



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η διερεύνηση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης σε σχέση με την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

Λάουρα Πάρη

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Γεώργιος Τσιότρας

Ιούνιος, 2022

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Η διερεύνηση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης σε σχέση με την Ποιότητα των
Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

Λάουρα Πάρη

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Γεώργιος Τσιότρας

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Λάουρα Πάρη, 2022

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της μεταπτυχιακής εργασίας από το Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραιτήτως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Προγράμματος Σπουδών.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους συναδέλφους και τις συναδέλφισσες, για την συμμετοχή στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, το οικογενειακό και φιλικό μου περιβάλλον που τίποτα δεν θα ήταν ίδιο χωρίς την στήριξη και κατανόηση τους, καθώς και τον επιβλέπων καθηγητή μου, Δρ. Γεώργιο Τσιότρα, για την επιστημονική του καθοδήγηση και τη συνεχή του υποστήριξη από την αρχή μέχρι το τέλος της μεταπτυχιακής διατριβής.

Περίληψη

Εισαγωγή: Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η Συναισθηματική Νοημοσύνη (ΣΝ) είναι σημαντική σε ένα περιβάλλον με αρκετές ιδιαιτερότητες όπως είναι ο χώρος της υγείας. Η ΣΝ έχει συσχετιστεί με αρκετά οφέλη τόσο για τους οργανισμούς υγείας, όσο και για τους επαγγελματίες υγείας, τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η ΣΝ σχετίζεται και με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (ΠΥΥ). Εντούτοις, δεν έχει ερευνηθεί μέχρι σήμερα η σχέση της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

Σκοπός: Η διερεύνηση της ΣΝ σε σχέση με την ποιότητα των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

Υλικό και μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 165 επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλευτικοί λειτουργοί) από 5 δημόσια και 5 αδειούχα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Αναπτύχθηκε εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε 40 ερωτήσεις που περιέγραφαν τις 4 διαστάσεις της ΣΝ (ευεξία, αυτοέλεγχος, συναισθηματικότητα, κοινωνικότητα) και την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας (επαγγελματισμός επαγγελματιών υγείας, δείκτες δομής και διαδικασιών). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 25.0

Αποτελέσματα: Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου ($r=0.443$, $p < 0,001\%$). Παράλληλα, η ΣΝ ($U = 1607.5$, $p=0,010$) και η ποιότητα των ΠΥΥ ($U= 1696.5$, $p=0,002$) φάνηκε να διαφέρουν ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στα ΤΑΕΠ της Κύπρου, ενώ στατιστική σημαντική διαφορά σημειώθηκε και στην ποιότητα των ΠΥΥ μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών τμημάτων ΤΑΕΠ της Κύπρου ($U= 2194$, $p=0,007$).

Συμπεράσματα: Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, φαίνεται πως ο βαθμός της ΣΝ σχετίζεται με την ποιότητα των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Επιπρόσθετα, τα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ φαίνεται να παρέχουν καλύτερη ποιότητα ΠΥΥ σε σχέση με τα δημόσια τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Την ίδια στιγμή, το ιατρικό προσωπικό φαίνεται να έχει υψηλότερο επίπεδο ΣΝ και να παρέχει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων ΤΑΕΠ της Κύπρου. Ωστόσο, επιτακτικής ανάγκης είναι η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνητικού έργου, αφού η παρούσα μελέτη

αποτελεί την πρώτη και μοναδική ερευνητική μελέτη στο συγκεκριμένο αντικείμενο στην Κύπρο.

Λέξεις κλειδιά: Συναισθηματική Νοημοσύνη (ΣΝ), Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ), Επαγγελματίες υγείας.

ABSTRACT

Background: There is no doubt that Emotional Intelligence (EQ) is important in an environment with a number of peculiarities such as the field of health. EQ has been associated with several benefits for health organizations, health professionals, patients and their families. According to the international literature, EQ is also related with the quality of healthcare services. However, the relationship between EQ and the quality of provided healthcare in emergency departments of Cyprus has not been investigated.

Aim: To investigate the relation between EQ and quality of healthcare services in the emergency departments of Cyprus.

Sample and Method: The study included 165 healthcare professionals (doctors and nurses) from 5 public and 5 license private emergency departments of Cyprus. A specific questionnaire was developed which included 40 questions describing 4 dimensions of EQ (well-being, self-control, emotionality, sociability) and the quality of healthcare services (professionalism of healthcare professionals, indicators of structure and procedures). The statistical package SPSS 25.0 was used for the statistical analysis of the data.

Results: Through the data analysis, a statistically significant correlation emerged between the EQ and the quality of healthcare services in emergency departments of Cyprus ($r=0.443$, $p<0,001$). At the same time, EQ ($U=1607.5$, $p=0,002$) and quality of healthcare services ($U=1696.5$, $p=0,002$) appeared to differ between healthcare professionals in emergency departments of Cyprus, while a statistically significant difference was also noted in the quality of healthcare services between public and private emergency department of Cyprus ($U=2194$, $p=0,007$).

Conclusion: Based on the results of the study, it appears that EQ and quality of healthcare services in the emergency departments of Cyprus are related. In addition, it seems that the private emergency department of Cyprus provided a better quality of healthcare services than the public emergency departments of Cyprus. At the same time, doctors seem to have a higher level of EQ and provided better quality of healthcare services than nurses in the emergency departments. However, it is imperative to conduct further research, since this study is the first and only research study in this field in Cyprus.

Keywords: Emotional Intelligence (EI), Quality of Health Service, Emergency Department, Healthcare professionals.

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	v
ABSTRACT	vii
Πίνακας Περιεχομένων	viii
Κατάλογος Πινάκων	xi
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xii
Κατάλογος Εικόνων	xiii
Συντομογραφίες	xiv
1. Εισαγωγή	1
1.1 Εισαγωγή	2
1.2 Καταγραφή προβλήματος και η σημασία/ αναγκαιότητα της μελέτης	4
1.3 Σκοπός	5
1.4 Ερευνητικά ερωτήματα	5
1.5 Εννοιολογικό πλαίσιο	5
1.5.1 Συναισθηματική Νοημοσύνη	5
1.5.2 Ποιότητα Φροντίδας	6
2. Θεωρητικό Πλαίσιο	8
2.1 Συναισθηματική Νοημοσύνη	9
2.1.1 Εισαγωγή	9
2.1.2 Ιστορική αναδρομή	10
2.1.3 Συναισθηματική Νοημοσύνη και σχετικές θεωρίες:	12
2.1.4 Μέτρηση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης	16
2.1.5 Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στο χώρο υγείας	18
2.1.6 Έρευνες σχετικές με τη Συναισθηματική Νοημοσύνη στα τμήματα ΤΑΕΠ 21	
2.2 Ποιότητα	22
2.2.1 Εισαγωγή	22
2.2.2 Ιστορική εξέλιξη της ποιότητας	23
2.2.3 Οι θεμελιωτές της ποιότητας και οι αρχές τους:	27
2.2.4 Η Ποιότητα στο χώρο της υγείας	34

2.2.5	Ιστορική αναδρομή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	38
2.2.6	Μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	39
2.2.7	Πρότυπα Ποιότητας και Ασφάλειας με εφαρμογή στις μονάδες υγείας	43
2.2.8	Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την Ποιότητα των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας σε τμήματα ΤΑΕΠ.	45
2.3	Συμπεράσματα	49
3.	Μεθοδολογία της μελέτης	51
3.1.	Σκοπός.....	52
3.2	Βασικά ερευνητικά ερωτήματα.....	52
3.3.	Πληθυσμός-δείγμα της μελέτης	52
3.4.	Κριτήρια εισαγωγής/Κριτήρια αποκλεισμού στη μελέτη	52
3.5	Μέθοδος συλλογής δεδομένων.	53
3.5.1	Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου.....	53
3.5.2	Δειγματοληψία-Συλλογή δεδομένων	56
3.5.3	Αξιοπιστία/εγκυρότητα εργαλείου.....	57
3.6	Ηθικές προεκτάσεις.....	57
3.7	Στατιστική ανάλυση.....	57
4.	Αποτελέσματα	58
4.1	Δημογραφικά Στοιχεία	59
4.2.	Έλεγχος Κανονικής Κατανομής.....	72
4.3.	Ερευνητικά αποτελέσματα.....	72
4.3.1.	Συναισθηματική Νοημοσύνη και Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ.....	72
4.3.2.	Συναισθηματική Νοημοσύνη και Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών τμημάτων ΤΑΕΠ.	73
4.3.3.	Συναισθηματική Νοημοσύνη και Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ.....	74
5.	Συζήτηση-Συμπεράσματα-Εισηγήσεις	76
5.1.	Συζήτηση.....	77
5.2.	Περιορισμοί της μελέτης.....	81
5.3.	Εφαρμογές της μελέτης.....	82

5.4. Εισηγήσεις για περαιτέρω έρευνα.....	83
5.5. Συμπεράσματα	83
6. Βιβλιογραφικές πηγές.....	85
7. Παράρτημα	98

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Διαφορές μεταξύ του Δείκτη Νοημοσύνης και της Συναισθηματικής Νοημοσύνης.....	10
Πίνακας 2: Μοντέλο Συναισθηματικών Ικανοτήτων: Διαστάσεις της ΣΝ και οι συναισθηματικές ικανότητες.	12
Πίνακας 3: Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα εφαρμογής της σειράς ISO 9000 σε ένα οργανισμό.	45
Πίνακας 4: Κατηγοριοποίηση ερωτήσεων που αφορούν τη ΣΝ	55
Πίνακας 5: Κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων που αφορούν την ποιότητα των ΠΥΥ....	56
Πίνακας 6: Έλεγχος Αξιοπιστίας/ Cronbach-a	57
Πίνακας 7: Συναισθηματική Νοημοσύνη των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ.....	66
Πίνακας 8: Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ.....	67
Πίνακας 9: Έλεγχος κανονικής κατανομής.	72
Πίνακας 10: Έλεγχος συσχέτισης Spearman για την ερευνητική συσχέτιση μεταξύ της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.	73
Πίνακας 11: Έλεγχος Mann-Whitney για τη διαφορά της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και της Ποιότητας των Παρεχόμενων στα δημόσια και ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.....	74
Πίνακας 12: Έλεγχος Mann-Whitney για την διαφορά της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.	75

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Φύλο συμμετεχόντων.....	59
Διάγραμμα 2: Ηλικία συμμετεχόντων.	59
Διάγραμμα 3: Τόπος διαμονής συμμετεχόντων.....	60
Διάγραμμα 4: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων	61
Διάγραμμα 5: Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων.....	61
Διάγραμμα 6: Επάγγελμα συμμετεχόντων.	62
Διάγραμμα 7: Είδος ΤΑΕΠ που εργάζονται οι συμμετέχοντες.....	62
Διάγραμμα 8: Χρόνια εμπειρίας των συμμετεχόντων ως επαγγελματίες υγείας.....	63
Διάγραμμα 9: Χρόνια εμπειρίας των συμμετεχόντων στα τμήματα ΤΑΕΠ.....	64
Διάγραμμα 10: Χρόνος εργασίας των συμμετεχόντων ανά βάρδια.	64
Διάγραμμα 11: Γνώση συμμετεχόντων για τη ΣΝ.....	65
Διάγραμμα 12: Χρόνος αναμονής των ασθενών προς εξέταση στα τμήματα ΤΑΕΠ.	68
Διάγραμμα 13: Χρόνος αναμονής για εύρεση κλίνης στο νοσηλευτήριο.	69
Διάγραμμα 14: Διαλογή στα τμήματα ΤΑΕΠ.....	70
Διάγραμμα 15: Καθαριότητα στις εγκαταστάσεις των τμημάτων ΤΑΕΠ.	71
Διάγραμμα 16: Ανταπόκριση ειδικών ιατρών στα τμήματα ΤΑΕΠ.	72

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1: Τα επίπεδα εξέλιξης της προσπάθειας ελέγχου της ποιότητας	26
Εικόνα 2: Κύκλος Ποιότητας.....	26
Εικόνα 3: Ο κύκλος συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας PDCA.....	29
Εικόνα 4: Η τριλογία βελτίωσης της ποιότητας του Juran	30
Εικόνα 5: Συνάρτηση απώλειας του G. Taguchi	34

Συντομογραφίες

ΔΝ	Δείκτης Νοημοσύνης
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΥΥ	Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας
ΣΝ	Συναισθηματική Νοημοσύνη
ΤΑΕΠ	Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
SSEIT	Schutte Self-Report Intelligence Test
TEIQue-SF	Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form

Κεφάλαιο Πρώτο:

1. Εισαγωγή

1.1 Εισαγωγή

Η ΣΝ αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει, να παρακολουθεί και να ελέγχει τα δικά του αλλά και των γύρω του αισθήματα και συναισθήματα, να τα διακρίνει και να χρησιμοποιεί τις πληροφορίες αυτές για να καθοδηγεί τις σκέψεις και τις πράξεις του. (Salovey and Mayer, 1990; Mayer, Salovey and Caruso, 2004) Διάφοροι επιστημονικοί κλάδοι έχουν δείξει το ενδιαφέρον τους για τη μελέτη της νεοεμφανιζόμενης αυτής έννοιας. Αν και η ΣΝ ως έννοια πρωτοαναφέρθηκε το 1960, ο ορισμός και η μελέτη της ξεκίνησε από τους ερευνητές Salovey and Mayer κατά το έτος 1990.

Δεν άργησε να αναδειχθεί ο καθοριστικός ρόλος που έχει η ΣΝ στον επιχειρηματικό κόσμο. Το άτομο που έχει αυξημένα επίπεδα ΣΝ είναι πιο ικανοποιημένο από τη ζωή του, είναι πιο αποτελεσματικό στον εργασιακό του χώρο και είναι πιο ικανό και ώριμο έτσι ώστε να ανελιχθεί σε υψηλότερα στάδια απόδοσης και επίδοσης. Επίσης, το άτομο που έχει ανεπτυγμένη ΣΝ παρακινεί τον εαυτό του σε δύσκολες στιγμές, χαλιναγωγεί τα συναισθήματα του και τα χρησιμοποιεί προς όφελος του, δρα σε συνθήκες πίεσης, καθοδηγεί μια ομάδα εργασίας και έχει την ικανότητα να την παρακινεί, είναι τολμηρό σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο, αναλαμβάνει υπεύθυνες εργασίες, έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στις δυνατότητες του, είναι αισιόδοξο, έχει πειθώ, αξιολογεί ορθά τις απειλές και ευκαιρίες και δρα με συναίνεση στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν συγκρούσεις. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η ανάπτυξη της ΣΝ είναι ιδιαίτερα σημαντική σε ένα περιβάλλον με αρκετές ιδιαιτερότητες όπως είναι ο χώρος της υγείας. Η ΣΝ έχει συσχετιστεί με αρκετά οφέλη τόσο στους οργανισμούς υγείας, όσο και στους επαγγελματίες υγείας, τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Αναλυτικότερα, φαίνεται πως οι ηγέτες στον τομέα της υγείας με αυξημένο δείκτη ΣΝ εμπνέουν μέσω κινήτρων, συναισθημάτων και παθών το προσωπικό και εργάζονται με βάση τα συναισθήματα έτσι ώστε να κινητοποιήσουν ομάδες και να δημιουργήσουν όραμα για το μέλλον. (Κουράκος, Πουλημενάκου and Μήτση, 2018) Κοντά σ' αυτό, οι επαγγελματίες υγείας με υψηλά επίπεδα ΣΝ μπορούν να διαχειρίζονται και να ρυθμίζουν τα δικά τους συναισθήματα και των γύρω τους, ιδιαίτερα σε στρεσογόνες καταστάσεις, εργάζονται με ομαδικότητα, έχουν καλές διεπαγγελματικές σχέσεις, είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους και

παρουσιάζουν μειωμένη πρόθεση απόσυρσης από αυτήν. (Birks and Watt, 2007; Κοντού and Καλλέργης, 2014; Κουράκος, Πουλημενάκου and Μήτση, 2018) Παράλληλα, τα αυξημένα επίπεδα του δείκτη ΣΝ στους επαγγελματίες υγείας σχετίζονται με μειωμένα ιατρικά λάθη, με επικέντρωση τους στην οργάνωση και στην ολιστική φροντίδα, με την ικανοποίηση των ασθενών και την καλύτερη ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας. (Codier *et al.*, 2010; Nightingale *et al.*, 2018; Κουράκος, Πουλημενάκου and Μήτση, 2018; Kadadi and Bharamanaikar, 2019; Bock, 2020)

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας κατά τον 21^ο αιώνα έχει λάβει μεγαλύτερη προσοχή. Αυτό οφείλεται εν μέρει στη συνεχή αύξηση του κόστους στις υπηρεσίες υγείας, στις αυξημένες ανάγκες των ασθενών, στην αποτελεσματικότητα που έχει η φροντίδα, στην ταχεία ανάπτυξη της υγειονομικής περίθαλψης και των θεραπευτικών διαδικασιών, και στον ανταγωνισμό. (Θανασάς, 2019) Ο ΠΟΥ ορίζει την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως την καλύτερη παρεχόμενη διαθέσιμη περίθαλψη στον ασθενή, η οποία περιλαμβάνει ένα σύνολο διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων οι οποίες λαμβάνουν χώρα στον κατάλληλο χρόνο, με σωστό τρόπο και στα άτομα που την έχουν ανάγκη, και διασφαλίζουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τη χρήση σύγχρονης ιατρικής επιστήμης και την ικανοποίηση του ασθενή μέσα από τις διαδικασίες, την ανθρώπινη επαφή και τα αποτελέσματα. (Kralik, 2010; Θανασάς, 2019)

Καθοριστικοί παράγοντες στην ποιότητα των ΠΥΥ είναι η αξιοπιστία (δηλαδή, η σταθερότητα της φροντίδας, η διάρκεια των ΠΥΥ, η συνέπεια εκτέλεσης), η ανταπόκριση, η ικανότητα του προσωπικού και η ετοιμότητα του για εξυπηρέτηση, η προσβασιμότητα, η ευγένεια και η επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας, η ασφάλεια και το περιβάλλον εργασίας. (Μαλλιάρου, Σαράφης and Ζυγά, 2009)

Η πρόσβαση σε υψηλή ποιότητα φροντίδας υγείας είναι βασικό ανθρώπινο δικαίωμα το οποίο αναγνωρίζεται και εκτιμάται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, τα όργανα της και τους πολίτες της, ενώ οι αρχές κάθε χώρας πρέπει να αναλαμβάνουν την ευθύνη έτσι ώστε η ποιότητα να παρέχεται ικανοποιητικά και με ασφάλεια σε όλους τους πολίτες. (Λεοντίου, 2006) Η Κύπρος, από το έτος 2020 έχει εφαρμόσει καινούργιο εθνικό σύστημα στον τομέα της υγείας το οποίο παρέχει καθολική κάλυψη στον πληθυσμό της χώρας και αποτελεί μια νέα πνοή στην ποιότητα των ΠΥΥ. Προηγουμένως, στην Κύπρο το εθνικό σύστημα περίθαλψης ήταν διπλό, δηλαδή παρείχε δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε πολίτες

που λάμβαναν χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, ενώ οι εύποροι οικονομικά πολίτες χρησιμοποιούσαν τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα καλύπτοντας τις δαπάνες υγείας μέσω ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας ή με προσωπική πληρωμή.

1.2 Καταγραφή προβλήματος και η σημασία/αναγκαιότητα της μελέτης.

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, ο υψηλός δείκτης ΣΝ στους επαγγελματίες υγείας σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ΠΥΥ. Εντούτοις, δεν έχει ερευνηθεί εκτεταμένα η ποιότητα των ΠΥΥ και ο δείκτης ΣΝ στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τμήματα ΤΑΕΠ.

Ο χώρος των ΤΑΕΠ χρειάζεται τις κατάλληλες υποδομές και την απαραίτητη οργάνωση και διοίκηση έτσι ώστε να παρέχεται ποιοτική ΠΥΥ στους πολίτες. (Χαραλάμπους, 2018) Ωστόσο, η αυξημένη προσέλευση ασθενών στα τμήματα ΤΑΕΠ, ο μειωμένος αριθμός επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σ' αυτά, τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη, η βία στον εργασιακό χώρο, τα προβλήματα επικοινωνίας, η σύγκρουση ρόλων και η δυσαρέσκεια του προσωπικού αποτελούν εμπόδια στην ποιοτική ΠΥΥ. (Μαλλιαρού, Σαράφης and Ζυγά, 2009; Σεκούρης, Αποστολάκης and Σαράφης, 2021) Την ίδια στιγμή, η μέτρηση της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ αποτελεί πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα λόγω του ότι η αξιολόγηση διαφόρων δεικτών ποιότητας είναι δύσκολη, του αυξημένου αριθμού ασθενών που προσέρχονται στα ΤΑΕΠ, της υποστελέχωσης αλλά και της υποβάθμισης που έχει το συγκεκριμένο τμήμα όσο αφορά τον ρόλο που έχει στον τομέα της υγείας. (Sørup, Jacobsen and Forberg, 2013)

Σχετικά με το δείκτη ΣΝ, φαίνεται πως οι επαγγελματίες υγείας έχουν αυξημένα επίπεδα, εντούτοις, δεν υπάρχουν αρκετές έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία που να μελέτησαν την ΣΝ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε τμήματα ΤΑΕΠ.

Με βάση την θετική συσχέτιση και τα οφέλη που έχει ο δείκτης ΣΝ με την ποιότητα των ΠΥΥ τόσο για τους ασθενείς όσο για τους επαγγελματίες και τους οργανισμούς υγείας, και την απουσία ερευνητικής μελέτης της ποιότητας των ΠΥΥ αλλά και της ΣΝ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου, κρίνεται αναγκαία η διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης η οποία θα μελετήσει την σχέση μεταξύ της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

1.3 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της ΣΝ σε σχέση με την ποιότητα των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

1.4 Ερευνητικά ερωτήματα

- Υπάρχει ερευνητική συσχέτιση μεταξύ της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου;
- Η ΣΝ και η ποιότητα των ΠΥΥ διαφέρουν μεταξύ των τμημάτων ΤΑΕΠ δημόσιων και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου;
- Η ΣΝ και η ποιότητα των ΠΥΥ διαφέρουν ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτικοί λειτουργοί, γιατροί) στα ΤΑΕΠ της Κύπρου;

1.5 Εννοιολογικό πλαίσιο

1.5.1 Συναισθηματική Νοημοσύνη

Η έννοια της ΣΝ δεν έχει ένα κοινά αποδεκτό ορισμό, εντούτοις, οι ερευνητές Salovey and Mayer, (1990), κατέληξαν μέσα από την προσπάθεια εύρεσης ενός κοινά αποδεκτού ορισμού πως η συναισθηματική νοημοσύνη ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να παρακολουθεί δικά του αισθήματα και συναισθήματα αλλά και των άλλων, να τα διακρίνει και να χρησιμοποιεί τις πληροφορίες αυτές για να καθοδηγεί τις πράξεις και τις σκέψεις του. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

Σύμφωνα με τον Goleman, (2000), η έννοια της ΣΝ περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα συναισθήματα του (αυτοεπίγνωση), να ρυθμίζει τα συναισθήματα του (αυτοδιαχείριση), να αναγνωρίζει τα συναισθήματα των άλλων (κοινωνική συνειδητοποίηση) και να ρυθμίζει τα συναισθήματα των άλλων (διαχείριση σχέσης).

Ο Bar-On κατέληξε στο συμπέρασμα πως η ΣΝ αποτελεί ένα συνονθύλευμα ψυχικών ικανοτήτων και γνώσεων, τα οποία αποκτά το άτομο μέσα από την συναναστροφή του με άλλα άτομα και με την κοινωνία. Έτσι, το άτομο οδηγείται στην αποτελεσματική διαχείριση των καθημερινών καταστάσεων της ζωής. (Bar-on, 2005; Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

Οι Petrides and Furnham, (2001), όρισαν την έννοια της ΣΝ ως ένα ουσιώδες στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας, όπου το άτομο με βάση τις ικανότητες και τις αντιλήψεις του εκλαμβάνουν και αναλύουν τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

1.5.2 Ποιότητα Φροντίδας.

Η ποιότητα ορίζεται τουλάχιστον από δύο όψεις: αυτή του παραγωγού της υπηρεσίας ή του προϊόντος και αυτή του πελάτη/χρήστη. Από την οπτική του παραγωγού η ποιότητα συνδέεται με τον σχεδιασμό και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές οι οποίες έχουν οριστεί στην φάση του σχεδιασμού. Από την οπτική του χρήστη, η ποιότητα συνδέεται με την ικανοποίηση και τις προσδοκίες. (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008)

Σύμφωνα με τον διεθνή οργανισμό τυποποίησης, η ποιότητα αποτελεί το σύνολο των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος που καλύπτουν τις προσδοκίες και ικανοποιούν τις ανάγκες των πελατών. (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008)

Επιπρόσθετα, αξίζει να αναφερθούν οι ορισμοί της ποιότητας οι οποίοι δόθηκαν από τους θεωρητικούς της. Πιο συγκεκριμένα, όρισαν την ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας ως:(Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008)

- Crosby: τη συμμόρφωση στις απαιτήσεις/προδιαγραφές του.
- Taguchi: την πρόκληση ελάχιστων απωλειών στο κοινωνικό σύνολο από τη στιγμή που το προϊόν διατίθεται στην κατανάλωση.
- Juran: την καταλληλότητα του για χρήση.
- Deming: την προβλέψιμη αξιοπιστία και ομοιομορφία σε χαμηλό κόστος και η καταλληλότητα του για αγορά.

Όσο αφορά την ποιότητα στον χώρο της υγείας, η διατύπωση ενός ενιαίου ορισμού είναι δύσκολη λόγω του πολυδιάστατου χαρακτήρα και της συμμετοχής πολλών εμπλεκομένων στην παροχή, παραγωγή και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. (Θανασάς, 2019)

Σύμφωνα με τον καθηγητή δημόσιας υγείας, Donabedian, (1980), η ποιότητα στην υγεία ορίζεται ως «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης». Ταυτίζεται με την

παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, με την ικανοποίηση των ασθενών και τον έλεγχο του κόστους. (Τούντας, 2008)

Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), έχει ορίσει την ποιότητα στον χώρο της υγείας ως τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας διασφαλίζουν το καλύτερο δυνατό και επιθυμητό αποτέλεσμα για την υγεία.

