσταση **διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα**. Όσοι εργάζονταν στην ΜΕΘ αξιολόγησαν καλύτερα, συγκριτικά με τους εργαζόμενους στον χειρουργικό τομέα και εκτιμούσαν περισσότερο το εργασιακό τους περιβάλλον. Αντίθετα, η εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς ήταν επιβαρυντικός παράγοντας για την διασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα. Μεγαλύτερη επίδραση στην διάσταση διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από την ομάδα είχε η κλίμακα αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος και ακολουθούσε η εξουθένωση.

Πίνακας 15: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος, του τομέα εργασίας και της εξουθένωσης από τη συναναστροφή με τους ασθενείς με τη κουλτούρα ασφαλείας

	β	SE	b	P
Τομέας Παθολογικός Τομέας vs Χειρουργικός	0,023	0,028	0,063	0,414
Τομέας: Άλλο vs Χειρουργικός	0,049	0,032	0,118	0,130
Τομέας: ΜΕΘ vs Χειρουργικός	0,077	0,032	0,182	0,019
Κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος	0,117	0,019	0,474	<0,001
Εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς	-0,001	0,000	-0,200	0,012

β: συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b: τυποποιημένος συντελεστής
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης

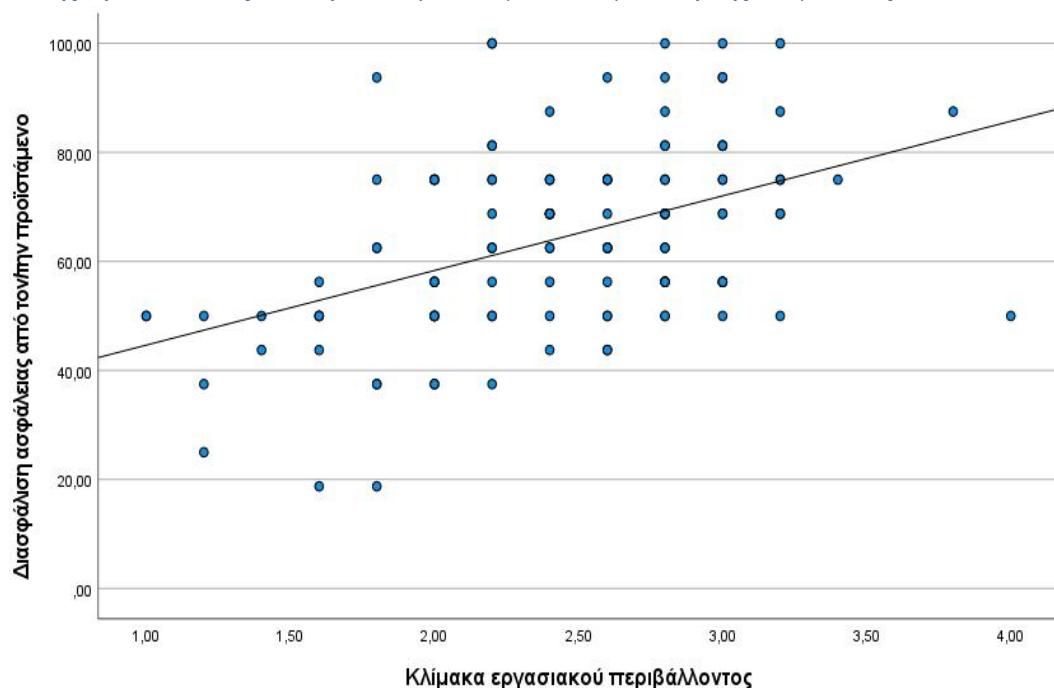
Η εκτίμηση του εργασιακού κλίματος και η εξάντληση από την επαφή με ασθενείς συνδέονταν με την διάσταση **διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από τον/την προϊστάμενο**. Καλύτερη αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος σχετιζόταν με καλύτερη αξιολόγηση και της προσπάθειας του προϊσταμένου για την ασφάλεια του ασθενούς, ενώ αντίθετα αυξημένη εξουθένωση σχετιζόταν αρνητικά με την βαθμολογία στην διάσταση αυτή. Μεγαλύτερη επίδραση στην διάσταση διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από τον/την προϊστάμενο είχε η κλίμακα αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

Πίνακας 16: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης από τη συναναστροφή με τους ασθενείς με την διάσταση της διασφάλισης του ασθενούς από τον/την προϊστάμενο

	β	SE	b	P
Κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος	0,093	0,019	0,409	<0,001
Εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς	-0,001	0,000	-0,205	0,015

β : συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b: τυποποιημένος συντελεστής
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης

Γράφημα 7: Γράφημα συσχέτισης της βαθμολογίας αξιολόγησης του εργασιακού περιβάλλοντος και της προσπάθειας του προϊσταμένου για διασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς



Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και για την διάσταση **επικοινωνίας**. Η θετική αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος συνδέθηκε με την καλύτερη αξιολόγηση της επικοινωνίας του προσωπικού για την εξασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών, ενώ η αυξημένη εξουθένωση από την επαφή με ασθενείς επιδείνωσε την επικοινωνία.

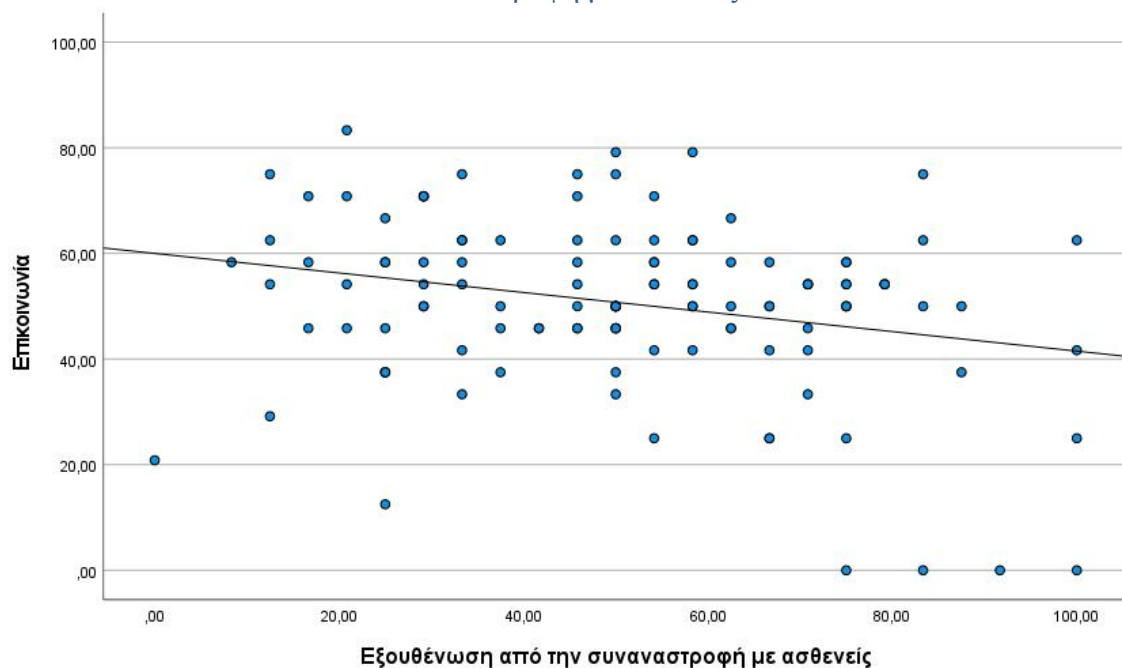
Μεγαλύτερη επίδραση και στην διάσταση επικοινωνίας είχε η κλίμακα αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

Πίνακας 17: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος και της εξουθένωσης λόγω αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς, ως προς τη διάσταση της επικοινωνίας

	β	SE	b	P
Κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος	0,238	0,050	0,405	<0,001
Εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς	-0,003	0,001	-0,182	0,033

β : συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b: τυποποιημένος συντελεστής
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης

Γράφημα 8: Γράφημα συσχέτισης της βαθμολογίας επικοινωνίας και εξουθένωσης από την συναναστροφή με ασθενείς



Η ηλικία, η αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος και η εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς σχετίζονταν με την διάσταση *συνολικής εκτίμηση ασφάλειας*. Καλύτερη εκτίμηση της ασφάλειας συνολικά έκαναν, όσοι ήταν μεγαλύτερης ηλικίας και πιο ικανοποιημένοι από το εργασιακό τους περιβάλλον, ενώ αντίθετα οι πιο εξουθενωμένοι από τους ασθενείς συμμετέχοντες αξιολογούσαν χειρότερα την ασφάλεια.

Η κλίμακα αξιολόγησης του εργασιακού περιβάλλοντος είχε τη μεγαλύτερη επίδραση στη διάσταση εκτίμησης της ασφάλειας, ενώ ακολουθούσε η εξουθένωση που προκαλείται από την επαφή με ασθενείς.

Πίνακας 18: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος και της προκαλούμενης από την επαφή με τους ασθενείς εξουθένωσης, αναφορικά με τη διάσταση της συνολικής εκτίμησης ασφάλειας

	β	SE	b	P
Κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος	0,152	0,036	0,351	<0,001
Εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς	-0,003	0,001	-0,232	0,007
Ηλικία	0,005	0,002	0,208	0,011

β : συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b: τυποποιημένος συντελεστής
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης

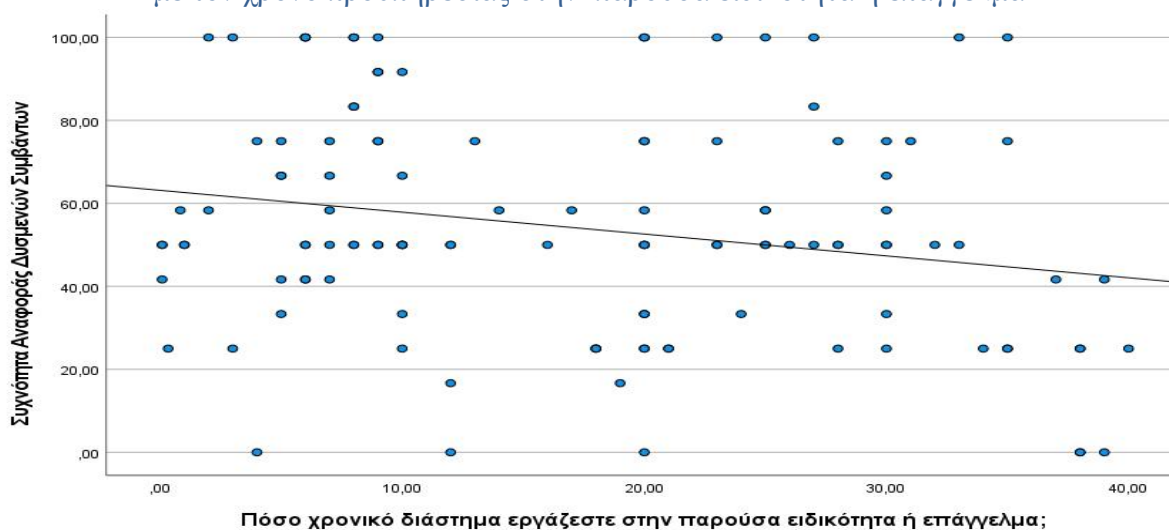
Η κλίμακα αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος και το χρονικό διάστημα εργασίας στην συγκεκριμένη ειδικότητα σχετίζονταν με την *συχνότητα αναφοράς δυσμενών συμβάντων*. Καλύτερο εργασιακό περιβάλλον σχετιζόταν με συχνότερη αναφορά των δυσμενών συμβάντων, ενώ περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας σχετίζονταν με μειωμένη αναφορά αυτών.

Πίνακας 19: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος, το χρονικό διάστημα εργασίας στην παρούσα ειδικότητα με τη συχνότητα αναφοράς συμβάντων

	β	SE	b	P
Κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος	0,184	0,065	0,246	0,006
Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα;	-0,008	0,003	-0,221	0,013

β : συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b: τυποποιημένος συντελεστής
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης

Γράφημα 9: Γράφημα συσχέτισης της συχνότητας αναφοράς δυσμενών συμβάντων με τον χρόνο προϋπηρεσίας στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα



Η αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος και η εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς σχετίζονταν με την διάσταση *διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από το νοσοκομείο*. Η εξουθένωση ήταν και πάλι επιβαρυντικός παράγοντας, ενώ η ικανοποίηση από το εργασιακό

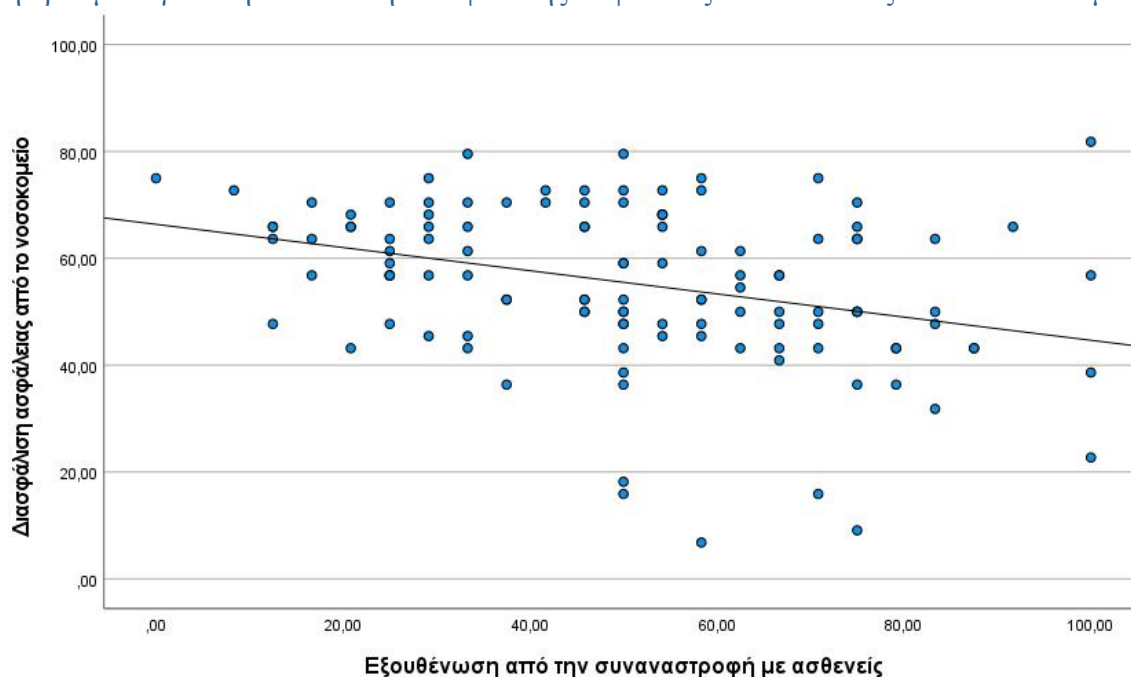
περιβάλλον σχετιζόταν με καλύτερη αξιολόγηση του νοσοκομείου στην κατεύθυνση αυτή. Μεγαλύτερη επίδραση στην διάσταση διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από το νοσοκομείο είχε η κλίμακα αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

Πίνακας 20: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης από την συναναστροφή με ασθενείς με την διάσταση της διασφάλισης ασφάλειας ασθενούς από το νοσοκομείο

	β	SE	b	P
Κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος	0,087	0,025	0,306	0,001
Εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς	-0,001	0,001	-0,204	0,022

β : συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b: τυποποιημένος συντελεστής
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης

Γράφημα 10: Γράφημα συσχέτισης της κλίμακας αξιολόγησης του εργασιακού περιβάλλοντος με την βαθμολογία στην διάσταση διασφάλισης ασφάλειας του ασθενούς από το νοσοκομείο



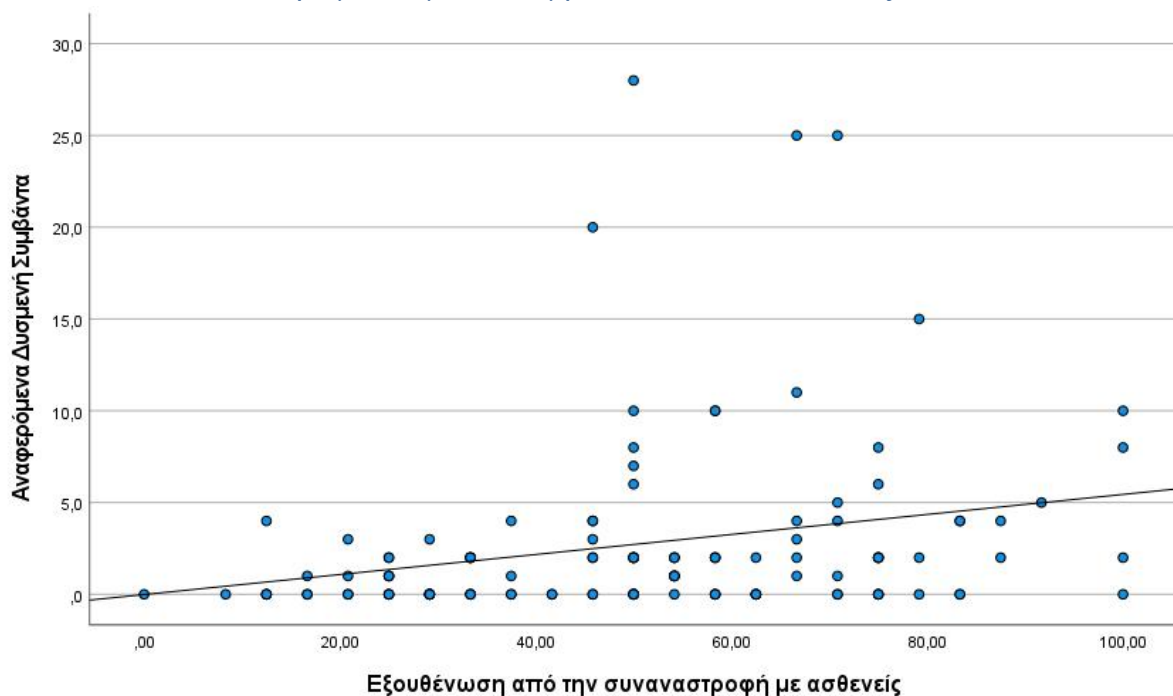
Η αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος, η εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς και ο χρόνος εργασίας στο Νοσοκομείο σχετίζονταν με τον **αριθμό δυσμενών συμβάντων που αναφέρθηκαν το τελευταίο έτος**. Πιο πολλά δυσμενή συμβάντα ανέφεραν, ότι αντιμετώπισαν όσοι είχαν αυξημένη εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς και ήταν περισσότερά έτη στο νοσοκομείο. Η καλύτερη αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος σχετιζόταν και με μικρότερο αριθμό δυσμενών συμβάντων. Μεγαλύτερη επίδραση είχε η κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος και ακολουθούσαν τα έτη στο νοσοκομείο.