Επιπρόσθετα, η ποιότητα στην υγεία μπορεί να οριστεί ως η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, ενώ από διοικητική σκοπιά, μπορεί να οριστεί ως η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων και με οικονομικό τρόπο. (Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012)

Κεφάλαιο Δεύτερο:

2. Θεωρητικό Πλαίσιο

2.1 Συναισθηματική Νοημοσύνη

2.1.1 Εισαγωγή

Σήμερα, οι εργασιακοί κανόνες έχουν αλλάξει. Δεν φτάνει να είναι κανείς έξυπνος, να έχει καλές ακαδημαϊκές επιδόσεις, να είναι καλά εκπαιδευμένος ή να έχει πείρα, αλλά χρειάζεται να έχει και την ικανότητα να χειρίζεται τόσο τον εαυτό του, όσο και τους γύρω του. (Goleman, 2000)

Η ΣΝ δεν σημαίνει να είναι ένα άτομο «καλό» και να αφήνει ανεξέλεγκτα τα συναισθήματα του, αλλά να χειρίζεται τα συναισθήματα του και σε κάποιες περιπτώσεις να γίνεται «ο κακός» για λόγους στρατηγικής. Επίσης, η ΣΝ μαθαίνεται, αναπτύσσεται και καλλιεργείται όσο προχωρά κανείς στη ζωή του. Παράλληλα, έχοντας υψηλό επίπεδο ΣΝ δεν σημαίνει πως κάποιος έχει και τις συναισθηματικές ικανότητες, που είναι απαραίτητες για την εργασία, αλλά πως έχει τις δυνατότητες για να τις μάθει. (Goleman, 2000)

Τα άτομα με υψηλά επίπεδα ΣΝ έχουν την ικανότητα να ενώνουν τα άτομα που βρίσκονται στο περιβάλλον τους, να έχουν θετική συμπεριφορά και να επαινούν υφιστάμενους τους για την προσπάθειά τους, έχουν ευγενή αισθήματα (ειλικρίνεια, υποστήριξη, εμπύχωση) και αμερόληπτη κρίση. Επιπλέον, διαβλέπουν τις ευκαιρίες και τους κινδύνους, διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους με βάση τη λογική και προσπαθούν να ερμηνεύσουν και να κατανοήσουν τα μηνύματα από τον περίγυρο τους. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

Στο παρελθόν επικρατούσε η άποψη πως για να είναι κανείς επιτυχημένος χρειάζεται μόνο να είναι ευφυής. Έπειτα, μέσα από την έρευνα, φάνηκε πως ο ΔΝ βρίσκεται στη δεύτερη θέση, με την ΣΝ να κατακτά την πρώτη θέση σε ότι αφορά την εργασιακή επίδοση. (Goleman, 2000) Ο ΔΝ και η ΣΝ δεν είναι δύο αντικρουόμενες έννοιες αλλά δύο ξεχωριστές ικανότητες. Επίσης, το να έχει κανείς αυξημένη ΔΝ και χαμηλή ΣΝ ή το αντίθετο, παρατηρείται σπάνια. (Goleman, 1998) Πιο κάτω παρουσιάζονται οι διαφορές μεταξύ της ΣΝ και του ΔΝ. (Goleman, 1998; Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

Πίνακας 1: Διαφορές μεταξύ του Δείκτη Νοημοσύνης και της Συναισθηματικής Νοημοσύνης (Goleman, 1998; Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

Συναισθηματική Νοημοσύνη	Δείκτης Νοημοσύνης
Αφορά συναισθήματα.	Αφορά μορφωτικούς τομείς.
Ασχολείται με ικανότητες που αναπτύσσονται και μπορούν να καλλιεργηθούν σε όλο το διάστημα της ζωής του ατόμου.	Ασχολείται περισσότερο με την ανθρώπινη νόηση που είναι καθορισμένη από τη στιγμή που γεννιέται το άτομο και η ικανότητες αναπτύσσονται μέχρι συγκεκριμένη ηλικία.
Αναφέρεται σε συναισθήματα τα οποία έχουν να κάνουν με τον ψυχικό και εσωτερικό κόσμο του ατόμου και που διέπουν τις διαπροσωπικές σχέσεις.	Αναφέρεται στη λογική ικανότητα του ατόμου.
Επηρεάζει καθοριστικά τις σχέσεις που αναπτύσσονται με άλλα άτομα.	Επηρεάζει σε μικρό βαθμό τις διαπροσωπικές σχέσεις.
Είναι χρήσιμη στη διαχείριση των σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων.	Είναι χρήσιμη στην διεκπεραίωση σημαντικών εργασιών.
Οι άνδρες με αυξημένη ΣΝ είναι εκδηλωτικοί, πρόσχαροι, κοινωνικά ισορροπημένοι, ελεύθεροι από φόβους και άγχος, αφοσιώνονται στους ανθρώπους και σε σκοπούς, αναλαμβάνουν ευθύνες, έχουν ηθική στάση, είναι τρυφεροί στις σχέσεις τους, νιώθουν άνετα με τον εαυτό τους και τους άλλους.	Οι άνδρες με αυξημένο ΔΝ είναι φιλόδοξοι, παραγωγικοί, πεισματάρηδες, προβλέψιμοι, καταδεκτικοί, απόμακροι, ανέκφραστοι, ψυχροί, συνεσταλμένοι, τείνουν να κρίνουν, δεν ασχολούνται με ζητήματα που αφορούν τον εσωτερικό κόσμο τους.
Οι γυναίκες με αυξημένη ΣΝ είναι θετικές απέναντι στους άλλους και στον εαυτό τους, εκφράζουν ευθέως τα συναισθήματα τους, είναι εκδηλωτικές, ευδιάθετες, πρόσχαρες, κοινωνικές, τείνουν προς νέες γνωριμίες, νιώθουν άνετα με τον εαυτό τους, διαχειρίζονται το άγχος και προσαρμόζονται σε στρεσογόνες καταστάσεις .	Οι γυναίκες με αυξημένο ΔΝ έχουν πνευματική αυτοπεποίθηση, εκφράζουν εύκολα τις σκέψεις τους, αξιολογούν πνευματικά ζητήματα, είναι επιρρεπείς σε άγχος, σε ενοχές και στοχασμούς, διστάζουν να εκδηλώσουν ανοιχτά το θυμό τους και είναι ενδοσκοπικές.

2.1.2 Ιστορική αναδρομή

Το ιστορικό υπόβαθρο της ΣΝ ξεκινά από τη δεκαετία του 20, όπου καταγράφεται από τον επιστημονικό καθώς και τον επιχειρηματικό κόσμο μια στροφή από την νοητική νοημοσύνη προς άλλη κατεύθυνση, αφού αρκετοί ήταν αυτοί που σταμάτησαν να θεωρούν πώς αποτελεί το απόλυτο εργαλείο μέτρησης της ανθρώπινης ευφυίας. Αποτέλεσμα αυτού ήταν οι επιστήμονες να στραφούν στις ανθρώπινες ικανότητες, δηλαδή στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (συναισθήματα, κοινωνική συμπεριφορά, κ.τ.λ) και

στη συσχέτιση τους με την επίδοση του ανθρώπου στους διάφορους τομείς της ζωής. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

Έτσι, το 1920 υπάρχει η πρώτη καταγραφή σχετικά με την κοινωνική νοημοσύνη από τον ψυχολόγο Edward Thorndike. Ακολούθησε η περιγραφή, ο ορισμός και η αξιολόγηση της κοινωνικής συμπεριφοράς, και το 1935 δημοσιεύεται από τον Edgar Doll το πρώτο εργαλείο μέτρησης της κοινωνικής νοημοσύνης και συμπεριφοράς σε παιδιά. Έπειτα, ο David Wechsler το έτος 1939, συμπερίλαβε στο εργαλείο αξιολόγησης της γνωστικής νοημοσύνης δύο υποκλίμακες που αξιολογούν την κοινωνική συμπεριφορά. (Bar-on, 2005) Ωστόσο, ήθελε να ερευνήσει και τους βουλητικούς παράγοντες, οι οποίοι θα ήταν ανεξάρτητοι από λογικούς συλλογισμούς και αφηρημένη σκέψη. Έτσι, η επιστημονική κοινότητα επικεντρώθηκε στην κατανόηση των μη λογικών παραγόντων και στη συμβολή που έχουν στην νοητική ικανότητα του ανθρώπου. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

Οι πρώτοι ορισμοί που δόθηκαν στην κοινωνική νοημοσύνη επηρέασαν τον τρόπο με τον οποίο μεταδόθηκε αργότερα η συναισθηματική νοημοσύνη ως έννοια, αφού θεώρησαν πώς η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελεί κομμάτι της κοινωνικής νοημοσύνης. Ο όρος της ΣΝ ξεκίνησε στα μέσα του 20^{ου} αιώνα. Από το έτος 1960, ο όρος αυτός ξεκίνησε να αναπτύσσεται με γρήγορους ρυθμούς ενώ το 1980 εστιάζεται το ενδιαφέρον στην πολλαπλή νοημοσύνη. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014) Πιο συγκεκριμένα, ο Howard Gardner το έτος 1983 υποστήριξε πώς η εννοιολογική προσέγγιση της προσωπικής νοημοσύνης στηρίζεται στην ενδοπροσωπική (συναισθηματική) νοημοσύνη και στην διαπροσωπική (κοινωνική) νοημοσύνη, η Carolyn Saarni το 1990 και ο Reuven Bar-On τα έτη 1988, 1997 και 2000, ο οποίος υποστήριξε πως η συναισθηματική-κοινωνική νοημοσύνη αποτελείται από ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές ικανότητες και δεξιότητες που όταν συνδυάζονται καθορίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. (Bar-on, 2005)

Κατά τη δεκαετία του 90, και αφού η επιστημονική κοινότητα έχει ήδη επικεντρωθεί στη ΣΝ, στην αξία της και στη μελέτη των συναισθημάτων του ανθρώπου σε σχέση με την γνώση, η νέα θεωρία διαδόθηκε στο ευρύ κοινό. Ακολούθησε ένα νέο κεφάλαιο για την επιστημονική κοινότητα, όπου αρκετοί επιστήμονες αναφέρονταν σε μια νέα νοημοσύνη. Η αυξημένη έρευνα της ΣΝ είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πολλών

απόψεων και αποτελεσμάτων, γι' αυτό και σήμερα έχουμε πολυάριθμους ορισμούς, μεθόδους αξιολόγησης και μέτρησης της. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

2.1.3 Συναισθηματική Νοημοσύνη και σχετικές θεωρίες:

2.1.3.1 Θεωρία του Daniel Goleman- Το Μοντέλο της συναισθηματικής επάρκειας.

Ο Goleman, (2000), έδωσε έμφαση στην συνειδητή κατανόηση των συναισθημάτων του ατόμου σε ατομικό και διαπροσωπικό επίπεδο. Έτσι, ομαδοποίησε τις συναισθηματικές ικανότητες σε πέντε βασικές διαστάσεις της ΣΝ. Με βάση τις συγκεκριμένες διαστάσεις, μπορεί κανείς να μάθει τις απαραίτητες ικανότητες που χρειάζεται να έχει έτσι ώστε να πετύχει στο χώρο εργασίας του. Αναμφίβολα, υπάρχουν δυνατά και αδύνατα σημεία, εντούτοις, για να είναι κάποιος διακεκριμένος απαιτούνται περίπου έξι ικανότητες οι οποίες είναι μοιρασμένες στις πέντε διαστάσεις. (Goleman, 2000) Στον πιο κάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διαστάσεις της ΣΝ και οι συναισθηματικές ικανότητες.

Πίνακας 2: Μοντέλο Συναισθηματικών Ικανοτήτων: Διαστάσεις της ΣΝ και οι συναισθηματικές ικανότητες. (Goleman, 2000)

<u>Προσωπική ικανότητα</u> (καθορίζει πόσο καλά μπορούμε να χειριστούμε τον εαυτό μας)	
<p><u>Αυτοεπίγνωση:</u> Να γνωρίζει το άτομο την εσωτερική του κατάσταση, τα προσωπικά του αποθέματα, τις προτιμήσεις του και να έχει επαφή με τη διαίσθηση του.</p>	<p><u>Επίγνωση συναισθημάτων:</u> να αναγνωρίζει το άτομο τα συναισθήματα του, τις επιπτώσεις και τα αποτελέσματα τους. <u>Ακριβής αυτοαξιολόγηση:</u> να γνωρίζει το άτομο τα δυνατά του σημεία αλλά και τα όρια του. <u>Αυτοπεποίθηση:</u> η σιγουριά του ατόμου για την αξία και τις ικανότητες του.</p>
<p><u>Αυτορρύθμιση:</u> Να μπορεί το άτομο να διαχειρίζεται την εσωτερική του κατάσταση, τις παρορμήσεις του και τα εσωτερικά του αποθέματα.</p>	<p><u>Αυτοέλεγχος:</u> ο έλεγχος διασπαστικών συναισθημάτων και παρορμήσεων. <u>Αξιοπιστία:</u> Διατήρηση της ακεραιότητας και τιμιότητας. <u>Ευσυνειδησία:</u> το άτομο να αναλαμβάνει την ευθύνη για την προσωπική του επίδοση. <u>Προσαρμοστικότητα:</u> η ευελιξία που έχει το άτομο στον χειρισμό των αλλαγών. <u>Καινοτομία:</u> το άτομο να νιώθει άνετα και να είναι διαθέσιμος σε νέες πληροφορίες, πρωτοποριακές ιδέες και προσεγγίσεις.</p>

<p><u>Κίνητρα συμπεριφοράς:</u> Οι συναισθηματικές τάσεις που οδηγούν προς την επίτευξη στόχων ή την διευκολύνουν.</p>	<p><i>Τάση προς επίτευξη:</i> η προσπάθεια για ανταπόκριση ή βελτίωση σε κάποια δεδομένα τελειότητας. <i>Δέσμευση:</i> ευθυγράμμιση με τους στόχους της ομάδας/οργανισμού. <i>Πρωτοβουλία:</i> η ετοιμότητα του ατόμου για δράση όταν εμφανιστεί μια ευκαιρία. <i>Αισιοδοξία:</i> η επιμονή του ατόμου στην επιδίωξη στόχων παρά τα εμπόδια και τις αναποδιές.</p>
<p><u>Κοινωνική ικανότητα</u> (καθορίζει πόσο καλά χειριζόμαστε τις σχέσεις μας)</p>	
<p><u>Ενσυναίσθηση:</u> η επίγνωση που έχει το άτομο όσο αφορά τα συναισθήματα, τις ανάγκες και τις ανησυχίες των άλλων.</p>	<p><i>Κατανόηση των άλλων:</i> η κατανόηση των συναισθημάτων και των απόψεων που έχουν οι άλλοι και το ενεργό ενδιαφέρον που έχει το άτομο για τις ανησυχίες τους. <i>Προσανατολισμός στην παροχή υπηρεσιών:</i> η πρόβλεψη, η αναγνώριση των αναγκών που έχουν οι πελάτες και η ικανοποίησή τους. <i>Ενίσχυση της ανάπτυξης των άλλων:</i> η αίσθηση που έχει το άτομο για τις ανάγκες των άλλων έτσι ώστε να αναπτυχθούν και η ενίσχυση των δυνατοτήτων τους. <i>Σωστός χειρισμός της διαφορετικότητας:</i> Η δημιουργία και η καλλιέργεια ευκαιριών σε διαφορετικά είδη ανθρώπων. <i>Πολιτική αντίληψη:</i> Η αναγνώριση των συναισθηματικών τάσεων που έχει μια ομάδα και η ενδυνάμωση των σχέσεων.</p>
<p><u>Κοινωνικές δεξιότητες:</u> η ικανότητα που έχει το άτομο να προκαλεί στους γύρω του τις αντιδράσεις που θέλει.</p>	<p><i>Επιρροή:</i> η εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων πειθούς. <i>Επικοινωνία:</i> η έκφραση σαφών και πειστικών μηνυμάτων. <i>Ηγεσία:</i> η έμπνευση και η καθοδήγηση των ανθρώπων/ομάδων. <i>Καταλυτική δράση όσον αφορά την αλλαγή:</i> η καθιέρωση αλλαγών ή ο χειρισμός στις αλλαγές. <i>Χειρισμός διαφωνιών:</i> η διαπραγμάτευση και η επίλυση διαφωνιών. <i>Καλλιέργεια δεσμών:</i> η καλλιέργεια λειτουργικών σχέσεων που συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων. <i>Σύμπραξη και συνεργασία:</i> η συνεργασία του ατόμου με άλλους για την επίτευξη κοινών στόχων. <i>Ομαδικές ικανότητες:</i> η δημιουργία συνοχής στην ομάδα προς επίτευξη συλλογικών στόχων.</p>

Ο πιο πάνω πίνακας ισχύει ως ένα βαθμό για όλα τα επαγγέλματα, όμως η κάθε εργασία έχει και διαφορετικές απαιτήσεις σε σχέση με τις απαραίτητες δεξιότητες. Επίσης, κάθε διάσταση της ΣΝ συνεισφέρει με μοναδικό τρόπο στην εργασιακή επίδοση και επηρεάζει η μια την άλλη. Παράλληλα, το να υπάρχει μια ικανότητα ΣΝ δεν σημαίνει πώς το άτομο θα αναπτύξει ή θα επιδείξει τις σχετικές δεξιότητες, αφού συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες στην εκδήλωση της ικανότητας όπως το περιβάλλον ενός οργανισμού ή το ενδιαφέρον που έχει το άτομο για την εργασία. Επιπρόσθετα, οι κατηγορίες της ΣΝ είναι διαταγμένες ιεραρχικά. (Goleman, 2000)

2.1.3.2 Θεωρία των Mayer, Salovey & Caruso- Το Θεωρητικό Μοντέλο Ικανότητας.

Οι ερευνητές Mayer, Salovey and Caruso, (2004), οριοθέτησαν το θεωρητικό μοντέλο της ικανότητας της ΣΝ. Πιο συγκεκριμένα, αναγνώρισαν την ΣΝ ως ένα είδος νοημοσύνης, η οποία αποτελείται από εμπειρίες και γνώσεις και χωρίζεται σε τέσσερις τομείς. Ο πρώτος τομέας αναφέρεται στην αντίληψη των συναισθημάτων, δηλαδή στην αναγνώριση των συναισθημάτων μέσα από μη λεκτικά μηνύματα (εκφράσεις προσώπου, σωματική στάση, ομιλία, επικοινωνιακά κανάλια). Ο δεύτερος τομέας αναφέρεται στην αποδοχή των συναισθημάτων ως τρόπο συμπεριφοράς από το άτομο και ο τρίτος τομέας στην κατανόηση των συναισθημάτων, δηλαδή την ικανότητα ανάλυσης τους, την εκτίμηση για τις πιθανές τάσεις με την πάροδο του χρόνου και η κατανόηση των αποτελεσμάτων που έχουν. Ο τελευταίος τομέας αναφέρεται στον έλεγχο των συναισθημάτων, δηλαδή στη διαχείριση των συναισθημάτων με βάση τους στόχους που έχει το άτομο, την αυτογνωσία και την κοινωνική ευαισθητοποίηση. (Mayer, Salovey and Caruso, 2004)

2.1.3.3 Θεωρία του Reuven Bar-On-Το Μοντέλο Συναισθηματικής/ Κοινωνικής Νοημοσύνης.

Η θεωρία του Bar-On, ξεκίνησε μέσα από τη σημαντικότητα της συναισθηματικής έκφρασης για την επιβίωση και την προσαρμογή που έθεσε ο Κάρολος Δαρβίνος αλλά και από άλλες θεωρίες από προσωπικότητες όπως είναι ο Edward L. Thorndike, ο David Wechsler, ο Peter Emanuel Sifneos και ο Appelbaum S.A. Σύμφωνα με τον Bar-on, (2005), η συναισθηματική-κοινωνική νοημοσύνη αναφέρεται στις αλληλένδετες συναισθηματικές και κοινωνικές ικανότητες και δεξιότητες οι οποίες καθορίζουν πόσο αποτελεσματικά το άτομο κατανοεί και εκφράζει τον εαυτό του, κατανοεί τους άλλους, σχετίζεται μαζί τους και ανταπεξέρχεται στις καθημερινές απαιτήσεις, πιέσεις και προκλήσεις. Επιπλέον, υποστηρίζει πώς η συναισθηματική νοημοσύνη είναι υπεύθυνη για τον τρόπο που οι άνθρωποι διαχειρίζονται προβλήματα και αγχωτικές καταστάσεις. Η μελέτη του αποτελείται από μη γνωστικές ικανότητες, οι οποίες πηγάζουν από την έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

Οι ικανότητες που υποστηρίζει ο Bar-on, (2005), ότι θα ήταν καλό να έχει ο άνθρωπος, χωρίζονται στις πιο κάτω κατηγορίες:

1. Η ικανότητα να αναγνωρίζει, να αντιλαμβάνεται και να εκφράζει τα συναισθήματα του, να αποδέχεται τον εαυτό του, να αγωνίζεται για να επιτύχει τους προσωπικούς του στόχους και να αξιοποιεί τις δυνατότητες του.
2. Η ικανότητα να αναγνωρίζει και αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα των άλλων, να αναγνωρίζει τις κοινωνικές ομάδες, να συνεργάζεται με άλλους και να μπορεί να σχετίζεται μαζί τους.
3. Η ικανότητα να διαχειρίζεται και να ελέγχει τα συναισθήματα του.
4. Η ικανότητα να διαχειρίζεται τις αλλαγές, να προσαρμόζεται και να επιλύει προσωπικά και διαπροσωπικά προβλήματα.
5. Η ικανότητα να δημιουργεί θετικές σκέψεις και συναισθήματα και να παρακινεί τον εαυτό του.

Πέραν από το συγκεκριμένο μοντέλο, ο Bar-On είναι από του πρώτους ερευνητές ο οποίος δημιούργησε τεκμηριωμένη επιστημονικά μέθοδο υπολογισμού της ΣΝ, υπήρξε πρωτοπόρος στην ανακάλυψη του όρου Συναισθηματικό Πηλίκιο (EQ) της Γενικής Νοημοσύνης και δημιούργησε τον Κατάλογο Συναισθηματικού Πηλίκου (EQ-I, Emotional Quotient Inventory). (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

2.1.3.4 Το Μοντέλο του Cooper.

Σύμφωνα με τον Cooper, (1997), η ΣΝ σχετίζεται και με το γενικότερο περιβάλλον ζωής του ανθρώπου και όχι μόνο με την προσωπικότητα του. Υποστήριξε πώς η ΣΝ έχει πέντε διαστάσεις με συγκεκριμένες ικανότητες και χαρακτηριστικά. Αυτές είναι: (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

1. Το εκάστοτε περιβάλλον: η ικανοποίηση του ατόμου από το περιβάλλον του.
2. Η συναισθηματική συνειδητοποίηση των συναισθημάτων του ίδιου του ατόμου και των άλλων.
3. Η ανταγωνιστικότητα: τα άτομα έχουν την επιθυμία να θέτουν συνεχώς στόχους και να τους επιτυγχάνουν.
4. Οι στάσεις και οι αξίες των ατόμων: καθορίζουν τι προσδοκά από τη ζωή του ένα άτομο και τον βαθμό που είναι δυναμικό και ολοκληρωμένο σαν προσωπικότητα.
5. Η κατάσταση υγείας και η ποιότητα ζωής του ατόμου: καθορίζουν τομείς της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής του.

Αξίζει να αναφερθεί πώς οι Cooper and Swaf, (1997) δημιούργησαν τον συναισθηματικό χάρτη, ο οποίος αξιολογεί τα χαρακτηριστικά μιας προσωπικότητας μέσα από την ανάγνωση των βασικών συναισθημάτων, τις ικανότητες, τις στάσεις και τις αξίες που σχετίζονται με το συναίσθημα. Ο χάρτης παρέχει τη δυνατότητα μέσω της ΣΝ, να αναλυθούν οι δεξιότητες και οι αδυναμίες του ατόμου σε σχέση με την προσωπικότητα του. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014)

2.1.4 Μέτρηση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης

Υπάρχουν αρκετά ψυχομετρικά εργαλεία για να μετρήσει κανείς τη ΣΝ, μερικά από αυτά ανήκουν στο επιστημονικό πεδίο και άλλα σε πιο εκλαϊκευμένο επίπεδο, αφού μόνο μια αναζήτηση στο διαδίκτυο παρέχει σε κάποιον τρόπους για να μετρήσει τη συναισθηματική ευφυΐα. Ωστόσο, για να είναι μια μέτρηση της ΣΝ έγκυρη, χρειάζεται να γνωρίζει κανείς πως το κάθε ψυχομετρικό εργαλείο βασίζεται σε μια συγκεκριμένη θεωρία που ορίζει τη ΣΝ, δηλαδή τη φύση της, το περιεχόμενο, τις ικανότητες και πώς μετριέται. (Πλατσιδου, 2004) Επίσης, η έννοια της ΣΝ από την μια πλευρά διαχωρίζεται ως μια μορφή ικανότητας και από την άλλη πλευρά ως ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας, και έτσι διαχωρίζονται και τα ψυχομετρικά εργαλεία που την μετράνε. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014) Η ΣΝ ως ικανότητα περιγράφεται ως ικανότητα του νου που έχει κοινά στοιχεία με τη δομή και οργάνωση άλλων ειδών νοημοσύνης και αναφέρεται σε γνωστικές ικανότητες. Από την άλλη, η ΣΝ ως προσωπικότητα αποτελεί ένα συνδυασμό μεταξύ των ικανοτήτων του ατόμου για προσαρμογή και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του. (Πλατσιδου, 2004)

Με βάση τη μέτρηση της ΣΝ ως ικανότητα, χρησιμοποιούνται κλίμακες αυτοαξιολόγησης από το ίδιο το άτομο που συμμετέχει στην μελέτη. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014) Ωστόσο, με το συγκεκριμένο είδος μέτρησης υπάρχει το ενδεχόμενο ο συμμετέχοντας να αντιληφθεί λανθασμένα το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου οδηγώντας έτσι τους ερευνητές σε λανθασμένα αποτελέσματα αλλά και οι ερευνητές να αντιληφθούν λανθασμένα τα αποτελέσματα που λαμβάνουν. (Matthews, Zeidner and Richard, 2002) Κάποιες από τις μεθόδους που αναφέρονται στην ΣΝ ως ικανότητα είναι:

- MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test).
- EARS (Emotional Accuracy Research Scale).
- MEIS (Multifactor Emotional Intelligence Scale).

- FNEIPT (Freudenthaler & Neubauer Emotional Intelligence Performance Test).
- EISC (Emotional Intelligence Scale for Children).

Με βάση τη μέτρηση της ΣΝ ως προσωπικότητα, χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια, τεστ και κλίμακες και η βαρύτητα που έχει κάθε ερώτηση υπολογίζεται με βάση τον βαθμό της αντίστοιχης κλίμακας βαθμολόγησης. Μέσα από τα τεστ ο ερευνητής μπορεί να μελετήσει τον επαγγελματικό τομέα και την καθημερινή ζωή του συμμετέχοντα, δίνοντας του έτσι ευκαιρία να αντιληφθεί καλύτερη τη ψυχολογία του ατόμου. Εντούτοις, υπάρχουν ελλείψεις στη συγκεκριμένη μέθοδο μέτρησης, δεν μελετάται εις βάθος η ΣΝ, ταυτίζεται μερικές φορές με την ευφυΐα, η επιστημονική τους εγκυρότητα αμφισβητείται και η αξιοπιστία τους είναι περιορισμένη. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014) Οι μέθοδοι που αναφέρονται στην ΣΝ ως προσωπικότητας είναι:

- DHEIQ (Dulewicz & Higgs Emotional Intelligence Questionnaire).
- TEII (Tapia Emotional Intelligence Inventory).
- Work-place SUEIT (Work-place Swinburne University Emotional Intelligence Test).
- ECI (Emotional Competency Inventory).
- EI-IPIP (Emotional Intelligence IPIP Scales).
- EISRS (Emotional Intelligence Self- Regulation Scale).
- TEIQ (Trait Emotional Intelligence Questionnaire).
- SPTB (Sjoberg Personality Test Battery).
- WEIP (Workgroup Emotional Intelligence Profile).
- EIS (Emotional Intelligence Scale).
- LEIQ (Lioussine Emotional Intelligence Questionnaire).
- TMMS (Trait Meta Mood Scale).
- EQ-I (Bar-On Emotional Quotient Inventory).
- SEIS (Schutte Emotional Intelligence Scale).
- WLEIS (Wong & Law Emotional Intelligence Scale).