Πίνακας 21: Συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης από την συναναστροφή με ασθενείς και ο χρόνος εργασίας στο νοσοκομείο με τον αριθμό δυσμενών συμβάντων που αναφέρθηκαν το τελευταίο έτος

	β	SE	b	P
Κλίμακα εργασιακού περιβάλλοντος	-0,222	0,057	-0,327	<0,001
Εξουθένωση από την συναναστροφή με ασθενείς	0,003	0,001	0,194	0,025
Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο;	0,007	0,003	0,221	0,008

β: συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b: τυποποιημένος συντελεστής
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης

Γράφημα 11: Γράφημα συσχέτισης της εξουθένωσης από την συναναστροφή με ασθενείς με τον αριθμό δυσμενών συμβάντων το τελευταίο έτος



Κεφάλαιο 7: Συζήτηση

Η παρούσα ερευνητική μελέτη μέσω των μεθόδων της στατιστικής ανάλυσης που διεξήχθησαν, διερεύνησε την επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος και της εξουθένωσης στην κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό» σε δείγμα 120 νοσηλευτών, αναδεικνύοντας, ότι οι σημαντικές συσχετίσεις αυτών των παραγόντων μπορούν να επηρεάσουν άμεσα την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας προς τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας.

Ειδικότερα, όσον αφορά το εργασιακό περιβάλλον τα αποτελέσματα έδειξαν μέτρια αξιολόγηση με μέση τιμή 2,4/4, με υψηλή εκτίμηση στην ηγεσία των προϊσταμένων και την ομαδική συνεργασία μεταξύ του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, αλλά χαμηλή ικανοποίηση ως προς την επάρκεια του προσωπικού και την ανταπόκριση της ίδιας της διοίκησης στις ανησυχίες του. Αυτή η διαπίστωση έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με αποτελέσματα ερευνών, οι οποίες επισημαίνουν, ότι η περαιτέρω βελτίωση των οργανωτικών πόρων και της διοικητικής υποστήριξης κρίνεται απαραίτητη για την σημαντική ενίσχυση του εργασιακού κλίματος (Brofidi et al., 2018; Moisoglou et al., 2020). Επιπλέον, άλλες ερευνητικές μελέτες έχουν επίσης επιβεβαιώσει, ότι η θετική επίδραση της ηγεσίας και της ομαδικής συνεργασίας συμβάλλει στην ικανοποίηση από την εργασία και στην ποιότητα της φροντίδας (Boamah et al., 2018; Gottlieb et al., 2021). Η ενίσχυση αυτών των παραγόντων αυξάνει την εμπιστοσύνη του προσωπικού και μειώνει τα λάθη κατά τη φροντίδα, ενισχύοντας την ασφάλεια των ασθενών (Olds et al., 2017).

Στη συνέχεια, η παρούσα μελέτη κατέγραψε σχετικά υψηλά επίπεδα εξουθένωσης, ιδιαίτερα στην διάσταση της προσωπικής και της εργασιακής εξουθένωσης με μέσους όρους πάνω από 50 στην κλίμακα της CBI. Η αρνητική επίδραση της εξουθένωσης στην ψυχολογική κατάσταση των νοσηλευτών και την ποιότητα της φροντίδας έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες, οι οποίες συνδέουν την εξουθένωση με μειωμένη ασφάλεια ασθενών και αυξημένα λάθη κατά την παροχή φροντίδας (Galanis et al., 2021; Garcia et al., 2019). Αυτή η άποψη έχει επίσης επισημανθεί σε άλλες έρευνες (Zheng et al., 2023; Lee et al., 2023). Η καταπολέμηση της εξουθένωσης μέσω ψυχολογικής υποστήριξης και η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών θεωρούνται κρίσιμες για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της φροντίδας, όπως επιβεβαιώνεται από άλλες έρευνες (Abdel-Azeem et al., 2024; Moisoglou et al., 2025).

Επίσης, όσον αφορά την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών, η παρούσα έρευνα κατέδειξε μέτρια ως χαμηλά επίπεδα, ειδικά σε τομείς, όπως η διασφάλιση ασφάλειας από την ομάδα και η συχνότητα αναφοράς συμβάντων. Η θετική συσχέτιση του εργασιακού περιβάλλοντος με την κουλτούρα ασφάλειας υπογραμμίζει τη σημασία της υποστήριξης και της ομαδικής συνεργασίας για τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος παροχής φροντίδας. (Karaki & Souliotis, 2017; Pedroso

et al., 2023). Αυτή η γνώμη έχει διατυπωθεί στα αποτελέσματα και άλλων ερευνών (Raftopoulos et al., 2011; Alsabri et al., 2022).

Η μελέτη ανέδειξε, ότι το άριστο εργασιακό περιβάλλον σχετίζεται άμεσα με την υψηλότερη εκτίμηση της προσπάθειας διασφάλισης του κλίματος ασφάλειας από την ομάδα, τον προϊστάμενο και το νοσοκομείο συνολικά, αντίθετα η αυξημένη εξουθένωση του προσωπικού, ειδικότερα η συναναστροφή με τους ασθενείς, σχετίζεται αρνητικά με αυτά τα στοιχεία και θετικά με τον αριθμό αναφερόμενων δυσμενών συμβάντων. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει, ότι η ψυχολογική πίεση που υφίσταται το νοσηλευτικό προσωπικό έχει αρνητικές συνέπειες στην ασφάλεια των ασθενών και αυξάνει τα περιστατικά που ενδέχεται να απειλήσουν την ποιότητα της φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας (Li et al., 2024; Garcia et al., 2019).

Η καλύτερη αξιολόγηση της προσπάθειας διασφάλισης ασφάλειας από την ομάδα και ο μειωμένος αριθμός δυσμενών συμβάντων στις ΜΕΘ σε σχέση με τον παθολογικό και τον χειρουργικό τομέα έρχονται σε απόλυτη συμφωνία με τα ευρήματα μελετών που επισημαίνουν, ότι η αυξημένη εξειδίκευση και η αυστηρότερη οργάνωση που επικρατεί στις ΜΕΘ, λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες της βελτιωμένης ασφάλειας (Bruyneel et al., 2023; Tlili et al., 2022). Η συστηματική παρακολούθηση και η εφαρμογή των πρωτοκόλλων ασφαλείας στις ΜΕΘ συμβάλλουν στην πρόληψη λαθών και την ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας του προσωπικού και των ασθενών (Huang et al., 2022).

Η παρούσα μελέτη αποκάλυψε, ότι η ηλικία και η εμπειρία στο νοσοκομείο επηρεάζουν την αντίληψη της ασφάλειας και την αναφορά δυσμενών συμβάντων, όσον αφορά τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά. Μεγαλύτερης ηλικίας νοσηλευτές τείνουν να εκτιμούν θετικότερα την ασφάλεια, ενώ ταυτόχρονα, ο αυξημένος χρόνος εργασίας σχετίζεται με περισσότερα δυσμενή συμβάντα, αλλά μειωμένη συχνότητα αναφοράς, πιθανόν εξαιτίας της κουλτούρας ή κορεσμού στην αναφορά (Chu et al., 2023; Moisoglou et al., 2020). Αυτή η τάση υπογραμμίζει την ανάγκη για ενίσχυση της κουλτούρας αναφοράς και της εκπαίδευσης σε όλες τις ηλικιακές και εμπειρικές ομάδες.

Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν, ότι το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό» αξιολογείται σε μέτρια επίπεδα, με σημαντικές ελλείψεις στην επάρκεια προσωπικού, πόρων και στην ανταπόκριση της διοίκησης προς τις ανησυχίες του προσωπικού. Ταυτόχρονα, η έντονη εξουθένωση, τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο, επιδεινώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών. Η εξουθένωση συνδέεται αρνητικά με τις προσπάθειες διασφάλισης της ασφάλειας και θετικά με την αύξηση των δυσμενών συμβάντων, υπογραμμίζοντας την επιβλαβή επίδρασή της στην ασφάλεια των ασθενών και στην αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, η μελέτη ανέδειξε σημαντικές διαφοροποιήσεις ανά τομέα εργασίας, με τους νοσηλευτές που απασχολούνται στις ΜΕΘ να αξιολογούν πολύ καλύτερα την κουλτούρα ασφάλειας και να αναφέρουν λιγότερα δυσμενή συμβάντα, γεγονός που συνάδει με την αυξημένη εξειδίκευση και την αυστηρότερη οργάνωση που επικρατεί σ' αυτό τον χώρο εργασίας. Η ηλικία και η προϋπηρεσία επιδρούν σημαντικά στην αντίληψη για την ασφάλεια και την αναφορά δυσμενών συμβάντων, με τους μεγαλύτερους και έμπειρους νοσηλευτές να εκτιμούν θετικότερα την ασφάλεια, αλλά να αναφέρουν λιγότερα συμβάντα που αυτό είναι πιθανό λόγω της κουλτούρας ή κορεσμού στην αναφορά.