Επιπλέον, τα ψυχομετρικά εργαλεία που αφορούν τη ΣΝ ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: τις αυτοαναφορές, τις αναφορές άλλων (τεστ 360 μοιρών) και την αντικειμενική μέτρηση ικανοτήτων. Οι αυτοαναφορές αποτελούν την πιο συνηθισμένη

μέθοδο μέτρησης της ΣΝ, όπου απαντά το ίδιο το άτομο που συμμετέχει στη μελέτη και αντικείμενο τους αποτελούν χαρακτηριστικά της ΣΝ όπως η ενσυναίσθηση, η ανησυχία, κ.τ.λ. Σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγεται η μέθοδος του Bar-On EQ-I (Bar-On Emotional Quotient Inventory). (Πλατσιδου, 2004) Οι αναφορές άλλων ή αλλιώς τα τεστ 360 μοιρών, αναφέρονται σε άλλα πρόσωπα εκτός του ατόμου υπό μελέτη, τα οποία εκτιμούν τα χαρακτηριστικά και τις ικανότητες του. Παράδειγμα μεθόδου μέτρησης είναι το εργαλείο ECI (Emotional Competency Inventory). Τέλος, η αντικειμενική μέτρηση των ικανοτήτων αναφέρεται σε ερωτήσεις και προβλήματα που θέτονται στον εξεταζόμενο και αποτελεί ίδια μέτρηση με αυτή των γνωστικών ικανοτήτων. Ο ερευνητής βαθμολογεί τις απαντήσεις και λύσεις του εξεταζόμενου. Το τεστ που συγκαταλέγεται σε αυτή την κατηγορία είναι το Mayer, Salovey, Caruso Emotional Intelligence Test. (Πλατσιδου, 2004)

2.1.5 Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στο χώρο υγείας

Από όσα έχουν ήδη λεχθεί, γίνεται εύκολα κατανοητή η σημαντικότητα της ΣΝ στις επιχειρήσεις και οργανισμούς. Όσο αφορά την ΣΝ στο χώρο της υγείας, σύμφωνα με τον Goleman, (2000), οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να αναγνωρίζουν και να κατανοούν τα συναισθήματα των ασθενών με σκοπό να παρέχεται καλύτερη και αποτελεσματικότερη θεραπεία. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να έχουν αρκετές δεξιότητες, όπως είναι ο επαγγελματισμός, οι επικοινωνιακές και διαπροσωπικές ικανότητες, η ικανότητα ελέγχου και κατανόησης των λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων, οι οποίες συνδέονται άμεσα με την ΣΝ. (Basem Abbas Al, 2018; Kadadi and Bharamanaikar, 2019)

Η ΣΝ στο χώρο της υγείας φαίνεται πως εμπνέει τους ηγέτες στους οργανισμούς υγείας μέσω κινήτρων, συναισθημάτων και παθών να επιτυγχάνουν διάφορους στόχους για τον οργανισμό, να εμπνέουν κίνητρα και να δημιουργούν όραμα για το μέλλον. Επίσης, τα υψηλά επίπεδα ΣΝ στους ηγέτες της νοσηλευτικής έχει συσχετιστεί με καλύτερη απόδοση του προσωπικού και υψηλή ποιότητα ΠΥΥ προς του ασθενείς μέσα από την δημιουργία θετικών σχέσεων με τα μέλη της ομάδας, του ενθουσιασμού και του πάθους για παρακίνηση των υφιστάμενων. (Levitats and Vigoda-Gadot, 2017; Κουράκος, Πουλημενάκου and Μήτση, 2018; Κυριαζάνος, 2022) Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Kadadi and Bharamanaikar, (2019), έχει συσχετιστεί πως οι ηγέτες στους

οργανισμούς υγείας που έχουν αυξημένα επίπεδα ΣΝ, έχουν την αυτοπεποίθηση να ενδυναμώνουν και να ηρεμούν τον οργανισμό στην αστάθεια μιας αλλαγής. Παράλληλα, τα υψηλά επίπεδα ΣΝ φαίνεται πως σχετίζονται με την οργανωτική παραγωγικότητα και δέσμευση, την αντίληψη για το εργασιακό περιβάλλον, την απόδοση και την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στην υγεία, τις συλλογικές και διεπαγγελματικές σχέσεις, τη διαχείριση του άγχους και επαγγελματικών συγκρούσεων, τις επικοινωνιακές δεξιότητες, την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και την χρήση της γνώσης στο περιβάλλον των νοσηλευτηρίων. (Birks and Watt, 2007; Ezzatabadi *et al.*, 2012; Κοντού and Καλλέργης, 2014; Κουράκος, Πουλημενάκου and Μήτση, 2018; Raeissi *et al.*, 2019)

Σχετικά με τη ΣΝ και τους ασθενείς, το επίπεδο ΣΝ των επαγγελματιών υγείας έχει συσχετιστεί με την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, η αυξημένη αλληλεπίδραση και η εμπιστοσύνη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, οδηγεί στην δημιουργία θεραπευτικής σχέσης και καταλήγει στην ικανοποίηση τους από την ποιότητα των ΠΥΥ. (Basem Abbas Al, 2018; Kadadi and Bharamanaikar, 2019) Επιπλέον, η κατανόηση, η ενσυναίσθηση, η αυθεντικότητα και η αυτογνωσία είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την αυξημένη ΣΝ και την ποιότητα ΠΥΥ. (Bock, 2020; Khademi *et al.*, 2021) Συσχέτιση μεταξύ της ΣΝ και της σωματικής και ψυχικής φροντίδας έχει δείξει και η μελέτη των ερευνητών Nightingale *et al.*, (2018). Επίσης, σύμφωνα με τους Κουράκος, Πουλημενάκου and Μήτση, (2018), η υψηλή ΣΝ των επαγγελματιών υγείας μειώνει τα ιατρικά λάθη, βελτιώνει τον έλεγχο σε χρόνιες παθήσεις και οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να εφαρμόσουν το σχήμα θεραπείας τους. Αξιοσημείωτα είναι τα ευρήματα των ερευνητών Codier *et al.*, (2010), όπου η αυξημένη ΣΝ συσχετίστηκε με μειωμένη επικέντρωση των νοσηλευτικών λειτουργιών σε τεχνικές δεξιότητες, αλλά με επικέντρωση στην ολιστική φροντίδα και στην οργάνωση.

Αξίζει να λεχθεί πως, σύμφωνα με την μελέτη της Bock, (2020), η αυξημένη ΣΝ συνδέεται με λιγότερη συναισθηματική κόπωση και εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, με καλύτερη ομαδικότητα, ψυχολογική και συναισθηματική υγεία στους επαγγελματίες υγείας. Έτσι, οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας φαίνεται πως προετοιμάζονται καλύτερα και αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τον ασθενή και τις ανάγκες του. (Bock, 2020)

Όσο αφορά τα χαμηλά επίπεδα ΣΝ, φαίνεται πως σχετίζονται με κακή φήμη για τον εκάστοτε οργανισμό υγείας, κακή ποιότητα στις ΠΥΥ και αποχώρηση των επαγγελματιών υγείας από τον οργανισμό. (Basem Abbas Al, 2018) Παράλληλα, η απουσία ΣΝ συνδέεται με συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, κατάθλιψης και άγχους. (Κοντού and Καλλέργης, 2014; Vlachou *et al.*, 2016; Nightingale *et al.*, 2018; Κουράκος, Πουλημενάκου and Μήτση, 2018) Τέλος, στη μελέτη των ερευνητών Adams and Iseler, (2014), φάνηκε τα επίπεδα ΣΝ των νοσηλευτών να σχετίζονται με τραυματισμούς ασθενών από πτώση, με την δημιουργία τραυματισμών λόγω πίεσης (έλκος πίεσης), και την εμφάνιση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων με κλωστηρίδιο και χρυσίζων σταφυλόκοκκο ανθεκτικό στη μεθικιλίνη.

Ποια είναι όμως τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων στο χώρο της υγείας που συνδέονται με το επίπεδο ΣΝ; Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Κουράκος, Πουλημενάκου and Μήτση, (2018), τα χαρακτηριστικά που έχουν οι ηγέτες του νοσηλευτικού κλάδου με υψηλή ΣΝ είναι:

- Η πλήρης επίγνωση του καθοριστικού ρόλου που έχουν οι άλλοι για την επαγγελματική αλλά και την προσωπική ευημερία τους.
- Η πραγματική εκτίμηση όσων συμβάλλουν και προωθούν ένα υγιές κλίμα που έχει στόχο την λήψη αποφάσεων, την έκφραση της ΣΝ και την ανταλλαγή πληροφοριών.
- Η παρακίνηση των ιδίων όσο και των υφιστάμενων τους σχετικά με την ευαισθητοποίηση και τη μάθηση δεξιοτήτων αυτό-ηγεσίας.
- Η ενθάρρυνση των γύρω τους.
- Η προσπάθεια τους να υπερέχουν.
- Ο ενθουσιασμός για τον νοσηλευτικό κλάδο.
- Το πάθος τους για αριστεία.
- Η διαχείριση των συγκρούσεων μέσα από τη χρήση της ενσυναίσθησης και των συναισθηματικών δεξιοτήτων.

Επιπρόσθετα, η ηλικία των γιατρών και τα χρόνια εμπειρίας τους, το θηλυκό φύλο στα άτομα που φοιτούν στον κλάδο της ιατρικής, η βαθμίδα εκπαίδευσης και τα έτη εμπειρίας των νοσηλευτικών λειτουργιών σχετίζονται με αυξημένη ΣΝ. (Birks and Watt, 2007; Διαμαντοπούλου, 2014; Basem Abbas Al, 2018; Kadadi and Bharamanaikar, 2019)

2.1.6 Έρευνες σχετικές με τη Συναισθηματική Νοημοσύνη στα τμήματα ΤΑΕΠ

Οι μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία με ερευνητικό αντικείμενο τη ΣΝ στα τμήματα ΤΑΕΠ είναι περιορισμένες. Η ιδιαιτερότητα του συγκεκριμένου τμήματος, ο αυξημένος φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με την υποστελέχωση και τον συνωστισμό που επικρατεί, καθώς και η δυσκολία στην αξιολόγηση του συγκεκριμένου δείκτη στο συγκεκριμένο περιβάλλον, είναι μερικοί από τους λόγους που η επιστημονική ερευνητική κοινότητα έχει περιορισμένο αριθμό ερευνητικών μελετών. (Sørup, Jacobsen and Forberg, 2013)

Οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα ΣΝ που έρχονται σε άμεση επαφή με επείγον καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένου και των γιατρών, πληρώματος ασθενοφόρων, αστυνομικών, κ.τ.λ., φαίνεται πως έχουν πιο ορθολογικούς και διαισθητικούς τρόπους λήψης αποφάσεων κατά τις πιεστικές καταστάσεις σε σχέση με τους εργαζόμενους με χαμηλά επίπεδα ΣΝ. (Dilawar *et al.*, 2021)

Επιπρόσθετα, οι ειδικευόμενοι ιατροί των ΤΑΕΠ φαίνεται πως έχουν αυξημένο ποσοστό διαπροσωπικών ικανοτήτων, ενσυναίσθησης, αυτοπραγμάτωσης και ελέγχου σε στρεσογόνες καταστάσεις, ενώ χαμηλό ποσοστό έχουν όσο αφορά την επιμονή, την αυτοεκτίμηση και την ανεξαρτησία. (Papanagnou *et al.*, 2017) Επίσης, η ΣΝ φαίνεται να σχετίζεται με ευφυείς συμπεριφορές, την υπερηφάνεια, την αφοσίωση στο στόχο, την διαπροσωπική έλξη και με την συνοχή της ομάδας επαγγελματιών υγείας στο τμήμα ΤΑΕΠ. (Bughao and Baltar, 2021) Επιπλέον, η διαχείριση του χρόνου στα τμήματα ΤΑΕΠ σχετίζεται θετικά με την συναισθηματική αυτογνωσία της ΣΝ. (Tofighi *et al.*, 2022)

Η υψηλή ΣΝ των νοσηλευτικών λειτουργών σε τμήματα ΤΑΕΠ φαίνεται πως σχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους. (Foladvandi *et al.*, 2017) Επιπλέον, στη μελέτη των Nespereira-Campuzano and Vázquez-Campo, (2017), όπου συμμετείχαν νοσηλευτικοί λειτουργοί που εργάζονται σε τμήματα ΤΑΕΠ φάνηκε πως τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν σε μέτριο και υψηλό βαθμό, και σημειώθηκε έλλειψη ΣΝ. Επίσης, οι ερευνητές Bailey, Murphy and Porock, (2011), μελέτησαν πώς οι νοσηλευτικοί λειτουργοί μπορούν να διαχειρίζονται τις περιπτώσεις θανάτου στα τμήματα ΤΑΕΠ. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως μπορούσαν να παρέχουν φροντίδα στο τέλος της ζωής μέσα από την ανάπτυξη ΣΝ, θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή και ελέγχου των συναισθημάτων. (Bailey, Murphy and Porock, 2011)

Όσο αφορά τους νοσηλευτικούς λειτουργούς που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ, φαίνεται πως οι νεότεροι ηλικιακά έχουν την ικανότητα να νιώσουν, να εκφράσουν και να κατανοήσουν τα συναισθήματα των άλλων, τα άτομα με περισσότερα χρόνια εμπειρίας ελέγχουν περισσότερο τα συναισθήματα, τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα μπορούν να εκφραστούν καλύτερα ενώ η κακή ποιότητα ύπνου φαίνεται πως επηρεάζει την ικανότητα επεξεργασίας των συναισθημάτων. (Miguez-Torres *et al.*, 2021) Ακόμη, υπάρχουν και άλλες μελέτες που υποστηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των ετών εμπειρίας με τα επίπεδα ΣΝ είναι αυτή των ερευνητών Tofighi *et al.*, (2022) και των Ranjha and Shujja,(2010). Επιπρόσθετα, σε μελέτη όπου συμμετείχαν νοσηλευτικοί λειτουργοί τμημάτων ΤΑΕΠ και μη, ιδιωτικών και δημοσίων νοσηλευτηρίων φάνηκε πως οι νοσηλευτικοί λειτουργοί που εργάζονται σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια έχουν υψηλότερα επίπεδα ΣΝ και ψυχολογικής προσαρμογής. (Ranjha and Shujja, 2010) Όσο αφορά το ιατρικό προσωπικό που εργάζεται στα τμήματα ΤΑΕΠ και είναι ειδικευόμενοι, φαίνεται πως το γυναικείο φύλο έχει υψηλότερο βαθμό ΣΝ. (Papanagnou *et al.*, 2017)

2.2 Ποιότητα

2.2.1 Εισαγωγή

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η ποιότητα αποτελεί το θεμέλιο λίθο για μια επιχείρηση, αλλά και για τον πελάτη της επιχείρησης. Για μια επιχείρηση, η ποιότητα είναι καθαρό κέρδος, αφού η καλή και σταθερή ποιότητα αποτελεί από μόνη της αυτόματη διαφήμιση, μια διεθνής εικόνα για την επιχείρηση, αυξάνει τον ανταγωνισμό και φέρει αυξημένο μερίδιο αγοράς και μειωμένο κόστος παραγωγής της υπηρεσίας ή του προϊόντος αυξάνοντας έτσι το κέρδος της επιχείρησης. (Τσιότρας, 2002) Από την άλλη, για τον πελάτη, η ποιότητα έχει καθοριστικό ρόλο στην απόφαση του για επένδυση των χρημάτων του, γι' αυτό και μπορεί να πληρώσει και περισσότερο γι' αυτήν. (Τσιότρας, 2002)

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στην έννοια της ποιότητας έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί τα τελευταία χρόνια, με διαφορετικές προσεγγίσεις. Ωστόσο, η εισαγωγή και κατανόηση της έννοιας αυτής σε ένα σύστημα διοίκησης ενός οργανισμού χρήζει εκτεταμένης έρευνας και μελέτης. Μπορούμε να ονομάσουμε την ποιότητα μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος ως: (Τσιότρας, 2002)

- Τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας ή του προϊόντος ικανοποιούν τις προσδοκίες του πελάτη και δεδομένες προδιαγραφές.

- Η συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη για την υπηρεσία ή το προϊόν με βάση το σύνολο των στοιχείων και ιδιοτήτων της κατασκευής, της παραγωγής, της συντήρησης και του μάρκετινγκ.
- Ο βαθμός που το προϊόν ακολουθά τις προδιαγραφές του σχεδίου του.

Τα προϊόντα δημιουργούνται με βάση συγκεκριμένες ποιοτικές διαστάσεις, τις οποίες ο πελάτης θα αξιολογήσει πριν την αγορά. Αυτές είναι: (Τσιότρας, 2002; Παπανικολάου, 2007)

- Απόδοση (performance): ο βαθμός που το προϊόν ανταποκρίνεται στην χρήση που επιθυμεί ο πελάτης.
- Αξιοπιστία του προϊόντος (reliability): το μέγεθος όπου μετριέται η συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων στη χρήση του προϊόντος ή υπηρεσίας και πόσο σοβαρά είναι.
- Διάρκεια (durability): η χρονική διάρκεια που χρησιμοποιείται το προϊόν πριν να χρειαστεί επισκευή ή αντικατάσταση.
- Επισκευή (serviceability): πόσο εύκολα επισκευάζεται το προϊόν, πιο το κόστος και η ταχύτητα για επισκευή και συντήρηση, και η συμπεριφορά του προσωπικού πριν και μετά την αγορά του προϊόντος.
- Αισθητική (aesthetics): το προϊόν να ανταποκρίνεται στις αισθήσεις (για παράδειγμα, στην εμφάνιση, στην όσφρηση, στην αφή, στην γεύση, κ.τ.λ.).
- Αντιληπτική ικανότητα (perceived quality): η υποκειμενική κρίση που βασίζεται σε έμμεσες μετρήσεις της ποιότητας, για παράδειγμα στο όνομα και στην εικόνα του προϊόντος.
- Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά (features): πιο ειδικά χαρακτηριστικά του προϊόντος τα οποία ελκύουν τον πελάτη.
- Συμφωνία με τα πρότυπα (conformance): ο βαθμός στον οποίο τα χαρακτηριστικά του προϊόντος (κύρια και δευτερεύοντα) συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις των καθορισμένων προδιαγραφών.

2.2.2 Ιστορική εξέλιξη της ποιότητας

Η ποιότητα μέχρι σήμερα έχει σημειώσει σημαντική εξέλιξη. Πριν ακόμα και από την βιομηχανική επανάσταση, την ευθύνη για την παραγωγή και τον ποιοτικό έλεγχο είχαν οι τεχνίτες. Έπειτα, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, σημειώνεται ομαδοποίηση των τεχνιτών

που είχαν παρόμοια καθήκοντα, και την επίβλεψη των ομάδων αυτών και τον έλεγχο για την ποιότητα των προϊόντων αναλαμβάνουν οι εργοδηγοί. Με την έναρξη της Βιομηχανικής Επανάστασης, δημιουργούνται ομάδες παραγωγής και βιομηχανικά συγκροτήματα, όπου υπεύθυνοι για τον έλεγχο τους ήταν οι επιθεωρητές παραγωγής, οι οποίοι αναφέρονταν στους αντίστοιχους εργοδηγούς. (Τσιότρας, 2002)

Μετά, με την τεχνολογική εξέλιξη και την ανάπτυξη νέων υλικών και μεθόδων παραγωγής, δημιουργείται το σώμα ελέγχου των πλήρως απασχολούμενων Εργοδηγών Επιθεώρησης, οι οποίοι αποτελούν την πρώτη προσπάθεια διαχωρισμού της επιθεώρησης από την παραγωγή. (Τσιότρας, 2002) Έτσι, ο πρώτος έλεγχος ποιότητας σημειώνεται μέσα από την Επιθεώρηση. Η επιθεώρηση περιλαμβάνει διάφορες ενέργειες όπως είναι η μέτρηση, η εξέταση, η δοκιμή των χαρακτηριστικών του τελικού προϊόντος και τη σύγκριση (ISO 8402). (Παπανικολάου, 2007; Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008)

Ακολουθεί ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος, όπου σημειώνεται αύξηση στη βιομηχανική παραγωγή πολεμικού υλικού. Σε αυτό το σημείο, γίνεται εμφανής η αδυναμία των βιομηχανιών να ελέγξουν την ποιότητα, και έτσι εμφανίζεται η πρώτη μορφή Ποιοτικού Ελέγχου στη βιομηχανική παραγωγή κατά το έτος 1950. Στη συνέχεια περιγράφονται οι αποκλείσεις κατά τη διαδικασία παραγωγής μέσω στατιστικών μεθόδων, όπου γίνεται έλεγχος στο κόστος παραγωγής και στο επίπεδο ποιότητας των τελικών προϊόντων. (Τσιότρας, 2002) Ο Έλεγχος Ποιότητας, ο οποίος εφαρμόζεται μέχρι και σήμερα σε κάποιες βιομηχανίες, περιλαμβάνει το σύνολο των λειτουργικών τεχνικών διαδικασιών και τον εντοπισμό προβλημάτων και ελαττωμάτων μετά την παροχή των προϊόντων ή υπηρεσιών και τη επανόρθωση αν διαπιστωθεί αστοχία. (Τσιότρας, 2002; Παπανικολάου, 2007; Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008) Ωστόσο, ο εντοπισμός των προβλημάτων και ελαττωμάτων του προϊόντος ή της υπηρεσίας μετά την κατασκευή/παροχή, σημαίνει πως πέραν από το κόστος κατασκευής/παροχής, χρειάζεται να καταβληθεί επιπρόσθετο κόστος για επιδιόρθωση. (Τσιότρας, 2002)

Κοντά σ' αυτό, οι απαιτήσεις των πελατών αυξάνονται. Έτσι, οι μεγάλοι οργανισμοί υιοθετούν και εφαρμόζουν συστήματα Διασφάλισης της Ποιότητας, τα οποία αποτελούν τις προδιαγραφές που έχει δηλώσει ο παραγωγός, άρα ο πελάτης αγοράζει αυτό που αναγράφεται στις σχετικές συμβάσεις πριν την αγορά. (Τσιότρας, 2002;

Καλογερόπουλος and Χαραλάμπους, 2019) Με άλλα λόγια, η Διασφάλιση της Ποιότητας είναι «το σύνολο των προγραμματισθέντων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληρεί ορισμένες προδιαγραφές». (Τσιότρας, 2002) Δίνει έμφαση στην πρόληψη της ποιότητας, στον σχεδιασμό του προϊόντος και στην παραγωγή, ενώ η παρέμβαση για διόρθωση γίνεται στα αρχικά στάδια σχεδίασης. (Παπανικολάου, 2007) Από τους πρώτους οργανισμούς που εφάρμοσαν τα συστήματα Διασφάλισης της Ποιότητας ήταν ο στρατιωτικός και διαστημικός τομέας των Η.Π.Α, ενώ το 1987 ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (I.S.O), εξέδωσε πρότυπα που σχετίζονται με τη Διασφάλιση Ποιότητας (σειρά ISO 9000). (Τσιότρας, 2002)

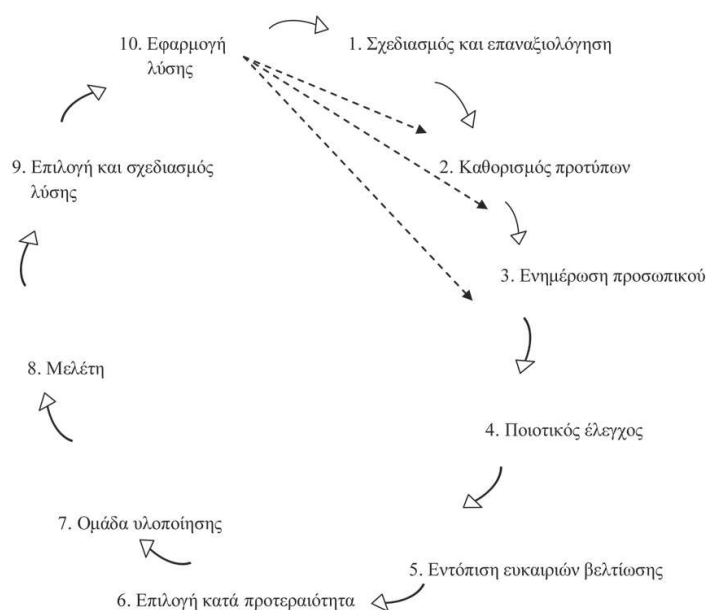
Εντούτοις, τα συστήματα τα οποία αναφέρθηκαν, δεν αποτελούν συνδυασμό ποιοτικών προϊόντων και μειωμένου κόστους, αξιοποίησης και ανάπτυξης του προσωπικού, συνεχής βελτίωση και εφαρμογή καινοτόμων ιδεών. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί το νεότερο σύστημα ποιότητας. Στο συγκεκριμένο σύστημα ποιότητας, όλο το προσωπικό ενός οργανισμού συμμετέχει στην αλυσίδα διαδικασιών και ανθρώπων με στόχο τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων προϊόντων/υπηρεσιών με το μικρότερο δυνατό κόστος και ταυτόχρονα την ικανοποίηση του πελάτη. (Τσιότρας, 2002; Παπανικολάου, 2007) Υποστηρίζει πώς το 90% των προβλημάτων σε ένα οργανισμό αφορούν τις διαδικασίες και όχι τους εργαζόμενους. Η εφαρμογή Διοίκησης Ολικής Ποιότητας βοηθά τους οργανισμούς να: (Παπανικολάου, 2007)

- Επικεντρώνονται στις απαιτήσεις της αγοράς.
- Παρέχουν άριστη ποιότητα σε όλους τους τομείς.
- Εφαρμόζουν απλές διαδικασίες για την επίτευξη απόδοσης ποιότητας.
- Εξετάζουν συνεχώς όλες τις διαδικασίες και απομακρύνουν τις απώλειες και μη παραγωγικές διαδικασίες.
- Αναγνωρίζουν τις βελτιώσεις που απαιτούνται και να λάβουν μέτρα απόδοσης.
- Αντιληφθούν τον ανταγωνισμό και να αναπτύξουν αποτελεσματικές ανταγωνιστικές στρατηγικές.
- Αναθεωρούν συνεχώς τις διαδικασίες.



Εικόνα 1: Τα επίπεδα εξέλιξης της προσπάθειας ελέγχου της ποιότητας (Τσιότρας, 2002)

Ο έλεγχος στις διαδικασίες πρέπει να είναι διαρκής. Έτσι, έχουμε τον όρο «διαρκής βελτίωση της ποιότητας» όπου αναφέρεται στη διαρκή βελτίωση των διαδικασιών που ελέγχουν το τελικό αποτέλεσμα του προϊόντος/υπηρεσίας και στην διαδικασία μείωσης των διακυμάνσεων στα αποτελέσματα ή στις αποκλίσεις από τα πρότυπα έτσι ώστε να έχουμε στο σύνολο καλύτερη απόδοση. (Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012) Συνδέεται στενά με την Διασφάλιση της Ποιότητας. Ένα μοντέλο διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας είναι ο κύκλος ποιότητας. (Καλογερόπουλος and Χαραλάμπους, 2019)



Εικόνα 2: Κύκλος Ποιότητας (Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012)

Τα πρώτα στάδια του κύκλου αφορούν τη διασφάλιση ποιότητας, δηλαδή τον σχεδιασμό, τον καθορισμό των προτύπων και την ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού. Στη συνέχεια ακολουθεί ο ποιοτικός έλεγχος. Τα τελευταία έξι στάδια αφορούν τη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας και είναι ο εντοπισμός των ευκαιριών για βελτίωση, η επιλογή με βάση προτεραιότητας, η ομάδα υλοποίησης (καθορισμός μέσων και επιθυμητού αποτελέσματος), η μελέτη, η επιλογή και σχεδιασμός της λύσης και τέλος, η εφαρμογή της λύσης και η επαναξιολόγηση. (Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012)

2.2.3 Οι θεμελιωτές της ποιότητας και οι αρχές τους:

Οι άνθρωποι και οι αρχές που εισήγαγαν, έφεραν μια νέα εποχή στην ποιότητα. Πιο κάτω αναφέρονται οι σημαντικότεροι θεμελιωτές της ποιότητας και τα κύρια στοιχεία και χαρακτηριστικά της φιλοσοφίας τους.

2.2.3.1 W. Edwards Deming

Ο E. Deming μέσω της θεωρίας του συνέβαλε στην αύξηση του επιπέδου της ποιότητας και παραγωγικότητας κατά τη δεκαετία του 1950 στην Ιαπωνική βιομηχανία. Αντικείμενο της θεωρίας του είναι η δέσμευση στην ποιότητα και τις ανάγκες των πελατών. Σύμφωνα με τον Deming, η αδυναμία της διοίκησης ενός οργανισμού να προβλέψει τα προβλήματα ποιότητας έχει ως συνέπεια την αύξηση της τελικής τιμής των προϊόντων και υπηρεσιών. (Καλογεροπούλου and Μουρδουκούτας, 2009) Αναφέρεται σε 14 αρχές οι οποίες οδηγούν στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και έχουν καθολική εφαρμογή στον τομέα υπηρεσιών ή στη μεταποίηση σε μικρές, μεσαίες ή μεγάλες επιχειρήσεις. (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008) Πιο κάτω παρουσιάζονται οι αρχές του Deming: (Deming, 1986; Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008; Alghamdi, 2016)

1. Συνεχής δημιουργία ενός σκοπού για τη βελτίωση την ανταγωνιστικότητας, των υπηρεσιών και προϊόντων.
2. Υιοθέτηση νέας φιλοσοφίας με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας, να αποτελεί μια νέα οικονομική εποχή για τον οργανισμό, χωρίς όμως να υπάρχει ανοχή στα προβλήματα ποιότητας που υπήρχαν στο παρελθόν.
3. Ανεξαρτητοποίηση από την επιθεώρηση της ποιότητας και παροχή ποιότητας στο προϊόν/υπηρεσία εξ αρχής και με βάση στατιστικά τεκμηριωμένα στοιχεία.
4. Επιλογή των προϊόντων με βάση την ποιότητα τους και όχι την τιμή.

5. Συνεχής βελτίωση της παραγωγής προϊόντων και υπηρεσιών.
6. Εσωτερική εκπαίδευση και κατάρτιση των εργαζομένων.
7. Επίβλεψη με την χρήση σύγχρονων μεθόδων για την παροχή βοήθειας στους εργαζόμενους με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας.
8. Αποβολή του φόβου και ενθάρρυνση των εργαζομένων, έτσι ώστε να εργάζονται αποτελεσματικά.
9. Ομαδική εργασία και κατάργηση των φραγμών μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων του οργανισμού, έτσι ώστε να γίνετε έγκαιρη αναγνώριση και πρόβλεψη των προβλημάτων που μπορεί να παρουσιαστούν κατά τη δημιουργία και χρήση του προϊόντος/υπηρεσίας.
10. Κατάργηση των προτροπών, στόχων και σλόγκανς προς τους εργαζόμενους για μηδενικά σφάλματα και για καλύτερα επίπεδα παραγωγικότητας. Αποτέλεσμα αυτών είναι η δημιουργία αντιπαλότητας μεταξύ των εργαζομένων. Η χαμηλή ποιότητα και παραγωγικότητα οφείλεται στο σύστημα του οργανισμού.
11. Κατάργηση της διαχείρισης με βάση τα αριθμητικά ποσοστά και αριθμητικούς στόχους και αντικατάσταση τους με την ηγεσία.
12. Κατάργηση των φραγμών που στερούν στους εργαζόμενους το αίσθημα της υπερηφάνειας για την εργασία τους.
13. Δημιουργία προγράμματος αυτό-βελτίωσης και εκπαίδευσης.
14. Για την πραγματοποίηση της αλλαγής χρειάζεται να συμβάλουν όλοι οι εργαζόμενοι, ιδιαίτερα η διοίκηση του οργανισμού.

Ο πιο κάτω κύκλος PDCA (Plan, Do, Check, Act) παρουσιάζει τη θεωρία του Deming για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Περιλαμβάνει τέσσερις φάσεις: τον σχεδιασμό, τη συλλογή στοιχείων, την ανάλυση ελέγχου και την υλοποίηση και αξιολόγηση. Η επιτυχία του κύκλου εξαρτάται από την εφαρμογή των 14 αρχών του Deming. (Καλογεροπούλου and Μουρδουκούτας, 2009)



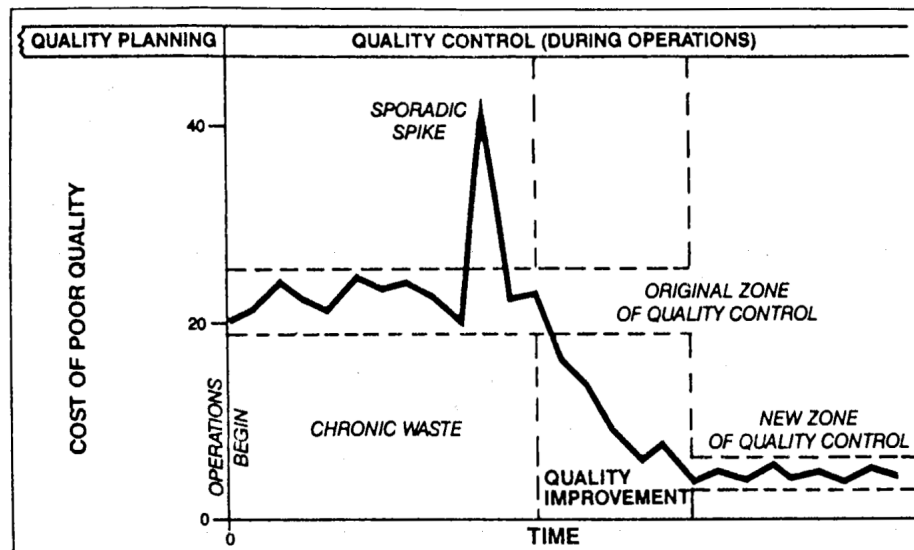
Εικόνα 3: Ο κύκλος συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας PDCA (Καλογερόπουλος and Χαραλάμπους, 2019)

Εντούτοις, η βελτίωση της ποιότητας είναι μια συνεχής διαδικασία και τα βήματα που αναφέρθηκαν χρειάζεται να επαναλαμβάνονται και να βελτιώνονται συνεχώς. (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008)

2.2.3.2 J. M Juran

Σύμφωνα με τον Joseph M. Juran, η διοίκηση ποιότητας πρέπει να συνδέεται άμεσα με την ανώτατη διοίκηση για να αποτελεί προτεραιότητα σε έναν οργανισμό. Αυτό μπορεί να συμβεί μέσα από τον καθορισμό πολιτικής ποιότητας, συμβουλίου ποιότητας, στόχων ποιότητας, από την παροχή πόρων που είναι αναγκαίοι για την επίτευξη των στόχων ποιότητας, κ.τ.λ. (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008) Σύμφωνα με την τριλογία βελτίωσης της ποιότητας του Juran, η διοίκηση μπορεί να διατηρεί και να βελτιώνει την ποιότητα μέσω των πιο κάτω: (Juran and Godfrey, 1998; Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008)

- Σχεδιασμός της ποιότητας: αναφέρεται στον καθορισμό στόχων και ομάδας, στην πλήρη κατανόηση της ταυτότητας/ψυχосύνθεσης των πελατών, στην διερεύνηση και αναγνώριση των αναγκών που έχουν, στην ανάπτυξη προϊόντων (αγαθών/υπηρεσιών) και διαδικασιών που διασφαλίζουν ότι οι ανάγκες των πελατών ικανοποιούνται, και τέλος, στην ολοκλήρωση και παράδοση του προϊόντος στον πελάτη.
- Έλεγχος της ποιότητας: εκτίμηση πραγματικής απόδοσης (αξιολόγηση και σύγκριση με τους στόχους) και εφαρμογή διορθώσεων σε περίπτωση διαφοράς για την παροχή σταθερότητας.
- Βελτίωση της ποιότητας: αναφέρεται στην αναγνώριση βημάτων βελτίωσης, στην δημιουργία δομών που χρειάζεται ο οργανισμός, στην δημιουργία ομάδας για κάθε θέμα, και στην παροχή πόρων, εκπαίδευσης και κινήτρων σ' αυτές.



Εικόνα 4: Η τριλογία βελτίωσης της ποιότητας του Juran (Κωσταγιόλας, Καιτελίδου and Χατζοπούλου, 2008)

Ο Juran πέραν από την τριλογία της ποιότητας, θεωρείται «πατέρας» του «Οδικού Χάρτη» για το σχεδιασμό της ποιότητας και αναφέρεται στα πιο κάτω βήματα: (Τσιότρας, 2002; Καλογεροπούλου and Μουρδουκούτας, 2009)

- Προσδιορισμός των πελατών.
- Προσδιορισμός των αναγκών που έχουν οι πελάτες.

- Μετάφραση των αναγκών που έχουν σε απαιτήσεις και προδιαγραφές της επιχείρησης.
- Σχεδιασμός, ανάπτυξη και παραγωγή προϊόντος/ υπηρεσιών στα πλαίσια των αναγκών που έχουν οι πελάτες και στα ανταγωνιστικά όρια κόστους με βάση των μέσων που έχει η επιχείρηση.
- Εισαγωγή και εγκαθίδρυση της διαδικασίας που θα παράγει το προϊόν/υπηρεσία.
- Αξιολόγηση και βελτίωση του προϊόντος/ υπηρεσιών.
- Εισαγωγή της διαδικασίας παραγωγής σε πιλοτική λειτουργία.
- Βελτίωση, δοκιμή και εφαρμογή της διαδικασίας παραγωγής.

Επίσης, ο Juran εισήγαγε ως βασικό δείκτη επιπέδου ποιότητας και μεγέθους βελτίωσης που επιτυγχάνει μια επιχείρηση το κόστος ποιότητας. (Καλογεροπούλου and Μουρδουκούτας, 2009)

2.2.3.3 Philip Crosby

Ο Crosby διατύπωσε τέσσερις αρχές και 14 σημεία που αφορούν τη βελτίωση της ποιότητας. Σε αντίθεση με το μοντέλο του Deming, το οποίο έχει μια φιλοσοφική θέση, τα του P. Crosby αποτελεί πρακτικό μοντέλο. (Alghamdi, 2016) Το μοντέλο του P. Crosby αναφέρεται σε 14 σημεία για τη βελτίωση της ποιότητας: (Crosby, 2005; Κωσταγιόλας, Καιτελίδου and Χατζοπούλου, 2008; Alghamdi, 2016)

1. Δέσμευση της διοίκησης (ξεκάθαρες και σύντομες πολιτικές).
2. Δημιουργία ομάδας βελτίωσης της ποιότητας και συμμετοχή των εργαζομένων από κάθε τμήμα του οργανισμού σε αυτήν.
3. Μέτρηση της ποιότητας και σύγκριση με κάθε δραστηριότητα του οργανισμού. Έτσι παρέχονται δεδομένα για την ποιότητα, τα οποία μπορούν να συγκριθούν και να δώσουν αποτελέσματα βελτίωσης.
4. Εκτίμηση του κόστους ποιότητας.
5. Ενημέρωση και εκπαίδευση των εργαζομένων για τον καθοριστικό ρόλο που έχει η ποιότητα στον οργανισμό.
6. Διόρθωση προβλημάτων.
7. Καθορισμός μιας ad hoc επιτροπής για το πρόγραμμα μηδενικών μη συμμορφώσεων.

8. Εκπαίδευση προϊσταμένων και εργαζόμενων του οργανισμού σχετικά με όλα τα στάδια διοίκησης και τα θέματα ποιότητας.
9. Ημέρα μηδενικών ελαττωμάτων, αναγνώριση και καθιέρωση της νέας νοοτροπίας.
10. Καθορισμός στόχων ποιότητας. Η διάρκεια των στόχων προς ολοκλήρωση πρέπει να είναι 30, 60 ή 90 ημερών, οι στόχοι να είναι ξεκάθαροι και να γίνεται μέτρηση για σύγκριση των δεδομένων.
11. Συλλογή και αναγνώριση των αιτιών που οδηγούν σε σφάλματα ποιότητας από τις αναφορές εργαζομένων.
12. Αναγνώριση και καθιέρωση προγραμμάτων επιβράβευσης των εργαζομένων.
13. Συμβούλια βελτίωσης της ποιότητας.
14. Επανεναρξη των σημείων του μοντέλου βελτίωσης.

Σύμφωνα με τον Crosby, η διοίκηση ενός οργανισμού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας. Από την άλλη, οι εργαζόμενοι ακολουθούν το ρυθμό που έχει η διοίκηση. (Καλογεροπούλου and Μουρδουκούτας, 2009)

Επίσης, η φιλοσοφία του Crosby συνοψίζεται σε τέσσερις αρχές:

Πρώτη αρχή: Η ποιότητα ορίζεται ως η συμμόρφωση στις απαιτήσεις του εξωτερικού και εσωτερικού πελάτη. Η κάλυψη των απαιτήσεων που έχουν οι πελάτες αποτελεί εξ' ολοκλήρου ευθύνη της διοίκησης του οργανισμού. Επιπλέον, η ποιότητα κρίνεται μόνο μέσω της ικανοποίησης στα κριτήρια που έχουν τεθεί και όχι με βάση το πόσο «καλό» είναι κάτι. (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008; Καλογεροπούλου and Μουρδουκούτας, 2009)

Δεύτερη αρχή: Η ποιότητα μπορεί να επιτευχθεί μέσω της πρόληψης στη μη συμμόρφωση και στην πρόληψη των λαθών παρά με τον έλεγχο, την διαπίστωση της αστοχίας και την επίλυση του προβλήματος. Έτσι, ο οργανισμός επιτυγχάνει την μείωση του κόστους στις διορθωτικές αλλαγές. (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008; Καλογεροπούλου and Μουρδουκούτας, 2009)

Τρίτη αρχή: Στόχος η μηδενική ανοχή στα λάθη και στις μη συμμορφώσεις. Η συγκεκριμένη αρχή ακολουθεί το απόλυτο πρότυπο ποιότητας- την τελειότητα. Ο οργανισμός που θέτει στόχους ποιότητας πιο κάτω από το 100%, τότε έχει ξεκινήσει ήδη

μια φθίνουσα πορεία. (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008; Καλογεροπούλου and Μουρδουκούτας, 2009; Alghamdi, 2016)

Τέταρτη αρχή: Η εκτίμηση της ποιότητας γίνεται με βάση το κόστος μη συμμόρφωσης στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι με βάση τους δείκτες. (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008)

Τέλος, ο Crosby αναγνωρίζεται διεθνώς και μέσω της έννοιας «Quality if free», δηλαδή η ποιότητα είναι δωρεάν μέσω της εξοικονόμησης των πόρων από τα προγράμματα ανάπτυξης της ποιότητας, ενώ η ανισότητα μέσα στον οργανισμό οδηγεί στο κόστος. (Alghamdi, 2016)

2.2.3.4 Kaoru Ishikawa

Ο Ishikawa ασχολήθηκε με τα εργαλεία ποιοτικού ελέγχου και την εκπαίδευση (διάγραμμα ψαροκόκκαλου/ διάγραμμα Ishikawa, διάγραμμα Pareto) και με τους Κύκλους Ποιότητας και Ομάδων Εργασίας κατά το έτος 1950 στην Ιαπωνία. (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008; Καλογεροπούλου and Μουρδουκούτας, 2009) Επιπλέον, είναι γνωστός για την εισαγωγή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στους οργανισμούς αλλά και για την ανάπτυξη της αλυσίδας ποιότητας. Χαρακτηριστικά, ο K. Ishikawa αναφέρει πώς «Η Ποιότητα ξεκινά με εκπαίδευση και τελειώνει με εκπαίδευση». (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008)

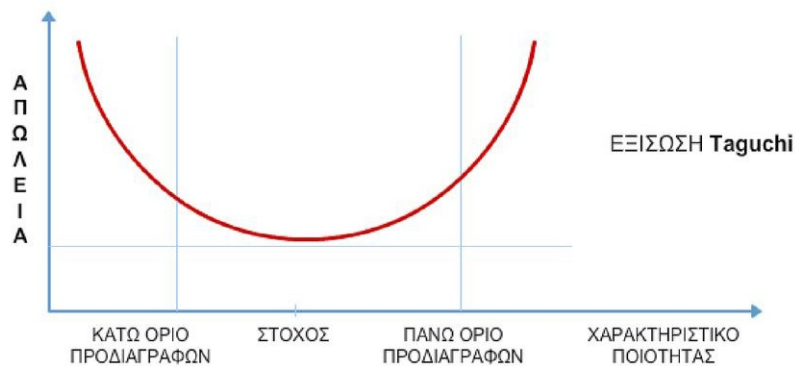
2.2.3.5 V. Feigenbaum

Ο Feigenbaum εισήγαγε την έννοια του ολικού ποιοτικού ελέγχου. Υποστήριξε πως η διοίκηση πρέπει να αντιμετωπίζει την ποιότητα με συστηματικό τρόπο, πως η ποιότητα αποτελεί ευθύνη του κάθε εργαζόμενου σε ένα οργανισμό («ποιότητα από την πηγή») και πως το κόστος έλλειψης της χρήζει διερεύνησης, κατηγοριοποίησης και σύνδεσης με ενέργειες βελτίωσης της ποιότητας. (Τσιότρας, 2002; Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008) Παράλληλα, υποστήριξε την σημαντικότητα του ελέγχου ποιότητας.

2.2.3.6 Genichi Taguchi

Ο Taguchi έδωσε έμφαση στη μείωση του κόστους και στην μείωση της μεταβλητότητας μέσω της βελτίωσης της διαδικασίας παραγωγής εστιάζοντας στο είδος ελέγχου που αφορά την φάση του σχεδιασμού προϊόντων/υπηρεσιών και τη φάση

σχεδιασμού της παραγωγικής διαδικασίας, δηλαδή, πριν την έναρξη της παραγωγικής διαδικασίας. (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008) Ανέλυσε τον έλεγχο πριν την παραγωγική διαδικασία στις φάσεις: σχεδιασμός του συστήματος, σχηματισμός των παραμέτρων, προσδιορισμός ανοχών. (Τσιότρας, 2002) Ανέπτυξε την αρχή της απώλειας και με βάση τη συνάρτηση απώλειας, όταν οι προδιαγραφές αποκλίνουν από τον επιθυμητό στόχο σημειώνεται αύξηση στο κόστος και απώλεια. Αντίθετα, όταν σημειώνεται μείωση αποκλίσεων από τις προδιαγραφές παρατηρείται μείωση στις απώλειες και στο κόστος. Απώλειες μπορούν να θεωρηθούν τα λάθη, οι επιδιορθώσεις, οι καθυστερήσεις, η κακή επικοινωνία, κ.τ.λ. (Τσιότρας, 2002) Πιο κάτω φαίνεται η συνάρτηση απώλειας.



Εικόνα 5: Συνάρτηση απώλειας του G. Taguchi (Κωσταγιόλας, Κατελίδου and Χατζοπούλου, 2008)

2.2.4 Η Ποιότητα στο χώρο της υγείας

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι πιο σύνθετη υπόθεση και διαφοροποιείται σε σχέση με την ποιότητα στο χώρο της βιομηχανίας. Πιο συγκεκριμένα, στόχος στη βιομηχανία είναι η τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος και η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα, ενώ στον τομέα της υγείας, η μηδενική απόκλιση σημαίνει ενθάρρυνση της «καλής» πρακτικής και βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής». Γι' αυτό και τα διάφορα εργαλεία και μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τις ανάγκες της βιομηχανίας τροποποιούνται πριν εφαρμοστούν στον τομέα της υγείας. (Τούντας, 2008)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η ποιότητα στον χώρο της υγείας ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας διασφαλίζουν το καλύτερο

δυνατό και επιθυμητό αποτέλεσμα για την υγεία. Παράλληλα, μπορεί να οριστεί ως η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, ενώ από διοικητική σκοπιά, μπορεί να οριστεί ως η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων και με οικονομικό τρόπο. (Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012)

Η Επιτροπή Πιστοποίησης Οργανισμών Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), ορίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας ως το σύμπλεγμα οκτώ διαστάσεων: (Καλογεροπούλου and Μουρδουκούτας, 2009)

- **Καταλληλότητα**: η ανταπόκριση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας απέναντι στις κλινικές ανάγκες του ασθενή.
- **Αποτελεσματικότητα**: ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα υγείας επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα στον ασθενή.
- **Αποδοτικότητα**: η αναλογία μεταξύ των αποτελεσμάτων από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και των πηγών που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας.
- **Διαθεσιμότητα**: ο βαθμός που η φροντίδα είναι διαθέσιμη σε όσους την αναζητούν.
- **Επικαιρότητα**: ο βαθμός που παρέχεται η φροντίδα όταν είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη για τον ασθενή.
- **Συνέχεια**: ο βαθμός που οι επαγγελματίες υγείας και οι οργανισμοί υγείας είναι συντονισμένοι ως προς την φροντίδα του ασθενή με το πέρασμα του χρόνου.
- **Σεβασμός**: ο βαθμός που ο ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις σχετικά με την φροντίδα του και ο βαθμός που οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν την φροντίδα με ευαισθησία και σεβασμό στις ανάγκες του ασθενή, τις προσδοκίες και τις προσωπικές ιδιαιτερότητες του.
- **Ασφάλεια**: ο βαθμός που το ρίσκο από την μέθοδο περίθαλψης μειώνεται για τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας και τους άλλους.

Σύμφωνα με τον Donabedian, ο οποίος ασχολήθηκε πρώτος με τη βελτίωση στην ποιότητα υγείας, η ποιότητα αποτελεί ένα είδος φροντίδας που μεγιστοποιεί το όφελος για τον ασθενή με τα οφέλη και τις απώλειες που έχει η διαδικασία της περίθαλψης. Χώρισε την παροχή υπηρεσιών υγείας σε τρεις διαστάσεις: το διαπροσωπικό μέρος (ψυχολογική

διάσταση, συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας-επαγγελματική δεοντολογία), το τεχνικό μέρος (εφαρμογή ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας) και τις υποδομές (χώρος, περιβάλλον, συνθήκες προσφοράς της φροντίδας και άνεση στις υπηρεσίες υγείας). (Μπαλάσκα and Μπιτσώρη, 2015)

Την ίδια στιγμή, η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας, δηλαδή η πεποίθηση ότι τα ενδεχόμενα λάθη μπορούν να αποφευχθούν ακόμα και να μηδενιστούν, αποτελεί ευθύνη όλων και είναι θέμα συλλογικής και ατομικής προσπάθειας σε ένα οργανισμό. Σύμφωνα με τον Gilbert, ακρογωνιαίος λίθος της βελτίωσης της ποιότητας αποτελεί η πρόληψη των λαθών, η διάδοση τους στα επόμενα στάδια παροχής των υπηρεσιών υγείας και η διακοπή μέχρι να αναγνωρισθεί το λάθος που έγινε. (Μπαλάσκα and Μπιτσώρη, 2015)

Τα οφέλη που έχει η παροχή καλύτερης ποιότητας και η συνεχής βελτίωση είναι ποίκιλα και αφορούν υγειονομικούς, μονάδες υγείας, το κράτος και φυσικά τους χρήστες της. (Θανασιάς, 2019) Για τους ασθενείς το όφελος είναι η έγκαιρη διάγνωση μιας νόσου, η ευκαιρία για την επιλογή κατάλληλης θεραπείας στα αρχικά στάδια της νόσου, η αποφυγή λανθασμένης ή και καθυστερημένης παροχής της θεραπείας και το μικρότερο κόστος νοσηλείας. Παράλληλα, η καλή ψυχολογία του ασθενή συμβάλει θετικά στην πιο γρήγορη ανάρρωση του. (Μπαλάσκα and Μπιτσώρη, 2015) Για το ανθρώπινο δυναμικό των νοσηλευτηρίων, τα οφέλη που προκύπτουν από τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η εκτίμηση και ο σεβασμός που λαμβάνουν από τους ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον, η απαλλαγή από το άγχος και η ικανοποίηση που αισθάνονται από την εργασία τους. Για τις μονάδες υγείας τα οφέλη είναι περισσότερο οικονομικά, δηλαδή μειώνεται το λειτουργικό κόστος μέσα από την ταχεία παρέμβαση στη νόσο και εξοικονομούνται με αυτό τον τρόπο χρήματα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τις ανάγκες των μονάδων. Ταυτόχρονα, όφελος έχουν και οι ασφαλιστικοί φορείς λόγω του ότι μειώνεται το ύψος των δαπανών υγείας. Τέλος, στο κράτος και στο κοινωνικό σύνολο βελτιώνει την εικόνα του και αυξάνει την εμπιστοσύνη που έχουν οι πολίτες στις παροχές των υπηρεσιών υγείας. (Μπαλάσκα and Μπιτσώρη, 2015)

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας προσδιορίζεται και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, διοικητικούς και μη. Μερικοί από τους παράγοντες αυτούς είναι:

(Καλογεροπούλου and Μουρδουκούτας, 2009; Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012; Μπαλάσκα and Μπιτσώρη, 2015; Θανασάς, 2019; Καλογερόπουλος and Χαραλάμπους, 2019)

- Οι *απαιτήσεις ασφαλείας*- η πρόληψη δηλαδή της σωματικής και ψυχικής βλάβης, ο κίνδυνος ατυχημάτων, οι δικαστικές αντιδικίες, τα παράπονα και οι μηνύσεις, προστασία της φήμης του οργανισμού και ανάπτυξη εμπιστοσύνης προς τον οργανισμό.
- Η *προσβασιμότητα στις υπηρεσίες*, δηλαδή η οικονομική, η πνευματική και η κοινωνικο-πολιτισμική διάσταση. Με άλλα λόγια, να μην υπάρχει διάκριση ανάμεσα στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.
- Η *αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η τεχνική ικανότητα* μέσω των κατάλληλων και ορθών διαδικασιών στον οργανισμό. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τεκμηριωμένους στόχους και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.
- Οι *καλές διαπροσωπικές σχέσεις, η ομαδικότητα και η συνεργασία* μεταξύ του προσωπικού είναι σημαντικοί δείκτες συντονισμού των δράσεων.
- Η *συνέχεια της φροντίδας* μέσα από τη συνεχή αξιολόγηση, βελτίωση και έλεγχο της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας με την ολοκλήρωση της θεραπείας του ασθενή. Επίσης, η μετάβαση του ασθενή από ένα τμήμα σε άλλο, ανεξαρτήτως χρόνου και τόπου.
- Η *ηγεσία*, δηλαδή ένας χαρισματικό ηγέτης (με όραμα, πειθώ, ικανότητες, επικοινωνιακό ταλέντο).
- Η *ενδυνάμωση των εργαζομένων* μέσα από την συστηματική εκπαίδευση και παροχή εργαλείων, τεχνικών και υποστήριξης έτσι ώστε να μπορούν να παίρνουν αποφάσεις και να συμμετέχουν σε δράσεις βελτίωσης της ποιότητας.
- Η *δέσμευση στον στόχο* μέσα από την ενεργό συμμετοχή (λήψη αποφάσεων, καθορισμός αρμοδιοτήτων, υποστήριξη και επίβλεψη δράσεων).
- Η *επικέντρωση στους χρήστες* υπηρεσιών υγείας και *προμηθευτές*.
- Η *διαρκής βελτίωση διαδικασιών* φέρνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα στον οργανισμό.
- Οι *προληπτικές βελτιώσεις* και η *διάθεση για καινοτομία*. Οι δράσεις πρέπει να εφαρμόζονται συνεχώς και όχι μόνο σε κάποια κρίση ή λάθος.

- Οι τεκμηριωμένες αποφάσεις προλαμβάνουν τα σφάλματα και τις αυθαιρεσίες.
- Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιβράβευση του ανθρώπινου δυναμικού επιφέρει για τον οργανισμό ανάπτυξη και συνεχιζόμενη βελτίωση, ενώ στο προσωπικό αυξάνει την παραγωγικότητα και τις υπερβάσεις.
- Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς.
- Η ταχύτητα επίλυσης των προβλημάτων υγείας.
- Η επάρκεια υλικοτεχνικής υποδομής.
- Ο σωστός σχεδιασμός των εγκαταστάσεων του οργανισμού.
- Η αριθμητική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται με την ετοιμότητα και ταχύτητα αποτελεσματικής αντιμετώπισης περιστατικών.

2.2.5 Ιστορική αναδρομή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας ξεκινά χρονικά μαζί με τη γέννηση της ιατρικής επιστήμης. Τα πρώτα ευρήματα ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε λίθινες πλάκες στην Αίγυπτο, όπου περιγράφονται χειρουργικές διαδικασίες και τρόποι αντιμετώπισης τραυματισμών. Εύρημα «σταθμός» αποτελούν οι κώδικες καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας μέσα από τον Όρκο του Ιπποκράτη κατά τον 5^ο αιώνα π.Χ.. (Θανασιάς, 2019) Έπειτα, έχουμε τα νεότερα ευρήματα από τη Florence Nightingale, Βρετανίδα νοσηλεύτρια και πρωτοπόρα στη θεμελίωση της σύγχρονης Νοσηλευτικής, η οποία προς τα τέλη του 19^{ου} αιώνα εισήγαγε την έννοια της υγειονομικής ποιότητας, με σκοπό τη βελτίωση της περίθαλψης, μέσα από την καταγραφή και αξιοποίηση επιδημιολογικών στοιχείων του Κριμαϊκού Πολέμου. (Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012)

Κατά τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, ο γενικός χειρουργός στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, Ernest Avery Codman, έδωσε βάση στο «τελικό αποτέλεσμα» της περίθαλψης και αποτελεί τον θεμελιωτή της παρακολούθησης των ασθενών μετά την θεραπεία (follow-up). Πιο συγκεκριμένα, επανεξέταζε τους ασθενείς του ένα έτος μετά το χειρουργείο με σκοπό να αξιολογήσει το μακροπρόθεσμο όφελος, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τις επιπλοκές. (Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012) Στη συνέχεια, ο Abraham Flexner πρότεινε την εφαρμογή προτύπων λειτουργίας στις ιατρικές σχολές, αφού η ποιότητα εκπαίδευσης των ιατρών φαίνεται πως είχε αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα. Το έτος 1918, θεσπίστηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης από το Αμερικάνικο Κολέγιο Χειρουργών, το οποίο αποτέλεσε πρόδρομο της Επιτροπής

Διαπίστευσης των Νοσοκομείων, η οποία θεσπίστηκε το έτος 1952 ως μη κερδοσκοπικός οργανισμός αξιολόγησης της λειτουργίας των νοσηλευτηρίων. (Καλογερόπουλος and Χαραλάμπους, 2019)

Ο πατέρας της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας θεωρείται ο Avedis Donabedian. Μέσα από την ανασκόπηση μελετών κατά τη χρονική περίοδο 1954-1984, κατέγραψε και ανάλυσε προηγούμενες προσεγγίσεις, και έτσι διαμόρφωσε ένα πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας βασισμένο στο τρίπτυχο «sound structures, good processes and suitable outcomes», δηλαδή, σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα. (Καλογερόπουλος and Χαραλάμπους, 2019)

Στην Αμερική, κατά τη δεκαετία 1960-1970, καθιερώθηκε η συστηματική αξιολόγηση μέσα από ένα πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας. Η πιστοποίηση των οργανισμών ήταν υποχρεωτική από την Joint Commission on Accreditation of Health Organization για τον έλεγχο της χρήσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσα από τους δείκτες νέων εισαγωγών και διάρκειας νοσηλείας. Μέχρι τα τέλη του 1970, η διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας είχε περισσότερο ακαδημαϊκό και ερευνητικό χαρακτήρα, με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με τον βιομηχανικό τομέα που ήδη εφαρμοζόταν από το έτος 1930. (Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012)

2.2.6 Μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο όρος «μέτρηση» αναφέρεται στην διαδικασία η οποία ακολουθείται με σκοπό τη βαθμολογία μίας μεταβλητής. Από την άλλη, ο όρος «αξιολόγηση» αναφέρεται στη διαμόρφωση κρίσης αναφορικά με την απόδοση. Η αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ξεκινά από την στιγμή που ο ασθενής έχει πρόσβαση στον οργανισμό υγείας και συνεχίζεται μέχρι το εξιτήριο του. (Παπανικολάου, 2007)

Μέσω της μέτρησης της ποιότητας καταγράφεται η χρονική εξέλιξη μιας διαδικασίας, εντοπίζονται τα εμπλεκόμενα μέρη, περιγράφονται ελλείμματα στην ποιότητα και αιτιολογικές σχέσεις. (Τούντας, 2008) Βασικά εργαλεία στην μέτρηση της παρεχόμενης ποιότητας είναι: (Τούντας, 2008; Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012; Sialakis, 2018)

- Διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος: διάγραμμα όπου αποτυπώνεται η αιτιολογική αλληλουχία μεταξύ των μεταβλητών.
- Διάγραμμα διασποράς: συσχέτιση δύο μεταβλητών.