Επομένως, κρίνεται απαραίτητη η ανάγκη για συστηματικές παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος με έμφαση στην επάρκεια του προσωπικού, στην υποστήριξη από την διοίκηση και στην ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας μέσω εκπαίδευσης, κατάρτισης και της ενεργούς συμμετοχής του προσωπικού. Η ανάπτυξη της ηγεσίας που προάγει την ομαδική συνεργασία, την ανοικτή επικοινωνία και την υποστήριξη του προσωπικού αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη δημιουργία ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος και τη μείωση της εξουθένωσης, συμβάλλοντας στην ενίσχυση της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών.

Συνολικά, η παρούσα έρευνα τονίζει, ότι η σημαντική βελτίωση των συνθηκών εργασίας και η ψυχολογική υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητες για τη διατήρηση υψηλών προτύπων ποιότητας και στην παραγωγή ενός ασφαλούς και βιώσιμου συστήματος υγείας. Το ίδιο το σύστημα υγείας και το κράτος οφείλουν να υλοποιήσουν παρεμβάσεις και να θεσπίσουν κίνητρα που θα ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες υγείας να παράσχουν φροντίδα σ' ένα υγιές περιβάλλον, όπου πρωταρχικός στόχος θα είναι η ασφάλεια των ασθενών.

Περιορισμοί της έρευνας

Η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία περιλαμβάνει ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να εξεταστούν κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αρχικά, το δείγμα περιλαμβάνει 120 νοσηλευτές που εργάζονται αποκλειστικά στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό». Αυτό περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες ή γεωγραφικές περιοχές, καθώς οι συνθήκες εργασίας και η κουλτούρα ασφάλειας μπορεί να διαφέρουν σημαντικά.

Επιπλέον, η μελέτη είναι συγχρονική, γεγονός που δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων για τις σχέσεις ανάμεσα στο εργασιακό περιβάλλον, την εξουθένωση και την κουλτούρα ασφάλειας. Επίσης, η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων, τα οποία μπορεί να επηρεάζονται από την υποκειμενική αντίληψη ή τη μεροληψία μνήμης. Τέλος, η μελέτη επικεντρώθηκε αποκλειστικά στο νοσηλευτικό προσωπικό, χωρίς να συμπεριλάβει άλλες επαγγελματικές ομάδες υγείας, όπως οι ιατροί και το βοηθητικό προσωπικό, που επηρεάζουν το εργασιακό περιβάλλον και την κουλτούρα ασφάλειας.

Πέμπτο, η χρονική περίοδος που διεξήχθη η έρευνα είναι μεταξύ Φεβρουαρίου και Μαρτίου 2026, επομένως τα ευρήματα μπορεί να επηρεάζονται από ειδικές συνθήκες αυτής της περιόδου, όπως διοικητικές αλλαγές. Έκτο, τα εργαλεία μέτρησης PES-NWI, CBI, HSOPSC είναι σταθμισμένα και μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα, η προσαρμογή και η πολιτισμική τους εναρμόνιση ενδέχεται να μην πληρούν όλες τις ιδιαιτερότητες του ελληνικού νοσηλευτικού περιβάλλοντος.

Έβδομο, τα ευρήματα δείχνουν, ότι η μεγαλύτερη προϋπηρεσία συσχετίζεται με μειωμένη συχνότητα αναφοράς συμβάντων, γεγονός που ενδέχεται να αντανακλά κουλτούρα σιωπής ή κορεσμού, παρά τη πραγματική μείωση των συμβάντων. Όγδοο, αν και γίνεται σύγκριση μεταξύ των τομέων, δηλαδή ΜΕΘ με Χειρουργικό και Παθολογικό τομέα, το μέγεθος των υποομάδων ενδέχεται να είναι μικρό για στατιστικά ισχυρές εκτιμήσεις σε κάποιες περιπτώσεις.

Βιβλιογραφία

Από την ξενόγλωσση:

Abdel-Azeem, A., Alshowair, A., Alshora, E., Alotaibi, M., Alruhaimi, F., Tolba, A., Alshahrani, S., & Amer, S. (2024). Occupational Stress and Burnout Among Healthcare Workers in Saudi Arabia During the COVID-19 Pandemic. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 61, 469580241275328.

Alabdaly, A., Hinchcliff, R., Debono, D., & Hor, S. Y. (2024). Relationship between patient safety culture and patient experience in hospital settings: a scoping review. *BMC health services research*, 24(1): 906.

Alexias, G., Papandreopoulou, M., & Togas, C. (2024). Work Engagement and Burnout in a Private Healthcare Unit in Greece. *International journal of environmental research and public health*, 21(2), 130.

Alsabri M., Boudi Z., Lauque D., Dias R. D., Whelan, J. S., Östlundh, L., Alinier, G., Onyeji, C., Michel, P., Liu, S. W., Jr Camargo, C. A., Lindner, T., Slagman, A., Bates, D. W., Tazarourte, K., Singer, S. J., Toussi, A., Grossman, S., & Bellou, A. (2022). Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *Journal of patient safety*, 18(1): e351–e361.

Alves, P. C., Oliveira, A. D. F., & Paro, H. B. M. D. S. (2019). Quality of life and burnout among faculty members: How much does the field of knowledge matter? *PloS one*, 14(3): e0214217.

Andrade, P. S. D., & Cardoso, T. A. D. O. (2012). Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. *Saúde e Sociedade*, 21, 129-140.

Antonakos, I., Souliotis, K., Psaltopoulou, T., Tountas, Y., & Kantzanou, M. (2021). Patient Safety Culture Assessment in Primary Care Settings in Greece: *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(7): 880.

Arfanis, K., Fioratou, E., & Smith, A. (2011). Safety culture in anesthesiology: basic concepts and practical application. *Best practice & research Clinical anaesthesiology*, 25(2): 229-238.

Auraaen, A., Slawomirski, L., & Klazinga, N. (2018). The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind.

Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing outlook*, 66(2): 180-189.

Brofidi, K., Vlasidis, K., & Philalithis, A. (2018). Assessment of the nursing practice environment in Greek Hospitals: a cross-sectional study. *Journal of Research in Nursing*, 23(6), 535–545.

Bruyneel, A., Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., Detollenaere, J., Kohn, L., Pirson, M., Sermeus, W., & Van den Heede, K. (2023). Association of burnout and intention to leave the profession with work environment: A nationwide cross-sectional study among Belgian intensive care nurses after two years of pandemic. *International Journal of Nursing Studies*, 137, 104385.

Buscher, A., Sivertsen, B., & White, J. (2010). Nurses and Midwives: A Force for health: Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009. *World Health Organization: Geneva*.

Camacho-Rodríguez, D. E., Carrasquilla-Baza, D. A., Domínguez-Cancino, K. A., & Palmieri, P. A. (2022). Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(21): 14380.

Chu, W. M., Ho, H. E., Lin, Y. L., Li, J. Y., Lin, C. F., Chen, C. H., Shieh, G. J., Chan, W. C., & Tsan, Y. T. (2023). Risk Factors Surrounding an Increase in Burnout and Depression Among Health Care Professionals in Taiwan During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24(2): 164–170. e3.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. 2nd ed. New York: Routledge.

de Lima Garcia, C., Bezerra, I. M. P., Ramos, J. L. S., do Valle, J. E. T. M. R., Bezerra de Oliveira, M. L., & Abreu, L. C. D. (2019). Association between the culture of patient safety and burnout in pediatric hospitals. *PloS one*, 14(6): e0218756.

Ellis, J. R., & Hartley, C. L. (2004). *Nursing in today's world: Trends, issues, and management*. Lippincott Williams & Wilkins.

Eng J. (2003). Sample size estimation: How many individuals should be studied? *Radiology*. May;227(2):309-13.

Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L., & Giovannetti, P. (2011). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 41(7/8): S58-S68.

Etchegaray, J. M., Thomas, E. J., & Profit, J. (2019). Preoccupation with failure and adherence to shared baselines: Measuring high-reliability organizational culture. *Journal of patient safety and risk management*, 24(4): 147-152.

Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American journal of theoretical and applied statistics*, 5(1):1-4.

Feeser, V. R., Jackson, A. K., Savage, N. M., Layng, T. A., Senn, R. K., Dhindsa, H. S., Santen, S. A., & Hemphill, R. R. (2021). When Safety Event Reporting Is Seen as Punitive: "I've Been PSN-ed!". *Annals of Emergency Medicine*, 77(4): 449–458.

Galanis, P., Vraha, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8): 3286–3302.

Garcia, C. D. L., Abreu, L. C. D., Ramos, J. L. S., Castro, C. F. D. D., Smiderle, F. R. N., Santos, J. A. D., & Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of burnout on patient safety: a systematic review and meta-analysis. *Medicina*, 55(9): 553.