- **Ιστόγραμμα:** αποτύπωση των δεδομένων σε σχήμα.
- **Φύλλο ελέγχου:** έντυπο καταγραφής συχνότητας συμβάντων.
- **Διάγραμμα ελέγχου:** ποσοτικοποίηση και πρόβλεψη αποτελέσματος μιας διαδικασίας.
- **Στρωμάτωση:** κατηγοριοποίηση δεδομένων με στόχο να φανεί το υπόστρωμα μιας περίπτωσης.
- **Διάγραμμα pareto:** ανάδειξη των πιο σημαντικών γεγονότων μέσω ανάλυσης δεδομένων.

Με βάση τη θεωρία του Donabedian, (1980), τα στοιχεία τα οποία μπορούν να μετρηθούν και να διακριθούν στις υπηρεσίες υγείας είναι η δομή, δηλαδή οι υποδομές/εγκαταστάσεις του οργανισμού, οι άνθρωποι και οικονομικοί πόροι, οι διαδικασίες όπου αφορούν την οργάνωση και λειτουργία της υγειονομικής μονάδας καθώς και την παροχή των υπηρεσιών υγείας, και τέλος, τα αποτελέσματα από τις δράσεις και υπηρεσίες του οργανισμού.

Μέσω των δεικτών ποιότητας (δομής, διαδικασιών, αποτελέσματος) ποσοτικοποιούνται δεδομένα τα οποία απορρέουν από ενέργειες μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. (Καλογερόπουλος and Χαραλάμπους, 2019) Έχουν καθοριστικό ρόλο στην συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αφού δείχνουν με αριθμούς τα δυνατά και αδύναμα σημεία ενός τμήματος. Την ίδια στιγμή, μέσα από την εικόνα που δίνουν οι δείκτες για τη λειτουργία ενός τμήματος, γίνεται σύγκριση με τα προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας καθώς και με τη λειτουργία άλλων τμημάτων. (Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012; Καλογερόπουλος and Χαραλάμπους, 2019)

Ωστόσο, για να επιλεγεί ένας δείκτης κατάλληλος για την αξιολόγηση της λειτουργίας ενός τμήματος και τη χρησιμότητα του πρέπει να πληρεί μερικά κριτήρια. Πιο συγκεκριμένα, τα σημαντικότερα κριτήρια είναι: (Κωσταγιόλας, Καιτελίδου and Χατζοπούλου, 2008; Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012; Καλογερόπουλος and Χαραλάμπους, 2019)

- Η **χρησιμότητα** (usefulness): η σημαντικότητα της παραμέτρου μέτρησης, η συμβολή της στα συμπεράσματα και η δυνατότητα για παρέμβαση με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων.

- Η **εγκυρότητα** (validity): μας δείχνει την μέτρηση του αντικειμένου που διατείνεται ότι μετρά. Ανιχνεύεται δυσκολότερα από την αξιοπιστία ενός δείκτη λόγω των διαδοχικών μετρήσεων συσχέτισης που απαιτεί. Όταν ο βαθμός της εγκυρότητας είναι χαμηλός, υπάρχει το συστηματικό σφάλμα ή η προκατάληψη.
- Η **αξιοπιστία** (reliability): αναφέρεται στην ακρίβεια, στον βαθμό συνέπειας των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων σχετικά με το θέμα υπό μελέτη και τη μεταβλητότητα στα αποτελέσματα που προκύπτουν από τυχαίους παράγοντες. Οι μετρήσεις γίνονται σε διαφορετικό χρόνο όμως σε παρόμοιες συνθήκες και τα αποτελέσματα θα πρέπει να είναι παρόμοια (στην περίπτωση όπου η μέτρηση γίνεται κάτω από τις ίδιες συνθήκες).
- Η **ανταποκρισιμότητα** (responsiveness): αποτελεί τον βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη και ανιχνεύει τις μεταβολές. Έχει μεγάλη σημασία όταν χρησιμοποιείται με σκοπό να αξιολογηθεί η επίδραση μιας ιατρικής παρέμβασης.
- Η **δυνατότητα σύγκρισης** (comparability): πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμα αντίστοιχα στοιχεία σε άλλες χώρες, οι δείκτες να είναι πρότυποι και με ευρεία εφαρμογή.
- Η **ευαισθησία** (sensitivity): Εξετάζει την ακρίβεια ενός δείκτη και αν υπάρχουν αλλαγές ή διαφοροποιήσεις κατά την επαναλαμβανόμενη χρήση του.
- Η **ειδικότητα** (specificity): Εξετάζει αν ο δείκτης μπορεί να διακρίνει διαφορές μεταξύ των υπο διερεύνηση ομάδων.

Όπως προαναφέρθηκε, οι δείκτες διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: (Κωσταγιόλας, Καιτελίδου and Χατζοπούλου, 2008; Τούντας, 2008; Παπακωστίδη and Τσουκαλάς, 2012)

1. **Δείκτες δομής**: χαρακτηριστικά υλικών πόρων, ανθρώπινων πόρων και δομής της οργάνωσης. Οι δείκτες δομής, ενώ αποτελούν αναγκαίες συνθήκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, εντούτοις, από μόνη της μια κατάλληλη δομή δεν επαρκεί για την παροχή ποιοτικής παροχής φροντίδας.
 - Κατάλληλες εγκαταστάσεις: λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, έκταση, θωράκιση, προσβασιμότητα, αισθητική χώρων.
 - Επάρκεια και προδιαγραφές τεχνολογικού και ιατρικού εξοπλισμού.

- Επίπεδο εκπαίδευσης προσωπικού (βασική και συνεχιζόμενη).
 - Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού
 - Αναλογία διαθέσιμου προσωπικού-ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά έτος.
 - Αριθμός μη αναμενόμενων και έκτακτων περιστατικών που τα μηχανήματα ήταν εκτός λειτουργίας ανά έτος.
 - Σύστημα αμοιβών.
2. **Δείκτες διαδικασιών**: αναφέρονται στις πληροφορίες που αφορούν τον χρήστη υπηρεσιών υγείας, δηλαδή στοιχεία ροών και «κίνησης» των ασθενών εντός της υγειονομικής μονάδας. Μπορούν να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ωστόσο μερικοί από αυτούς τους δείκτες είναι δύσκολα μετρήσιμοι.
- Αναμονή ασθενών (σε χώρους του τμήματος, για ριζικές/ανακουφιστικές θεραπείες καρκίνου)
 - Διάρκεια όπου κάποιο μηχάνημα ήταν εκτός λειτουργίας ανά έτος.
 - Ιστορικό ασθενούς στον φάκελο και ακρίβεια στην κάρτα θεραπείας του.
 - Μέση διάρκεια νοσηλείας.
 - Χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους
 - Αναλογία κλινικών περιστατικών όπου αντιμετωπίστηκαν στα πλαίσια ενός ογκολογικού συμβουλίου.
 - Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά ώρα.
 - Αριθμός ακτινοθεραπειών που στηρίχθηκαν στο σύστημα σχεδιασμού CT ανά συνολικό αριθμό θεραπειών ανά έτος.
 - Αριθμός θεραπειών στις οποίες έγινε έλεγχος και επιβεβαίωση της ακρίβειας με εντοπιστικά (portal) films.
 - Εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας.
3. **Δείκτες αποτελεσμάτων/έκβασης**: αναφέρονται στις συνέπειες/αποτελέσματα που έχουν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και των ασθενών. Εντούτοις, υπάρχει η

πιθανότητα ένας δείκτης να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες εκτός της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

- Διάστημα ελεύθερο από νόσο.
- Διάστημα ελεύθερο από υποτροπή της νόσου.
- Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών.
- Ικανοποίηση των ασθενών.
- Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου.
- Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη).

2.2.7 Πρότυπα Ποιότητας και Ασφάλειας με εφαρμογή στις μονάδες υγείας

Η πιστοποίηση, στο πλαίσιο της ποιότητας, αποτελεί την αναγνώριση/αξιολόγηση ενός ατόμου ή οργανισμού για κριτήρια ή πρότυπα από ένα ειδικό εξωτερικό φορέα πιστοποίησης. (Τούντας, 2008)

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO: International Standards Organisation) δημιουργήθηκε το 1947 για την διασφάλιση της ποιότητας της παραγωγικής διαδικασίας και για να υπάρχει διεθνώς κοινή γλώσσα στο συγκεκριμένο θέμα. Πιο συγκεκριμένα, είναι εξειδικευμένος οργανισμός ο οποίος αναπτύσσει σειρές προτύπων σύμφωνα με τις απαιτήσεις από Εθνικούς ή άλλους φορείς. (Τσιότρας, 2002) Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000, αποτελούν οδηγό για την αξιολόγηση και διασφάλιση της ποιότητας σε έναν οργανισμό. Αντίστοιχα της σειράς ISO 9000, στις ΗΠΑ χρησιμοποιείται η σειρά ANSI και στην Ευρωπαϊκή Ένωση η σειρά EN 29000. (Τσιότρας, 2002)

Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000 αναγράφονται πιο κάτω: (Τσιότρας, 2002; AmaconEqi A.E., 2006)

- ISO 9000: Προδιαγραφές διοίκησης ποιότητας και διασφάλισης ποιότητας- Οδηγίες για επιλογή και χρήση.
- ISO 9000-1: Συστήματα ποιότητας- Μοντέλο για τη διασφάλιση της ποιότητας στο σχεδιασμό/ ανάπτυξη, παραγωγή, εγκατάσταση και εξυπηρέτηση (υπηρεσίες).
- ISO 9000-2: Συστήματα ποιότητας- Μοντέλο για τη διασφάλιση ποιότητας στην παραγωγή, εγκατάσταση και εξυπηρέτηση.

- ISO 9000-3: Συστήματα ποιότητας- Μοντέλο για τη διασφάλιση ποιότητας στην τελική επιθεώρηση και δοκιμή.
- ISO 9000-4: Διοίκηση ποιότητας και στοιχεία συστήματος ποιότητας- κατευθυντήριες γραμμές.
- ISO 9000:2000: Συστήματα διαχείρισης ποιότητας- Βασικές έννοιες ποιότητας και λεξιλόγιο.
- ISO 9001:2000: Συστήματα διαχείρισης ποιότητας- Απαιτήσεις (το συγκεκριμένο πρότυπο αντικαθιστά το έτος 2000 τα πρότυπα ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003 και γίνεται περισσότερο πελατοκεντρικό). Αναφέρεται στη διαχείριση και όχι στη διασφάλιση της ποιότητας, στην μέτρηση ικανοποίησης των πελατών, στην εκτίμηση της κατάστασης μετά από μετρήσεις και με σαφείς στόχους ποιότητας.
- ISO 9004:2000: Συστήματα διαχείρισης ποιότητας- Οδηγίες για βελτίωση της ποιότητας.
- ISO 19011:2002: Οδηγίες για εσωτερικές επιθεωρήσεις.
- ISO 10005:1995: Οδηγίες σχετικά με τα προγράμματα ποιότητας.
- ISO 10006:1997: Οδηγίες για τη διαχείριση έργων.
- ISO 10007:1995: Οδηγίες για τη διαχείριση διαμόρφωσης.
- ISO 10013:1995: Οδηγίες για την ανάπτυξη εγχειριδίων ποιότητας.

Στον πιο κάτω πίνακα παρουσιάζονται πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που έχει η εφαρμογή της σειράς ISO 9000 σε έναν οργανισμό. (Τσιότρας, 2002)

Πίνακας 3: Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα εφαρμογής της σειράς ISO 9000 σε ένα οργανισμό. (Τσιότρας, 2002)

Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Βελτίωση ανταγωνιστικότητας χωρίς επιπρόσθετες επενδύσεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό.	Απαιτούνται επενδύσεις σε προγράμματα εκπαίδευσης των εργαζομένων σχετικά με την εφαρμογή συστημάτων βελτίωσης της ποιότητας.
Παρέχονται σαφείς οδηγίες στο προσωπικό του οργανισμού διασφαλίζοντας έτσι την επικοινωνία και τον έλεγχο σε όλες τις διαδικασίες.	Δεν υπάρχουν σε όλες τις χώρες επιθεωρητές με πείρα στον έλεγχο της ποιότητας.
Επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού σε όλες τις βαθμίδες.	Δεν εγγυάται βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών ή των προϊόντων η απόκτηση πιστοποίησης.
Εναισθητοποίηση του προσωπικού σχετικά με την ποιότητα.	Η αλλαγή στην νοοτροπία των υπεύθυνων του οργανισμού είναι δύσκολη όσο αφορά ζωτικά θέματα.
Μείωση των ελαττωματικών, επανακατεργασιών και επιστροφών μειώνοντας έτσι το κόστος ποιότητας.	Χρειάζονται επενδύσεις και πολλές ανθρωποώρες για την προετοιμασία της πιστοποίησης.
Προώθηση της ομαδικής και διατμηματικής συνεργασίας.	Ενέχει αντίδραση των στελεχών και των εργαζόμενων στις απότομες αλλαγές.
Αύξηση της ανταγωνιστικότητας.	Αύξηση της γραφειοκρατίας.
Ικανοποίηση στη ζήτηση της αγοράς.	Δυσκολία στη μορφοποίηση των γραπτών διαδικασιών.
Μέσω της σταθερής ποιότητας δημιουργούνται ικανοποιημένοι και έλκονται νέοι πελάτες.	Δύσκολη η επιλογή του καταλληλότερου φορέα πιστοποίησης σύμφωνα με τις ανάγκες του οργανισμού.
Μειώνεται το κόστος ελέγχου των εισερχόμενων υλικών.	Διαφωνίες και προβλήματα μεταξύ των ατόμων που σχεδιάζουν και αυτών που συμπληρώνουν τα διάφορα έντυπα.

2.2.8 Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την Ποιότητα των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας σε τμήματα ΤΑΕΠ.

Η μέτρηση της παρεχόμενης ποιότητας στα τμήματα ΤΑΕΠ αποτελεί πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα. Πολλοί είναι οι λόγοι, όπως η δυσκολία στην αξιολόγηση διάφορων δεικτών φροντίδας (πορεία της υγείας του ασθενή μετά από το τμήμα ΤΑΕΠ, ο χρόνος αναμονής, κ.τ.λ), ο αυξημένος αριθμός των ασθενών που επισκέπτονται τα τμήματα ΤΑΕΠ καθώς και η ανάγκη για ανάδειξη της σημαντικότητας του συγκεκριμένου τμήματος. (Sørup, Jacobsen and Forberg, 2013) Ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία

υπάρχουν αρκετές μελέτες οι οποίες έχουν ερευνήσει την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας στα τμήματα ΤΑΕΠ.

Μερικοί από τους παράγοντες που αφορούν την ποιότητα των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ, είναι: η σταθερότητα της φροντίδας, η διάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, η συνέπεια της εκτέλεσης, η ανταπόκριση και η ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας να εξυπηρετήσουν τον ασθενή, η ικανότητα του προσωπικού, η προσβασιμότητα στις συγκεκριμένες υπηρεσίες, η ασφάλεια, το περιβάλλον, ο επαγγελματισμός, η ευγένεια, η επικοινωνία και η κατανόηση των επαγγελματιών υγείας.(Μαλλιαρού, Σαράφης and Ζυγά, 2009)

Ένας από τους σημαντικότερους και έγκυρους δείκτες ως προς την αξιολόγηση και τον καθορισμό της ποιότητας των ΠΥΥ είναι η ικανοποίηση των ασθενών (Μπαλάσκα and Μπιτσώρη, 2015) Στα τμήματα ΤΑΕΠ, η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Σύμφωνα με τις ερευνητικές μελέτες στην διεθνή βιβλιογραφία, η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ εξαρτάται από: (Muntlin, Gunningberg and Carlsson, 2006; Muntlin, 2009; Μαλλιαρού, Σαράφης and Ζυγά, 2009; Buchanan, Dawkins and Lindo, 2015; Burgemeister *et al.*, 2017; Landau *et al.*, 2018; Mohammadi-Sardo and Salehi, 2019; Αγγελή and Μπαλιάζογλου, 2021; de Steenwinkel *et al.*, 2022)

- την αποτελεσματικότητα στη διαλογή των ασθενών.
- την αποτελεσματικότητα στην πρώιμη διάγνωση.
- την ετοιμότητα του προσωπικού να εξυπηρετήσει τους ασθενείς.
- την ταχύτητα άμεσης παρέμβασης.
- τα αποτελέσματα από τη θεραπεία.
- τα αποτελέσματα από την ανταπόκριση στο πρόβλημα τους.
- την παροχή πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση υγείας από τους επαγγελματίες υγείας ως προς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.
- την τεχνική επάρκεια.
- την εμπιστευτικότητα, τον σεβασμό, την κατανόηση και την ενσυναίσθηση.
- τον χρόνο αναμονής ως προς εξέταση.
- τον χρόνο αναμονής για διάγνωση.

- τον χρόνο αναμονής για εισαγωγή στο νοσηλευτήριο.
- την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας ως προς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.
- το περιβάλλον (καθαριότητα, διακόσμηση χώρου).
- την οργάνωση και λειτουργία του τμήματος.
- τον επαγγελματισμό των επαγγελματιών υγείας.
- την ασφάλεια τους.

Ο βαθμός ικανοποίησης μπορεί να επιφέρει ποιοτική βελτίωση στην παρεχόμενη φροντίδα στους τομείς όπου χρήζουν βελτίωσης και πιο αποτελεσματική διαχείριση των δαπανών της υγείας. Η ικανοποίηση έχει αρκετά πλεονεκτήματα, όπως είναι η παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών υγείας, ο μικρότερος χρόνος νοσηλείας και η ταχύτερη ανάρρωση όσο αφορά τους ασθενείς, η αύξηση της υπευθυνότητας, οι νέοι τρόποι ανταμοιβής και η διεύρυνση των κριτηρίων που λαμβάνουν υπόψη οι διοικήσεις των νοσηλευτηρίων για τους επαγγελματίες υγείας, ενώ τα υγειονομικά οφέλη από την ικανοποίηση των ασθενών είναι η γρήγορη διάγνωση, η αποφυγή επιπλοκών, η μείωση στο κόστος και το ψυχολογικό όφελος από την επιτυχημένη θεραπεία. Παράλληλα, αυξάνεται η ανταγωνιστικότητα μεταξύ των οργανισμών. (Μπαλάσκα and Μπιτσώρη, 2015)

Κοντά σ' αυτό, η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ σχετίζεται με την ποιότητα των ΠΥΥ. (Κουλούρης, 2020) Πιο συγκεκριμένα, τα αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών και έχουν συσχετιστεί με αυξημένη ποιότητα ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ. (Swalmeh, Byers and Amr, 2017; Wang *et al.*, 2018; Κουλούρης, 2020)

Επιπρόσθετα, η αποτελεσματική επικοινωνία στα τμήματα ΤΑΕΠ μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας φαίνεται πως σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, με πιο αποτελεσματικά κλινικά ευρήματα και ακριβής διάγνωση. Ωστόσο, ο μειωμένος αριθμός επαγγελματιών υγείας και η αυξημένη προσέλευση ασθενών στα τμήματα ΤΑΕΠ, δεν αφήνουν χρόνο στους επαγγελματίες υγείας ούτε τους ενθαρρύνουν για επικοινωνία με τους ασθενείς. (Chandler *et al.*, 2015)

Πλήθος μελετών αναφέρεται στον συνωστισμό (crowding), ο οποίος αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ. (Morley *et al.*, 2018) Ο

συγκεκριμένος δείκτης συνδέεται άμεσα και επηρεάζει τον βαθμό της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ. Πιο συγκεκριμένα, όσο αφορά τους ασθενείς, ο συνωστισμός και η πληρότητα στα ΤΑΕΠ έχει συσχετιστεί με αύξηση στη θνησιμότητα, με κακή έκβαση υγείας των ασθενών, με καθυστέρηση στην αξιολόγηση και παροχή φροντίδας, με την έκθεση των ασθενών σε λάθη, με μεγαλύτερο χρόνο διαμονής στα νοσηλευτήρια και παραμονής στο τμήμα ΤΑΕΠ, με αυξημένο κίνδυνο επανεισαγωγής και με μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών. (Morley *et al.*, 2018; Jones, Mountain and Forero, 2021) Σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας, φαίνεται πώς ο συνωστισμός στα τμήματα ΤΑΕΠ έχει ως αποτέλεσμα την μη τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών, το αυξημένο άγχος και βία κατά των επαγγελματιών υγείας. Όσο αφορά τις συνέπειες που έχει ο συνωστισμός των τμημάτων ΤΑΕΠ στο σύστημα υγείας, φαίνεται πώς συνδέεται με αυξημένο χρόνο διαμονής των ασθενών στα νοσηλευτήρια και με αυξημένο χρόνο παραμονής τους στα τμήματα ΤΑΕΠ. (Morley *et al.*, 2018) Τι προκαλεί όμως τον συνωστισμό στα τμήματα ΤΑΕΠ;

Σύμφωνα με την συστηματική ανασκόπηση των Morley *et al.*, (2018) οι λόγοι που παρατηρείται ο συνωστισμός στα τμήματα ΤΑΕΠ είναι η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, η παρουσία νέων ιατρών χωρίς εμπειρία στα συγκεκριμένα τμήματα, ο αυξημένος χρόνος λήψης των αποτελεσμάτων από τις εξετάσεις και απόφασης όσο αφορά το πλάνο φροντίδας, η προτεραιότητα σε πιο περίπλοκα και επείγον περιστατικά, η αυξημένη προσέλευση ασθενών τρίτης ηλικίας, η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και σε διαγνωστικές υπηρεσίες και η πληρότητα των νοσηλευτηρίων.

Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί αξιόπιστη μεθοδολογία μέτρησης του συνωστισμού, ενώ η πληρότητα των τμημάτων ΤΑΕΠ, ο αριθμός των ασθενών που βρίσκονται στο χώρο αναμονής των ΤΑΕΠ και ο αριθμός των ασθενών που μέσω των ΤΑΕΠ εισήχθησαν για εισαγωγή στο νοσηλευτήριο, αποτελούν μερικές μετρήσεις του συνωστισμού στη διεθνή βιβλιογραφία. (Jones, Mountain and Forero, 2021)

Όπως προαναφέρθηκε, η ασφάλεια των ασθενών σχετίζεται με την ποιότητα των ΠΥΥ. Τα τμήματα ΤΑΕΠ αποτελούν ένα χώρο με αυξημένο κίνδυνο για λάθη. Πολλοί είναι οι λόγοι που απειλούν την ασφάλεια των ασθενών στο συγκεκριμένο τμήμα.

Αναλυτικότερα, οι συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών υγείας (αυξημένος φόρτος εργασίας, μειωμένο προσωπικό, συνωστισμός, διακοπή κατά την παροχή φροντίδας, ανεπαρκής εξοπλισμός), η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας συμπεριλαμβανομένου και του οικονομικού παράγοντα, το αυξημένο κόστος, το προσωπικό χωρίς εμπειρία, ο αυξημένος χρόνος αναμονής προς εξέταση και διαλογή, ο χρόνος παραμονής στο τμήμα ΤΑΕΠ, η απουσία συντονισμού, επικοινωνίας και οργάνωσης συμβάλλουν αρνητικά και απειλούν την ασφάλεια των ασθενών στα τμήματα ΤΑΕΠ. (Källberg *et al.*, 2017; Amaniyani *et al.*, 2020; Hansen *et al.*, 2020; Pryce *et al.*, 2021) Αξίζει να αναφερθεί πως στην μελέτη των Aouicha *et al.*, (2021), τα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερη ασφάλεια σε σχέση με τα δημόσια τμήματα ΤΑΕΠ.

Ακόμη, σύμφωνα με τους ερευνητές Ferguson και Candib, (2002), η φυλή, η εθνικότητα καθώς και η γλώσσα επικοινωνίας, κυρίως απουσία αγγλικής γλώσσας, επηρεάζουν την ποιότητα στη σχέση ιατρού και ασθενή, δηλαδή μειώνεται η ενσυναίσθηση και η ανταπόκριση των ιατρών, οι ασθενείς δεν λαμβάνουν επαρκής πληροφορίες και δεν ενθαρρύνονται να λάβουν αποφάσεις για την υγεία τους. Στη συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση το πλήθος των μελετών που συμπεριλήφθηκαν αφορούσαν κυρίως τμήματα ΤΑΕΠ.

2.3 Συμπεράσματα

Γίνεται, επομένως, εύκολα αντιληπτό πως η ΣΝ και η ποιότητα των ΠΥΥ έχουν αρκετά οφέλη τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους επαγγελματίες και τους οργανισμούς υγείας.

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, το υψηλό ποσοστό ΣΝ στο χώρο της υγείας έχει συσχετιστεί με καλύτερη απόδοση των επαγγελματιών υγείας, με ψηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης, επικοινωνιακών δεξιοτήτων και ομαδικότητας, με την προστασία των εργαζομένων από την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, με τη διαχείριση επαγγελματικών συγκρούσεων και άγχους, με την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των ΠΥΥ, με την μείωση ιατρικών λαθών και καλύτερο έλεγχο στις χρόνιες παθήσεις. (Birks and Watt, 2007; Ezzatabadi *et al.*, 2012; Κοντού and Καλλέργης, 2014; Basem Abbas Al, 2018; Nightingale *et al.*, 2018; Κουράκος, Πουλημενάκου and Μήτση, 2018; Kadadi and Bharamanaikar, 2019; Raeissi *et al.*, 2019; Bock, 2020;

Κυριαζάνος, 2022) Στα τμήματα ΤΑΕΠ, η υψηλή ΣΝ φαίνεται πως σχετίζεται με την παρακίνηση και την ικανοποίηση των εργαζομένων, τον ορθολογικό τρόπο σκέψης και λήψης αποφάσεων σε κρίσιμες καταστάσεις, την ομαδικότητα, την καλύτερη διαχείριση του χρόνου και στρεσογόνων καταστάσεων. (Foladvandi *et al.*, 2017; Nespereira-Campuzano and Vázquez-Campo, 2017; Papanagnou *et al.*, 2017; Dilawar *et al.*, 2021; Tofighi *et al.*, 2022)

Σχετικά με την ποιότητα των ΠΥΥ, αυτή σχετίζεται με την εμπιστοσύνη, την έγκαιρη διάγνωση και ανάρρωση, την μείωση ιατρικών λαθών και του κόστους νοσηλείας, την διαχείριση του άγχους, την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας από την εργασία τους. (Μπαλάσκα and Μπιτσώρη, 2015; Θανασάς, 2019) Όσο αφορά την παροχή ποιοτικής φροντίδας στους χώρους ΤΑΕΠ, αυτή έχει συσχετιστεί θετικά με την ικανοποίηση των ασθενών αλλά και των εργαζομένων, την ασφάλεια και προστασία των ασθενών από λάθη, την πληρότητα και την ενσυναίσθηση. (Μπαλάσκα and Μπιτσώρη, 2015; Källberg *et al.*, 2017; Swallmeh, Byers and Amr, 2017; Morley *et al.*, 2018; Wang *et al.*, 2018; Amaniyan *et al.*, 2020; Hansen *et al.*, 2020; Κουλούρης, 2020; Pryce *et al.*, 2021)

Εντούτοις, η βιβλιογραφική ανασκόπηση της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ είναι αρκετά περιορισμένη όσο αφορά το δείγμα μελετών. Την ίδια στιγμή, στο χώρο των ΤΑΕΠ, οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί με αντικείμενο μελέτης τη ΣΝ και την ποιότητα των ΠΥΥ, ερεύνησαν τις συγκεκριμένες μεταβλητές μεμονωμένα. Σε ορισμένες μελέτες έχουν διερευνηθεί κάποια στοιχεία της ΣΝ με την ποιότητα των ΠΥΥ, όμως δεν υπάρχει μελέτη που να ερευνά το φάσμα και των δύο μεταβλητών.