Ge, M. W., Hu, F. H., Jia, Y. J., Tang, W., Zhang, W. Q., & Chen, H. L. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18): 5836–5854.

Gottlieb, L. N., Gottlieb, B., & Bitzas, V. (2021). Creating empowering conditions for nurses with workplace autonomy and agency: how healthcare leaders could be guided by strengths-based nursing and healthcare leadership (SBNH-L). *Journal of Healthcare leadership*, 169-181.

Ha, T. T. N., Thanh, P. Q., Huong, T. L., Anh, V. T., Tu, N. M., Tien, P. H., & Ha, B. T. T. (2023). Nurses' perceptions about patient safety culture in public hospital in Vietnam. *Applied Nursing Research*, 69, 151650.

Hagerty, T. A., Samuels, W., Norcini-Pala, A., & Gigliotti, E. (2017). Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data? *Nursing Science Quarterly*, 30(2), 160–167.

Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of nursing management*, 22(6): 720-734.

Hata, T., Murao, H., Nakagami-Yamaguchi, E., Yamaguchi, Y., Eguchi, H., Nishihara, M., Nitta, M., Ueda, E., Uchiyama, K., & Katsumata, T. (2022). Factors affecting patient safety culture in a university hospital under the universal health insurance system: A cross-sectional study from Japan. *Medicine*, 101(45): e31603.

Huang, H., Xiao, L., Chen, Z., Cao, S., Zheng, S., Zhao, Q., & Xiao, M. (2022). A National Study of Patient Safety Culture and Patient Safety Goal in Chinese Hospitals. *Journal of patient safety*, 18(8): e1167–e1173.

Jha, A. K., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I., Bates, D. W., & Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety (2010). Patient safety research: An overview of the global evidence. *Quality & Safety in Health Care*, 19(1): 42–47.

Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout and patient and organizational outcomes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103933.

Kagan, I., Porat, N., & Barnoy, S. (2019). The quality and safety culture in general hospitals: Patients', physicians, and nurses' evaluation of its effect on patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 31(4): 261–268.

Kapaki, V., & Souliotis, K. (2017). Patient safety culture in Greece: Narrowing the gap between the principles of patient safety culture and current clinical practice. *Patient safety and management: Perspectives, principles and emerging issues*. Nova Sci Publ Inc, 87-117.

Katsiroumpa, A., Moisoglou, I., Konstantakopoulou, O., Kalogeropoulou, M., Gallos, P., Tsiachri, M., & Galanis, P. (2024). Practice environment scale of the nursing work index (5 items version): Translation and validation in Greek. *International Journal of Caring Sciences*, 17(3): 1509.

Kendir, C., Fujisawa, R., Fernandes, Ó. B., de Bienassis, K., & Klazinga, N. (2023). Patient engagement for patient safety: The why, what, and how of patient engagement for improving patient safety.

Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*, 25(3): 176-188.

Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., & Chen, Y. (2019). A Meta-Analysis of the Associations Between the Nurse Work Environment in Hospitals and 4 Sets of Outcomes. *Medical care*, 57(5), 353–361.

Lark, M. E., Kirkpatrick, K., & Chung, K. C. (2018). Patient Safety Movement: History and Future Directions. *The Journal of Hand Surgery*, 43(2): 174–178.

Lawton, R., O'Hara, J. K., Sheard, L., Reynolds, C., Cocks, K., Armitage, G., & Wright, J. (2015). Can staff and patient perspectives on hospital safety predict harm-free care? An analysis of staff and patient survey data and routinely collected outcomes. *BMJ Quality & Safety*. 24(6): 369–376.

Lee, H. F., Hsu, H. C., Efendi, F., Ramoo, V., & Susanti, I. A. (2023). Burnout, resilience, and empowerment among COVID-19 survivor nurses in Indonesia. *PloS one*, 18(10), e0291073.

Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA network open*, 7(11): e2443059.

Malinowska-Lipień, I., Gabryś, T., Kózka, M., Gniadek, A., & Brzostek, T. (2023). Nurses' intention to leave their jobs in relation to work environment factors in Polish hospitals: Cross-sectional study. *Medycyna pracy*, 74(5): 377–387.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(2001): 397-422.

Miller E. (2021). The prevalence of stress and burnout in UK emergency ambulance service workers and its impact on their mental health and well-being. *British Paramedic Journal*. 5(4): 62–63.

Moisoglou, I., Galanis, P., Meimeti, E., Dreliazi, A., Kolovos, P., & Prezerakos, P. (2019). Nursing staff and patients' length of stay. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(6): 1004-1012.

Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., Paralikas, T., Prasini, I., ... & Galanis, P. (2025). Association between nursing work environment, burnout, and turnover intention: A cross-sectional study in Greece. *AIMS Public Health*, 12(4): 1069-1083.

Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., Paralikas, T., Prasini, I., Rekleiti, M., Katsapi, A., Chatzi, M., & Galanis, P. (2025). Association between nursing work environment, burnout, and turnover intention: A cross-sectional study in Greece. *AIMS Public Health*, 12(4): 1069–1083.

Moisoglou, I., Yfantis, A., Galanis, P., Pispirigou, A., Chatzimargaritis, E., Theoxari, A., & Prezerakos, P. (2020). Nurses work environment and patients' quality of care. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1): 108-116.

Monaca, C., Bestmann, B., Kattein, M., Langner, D., Müller, H., & Manser, T. (2020). Assessing Patients' Perceptions of Safety Culture in the Hospital Setting: Development and Initial Evaluation of the Patients' Perceptions of Safety Culture Scale. *Journal of Patient Safety*, 16(1): 90–97.

Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2018). The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6): 1287-1293.

OECD. The economics of patient safety in primary and ambulatory care (2018). https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety-in-primary-and-ambulatory-care_baf425ad-en.html. Πρόσβαση: 10/2/2026.

- Olds, D. M., Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., & Lake, E. T. (2017). Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 74, 155-161.
- Pachi, A., Sikaras, C., Ilias, I., Panagiotou, A., Zyga, S., Tsironi, M., Baras, S., Tsi trouli, L. A., & Tselebis, A. (2022). Burnout, Depression and Sense of Coherence in Nurses during the Pandemic Crisis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(1): 134.
- Papaefstathiou, E., Tsounis, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2019). Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory for Greek doctors. *Health psychology research*, 7(1): 7678.
- Pedroso, A. C., Fernandes, F. P., Tuma, P., Vernal, S., Pellizzari, M., Seisdedos, M. G., Prieto, C., Wilckens, B. O., Villamizar, O. J. S., Olaya, L. A. C., Delgado, P., Cendoroglo Neto, M., & Alianza Latinoamericana de Instituciones de Salud (ALIS) (2023). Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ open quality*, 12(4): e002362.
- Peerally, M. F., Carr, S., Waring, J., & Dixon-Woods, M. (2017). The problem with root cause analysis. *BMJ quality & safety*, 26(5): 417-422.
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout among pediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 13(4): e0195039.
- Prezerakos, P., Galanis, P., & Moisoglou, I. (2015). The work environment of hemodialysis nurses and its impact on patient outcomes. *International journal of nursing practice*, 21(2): 132-140.
- Rafferty, A. M., Ball, J., & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *BMJ Quality & Safety*, 10 (suppl 2): ii32-ii37.
- Raftopoulos, V., Savva, N., & Papadopoulou, M. (2011). Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Services Research*, 11, 238.
- Ree, E., & Wiig, S. (2019). Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and homecare services. *BMC health services research*, 19(1): 607.

Sermeus, W., & Bruyneel, L. (2010). Investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration. Summary report of the three Policy Dialogues. European Observatory on Health Systems and Policies.

Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021). Prevalence of and Factors Associated with Nurse Burnout in the US States. *JAMA network open*, 4(2): e2036469.

Sikaras, C., Ilias, I., Tselebis, A., Pachi, A., Zyga, S., Tsironi, M., Gil, A. P. R., & Panagiotou, A. (2021). Nursing staff fatigue and burnout during the COVID-19 pandemic in Greece. *AIMS Public Health*, 9(1), 94–105.

Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. (2018). The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. *OECD Health Working Papers: 106*.

Sorra, J. S., & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ for Healthcare Research and Quality Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Services Research*, 10, 199.

Sorra, J., & Nieva, V. F. (2003). Psychometric analysis of the Hospital Survey on Patient Safety. *Final Report to Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*. Washington: AHRQ.

Tlili, M. A., Aouicha, W., Sahli, J., Ben Cheikh, A., Mtiraoui, A., Ajmi, T., Zedini, C., Chelbi, S., Ben Rejeb, M., & Mallouli, M. (2022). Assessing patient safety culture in 15 intensive care units: a mixed-methods study. *BMC health services research*, 22(1): 274.

Tran, H. T. N., Pham, T. Q., Tran, H. L., Nguyen, H. D., Nguyen, T. M., & Bui, H. T. T. (2022). Patient Safety Culture in 2 Public Hospitals in Vietnam: A Mixed Method Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 37(3): E39–E47.

Twigg, D., & McCullough, K. (2014). Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International journal of nursing studies*, 51(1): 85-92.

Van Bogaert, P., Clarke, S., Willems, R., & Mondelaers, M. (2013). Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. *Journal of advanced nursing*, 69(7): 1515-1524.

WHO. (2023). Quality of care. https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1. Πρόσβαση: 10/2/2026.

WHO. (2024). Taking the pulse of quality of care and patient safety in the WHO European Region: Multidimensional analysis and future prospects. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061568>. Πρόσβαση: 11/2/2026.

Wilson, R. M., Michel, P., Olsen, S., Gibberd, R. W., Vincent, C., El-Assady, R., Rasslan, O., Qsous, S., Macharia, W. M., Sahel, A., Whittaker, S., Abdo-Ali, M., Letaief, M., Ahmed, N. A., Abdellatif, A., Larizgoitia, I., & WHO Patient Safety EMRO/AFRO Working Group (2012). Patient safety in developing countries: retrospective estimation of the scale and nature of harm to patients in hospitals. *BMJ (Clinical Research Edition)*, 344, e832.

Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9–20.

World Health Organization, 2. (2016). Health workforce requirements for universal health coverage and sustainable development goals. (human resources for health observer, 17), <http://www.who.int/iris/handle/10665/250330>. Accessed on: 24/1/2026.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

Zhang, Y. Y., Han, W. L., Qin, W., Yin, H. X., Zhang, C. F., Kong, C., & Wang, Y. L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 810–819.

Zheng, Y., Tang, P. K., Lin, G., Liu, J., Hu, H., Wu, A. M. S., & Ung, C. O. L. (2023). Burnout among healthcare providers: Its prevalence and association with anxiety and depression during the COVID-19 pandemic in Macao, China. *PloS one*, 18(3): e0283239.

Ziarukh, S., & Sabir, A. (2024). Burnout and patient safety culture assessment in a secondary care hospital. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 40 (2ICON Suppl): S58–S63.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Αγαπητέ/η συμμετέχοντα/ουσα,

Καλείστε να συμμετάσχετε στην έρευνα με τίτλο «**Η διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης και της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στο νοσοκομείο**». Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο της Διπλωματικής μου εργασίας για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ). Σκοπός της έρευνας είναι να εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στο εργασιακό περιβάλλον, την εξουθένωση και την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (Γ.Ν.Α) Λαϊκό.

Μέσα από τις απαντήσεις σας, θα αναδειχθούν κρίσιμα στοιχεία που θα συμβάλλουν στη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όλα τα δεδομένα είναι **ανώνυμα** και η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι **εθελοντική**. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων πραγματοποιείται, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων με την εφαρμογή των κατάλληλων τεχνικών και οργανωτικών μέτρων.

Τα προσωπικά σας δεδομένα διατηρούνται μόνο για το χρονικό διάστημα που απαιτείται για τους νόμιμους σκοπούς για τους οποίους συλλέχθηκαν διασφαλίζοντας την ασφαλή καταστροφή τους, όταν παρέλθει το νομικά προβλεπόμενο χρονικό διάστημα ή παύσει να υφίσταται ο σκοπός της επεξεργασίας τους και δεν υπάρχει καμία νομική απαίτηση ή νόμιμο συμφέρον ή δικαίωμα για τη συνέχιση της τήρησής τους.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμβολή σας στην ολοκλήρωση της μελέτης είναι πολύτιμη. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση είμαι στη διάθεσή σας.

Μαρτίνης Κ. Ηλίας

Νοσηλεύτης, RN, MSc, MS©, ΔΜΥ, ΕΑΠ

Γ.Ν.Α. Λαϊκό

Στοιχεία επικοινωνίας ερευνητή: Τηλ: 6948802591, Email: hell18.mar92@gmail.com

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
« Practice Environment Scale of the Nursing Work Index»

Katsiroumpa, A., Moisoglou, I., Konstantakopoulou, O., Kalogeropoulou, M., Gallos, P., Tsiachri, M., & Galanis, P. (2024). Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (5 Items Version): Translation and Validation in Greek. *International Journal of Caring Sciences*, 17(3), 1509.

Κλίμακα Εργασιακού Περιβάλλοντος

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Η Διοίκηση ακούει και ανταποκρίνεται στις ανησυχίες των νοσηλευτών	1	2	3	4
2. Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια είναι καλός/ή προϊστάμενος/η και ηγέτης				
3. Υπάρχει καλή ομαδική εργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών				
4. Υπάρχει επαρκές προσωπικό για την εκτέλεση όλων των εργασιών που πρέπει να γίνουν				
5. Υπάρχει μια ξεκάθαρη νοσηλευτική φιλοσοφία, η οποία χαρακτηρίζει το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα του ασθενούς				

Η συνολική βαθμολογία λαμβάνει τιμές από 1 έως 4. Υψηλότερες τιμές δηλώνουν καλύτερο εργασιακό περιβάλλον.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ
«Copenhagen Burnout Inventory»

Papaefstathiou, E., Tsounis, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2019). Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *Health psychology research*, 7(1): 7678.

Ερωτηματολόγιο της εξουθένωσης της Κοπενχάγης-Copenhagen burnout inventory (CBI-Gr)

Προσωπική Εξουθένωση

- CPE1. Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος/η;
- CPE2. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η σωματικά;
- CPE3. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξουθενωμένος/η συναισθηματικά;
- CPE4. Πόσο συχνά σκέφτεστε «δεν αντέχω άλλο»;
- CPE5. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η – εξουθενωμένος/η ;
- CPE6. Πόσο συχνά αισθάνεστε αδύναμος/η και ευάλωτος σε ασθένειες;

Βαθμολογία: Πάντα: 100. Συχνά: 75. Μερικές φορές: 50. Σπάνια: 25. Ποτέ: 0.

Η συνολική βαθμολογία αποτελεί το μέσο όρο της βαθμολογίας των υποερωτήσεων.

Εργασιακή Εξουθένωση

CEE1. Η δουλειά σας είναι εξαντλητική συναισθηματικά;

CEE2. Αισθάνεστε εξαντλημένος/η εξαιτίας τη δουλειά σας;

CEE3. Είστε απογοητευμένος/η από τη δουλειά σου;

CEE4. Αισθάνεσαι εξουθενωμένος από τη δουλειά σου στο τέλος της ημέρας;

CEE5. Κουράζεστε το πρωί στη ιδέα ότι πρέπει να πάτε στη δουλειά σας;

CEE6. Αισθάνεστε ότι κάθε ώρα στην δουλειά σας είναι κουραστική;

CEE7. Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερο σας χρόνο;

Κατηγορίες απαντήσεων:

Πρώτες 3 ερωτήσεις: Σε πολύ μεγάλο βαθμό, σε μεγάλο βαθμό, Έτσι και έτσι/σχετικά , σε μικρό βαθμό, σε πολύ μικρό βαθμό

Τελευταίες 4 ερωτήσεις: Πάντα, Συχνά, Μερικές φορές, Σπάνια, Ποτέ

Η βαθμολογία είναι όμοια με την βαθμολογία της προηγούμενης κλίμακας της προσωπικής εξουθένωσης: Πάντα: 100. Συχνά: 75. Μερικές φορές: 50. Σπάνια: 25. Ποτέ: 0.

Η βαθμολογία αντιστρέφεται για την τελευταία ερώτηση.

Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς

CEM1. Το βρίσκετε δύσκολο να εργάζεστε με ασθενείς;

CEM2. Απογοητεύεστε όταν εργάζεστε με ασθενείς;

CEM3. Η εργασία με ασθενείς απορροφά την ενέργειά σας;

CEM4. Αισθάνεστε ότι προσφέρετε περισσότερα απ' όσα παίρνετε όταν εργάζεστε με ασθενείς;

CEM5. Έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς;

CEM6. Αναρωτιέστε ποτέ για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς;

Πρώτες 4 ερωτήσεις: Σε πολύ μεγάλο βαθμό, σε μεγάλο βαθμό, Έτσι και έτσι/σχετικά , σε μικρό βαθμό, σε πολύ μικρό βαθμό

Τελευταίες 2 ερωτήσεις: Πάντα, Συχνά, Μερικές φορές, Σπάνια, Ποτέ

Η βαθμολογία είναι όμοια με την βαθμολογία της πρώτης κλίμακας της προσωπικής εξουθένωσης:
Πάντα: 100. Συχνά: 75. Μερικές φορές: 50. Σπάνια: 25. Ποτέ: 0

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

«Hospital Survey on Patient Safety Culture»

Kapaki, V., & Souliotis, K. (2017). Patient safety culture in Greece: Narrowing the gap between the principles of patient safety culture and current clinical practice. *Patient safety and management: Perspectives, principles and emerging issues*. Nova Sci Publ Inc, 87-117.

Ως «**δυσμενές συμβάν**» ορίζεται κάθε είδους λάθος, σφάλμα, ατυχές γεγονός, ατύχημα, παράλειψη ή απόκλιση από την ασφαλή νοσηλεία του ασθενούς, ανεξάρτητα αν επέφερε ή όχι βλάβη στον ασθενή. Ως «**ασφάλεια ασθενούς**» ορίζεται η αποφυγή και πρόληψη τραυματισμών του ασθενούς ή δυσμενών συμβάντων που είναι απόρροια των διαδικασιών παροχής φροντίδας υγείας.

Στην παρούσα έρευνα, ως «**Εργασιακό Περιβάλλον /Μονάδα**» εκλαμβάνεται το γραφείο, τμήμα, τομέας ή κλινική του νοσοκομείου που εργάζεστε.