Κεφάλαιο Τρίτο:

3. Μεθοδολογία της μελέτης

3.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της ΣΝ σε σχέση με την ποιότητα των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

3.2 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

- Υπάρχει ερευνητική συσχέτιση μεταξύ της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ;
- Υπάρχει διαφορά της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών τμημάτων ΤΑΕΠ;
- Η ΣΝ και η ποιότητα των ΠΥΥ διαφέρουν ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στα ΤΑΕΠ της Κύπρου;

3.3. Πληθυσμός-δείγμα της μελέτης

Η συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη έλαβε χώρα σε όλα τα τμήματα ΤΑΕΠ δημόσιων και αδειούχων ιδιωτικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου. Ωστόσο, στο ένα δημόσιο νοσηλευτήριο ενώ υπήρξε συμμετοχή από τους εργαζόμενους, τα ερωτηματολόγια χάθηκαν. Έτσι, στο σύνολο στην ερευνητική μελέτη συμμετείχαν 165 επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλευτικοί λειτουργοί που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ), από πέντε δημόσια και πέντε ιδιωτικά νοσηλευτήρια της Κύπρου.

3.4. Κριτήρια εισαγωγής/Κριτήρια αποκλεισμού στη μελέτη

Προσδιορίστηκαν τα εξής κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού για τη συμμετοχή στη μελέτη:

Κριτήρια εισόδου:

- Ο πληθυσμός δείγματος να είναι γιατροί και νοσηλευτικοί λειτουργοί.
- Εργάζονται στα ΤΑΕΠ δημόσιων και αδειούχων ιδιωτικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου.
- Ο πληθυσμός δείγματος να έχει ολοκληρώσει το εκάστοτε προπτυχιακό πρόγραμμα.

Κριτήρια αποκλεισμού:

- Ο πληθυσμός δείγματος να είναι άλλο προσωπικό του νοσοκομείου όπως ακτινογράφοι, ακτινολόγοι, φαρμακοποιοί, προσωπικό καθαρισμού, βοηθοί θαλάμων, γιατροί και νοσηλευτικοί λειτουργοί εκτός του τμήματος ΤΑΕΠ, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών διάφορων ειδικοτήτων που καλούνται στα ΤΑΕΠ για γνωμάτευση.
- Φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής.

3.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.

3.5.1 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου.

Ως εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του οποίου το περιεχόμενο στηρίχτηκε στην εκτεταμένη βιβλιογραφική και ερευνητική ανασκόπηση και στην αναζήτηση ερωτηματολογίων σχετικών με το θέμα υπό μελέτη. Παράλληλα, ζητήθηκε σχολιασμός από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ κατά την πιλοτική φάση.

Για τη μέτρηση της ΣΝ χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις από τα ερωτηματολόγια SSEIT (Schutte Self-Report Intelligence Test; Schutte et al., 1998) και TEIQue-SF (Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form, Petrides and Furnham, 2006). Το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς SSEIT αναπτύχθηκε με βάση το μοντέλο των Salovey and Mayer, (1990), και αποτελείται από 33 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν 4 κατηγορίες: τον έλεγχο των συναισθημάτων του ιδίου του ατόμου και των άλλων, την αντίληψη των συναισθημάτων και την αξιοποίηση των συναισθημάτων. Η εγκυρότητα και αξιοπιστία του εργαλείου είναι αυξημένη, ωστόσο η αξιοποίηση των συναισθημάτων φάνηκε να έχει χαμηλό βαθμό αξιοπιστίας. (Schutte *et al.*, 1998; Musonda, Shumba and P., 2013) Όσο αφορά το εργαλείο αυτοαναφοράς TEIQue-SF αναφέρεται στη μέτρηση της ΣΝ ως προσωπικότητα και αποτελεί σύντομη μορφή του εργαλείου μέτρησης TEIQue. (Petrides and Furnham, 2003, 2006) Αποτελείται συνολικά από 30 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την γενική ΣΝ και αναφέρεται σε 4 κατηγορίες: την ευεξία, τον αυτοέλεγχο, την κοινωνικότητα και την συναισθηματικότητα. Ελέγχει 15 χαρακτηριστικά της ΣΝ: προσαρμοστικότητα, συναισθηματική αντίληψη για τον εαυτό και τους άλλους, διεκδικητικότητα, έκφραση συναισθημάτων, ρύθμιση συναισθημάτων, διαχείριση των συναισθημάτων των άλλων, σχέσεις, παρορμητικότητα, αυτοεκτίμηση, κινητοποίηση του

εαυτού, κοινωνική αντίληψη, διαχείριση άγχους, ευτυχία, αισιοδοξία και ενσυναίσθηση. Επίσης, η σύντομη έκδοση του έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του είναι υψηλή, ωστόσο η εσωτερική συνοχή είναι χαμηλή. (Petrides and Furnham, 2006)

Για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις εμπνευσμένες από την καθημερινή μου τριβή με το χώρο των ΤΑΕΠ αλλά και από το αυτοαναφερόμενο εργαλείο μέτρησης MEDQUAL (Musa-Juroš *et al.*, 2018). Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης στηρίχθηκε στην κλίμακα SERVQUAL και μετρά την ποιότητα που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας σε ένα τμήμα. Αποτελείται από 23 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν 4 κατηγορίες: την εμπιστοσύνη μεταξύ της θεραπευτικής σχέσης γιατρού-ασθενή, τον επαγγελματισμό των γιατρών και των νοσηλευτικών λειτουργών μέσα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την οργάνωση του εκάστοτε τμήματος. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του είναι υψηλή. (Musa-Juroš *et al.*, 2018)

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρία μέρη: το πρώτο μέρος αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, το δεύτερο μέρος στη ΣΝ και το τρίτο μέρος στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι απαντήσεις δόθηκαν με βάση την κλίμακα Likert 5 σημείων (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα), και διχοτόμων ερωτήσεων (ΝΑΙ/ΟΧΙ). Έγινε αντιστροφή των ερωτήσεων 12, 16, 18, 22, 24, 25, 27, 31, 33, 35 λόγω αρνητικού χαρακτήρα. Στον πίνακα 4 φαίνεται η κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων που αφορούν τη ΣΝ και στον πίνακα 5 η κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων που αφορούν την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 4: Κατηγοριοποίηση ερωτήσεων που αφορούν τη ΣΝ

Μεταβλητή	Ερωτήσεις	Σύνολο ερωτήσεων
Γενική ΣΝ	12-25	14
Ευεξία	19, 21	2
Αυτοέλεγχος	16, 17, 18	3
Συναισθηματικότητα	12, 13, 14, 15, 23, 25	6
Κοινωνικότητα	20, 22, 24	3

Η ευεξία αναφέρεται στην γενική αίσθηση της ικανοποίησης μέσα από τα επιτεύγματα του παρελθόντος αλλά και τις προσδοκίες για το μέλλον, στην αυτοεκτίμηση, την ευτυχία και την αισιοδοξία. (Heffernan *et al.*, 2010) Τα άτομα με υψηλή ευεξία είναι ευτυχισμένα και ολοκληρωμένα, ενώ σε αντίθετη περίπτωση, έχουν περιορισμένο αυτοσεβασμό και είναι απογοητευμένοι από τη ζωή τους. (Κανιάκα, 2019)

Ο αυτοέλεγχος αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να ελέγχει τις εσωτερικές του ορμές και επιθυμίες αλλά και τις εξωτερικές προκλήσεις. (Heffernan *et al.*, 2010) Έτσι, τα άτομα που έχουν αυτοέλεγχο μπορούν να ελέγχουν τις εσωτερικές τους ορμές και να ανταπεξέρχονται σε εξωτερικές προκλήσεις, αντίθετα, τα άτομα με χαμηλή ικανότητα αυτοελέγχου εμφανίζουν παρορμητική συμπεριφορά και δεν μπορούν να διαχειριστούν την πίεση. (Κανιάκα, 2019)

Η συναισθηματικότητα αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα του ιδίου αλλά και των άλλων, να εκφράζει τα συναισθήματα του, να έχει ενσυναίσθηση και δεξιότητες έτσι ώστε να αναπτύσσει στενές σχέσεις με τους άλλους. (Heffernan *et al.*, 2010) Τα άτομα με αυξημένη συναισθηματικότητα μπορούν να συνειδητοποιήσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους και μπορούν να αναπτύξουν στενές σχέσεις με άλλα άτομα. Σε αντίθετη περίπτωση, τα χαμηλά επίπεδα συναισθηματικότητας φαίνεται πως σχετίζονται με την δυσκολία στην αναγνώριση μιας συναισθηματικής κατάστασης και στην έκφραση συναισθημάτων προς τους άλλους. (Κανιάκα, 2019)

Η κοινωνικότητα αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αλληλοεπιδρά και να επηρεάζει το κοινωνικό του περιβάλλον. Τα άτομα με αυξημένη κοινωνικότητα φαίνεται

πως επικοινωνούν με τους γύρω τους με αυτοπεποίθηση και σαφήνεια ενώ τα άτομα με χαμηλή κοινωνικότητα δεν μπορούν να επηρεάσουν τα συναισθήματα των άλλων, είναι επιφυλακτικοί και νιώθουν ντροπαλοί. (Κανιάκα, 2019)

Πίνακας 5: Κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων που αφορούν την ποιότητα των ΠΥΥ

<u>Μεταβλητή</u>	<u>Ερωτήσεις</u>	<u>Σύνολο ερωτήσεων</u>
Εμπιστοσύνη στους γιατρούς.	26, 27, 28	3
Επαγγελματισμός των επαγγελματιών υγείας- γιατρών.	29	1
Επαγγελματισμός των επαγγελματιών υγείας- νοσηλευτικών λειτουργιών.	30, 31, 32, 33	4
Οργάνωση και λειτουργία του τμήματος.	34, 35, 36, 37, 38, 39, 40	9

3.5.2 Δειγματοληψία-Συλλογή δεδομένων

Δεδομένου ότι ο πληθυσμός δείγματος αφορά γιατρούς και νοσηλευτικούς λειτουργούς που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ δημόσιων και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου, η μέθοδος δειγματοληψίας είναι η σκόπιμη δειγματοληψία αφού η ερευνητική μελέτη αναφέρεται σε συγκεκριμένο πληθυσμό δείγματος σε συγκεκριμένο τμήμα των νοσηλευτηρίων.

Όσο αφορά τα δημόσια νοσηλευτήρια, αφού πάρθηκαν οι σχετικές άδειες της ερευνητικής μελέτης, έγινε επικοινωνία με τα τμήματα ΤΑΕΠ και τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους υπεύθυνους των τμημάτων. Όσο αφορά τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, μετά από την έγκριση διεξαγωγής της μελέτης, έγινε επικοινωνία και δόθηκαν τα ερωτηματολόγια στους υπεύθυνους των νοσηλευτηρίων ή στους υπεύθυνους ανθρωπίνου δυναμικού και έπειτα διανεμήθηκαν στα τμήματα ΤΑΕΠ.

Οι υπεύθυνοι που έλαβαν τα ερωτηματολόγια έλαβαν πληροφορίες σχετικά με την ερευνητική μελέτη και οδηγίες όσο αφορά την συμπλήρωση του από τους γιατρούς και νοσηλευτικούς λειτουργούς. Έπειτα, οι ίδιοι μοίραζαν τα ερωτηματολόγια στους επαγγελματίες υγείας, και αυτοί μετά από τη συμπλήρωση τα επέστρεφαν πίσω στους υπεύθυνους.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης, για τα ηθικά ζητήματα καθώς και για τις οδηγίες συμπλήρωσης μέσω παραρτήματος στην αρχή

του ερωτηματολογίου αλλά και από τους υπεύθυνους των τμημάτων. Με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες αποδέχονταν τους όρους και προϋποθέσεις της μελέτης και συναινούσαν στην εθελοντική του συμμετοχή. Επίσης, οι συμμετέχοντες μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε στιγμή το ήθελαν και δεν υπήρχε χρονικός περιορισμός συμπλήρωσης του.

3.5.3 Αξιοπιστία/εγκυρότητα εργαλείου

Σύμφωνα με τον πιο κάτω πίνακα (πίνακας 4), προκύπτει ότι οι δύο κλίμακες, της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και της Ποιότητα Παρεχόμενης Φροντίδας, είναι αξιόπιστες ως προς την εσωτερική συνοχή και συνέπεια των ερωτήσεων. Πιο συγκεκριμένα, οι τιμές του Cronbach – a είναι μεγαλύτερες του 0.6.

Πίνακας 6: Έλεγχος Αξιοπιστίας/ Cronbach-a

Κλίμακες	Τιμή Cronbach - a	Σύνολο δηλώσεων
Συναισθηματική Νοημοσύνη	0.712	14
Ποιότητα ΠΥΥ	0.760	10

3.6 Ηθικές προεκτάσεις

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή εγκρίθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου. Επίσης, η διεξαγωγή της μελέτης στα δημόσια νοσηλευτήρια εγκρίθηκε από τους εκτελεστικούς διευθυντές και από το τμήμα SHSO του οργανισμού ΟΚΥΠΥ, ενώ η διεξαγωγή της μελέτης στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια εγκρίθηκε από τους εκτελεστικούς διευθυντές ή από τους υπεύθυνους των νοσηλευτηρίων.

Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας συμμετείχαν στην μελέτη με τη διαδικασία της πληροφορημένης συναίνεσης.

3.7 Στατιστική ανάλυση

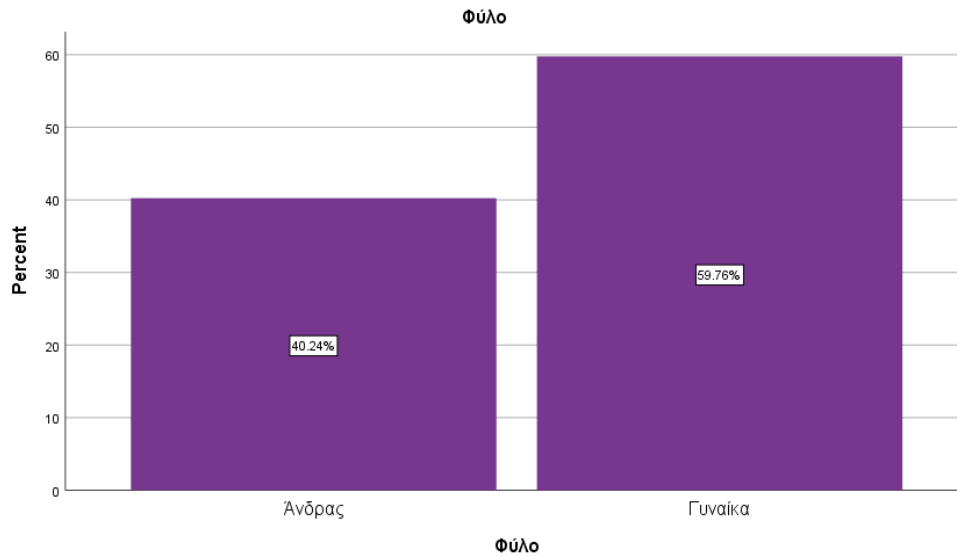
Η μέθοδος ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε είναι το πρόγραμμα ανάλυσης SPSS έκδοσης 25. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος για κανονική κατανομή, ο μη παραμετρικός έλεγχος συσχέτισης Spearman με επίπεδο σημαντικότητας το 5% και ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney με επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Κεφάλαιο Τέταρτο:

4. Αποτελέσματα

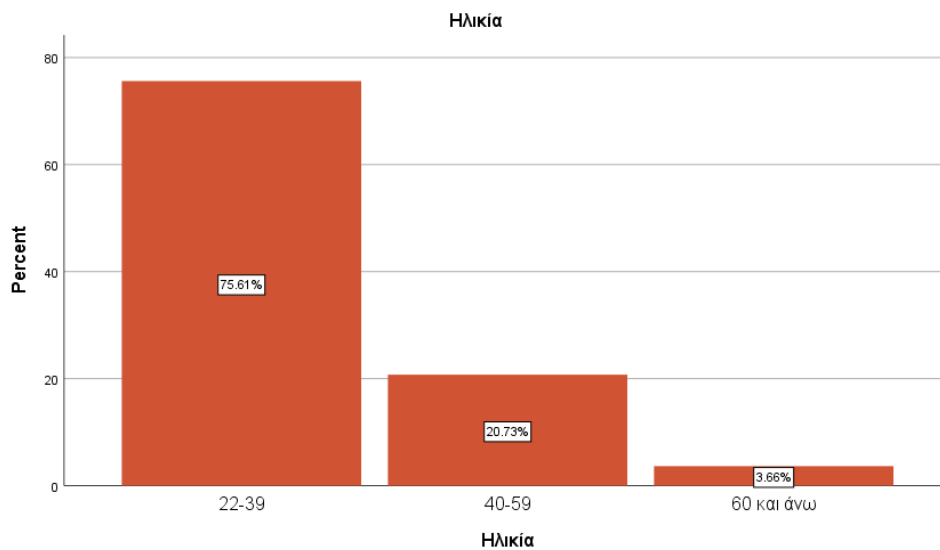
4.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 165 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στη μελέτη είναι γυναίκες (N=98, 59.8%), ενώ το 40.2% αυτών είναι άνδρες.



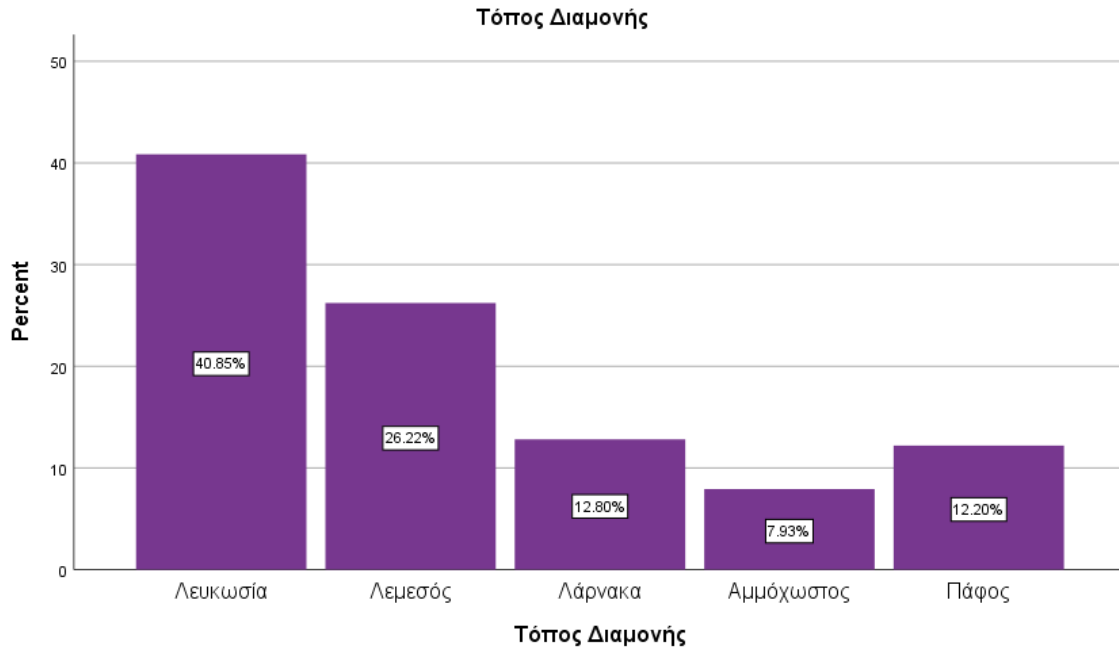
Διάγραμμα 1: Φύλο συμμετεχόντων.

Από το διάγραμμα 2 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν ηλικία από 22 – 39 ετών (N=124, 75.6%). Το 20.7% των συμμετεχόντων είχαν ηλικία από 40 – 59 ετών και το 3.7% αυτών είχαν ηλικία πάνω από 60 ετών.



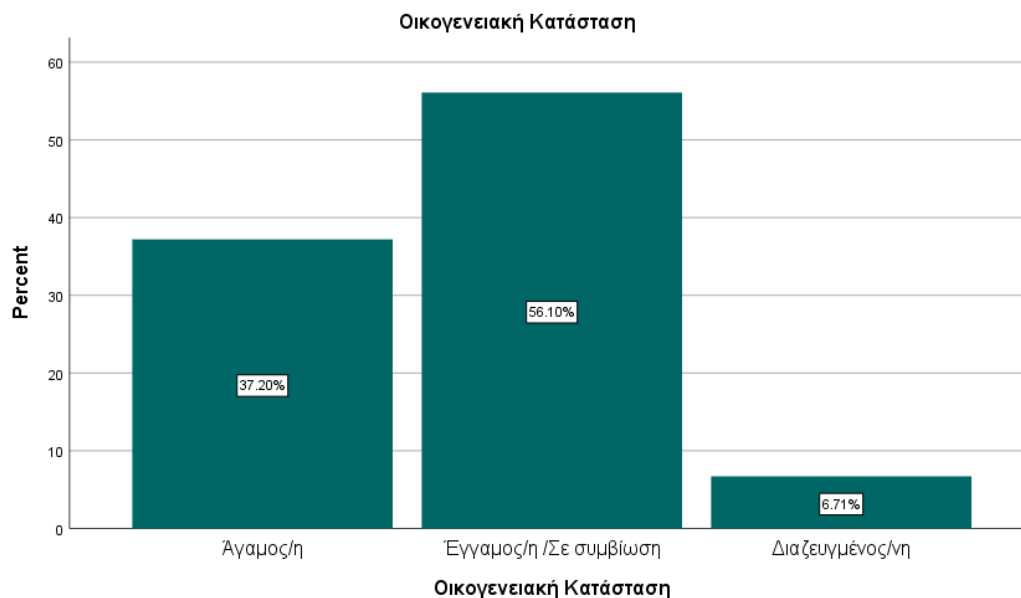
Διάγραμμα 2: Ηλικία συμμετεχόντων.

Στο διάγραμμα 3 παρουσιάζεται ο τόπος διαμονής των συμμετεχόντων. Προκύπτει πως οι περισσότεροι εργαζόμενοι δήλωσαν ζουν στην Λευκωσία (N=67, 40.9%). Το 26.2% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ο τόπος διαμονής τους είναι η Λεμεσός, το 12.8% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ο τόπος διαμονής τους είναι η Λάρνακα, το 12.2% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ο τόπος διαμονής τους είναι η Πάφος και το 7.9% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ο τόπος διαμονής τους είναι η Αμμόχωστος.



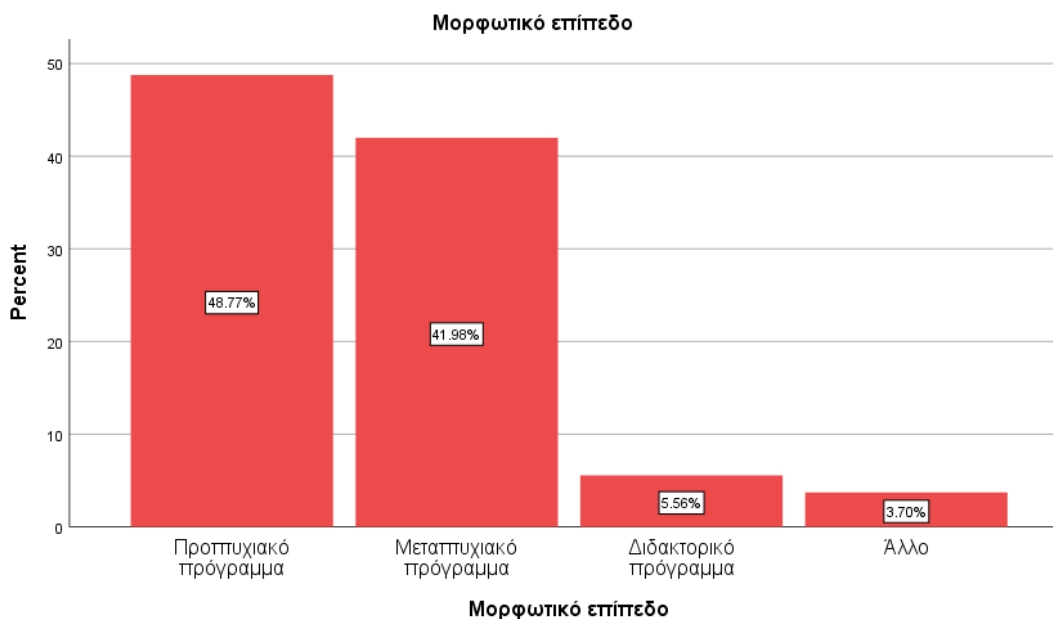
Διάγραμμα 3: Τόπος διαμονής συμμετεχόντων.

Από το διάγραμμα 4 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι είναι έγγαμοι ή σε συμβίωση (N=92, 56.1%). Το 37.2% των συμμετεχόντων είναι άγαμοι και το 6.7% αυτών είναι διαζευγμένοι.



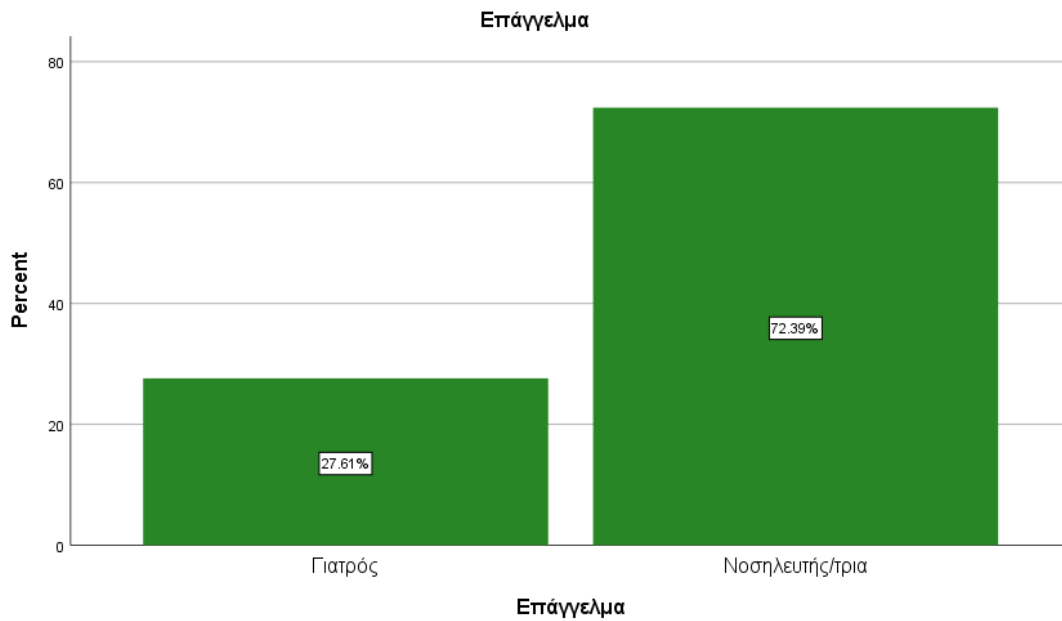
Διάγραμμα 4: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

Στο διάγραμμα 5 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι Προπτυχιακού προγράμματος (N=79, 48.8%). Το 42% των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι Μεταπτυχιακού προγράμματος, το 5.6% αυτών είναι απόφοιτοι Διδακτορικού προγράμματος και το 3.7% δεν διευκρίνισε το μορφωτικό τους επίπεδο.



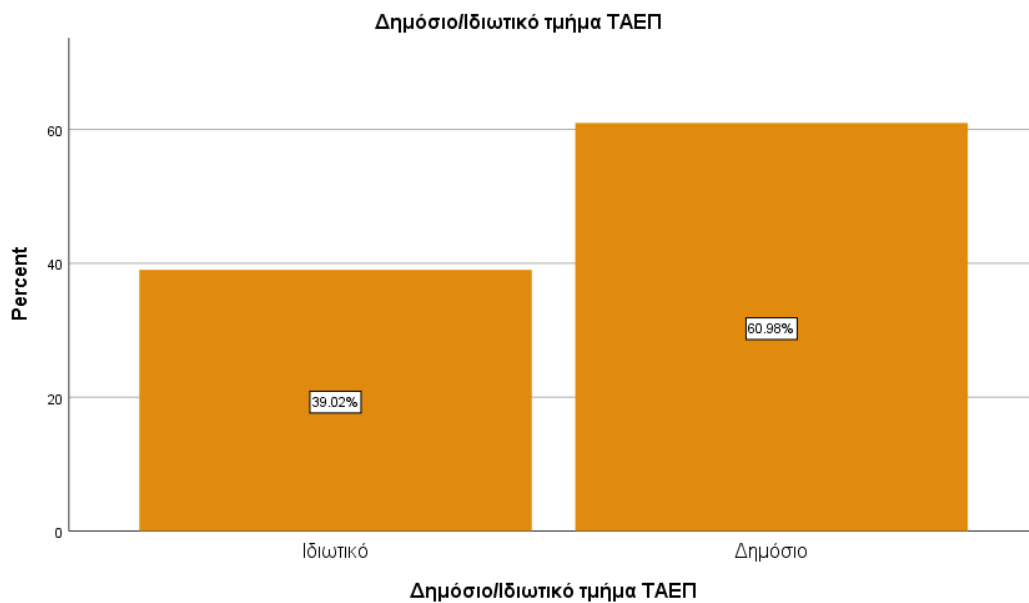
Διάγραμμα 5: Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων.

Από το διάγραμμα 6 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι νοσηλευτικοί λειτουργοί (N=118, 72.4%) και το 27.6% αυτών είναι γιατροί.



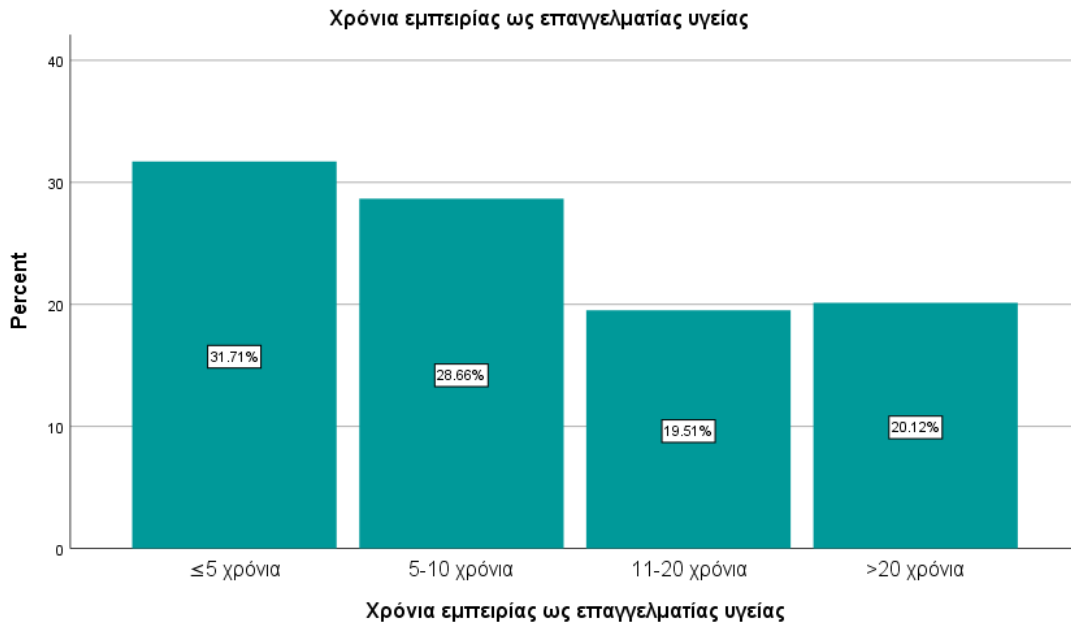
Διάγραμμα 6: Επάγγελμα συμμετεχόντων.

Στο διάγραμμα 7 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι εργάζονται σε δημόσιο τμήμα ΤΑΕΠ (N=100, 61%) και το 39% (N=65, 39%) αυτών εργάζονται σε ιδιωτικό τμήμα ΤΑΕΠ.



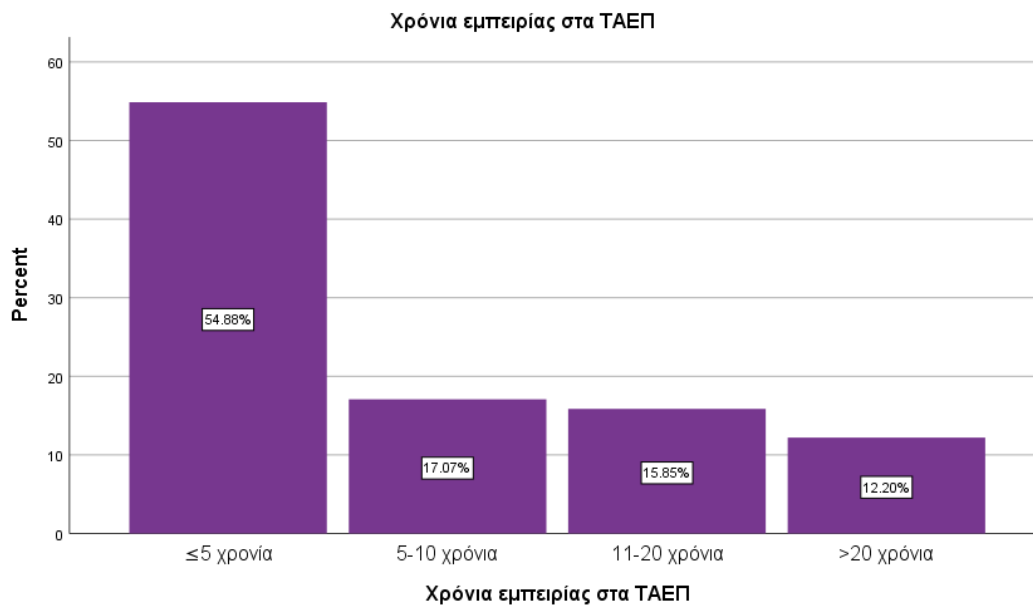
Διάγραμμα 7: Είδος ΤΑΕΠ που εργάζονται οι συμμετέχοντες.

Από το διάγραμμα 8 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν έως 5 χρόνια εμπειρίας ως επαγγελματίες υγείας (N=52, 31.7%). Το 28.7% των συμμετεχόντων έχουν από 5 έως 10 χρόνια εμπειρίας ως επαγγελματίες υγείας, το 20.1% αυτών έχουν πάνω από 20 χρόνια εμπειρίας ως επαγγελματίες υγείας και το 19.5% αυτών έχουν από 11 έως 20 χρόνια εμπειρίας ως επαγγελματίες υγείας.



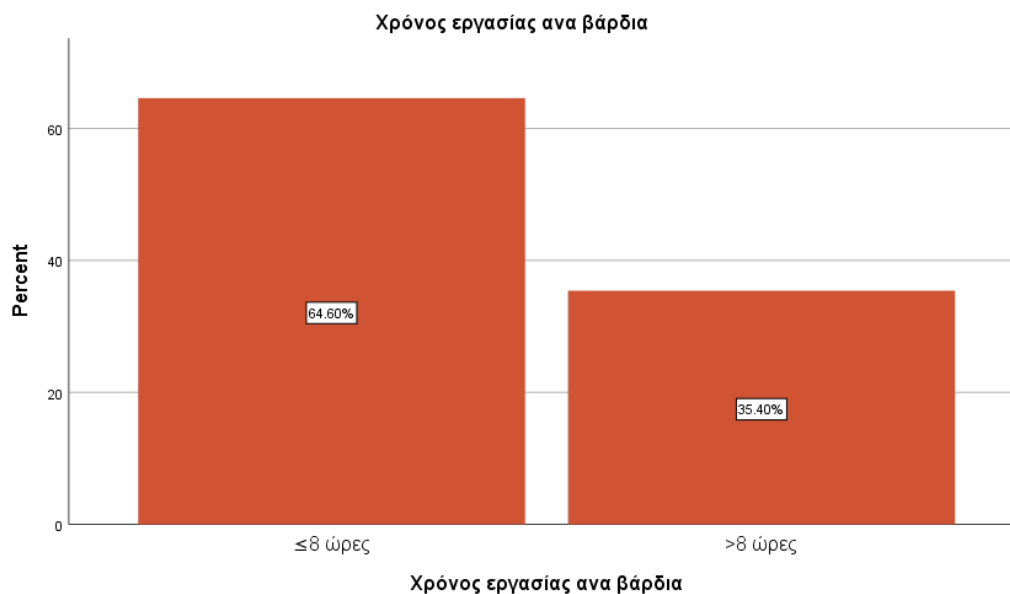
Διάγραμμα 8: Χρόνια εμπειρίας των συμμετεχόντων ως επαγγελματίες υγείας

Από το διάγραμμα 9 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν έως 5 χρόνια εμπειρία στα ΤΑΕΠ (N=90, 54.9%). Το 17.1% των συμμετεχόντων έχουν από 5 έως 10 χρόνια εμπειρία στα ΤΑΕΠ, το 15.9% των συμμετεχόντων έχουν από 11 έως 20 χρόνια εμπειρία στα ΤΑΕΠ και το 12.2% των συμμετεχόντων έχουν πάνω από 20 χρόνια εμπειρία στα ΤΑΕΠ.



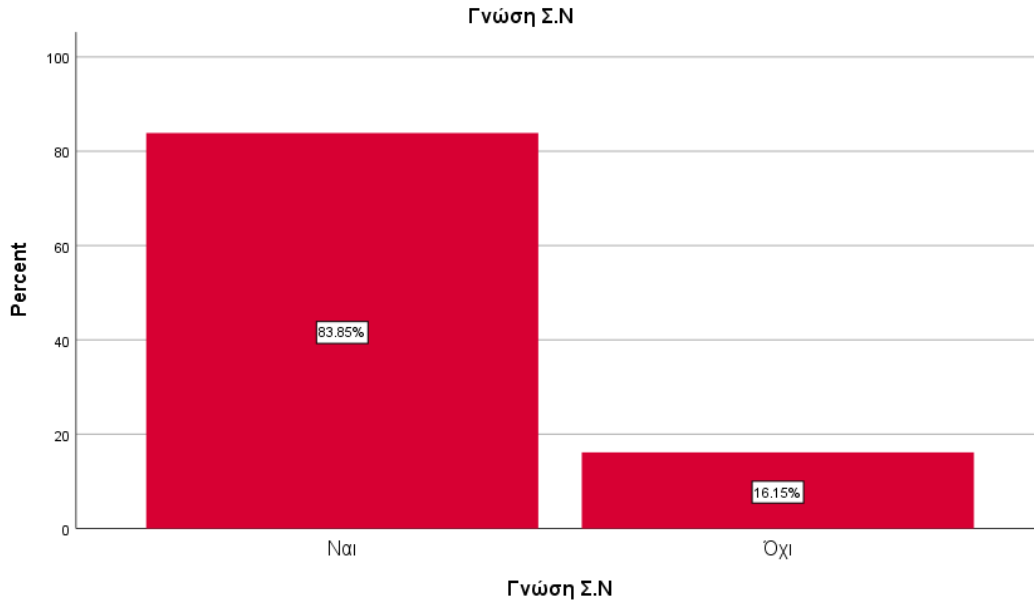
Διάγραμμα 9: Χρόνια εμπειρίας των συμμετεχόντων στα τμήματα ΤΑΕΠ

Στο διάγραμμα 10 παρουσιάζονται οι ώρες εργασίας των εργαζομένων. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι συνήθως εργάζονται έως 8 ώρες ανά βάρδια (N=104, 64.6%) και το 35.4% αυτών δήλωσαν ότι συνήθως εργάζονται πάνω από 8 ώρες ανά βάρδια.



Διάγραμμα 10: Χρόνος εργασίας των συμμετεχόντων ανά βάρδια.

Από το διάγραμμα 11 προκύπτει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι δήλωσαν ότι γνωρίζουν τον όρο Συναισθηματική Νοημοσύνη (N=135, 83.9%) και το 16.1% αυτών δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν τον όρο Συναισθηματική Νοημοσύνη.



Διάγραμμα 11: Γνώση συμμετεχόντων για τη ΣΝ.

Στον πίνακα 7 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας για τις δηλώσεις που αναφέρονται στην Συναισθηματική Νοημοσύνη. Από τον πίνακα 7 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες διαφωνούν πως οι άνθρωποι δυσκολεύονται να τους εμπιστευτούν (N=84, 50.9%) και πως όταν αντιμετωπίζουν μια πρόκληση τα παρατάνε γιατί πιστεύουν πως θα αποτύχουν (N=81, 49.4%). Ακόμα από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι διαφωνούν πως συχνά δυσκολεύονται να δείχνουν στοργή στους κοντινούς τους ανθρώπους (N=77, 46.7%), πως δυσκολεύονται να αντιληφθούν τα μη λεκτικά μηνύματα των άλλων ανθρώπων (N=74, 45.4%) και πως συχνά δυσκολεύονται να υπερασπισθούν τα δικαιώματά τους (N=70, 42.4%).

Επίσης από τον πίνακα 1 φαίνεται πως οι περισσότεροι εργαζόμενοι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν πως όταν οι άλλοι αναφέρονται σε ένα γεγονός που πέρασαν στη ζωή τους, αισθάνονται πώς το έχουν βιώσει και αυτούς (N=77, 47%), καθώς επίσης συχνά εμπλέκονται σε καταστάσεις που αργότερα μετανιώνουν (N=51, 31.1%). Ενώ από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι συμφωνούν πως συνήθως μπορούν να «μπουν στην θέση του άλλου» και να καταλάβουν τα συναισθήματά τους

(N=103, 62.4%), πως βοηθούν τους άλλους ανθρώπους να νιώσουν καλύτερα όταν δεν έχουν καλή διάθεση (N=101, 63.1%), πως αισθάνονται καλά με τον εαυτό τους (N=90, 54.5%) και πως όταν ήταν ευδιάθετοι αντιμετωπίζουν τα προβλήματα εύκολα (N=90, 54.5%). Τέλος, από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι συμφωνούν πως μπορούν να αντιληφθούν τα μη λεκτικά μηνύματα που στέλνουν σε άλλους ανθρώπους (N=82, 51.2%), πως ξέρουν τι αισθάνονται οι άλλοι απλά κοιτάζοντας τους (N=78, 47.9%) και πως συνήθως μπορούν να ελέγξουν τα συναισθήματά τους (N=75, 46.3%).

Πίνακας 7: Συναισθηματική Νοημοσύνη των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ

	Διαφωνώ		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ	
	Απόλυτα		Απόλυτα		Απόλυτα		Απόλυτα		Απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Δυσκολεύομαι να αντιληφθώ τα μη λεκτικά μηνύματα των άλλων ανθρώπων.	49	30.1%	74	45.4%	27	16.6%	11	6.7%	2	1.2%
Μπορώ να αντιληφθώ τα μη λεκτικά μηνύματα που στέλνω εγώ σε άλλους ανθρώπους.	3	1.9%	8	5%	28	17.5%	82	51.2%	39	24.4%
Ξέρω τι αισθάνονται οι άλλοι απλά κοιτάζοντας τους	0	0%	7	4.3%	63	38.7%	78	47.9%	15	9.2%
Συνήθως μπορώ να «μπω στη θέση του άλλου» και να καταλάβω τα συναισθήματά του	2	1.2%	3	1.8%	31	18.8%	103	62.4%	26	15.8%
Συχνά εμπλέκομαι σε καταστάσεις που αργότερα μετανιώνω.	19	11.6%	50	30.5%	51	31.1%	39	23.8%	5	3%
Συνήθως μπορώ να ελέγξω τα συναισθήματά μου.	2	1.2%	15	9.3%	49	30.2%	75	46.3%	21	13%
Όταν αντιμετωπίζω μια πρόκληση, τα παρατάω γιατί πιστεύω πως θα αποτύχω.	58	35.4%	81	49.4%	17	10.4%	6	3.7%	2	1.2%
Αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου.	0	0%	8	4.8%	19	11.5%	90	54.5%	48	29.1%
Βοηθώ τους άλλους ανθρώπους να νιώσουν καλύτερα όταν δεν έχουν καλή διάθεση.	1	0.6%	1	0.6%	16	10%	101	63.1%	41	25.6%
Όταν είμαι ευδιάθετος/τη, αντιμετωπίζω τα προβλήματα εύκολα	2	1.2%	4	2.5%	19	11.8%	90	55.9%	46	28.6%
Οι άνθρωποι δυσκολεύονται να με εμπιστευτούν.	41	24.8%	84	50.9%	33	20%	7	4.2%	0	0%

Όταν οι άλλοι αναφέρονται σε ένα γεγονός που πέρασαν στη ζωή τους, αισθάνομαι πώς το έχω βιώσει και εγώ	5	3%	40	24.4%	77	47%	34	20.7%	8	4.9%
Συχνά δυσκολεύομαι να υπερασπισθώ τα δικαιώματά μου.	33	20%	70	42.4%	34	20.6%	28	17%	0	0%
Συχνά δυσκολεύομαι να δείχνω στοργή στους κοντινούς μου ανθρώπους	49	29.7%	77	46.7%	23	13.9%	11	6.7%	5	3%

Ποιότητα των ΠΥΥ

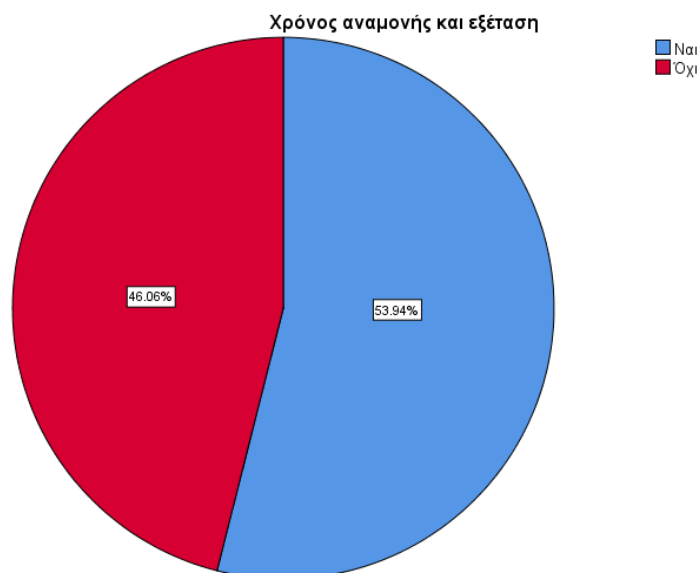
Από τον πίνακα 8 προκύπτει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι διαφωνούν πως το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ανταποκρίνεται με φιλικότητα και ευγένεια απέναντι στους ασθενείς (N=82, 49.7%), πως οι ασθενείς φαίνεται να μην έχουν εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό (N=78, 47.9%), πως το τμήμα των Πρώτων Βοηθειών δεν έχει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό (N=65, 39.6%) και πως το ιατρικό προσωπικό συνήθως δεν ανταποκρίνεται στην ανάγκη των ασθενών για περαιτέρω πληροφορίες και επεξηγήσεις (N=57, 34.8%). Ενώ οι περισσότεροι εργαζόμενοι συμφωνούν πως το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πρόθυμο να βοηθήσει (N=92, 56.1%), πως το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται με επαγγελματισμό (N=86, 52.1%) και πως οι ασθενείς φαίνεται να έχουν εμπιστοσύνη στο ιατρικό προσωπικό (N=78, 47.3%). Τέλος, οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν πως το τμήμα των Πρώτων Βοηθειών είναι συντονισμένο και οργανωμένο (N=77, 46.7%), πως το ιατρικό προσωπικό ανταποκρίνεται με φιλικότητα και ευγένεια απέναντι στους ασθενείς (N=65, 39.9%) και πως το ιατρικό προσωπικό εξηγεί με απλό και κατανοητό λόγο την κατάσταση υγείας του ασθενή (N=63, 38.2%).

Πίνακας 8: Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ

	Διαφωνώ		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Το ιατρικό προσωπικό εξηγεί με απλό και κατανοητό λόγο την κατάσταση υγείας του ασθενή.	4	2.4%	19	11.5%	61	37%	63	38.2%	18	10.9%
Το ιατρικό προσωπικό συνήθως δεν ανταποκρίνεται στην ανάγκη των ασθενών για περαιτέρω πληροφορίες και επεξηγήσεις.	22	13.4%	57	34.8%	47	28.7%	33	20.1%	5	3%

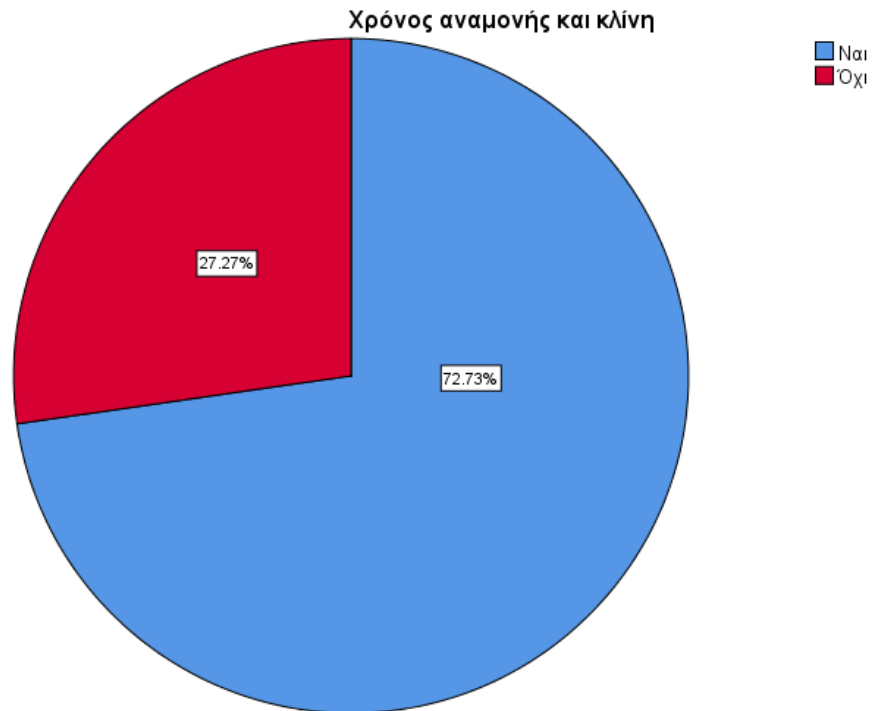
Οι ασθενείς φαίνεται να έχουν εμπιστοσύνη στο ιατρικό προσωπικό.	2	1.2%	14	8.5%	60	36.4%	78	47.3%	11	6.7%
Το ιατρικό προσωπικό ανταποκρίνεται με φιλικότητα και ευγένεια απέναντι στους ασθενείς.	4	2.5%	17	10.4%	60	36.8%	65	39.9%	17	10.4%
Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πρόθυμο να βοηθήσει.	0	0%	2	1.2%	16	9.8%	92	56.1%	54	32.9%
Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ανταποκρίνεται με φιλικότητα και ευγένεια απέναντι στους ασθενείς	50	30.3%	82	49.7%	24	14.5%	9	5.5%	0	0%
Το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται με επαγγελματισμό	0	0%	5	3%	31	18.8%	86	52.1%	43	26.1%
Οι ασθενείς φαίνεται να μην έχουν εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό.	30	18.4%	78	47.9%	39	23.9%	13	8%	3	1.8%
Το τμήμα των Πρώτων Βοηθειών είναι συντονισμένο και οργανωμένο	6	3.6%	11	6.7%	43	26.1%	77	46.7%	28	17%
Το τμήμα των Πρώτων Βοηθειών δεν έχει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό.	22	13.4%	65	39.6%	41	25%	25	15.2%	11	6.7%

Από το διάγραμμα 12 προέκυψε ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι δήλωσαν πως ο χρόνος αναμονής των ασθενών προς εξέταση στα τμήματα Πρώτων Βοηθειών είναι αυξημένος (N=89, 53.9%) και το 46.1% αυτών δήλωσαν πως ο χρόνος αναμονής των ασθενών προς εξέταση στα τμήματα Πρώτων Βοηθειών δεν είναι αυξημένος.



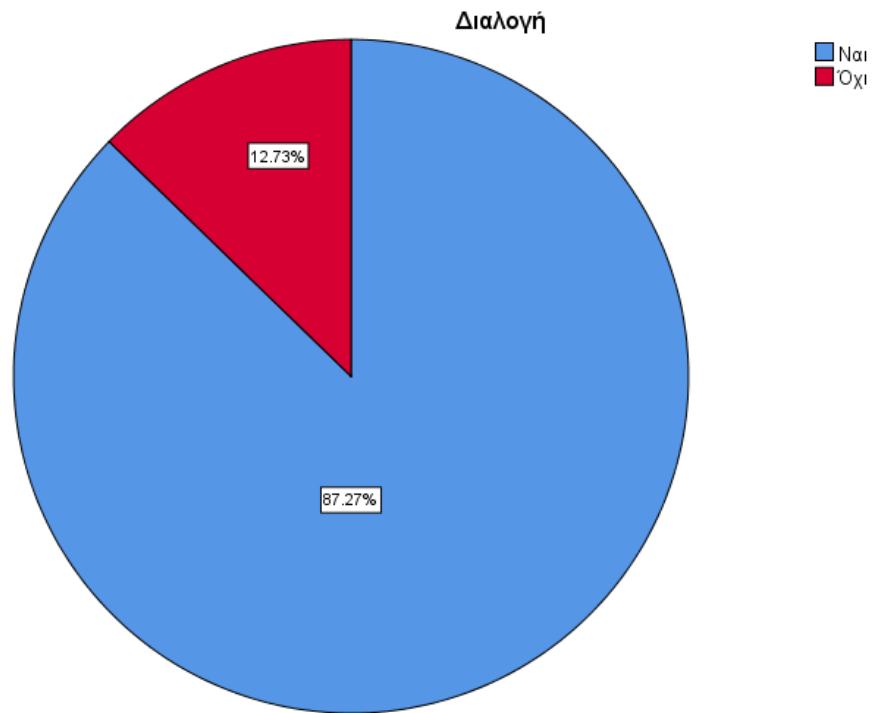
Διάγραμμα 12: Χρόνος αναμονής των ασθενών προς εξέταση στα τμήματα ΤΑΕΠ.

Από το διάγραμμα 13 προκύπτει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι δήλωσαν πως ο χρόνος αναμονής για εύρεση κλίνης για τους ασθενείς που χρήζουν εισαγωγής στο νοσηλευτήριο είναι αυξημένος (N=120, 72.7%) και το 27.3% αυτών δήλωσαν πως ο χρόνος αναμονής για εύρεση κλίνης για τους ασθενείς που χρήζουν εισαγωγής στο νοσηλευτήριο δεν είναι αυξημένος.