Μέρος Α: Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα

Σε ποιο Εργασιακό Περιβάλλον /Τομέα/ Μονάδα εργάζεστε; Σημειώστε με ✓ την απάντησή σας.

1. Σε διαφορετικές Μονάδες μέσα στο νοσοκομείο ☐

2. Παθολογικός Τομέας

- | | | |
|-------|-------------------|--------------------------|
| i. | Παθολογικό | ☐ |
| ii. | Αιματολογικό | ☐ |
| iii. | Γαστρεντερολογικό | ☐ |
| iv. | Νεφρολογικό | ☐ |
| v. | Πνευμονολογικό | ☐ |
| vi. | Ρευματολογικό | ☐ |
| vii. | Αιμοδυναμικό | ☐ |
| viii. | Καρδιολογικό | ☐ |
| ix. | Δερματολογικό | ☐ |
| x. | Ενδοκρινολογικό | ☐ |
| xi. | Νευρολογικό | ☐ |
| xii. | Ογκολογικό | ☐ |

xiii. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....

3. Χειρουργικός Τομέας

i. Χειρουργικό ☐

ii. Αναισθησιολογικό ☐

iii. Ορθοπεδικό ☐

iv. Καρδιοχειρουργικό ☐

v. Νευροχειρουργικό ☐

vi. Ουρολογικό ☐

vii. Γναθοχειρουργικό ☐

viii. Θωρακοχειρουργικό ☐

ix. Οδοντιατρικό ☐

x. Οφθαλμολογικό ☐

xi. Πλαστική χειρουργική ☐

xii. ΩΡΛ ☐

xiii. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....

4. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ☐

5. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ☐

6. Εργαστηριακός Τομέας

i. Αιμοδοσία ☐

ii. Αιμοπαθολογοανατομικό ☐

iii. Ακτινοδιαγνωστικό ☐

iv. Ανοσολογίας – Ιστοσυμβατότητας ☐

v. Αξονικός Τομογράφος ☐

vi. Βιοχημικό ☐

vii. Κυτταρολογικό ☐

viii. Μικροβιολογικό ☐

ix. Νεφροπαθολογοανατομικό ☐

x. Πυρηνική ιατρική ☐

xi. Φαρμακείο ☐

xii. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....

7. Ψυχιατρικός Τομέας ☐

8. Κοινωνική Υπηρεσία ☐

9. Αποκατάστασης ☐

10. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε:.....

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με το Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Στο Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας...	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον	1	2	3	4	5
2. Υπάρχει επαρκές προσωπικό για τη διεκπεραίωση της εργασίας	1	2	3	4	5
3. Όταν υπάρχει μεγάλος όγκος εργασίας που πρέπει να γίνει άμεσα, το προσωπικό εργάζεται ομαδικά για την ολοκλήρωση της	1	2	3	4	5
4. Υπάρχει σεβασμός ανάμεσα στους εργαζομένους	1	2	3	4	5
5. Το προσωπικό εργάζεται περισσότερες ώρες από αυτές που διασφαλίζουν ασφαλή φροντίδα για τον ασθενή	1	2	3	4	5
6. Το προσωπικό εργάζεται δυναμικά για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5
7. Αξιοποιείται περισσότερο προσωρινό προσωπικό από αυτό που διασφαλίζει την ασφαλή φροντίδα του ασθενούς	1	2	3	4	5

Μέρος Β: Ο Προϊστάμενος / Διευθυντής της Μονάδας σας

Στο Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας...	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
8. Το προσωπικό αισθάνεται ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναντίον του	1	2	3	4	5
9. Τα λάθη οδήγησαν σε θετικές αλλαγές	1	2	3	4	5
10. Από τύχη δεν συμβαίνουν σοβαρά λάθη	1	2	3	4	5
11. Όταν υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας παρέχεται βοήθεια από άλλες Μονάδες	1	2	3	4	5
12. Όταν δηλώνεται ένα δυσμενές συμβάν, υπάρχει η αίσθηση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το καθαυτό συμβάν	1	2	3	4	5
13. Όταν γίνονται αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους	1	2	3	4	5
14. Το προσωπικό εργάζεται σε «κατάσταση κρίσης» προσπαθώντας να κάνει πολλά πράγματα γρήγορα	1	2	3	4	5
15. Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί προτεραιότητα ακόμα και όταν υπάρχει φόρτος εργασίας	1	2	3	4	5
16. Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη του καταγράφονται στο προσωπικό του φάκελο	1	2	3	4	5
17. Υπάρχει πρόβλημα ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5
18. Οι διαδικασίες διεκπεραίωσης της εργασίας και το σύστημα εν γένει συμβάλλει στην πρόληψη δυσμενών συμβάντων	1	2	3	4	5

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με τον Προϊστάμενο / Διευθυντή της Μονάδας σας. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Ο Προϊστάμενος / Διευθυντής σας...	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Επιβραβεύει το προσωπικό με καλά λόγια όταν τηρούνται οι διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς	1	2	3	4	5
2. Λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τις προτάσεις του προσωπικού για βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5
3. Παροτρύνει το προσωπικό να εργάζεται γρηγορότερα όταν υπάρχει υπερβολικός φόρτος εργασίας και πίεση, ακόμη και όταν παραβλέπονται σημαντικές διαδικασίες ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5
4. Παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενούς	1	2	3	4	5

Μέρος Γ: Επικοινωνία

Στο Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας...	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
1. Γίνεται συστηματική αξιολόγηση των αλλαγών που τίθενται σε εφαρμογή, βάσει δυσμενών συμβάντων που έχουν αναφερθεί	1	2	3	4	5
2. Το προσωπικό μιλάει ελεύθερα όταν διαπιστώσει κάτι που επιδρά αρνητικά στη φροντίδα υγείας του ασθενούς	1	2	3	4	5
3. Το προσωπικό ενημερώνεται συχνά για τα δυσμενή συμβάντα που λαμβάνουν χώρα	1	2	3	4	5
4. Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητήσει τις αποφάσεις ή τις ενέργειες των ανωτέρων του	1	2	3	4	5
5. Το προσωπικό συζητά τρόπους πρόληψης δυσμενών συμβάντων ώστε να μην επαναληφθούν	1	2	3	4	5
6. Το προσωπικό φοβάται να ρωτήσει, όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό	1	2	3	4	5

Μέρος Δ: Συχνότητα Αναφοράς Δυσμενών Συμβάντων

Στο Εργασιακό Περιβάλλον/Μονάδα σας όταν λάβουν χώρα οι ακόλουθες περιπτώσεις δυσμενών συμβάντων πόσο συχνά αναφέρονται; Κυκλώστε την απάντησή σας.

Όταν συμβεί ένα λάθος.....	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
1.....αλλά εντοπιστεί και διορθωθεί πριν επηρεάσει τον ασθενή	1	2	3	4	5
2.αλλά δεν έχει πιθανότητα να βλάψει τον ασθενή	1	2	3	4	5
3.που θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά δεν τον επηρέασε	1	2	3	4	5

Μέρος Ε: Εκτίμηση Συνολικής Ασφάλειας Ασθενούς

Παρακαλώ αξιολογήστε το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών συνολικά στο Εργασιακό Περιβάλλον/ Μονάδα σας επιλέγοντας με ✓ την απάντηση που σας εκφράζει.

1. Άριστο ☐
2. Πολύ Καλό ☐
3. Καλό ☐
4. Μέτριο ☐
5. Κακό ☐

Μέρος ΣΤ: Το Νοσοκομείο σας

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με το Νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Στο Νοσοκομείο σας...	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
-----------------------	-----------------	---------	---------------------------	---------	-----------------

1. Η Διοίκηση εξασφαλίζει εργασιακό κλίμα που προάγει την ασφάλεια του ασθενούς	1	2	3	4	5
2. Υπάρχει ελλιπής συντονισμός μεταξύ των Μονάδων	1	2	3	4	5
3. Η μεταφορά ασθενούς από τη μία Μονάδα στην άλλη συνήθως συνοδεύεται από προβλήματα	1	2	3	4	5
4. Υπάρχει καλή συνεργασία ανάμεσα στις Μονάδες όταν αυτό απαιτείται	1	2	3	4	5
5. Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία του ασθενούς χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας	1	2	3	4	5
6. Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων Μονάδων είναι συχνά δυσάρεστη	1	2	3	4	5
7. Συχνά παρουσιάζονται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των Μονάδων	1	2	3	4	5
8. Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί κύρια προτεραιότητα για την Διοίκηση	1	2	3	4	5
9. Η Διοίκηση δείχνει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του ασθενούς μόνο μετά από την αναφορά κάποιου δυσμενούς συμβάντος	1	2	3	4	5
10. Οι Μονάδες συνεργάζονται καλά μεταξύ τους για την παροχή άριστης ποιοτικά φροντίδας υγείας στον ασθενή	1	2	3	4	5
11. Η αλλαγή βάρδιας είναι προβληματική για τον ασθενή	1	2	3	4	5

Μέρος Ζ: Αναφερόμενα Δυσμενή Συμβάντα

Τους τελευταίους 12 μήνες πόσα δυσμενή συμβάντα έχετε αναφέρει;

Μέρος Η: Δημογραφικά Στοιχεία

Οι κάτωθι πληροφορίες θα βοηθήσουν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Επιλέξτε με ✓ την απάντησή που σας εκφράζει.

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Ηλικία..... έτη

3α. Ποια είναι η βασική σας εκπαίδευση;

1. Δευτεροβάθμια (Δ.Ε.) ☐

2. Τεχνολογική (Τ.Ε.) ☐

3. Πανεπιστημιακή (Π.Ε.) ☐

3β. Άλλες σπουδές:

1. Ειδικότητα ☐

2. Μεταπτυχιακές σπουδές ☐

3. Διδακτορικό δίπλωμα ☐

4. Το Νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε τι νομικού καθεστώτος είναι:

1. Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) ☐

2. Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) ☐

3. Ιδιωτικό Θεραπευτήριο ☐

5. Το Νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε είναι:

1. Γενικό ☐

2. Ειδικό ☐

3. Ογκολογικό ☐

4. Πανεπιστημιακό ☐

5. Ψυχιατρικό ☐

6. Το Νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε έχει:

1. Από 100 μέχρι 250 κλίνες ☐

2. Από 251 μέχρι 400 κλίνες ☐

3. 400 κλίνες και άνω ☐

7. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο;
.....

8. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στη συγκεκριμένη Μονάδα;
.....

9. Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο;..... Ώρες
10. Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;

1. Ειδικευόμενος ιατρός ☐

2. Ειδικός ιατρός ☐

3. ΠΕ Νοσηλεύτης ☐

4. ΤΕ Νοσηλεύτης ☐

5. ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη ☐

6. ΥΕ Βοηθητικό Προσωπικό ☐

7. Φυσιοθεραπευτής, Εργοθεραπευτής, Λογοθεραπευτής ☐

8. Ψυχολόγος ☐

9. Κοινωνικός Λειτουργός, Κοινωνιολόγος ☐

10. Φαρμακοποιός ☐

11. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....

11. Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έχετε

συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή;

1. ΝΑΙ, συνήθως έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή ☐
2. ΟΧΙ, συνήθως ΔΕΝ έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή ☐

12. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα;
.....

Μέρος Θ: Σχόλια

Παρακαλώ, καταγράψτε ελεύθερα τυχόν σχόλια και παρατηρήσεις σχετικά με ζητήματα ασφάλειας των ασθενών, ιατρικών λαθών και την αναφορά δυσμενών συμβάντων εντός του νοσοκομείου σας.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Σας ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία!

Copyright © Vasiliki A.

Kapaki All Rights reserved

Reprinted/translated with permission from the Agency for Healthcare Research and Quality (an Agency of the United States Department of Health and Human Services); Rockville, Maryla

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Αθήνα, 06/02/2026
Αρ. Πρωτ.: 26

ΠΡΟΣ:

κ.Μαρτίνη Ηλία

ΘΕΜΑ 14ο: «Κατάθεση προς έγκριση διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης και της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στο νοσοκομείο», του κ.Μαρτίνη Ηλία».

Σχετ.: το υπ'αρ. πρωτ.17443/18.12.2025 έγγραφο

Στην 02^η /05.02.2026 Συνεδρίαση το Επιστημονικό Συμβούλιο, όπως απαρτίζεται από τα κάτωθι μέλη:

1. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΛΑΜΠΑΔΑΡΙΟΥ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ε.Σ.
2. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΑΝΤΑΣ	ΜΕΛΟΣ Ε.Σ.
3. ΛΟΥΚΙΑ ΚΟΥΤΣΟΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ	ΜΕΛΟΣ Ε.Σ.
4. ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΔΑΝΑΣΣΗ	ΜΕΛΟΣ Ε.Σ.
5. ΓΕΩΡΓΙΑ ΣΥΨΑ	ΜΕΛΟΣ Ε.Σ.
6. ΑΓΓΕΛΙΚΗ – ΖΩΗ ΔΟΥΛΗΓΕΡΗ	ΜΕΛΟΣ Ε.Σ.
7. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ	ΜΕΛΟΣ Ε.Σ.
8. ΕΥΘΑΛΙΑ ΞΕΝΟΥ	ΜΕΛΟΣ Ε.Σ.
9. ΑΜΑΛΙΑ ΚΑΡΑΠΑΝΟΥ	ΜΕΛΟΣ Ε.Σ.

Ομόφωνα Αποφασίζει

Εγκρίνει τη διανομή ερωτηματολογίων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εξουθένωσης και της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στο νοσοκομείο».

Η συλλογή δεδομένων θα διασφαλίζει τόσο την ανωνυμία των φυσικών προσώπων οι οποίοι θα λάβουν μέρος στην έρευνα (σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό GDPR), θα χρησιμοποιηθούν για τη συγκεκριμένη εργασία, και δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο βάσει της υπεύθυνης δήλωσης που κατέθεσε. Επίσης, τόσο η διανομή όσο και η συλλογή των δελτίων καταγραφής δεδομένων θα γίνει από την ίδια την ερευνήτρια χωρίς να επιβαρύνει το προσωπικό του Νοσοκομείου.

Η Πρόεδρος
του Επιστημονικού Συμβουλίου

Αικατερίνη Λαμπαδαρίου



Αγαπητέ κ. Μαρτίνη,

Παρακαλώ, όπως βρείτε επισυναπτόμενο το ερωτηματολόγιο.

Καλή επιτυχία στη μελέτη σας!

Με εκτίμηση,

Πέτρος Γαλάνης

Αξιότιμε κ. Ηλία Μαρτίνη,

Καλή επιτυχία και δύναμη εύχομαι στη εκπόνηση της διπλωματικής σας εργασίας σε εσάς και στον επιβλέποντα σας που κοινοποιώ το mail.

Η χρήση του CBI είναι ελεύθερη από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου και διευκρινίζεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικές εργασιακές ομάδες διευκολύνοντας έτσι τις μεταξύ τους συγκρίσεις. Η ελληνική μετάφραση και επικαιροποίηση που έγινε σε ομάδα ιατρών δημοσιεύθηκε στο Health Psychology Research.

citation: Papaefstathiou E, Tsounis A, Malliarou M, Sarafis P. Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *Health Psychology Research*. 2019;7(1). [doi:10.4081/hpr.2019.7678](https://doi.org/10.4081/hpr.2019.7678)

Σας επισυνάπτω την ελληνική έκδοση και την αντίστοιχη βιβλιογραφία.

Ότι χρειαστείτε μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Με εκτίμηση,

Πάυλος Σαράφης

Αναπληρωτής Καθηγητής ΠΘ

Συντονιστής ΔΜΥ51 ΕΑΠ

Αγαπητέ κ. Μαρτίνη,

Σας ευχαριστώ πολύ για την επικοινωνία!

Προτείνω να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο ως έχει, μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα και όχι το ερωτηματολόγιο που προέκυψε με τον έλεγχο εγκυρότητας (factor analysis) και για το οποίο μου ζητάτε την άδεια διότι διαμορφώθηκαν διαφορετικά κάποιοι παράγοντες του ερωτηματολογίου και δεν θα μπορούσατε να κάνετε συγκρίσεις των παραγόντων με άλλες δημοσιευμένες έρευνες που χρησιμοποιούν το ίδιο ερωτηματολόγιο.

Με το παρόν email σας παραχωρώ την άδεια να χρησιμοποιήσετε, το μεταφρασμένο, στην ελληνική γλώσσα, και σταθμισμένο ερωτηματολόγιο "Hospital Survey On Patient Safety Culture, (HSOPSC version 1.0)" των Sorra and Nieva της Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Dear Mras,

Thank you for the information about your use of the Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®). Westat, the AHRQ contractor for the Surveys on Patient Safety Culture program (SafetyCultureSurveys@westat.com) are authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). We handle the majority of permissions for these tools and notify AHRQ of requests for permission to translate these documents.

Permission. Based on the description you provided about your project, AHRQ grants you permission to translate the Hospital Survey on Patient Safety Culture into Greek. Further, this letter constitutes permission to use the translation in your research in Greece.

Instructions for Use. There are a few restrictions involved in using a SOPS survey outside the United States. The SOPS name and trademark (Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®)) is only allowed to be used on official validated AHRQ SOPS surveys. Therefore, surveys used outside the U.S. whether in English, in translation, or adapted for the local health care system, cannot use the SOPS® name and trademark in the title.

You should include a note on the survey as a subtitle or in a footnote that says the survey is "Translated from English with permission from the Agency for Healthcare Research and Quality (an Agency of the United States Department of Health and Human Services); Rockville, Maryland USA."

Reprinting the English HSOPS 1.0 form, in full or in part, in a professional journal article or book chapter would require additional permission from the AHRQ Office of Communication to the publisher.

Additionally, all reports, professional publications, graduate theses, or Web site postings should properly credit AHRQ using the following citation:

Surveys on Patient Safety Culture®. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD USA. <https://www.ahrq.gov/sops/>

Guidance Documents. The AHRQ SOPS survey and related materials may be found on the AHRQ website at: <https://www.ahrq.gov/sops/>. Guidance on how to translate the SOPS surveys is available on the AHRQ website at: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/Translation-Guidelines-SOPS-090222.pdf>

If you have questions about permissions issues, please feel free to contact us at SafetyCultureSurveys@westat.com.

Sincerely,
Morella