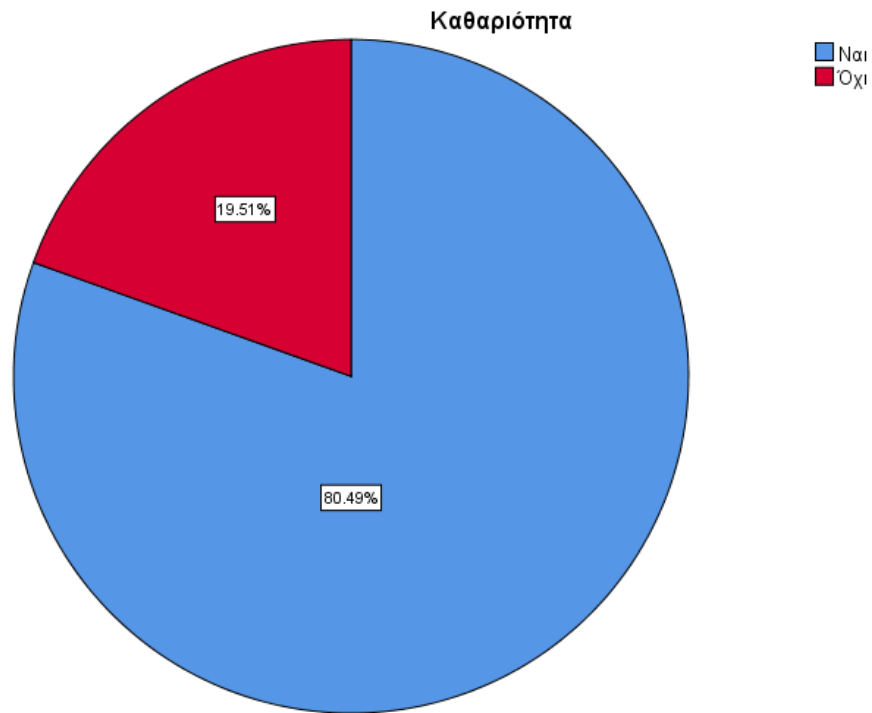
Διάγραμμα 13: Χρόνος αναμονής για εύρεση κλίνης στο νοσηλευτήριο.

Στο διάγραμμα 14 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι δήλωσαν πως γίνεται ορθή διαλογή των ασθενών στο τμήμα των Πρώτων Βοηθειών (N=144, 87.3%) και το 12.7% αυτών δήλωσαν πως δεν γίνεται ορθή διαλογή των ασθενών στο τμήμα των Πρώτων Βοηθειών.



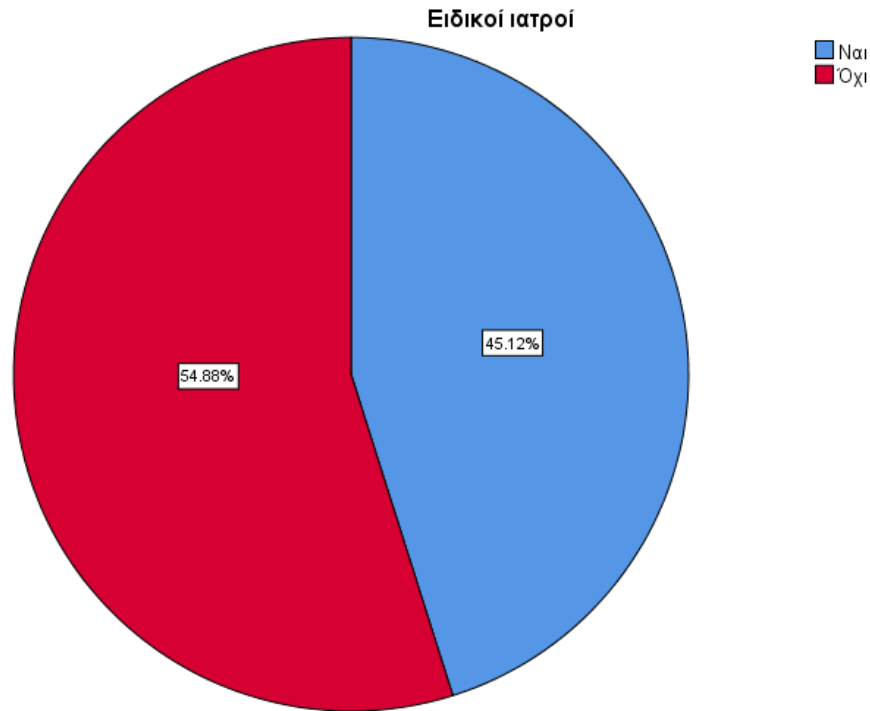
Διάγραμμα 14: Διαλογή στα τμήματα ΤΑΕΠ.

Από το διάγραμμα 15 προκύπτει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι δήλωσαν πως οι εγκαταστάσεις στο τμήμα των Πρώτων Βοηθειών είναι καθαρές (N=132, 80.5%) και το 19.5% αυτών δήλωσαν πως οι εγκαταστάσεις στο τμήμα των Πρώτων Βοηθειών δεν είναι καθαρές.



Διάγραμμα 15: Καθαριότητα στις εγκαταστάσεις των τμημάτων ΤΑΕΠ.

Από το διάγραμμα 16 προκύπτει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι δήλωσαν πως υπάρχουν διαθέσιμοι ειδικοί ιατροί για ανταπόκριση στα τμήματα Πρώτων Βοηθειών (N=90, 54.9%) και το 45.1% αυτών δήλωσαν πως δεν υπάρχουν διαθέσιμοι ειδικοί ιατροί για ανταπόκριση στα τμήματα Πρώτων Βοηθειών.



Διάγραμμα 16: Ανταπόκριση ειδικών ιατρών στα τμήματα ΤΑΕΠ.

4.2. Έλεγχος Κανονικής Κατανομής

Από τον πίνακα 9 προκύπτει ότι οι δύο κλίμακες, της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ, δεν ακολουθούν την Κανονική Κατανομή, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι μικρότερο του 5%. Οπότε για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων θα χρησιμοποιηθούν μη παραμετρικοί έλεγχοι.

Πίνακας 9: Έλεγχος κανονικής κατανομής.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Συναισθηματική Νοημοσύνη	,072	141	,067	,983	141	,073
Ποιότητα ΠΥΥ	,091	141	,066	,982	141	,056

a. Lilliefors Significance Correction

4.3. Ερευνητικά αποτελέσματα

4.3.1. Συναισθηματική Νοημοσύνη και Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ.

Ερευνητικό ερώτημα 1: Υπάρχει ερευνητική συσχέτιση μεταξύ της ΣΝ και της Ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ;

Για την απάντηση του παραπάνω ερευνητικού ερωτήματος πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος συσχέτισης Spearman, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι δεν υπάρχει ερευνητική συσχέτιση μεταξύ της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Από τον πίνακα 10 προκύπτει συσχέτιση μεταξύ της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου ($r = 0.443$, $p < 0,001\%$). Δηλαδή καθώς αυξάνεται η ΣΝ των επαγγελματιών υγείας αυξάνεται και η ποιότητα των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

Πίνακας 10: Έλεγχος συσχέτισης Spearman για την ερευνητική συσχέτιση μεταξύ της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

		ΣΝ	Ποιότητα ΠΥΥ
Spearman's rho	ΣΝ	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,438**
		N	146
Ποιότητα ΠΥΥ	Ποιότητα ΠΥΥ	Correlation Coefficient	,438**
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	141

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.3.2. Συναισθηματική Νοημοσύνη και Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών τμημάτων ΤΑΕΠ.

Ερευνητικό ερώτημα 2: *Η ΣΝ και η ποιότητα των ΠΥΥ διαφέρουν μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών τμημάτων ΤΑΕΠ;*

Για την απάντηση του παραπάνω ερευνητικού ερωτήματος χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann – Whitney, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι δεν υπάρχει διαφορά της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών τμημάτων ΤΑΕΠ. Από τον πίνακα 11 φαίνεται πως δεν υπάρχει διαφορά της ΣΝ μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών τμημάτων ΤΑΕΠ. Ωστόσο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ποιότητα των ΠΥΥ και στα τμήματα δημοσίων και ιδιωτικών ΤΑΕΠ ($U = 2194$, $p=0,007$). Πιο συγκεκριμένα στα αδειούχα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ διαπιστώθηκε υψηλότερη ποιότητα στις ΠΥΥ, σε σχέση με τα δημόσια τμήματα ΤΑΕΠ.

Πίνακας 11: Έλεγχος Mann-Whitney για τη διαφορά της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και της Ποιότητας των Παρεχόμενων στα δημόσια και ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

Δημόσιο/Ιδιωτικό τμήμα ΤΑΕΠ		N	Mean Rank	Sum of Ranks
ΣΝ	Ιδιωτικό	57	70,68	4029,00
	Δημόσιο	88	74,50	6556,00
	Total	145		
Ποιότητα ΠΥΥ	Ιδιωτικό	62	91,11	5649,00
	Δημόσιο	95	71,09	6754,00
	Total	157		

	ΣΝ	Ποιότητα ΠΥΥ
Mann-Whitney U	2376,000	2194,000
Wilcoxon W	4029,000	6754,000
Z	-,535	-2,704
Asymp. Sig. (2-tailed)	,592	,007

a. Grouping Variable: Δημόσιο/Ιδιωτικό τμήμα ΤΑΕΠ

4.3.3. Συναισθηματική Νοημοσύνη και Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ.

Ερευνητικό ερώτημα 3: Η Συναισθηματική Νοημοσύνη και η παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας διαφέρουν ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτικοί λειτουργοί, ιατροί,) στα ΤΑΕΠ;

Για την απάντηση του παραπάνω ερευνητικού ερωτήματος χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann – Whitney, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι ΣΝ και η ποιότητα των ΠΥΥ δεν διαφέρουν ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Από τον πίνακα 12 προκύπτει ότι η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Άρα η ΣΝ ($U = 1607.5$, $p=0,010$) και η ποιότητα των ΠΥΥ διαφέρουν ($U = 1696.5$, $p=0,002$) ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως οι γιατροί έχουν υψηλότερα επίπεδα ΣΝ και παρέχουν καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες στα τμήματα ΤΑΕΠ σε σχέση με τους νοσηλευτικούς λειτουργούς που εργάζονται στα συγκεκριμένα τμήματα.

Πίνακας 12: Έλεγχος Mann-Whitney για την διαφορά της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

		Ranks		
Επάγγελμα		N	Mean Rank	Sum of Ranks
ΣΝ	Γιατρός	44	85,97	3782,50
	Νοσηλεύτης/τρια	100	66,58	6657,50
	Total	144		
Ποιότητα ΠΥΥ	Γιατρός	44	95,94	4221,50
	Νοσηλεύτης/τρια	112	71,65	8024,50
	Total	156		

	ΣΝ	Ποιότητα ΠΥΥ
Mann-Whitney U	1607,500	1696,500
Wilcoxon W	6657,500	8024,500
Z	-2,575	-3,030
Asymp. Sig. (2-tailed)	,010	,002

a. Grouping Variable: Επάγγελμα

Κεφάλαιο Πέμπτο:

5. Συζήτηση-Συμπεράσματα-Εισηγήσεις

5.1. Συζήτηση

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή αφορούσε την διερεύνηση της ΣΝ σε σχέση με την ποιότητα των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Με βάση τα πιο πάνω αποτελέσματα, η ΣΝ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου, φάνηκε να σχετίζεται με την ποιότητα των ΠΥΥ. Παράλληλα, διαπιστώθηκε πως τα αδειούχα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου παρέχουν υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα δημόσια τμήματα ΤΑΕΠ. Εντούτοις, δεν βρέθηκε καμία σχέση μεταξύ της ΣΝ και των ιδιωτικών/δημόσιων τμημάτων ΤΑΕΠ της Κύπρου. Επιπρόσθετα, όσο αφορά τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον χώρο των τμημάτων ΤΑΕΠ, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με τη ΣΝ και την ποιότητα των ΠΥΥ. Αναλυτικότερα, διαπιστώθηκε πως οι γιατροί που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ έχουν υψηλότερο δείκτη ΣΝ και παρέχουν καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες σε σχέση με τους νοσηλευτικούς λειτουργούς που εργάζονται στα συγκεκριμένα τμήματα.

Από την επισκόπηση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου, όσο αφορά τη μελέτη της ΣΝ, προκύπτει πως οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ αισθάνονται καλά με τον εαυτό τους και αντιμετωπίζουν πιο εύκολα τα προβλήματα μέσα από τα θετικά αισθήματα και συναισθήματα που έχουν (ευεξία), μπορούν να ελέγξουν τα συναισθήματα τους (αυτοέλεγχος), και διαχειρίζονται τις εξωτερικές προκλήσεις. Επίσης, μέσα από τις δηλώσεις τους φαίνεται πως μπορούν να αντιλαμβάνονται τα συναισθήματα που στέλνουν οι ίδιοι αλλά και οι γύρω τους και παρουσιάζουν ενσυναίσθηση (συναισθηματικότητα), αναγνωρίζουν τα μη λεκτικά μηνύματα των άλλων, υπερασπίζονται τα δικαιώματα τους και εκφράζουν τα συναισθήματα τους προς τους άλλους. Επιπρόσθετα, μέσα από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, προκύπτει πως οι άλλοι τους εμπιστεύονται. Αυτό υποδηλώνει αυξημένη ικανότητα στο να αλληλοεπιδρούν και να επηρεάζουν το κοινωνικό τους περιβάλλον (κοινωνικότητα). Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν πως βοηθούν τους γύρω τους να νιώσουν καλύτερα όταν δεν έχουν καλή διάθεση.

Την ίδια στιγμή, μέσα από την επισκόπηση των απαντήσεων που αφορούν την ποιότητα των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ, προκύπτει πως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται με επαγγελματισμό. Πιο συγκεκριμένα, το ιατρικό προσωπικό

συμπεριφέρεται με ευγένεια και φιλικότητα στους ασθενείς και τους ενημερώνει με απλό και κατανοητό λόγο σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Ταυτόχρονα, φαίνεται πως οι ασθενείς έχουν εμπιστοσύνη στο ιατρικό προσωπικό και ανταποκρίνονται στην ανάγκη που έχουν οι ασθενείς για ενημέρωση και περαιτέρω εξηγήσεις. Όσον αφορά τους νοσηλευτικούς λειτουργούς, προκύπτει πως εργάζονται με επαγγελματισμό, είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν και συμπεριφέρονται με φιλικότητα και ευγένεια στους ασθενείς. Εντούτοις, μέσα από τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας, προκύπτει πως οι ασθενείς εμπιστεύονται το νοσηλευτικό προσωπικό. Πέραν από τον επαγγελματισμό του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου φαίνεται πως έχουν σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό, είναι οργανωμένα και συντονισμένα. Επιπλέον, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν πως γίνεται ορθή διαλογή των ασθενών στα τμήματα ΤΑΕΠ, πως οι εγκαταστάσεις είναι καθαρές και πως υπάρχουν διαθέσιμοι ειδικοί ιατροί για ανταπόκριση. Παρ' όλα αυτά, μέσα από την επισκόπηση των απαντήσεων προκύπτει πως ο χρόνος αναμονής των ασθενών προς εξέταση στα τμήματα ΤΑΕΠ είναι αυξημένος, καθώς επίσης και ο χρόνος αναμονής για εύρεση κλίνης για τους ασθενείς που χρήζουν εισαγωγή στο νοσηλευτήριο.

Πέραν από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, θα αποτελούσε παράλειψη η απουσία συσχέτισης των ερευνητικών ευρημάτων της μελέτης με τα ευρήματα στη διεθνή βιβλιογραφία.

Το 1^ο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε την συσχέτιση μεταξύ της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Η έρευνα κατέδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου, ωστόσο, δεν υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία μελέτες που να ερεύνησαν τη συσχέτιση αυτή καθαυτή στα τμήματα ΤΑΕΠ, παρά μόνο έρευνες οι οποίες μελέτησαν τις συγκεκριμένες μεταβλητές σε άλλα τμήματα νοσηλευτηρίων. Πιο συγκεκριμένα, η ΣΝ και η ποιότητα των ΠΥΥ φάνηκαν να σχετίζονται σε ερευνητικές μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στο Ιράν, στο Ισραήλ, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, στο Βέλγιο και οι οποίες διεξήχθησαν σε παιδιατρικά και χειρουργικά τμήματα, σε τμήμα αποκατάστασης και σε Μονάδες Εντατικής Φροντίδας. (Quoidbach and Hansenne, 2009; Ezzatabadi *et al.*, 2012; Levitats and Vigoda-Gadot, 2017; Khademi *et al.*, 2021) Από την άλλη, αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ΣΝ και της ποιότητας ΠΥΥ βρέθηκε σε

νοσηλευτήριο της Ταϊβάν και σε τέσσερα νοσηλευτήρια της Τεχεράνης. (Chao, Shih and Hsu, 2016; Najafrouf *et al.*, 2020) Η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας από την εργασία τους, η αναγνώριση και η κατανόηση των συναισθημάτων που έχουν οι ασθενείς, οι επικοινωνιακές τους δεξιότητες, η αυτογνωσία, η κατανόηση, η ενσυναίσθηση, ο αυτοέλεγχος και η κοινωνική ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας φάνηκε στις συγκεκριμένες μελέτες ότι σχετίζονται με τον βαθμό της ΣΝ και της ποιότητα των ΠΥΥ.

Το 2^ο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τη διαφορά της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών τμημάτων ΤΑΕΠ της Κύπρου. Μέσα από την ανάλυση των απαντήσεων που έδωσαν οι επαγγελματίες υγείας, προέκυψε πως τα αδειούχα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ παρέχουν υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα δημόσια τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Από την άλλη, δεν βρέθηκε καμία διαφορά στο βαθμό της ΣΝ μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων ΤΑΕΠ της Κύπρου. Όσο αφορά την ποιότητα των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ, φάνηκε να έχουν παρόμοια αποτελέσματα μελέτες που διενεργήθηκαν στην Τεχεράνη και στην Κίνα (Zarei and Shamsaddini, 2017; Jin *et al.*, 2019) Στη μελέτη των He *et al.*, (2016), δεν φάνηκε να υπάρχει διαφορά στην ποιότητα των ΠΥΥ μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών τμημάτων ΤΑΕΠ της Αυστραλίας, ενώ η μελέτη των Wang *et al.*, (2017), έδειξε πως τα δημόσια τμήματα ΤΑΕΠ της Κίνας παρέχουν καλύτερη ποιότητα ΠΥΥ.

Η πρόσβαση στο τμήμα ΤΑΕΠ, η προσοχή που δίνεται στους ασθενείς από τους επαγγελματίες υγείας, και η εκπαίδευση πριν την αποδέσμευση τους από το τμήμα ΤΑΕΠ, είναι μερικοί από τους παράγοντες που σχετίζονται με την καλύτερη παρεχόμενη ποιότητα στα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ. (Zarei and Shamsaddini, 2017; Jin *et al.*, 2019) Επίσης, στη μελέτη των Shearer *et al.*, (2015), οι ασθενείς δήλωσαν πως επιλέγουν τα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ λόγω εμπειρίας και μειωμένου χρόνου αναμονής προς εξέταση. Επιπλέον, στη μελέτη των He *et al.*, (2016), οι ασθενείς επιλέγουν τα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ λόγω μειωμένου χρόνου αναμονής προς εξέταση, ενώ οι ασθενείς επιλέγουν τα δημόσια τμήματα ΤΑΕΠ λόγω οικονομικών ανησυχιών. Επιπρόσθετα, αξίζει να αναφερθεί το εύρημα στη μελέτη των ερευνητών Alter, Braun and Zazzali, (1999), όπου φαίνεται πως οι ασθενείς που προσέρχονται σε δημόσια τμήματα ΤΑΕΠ έχουν χειρότερη κατάσταση υγείας (ψυχική και σωματική) σε σχέση με τους ασθενείς που προσέρχονται σε ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ. Τέλος, στη συστηματική ανασκόπηση των He *et al.*, (2011), φάνηκε πως

στα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ προσέρχεται πιο μικρός αριθμός ασθενών σε σχέση με τα δημόσια τμήματα ΤΑΕΠ.

Στην παρούσα μελέτη, όπως προαναφέρθηκε, δεν βρέθηκε καμία διαφορά στο βαθμό της ΣΝ στα δημόσια και ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Ωστόσο, δεν υπάρχουν έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία που να έχουν μελετήσει το βαθμό της ΣΝ μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών τμημάτων ΤΑΕΠ. Αξίζει όμως να αναφερθεί η μελέτη των Ranjha and Shujja, (2010), όπου συμμετείχαν νοσηλευτικοί λειτουργοί οι οποίοι εργάζονται σε τμήματα ΤΑΕΠ και μη, ιδιωτικών και δημόσιων νοσηλευτηρίων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι νοσηλευτικοί λειτουργοί που εργάζονται σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια έχουν υψηλότερο βαθμό ΣΝ και υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής προσαρμογής. (Ranjha and Shujja, 2010)

Το 3^ο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης αφορούσε τη διαφορά της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των τμημάτων ΤΑΕΠ της Κύπρου. Μέσα από τις δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας, προέκυψε πως το ιατρικό προσωπικό των τμημάτων ΤΑΕΠ έχει υψηλότερο δείκτη ΣΝ και παρέχουν καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων ΤΑΕΠ. Εντούτοις, στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν ερευνητικές μελέτες που να έχουν διερευνήσει τη ΣΝ και την ποιότητα των ΠΥΥ μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού τόσο στα τμήματα ΤΑΕΠ, όσο και σε άλλα τμήματα των νοσηλευτηρίων.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω δεδομένα, αξίζει να αναφερθούν τρόποι βελτίωσης τόσο της ΣΝ όσο και της ποιότητας των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρεται σε αρκετούς τρόπους αύξησης της ΣΝ. Αναλυτικότερα, καθοριστικό ρόλο φαίνεται να έχουν διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία αποσκοπούν στη βελτίωση της ΣΝ, ενώ διάφορες μελέτες σε τμήματα ΤΑΕΠ και μη, έδειξαν αύξηση της ΣΝ στα άτομα που έλαβαν μέρος σε αυτά σε σχέση με τα άτομα που δεν συμμετείχαν. (Gorgas *et al.*, 2015; Abbasi *et al.*, 2018) Παράλληλα με τη βελτίωση της ΣΝ στους επαγγελματίες υγείας μειώνεται το άγχος και η εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης και αυξάνεται η ομαδικότητα, γεγονός που υποδηλώνει πως μπορεί να βελτιώνεται και η επίδραση τους στην παρεχόμενη φροντίδα. (Birks and Watt, 2007; Azizkhani, Maghami-Mehr and Isfahani, 2022) Επίσης, μέσα από τις διάφορες μεθόδους

εκπαίδευσης, το άτομο καλλιεργεί την ομαδικότητα, κατανοεί τις διαθέσεις των άλλων και είναι ικανό να διαχειρίζεται τα συναισθήματα του και τις διάφορες ικανότητες που διαθέτει. (Καραδήμας and Καραδήμα, 2014) Την ίδια στιγμή, η αξιολόγηση της ΣΝ στους επαγγελματίες υγείας μέσω διαφόρων τεστ μπορεί να αναγνωρίσει τους παράγοντες που χρήζουν βελτίωσης και να συμβάλει στην αύξηση της ΣΝ. (Rosenstein, 2015)

Σχετικά με την βελτίωση στην παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ, η χρήση μοντέλων συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας (PLAN, FOCUS) φαίνεται πως έχει θετικά αποτελέσματα. Άλλοι τρόποι βελτίωσης, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, είναι η παροχή κινήτρων, οι δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας που συνδυάζουν τεχνικές βελτίωσης, η συνεχής υπενθύμιση για τη σημαντικότητα της ποιότητας στο χώρο της υγείας, η καθιέρωση συναντήσεων με τους επαγγελματίες υγείας και το διοικητικό προσωπικό για ανταλλαγή απόψεων και στόχων, η δημιουργία ομαδικότητας μεταξύ επαγγελματιών που πλαισιώνουν την ομάδα των τμημάτων ΤΑΕΠ, η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να οδηγήσει στην ευαισθητοποίηση σε θέματα ποιότητας, η καλλιέργεια των επικοινωνιακών δεξιοτήτων με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους και η καθιέρωση μετρήσεων στις διεργασίες των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο των ΤΑΕΠ έτσι ώστε να ελέγχονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τις διάφορες διεργασίες (εξοπλισμός, ανθρώπινο δυναμικό, πληροφόρηση, κ.τ.λ). (Graff *et al.*, 2002; Μαλλιαρού, Σαράφης and Ζυγά, 2009; Salminen-tuomaala, Leikkola and Raavilainen, 2015) Παράλληλα, θετικά στην βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας στα τμήματα ΤΑΕΠ φαίνεται πως συμβάλλει και η συνεχής εκπαίδευση των εργαζομένων στα ΤΑΕΠ και η εφαρμογή διεθνών πρωτοκόλλων ανεξαρτήτου ειδικότητας και βαθμίδας. (Μαλλιαρού, Σαράφης and Ζυγά, 2009) Αξιοσημείωτη στη βελτίωση της ποιότητας είναι και η συμβολή των ιατρικών ταχείας διακίνησης περιστατικών χαμηλής επικινδυνότητας. Η χρήση των συγκεκριμένων ιατρικών φαίνεται πως έχει θετικές επιπτώσεις στη διαχείριση ασθενών με ελάσσονα αλλά και σοβαρότερα προβλήματα υγείας λόγω της ταχύτερης εξυπηρέτησης. Επίσης, φαίνεται πως έχουν θετικό αντίκτυπο και στη συγκράτηση του κόστους. (Λυδάκης *et al.*, 2014)

5.2. Περιορισμοί της μελέτης

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη για την επεξεργασία και γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Αναλυτικότερα, το γεγονός ότι τα ευρήματα αντικατοπτρίζουν τις απόψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου, αδειούχα ιδιωτικά και δημόσια, εκτός από ένα δημόσιο νοσηλευτήριο, αποτελεί περιορισμό στη γενίκευση των αποτελεσμάτων, αφού στην ουσία δεν συμμετείχαν όλα τα τμήματα ΤΑΕΠ της χώρας στη μελέτη. Επιπλέον, δεύτερος περιορισμός είναι η έκταση του ερωτηματολογίου, η οποία ήταν σύντομη και η διερεύνηση του αντικειμένου μελέτης και των επιμέρους κατηγοριών δεν έγινε εις βάθος, γεγονός που περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ακόμη ένας περιορισμός στη μελέτη είναι η διερεύνηση της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ με τη χρήση ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς, το οποίο βασίστηκε μόνο σε στοιχεία των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, λόγω του ότι η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί μοναδική ερευνητική μελέτη στο συγκεκριμένο αντικείμενο στην Κύπρο, η αξιοπιστία των ευρημάτων και η τεκμηρίωση της σχέσης μεταξύ της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ δεν είναι ξεκάθαρη και χρίζει περαιτέρω διερεύνησης μέσα στο χρόνο.

5.3. Εφαρμογές της μελέτης

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε πως στην Κύπρο δεν υπάρχουν μελέτες που να αφορούν την ποιότητα των ΠΥΥ μετά την εφαρμογή του νέου συστήματος υγείας ή την ΣΝ, πόσο μάλλον για τη σχέση που έχουν στον χώρο της υγείας και στα τμήματα ΤΑΕΠ. Την ίδια στιγμή, υπάρχει και στη διεθνή βιβλιογραφία κενό για τη ΣΝ και την ποιότητα των ΠΥΥ σε τμήματα ΤΑΕΠ. Η παρούσα έρευνα, λοιπόν, αποτελεί την πρώτη απόπειρα διερεύνησης της ΣΝ και της ποιότητας των ΠΥΥ σε τμήματα ΤΑΕΠ και δεν θα ήταν υπερβολή να ειπωθεί ότι η συγκεκριμένη μελέτη άνοιξε ερευνητικά το συγκεκριμένο αντικείμενο μελέτης.

Παρά της αδυναμίας της συγκεκριμένης μελέτης, τα αποτελέσματα της μπορούν να αξιοποιηθούν από τα νοσηλευτήρια και την πολιτεία έτσι ώστε η σημαντικότητα της ΣΝ να γίνει κατανοητή και να υιοθετηθούν στρατηγικές αξιολόγησης της και βελτίωσης της. Όσο αφορά την ποιότητα των ΠΥΥ, ενώ γίνονται κάποιες παρεμβάσεις βελτίωσης της, ωστόσο χρίζει περισσότερης μελέτης και προσπάθειας για βελτίωση. Συνεπώς, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα ήταν χρήσιμα στον σχεδιασμό προγραμμάτων ενημέρωσης, επιμόρφωσης και εκπαίδευσης των διοικητών αλλά και των εργαζομένων στο χώρο της υγείας σχετικά με τον ρόλο που έχει η ΣΝ στην παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, την καλλιέργεια της ΣΝ και την βελτίωση της ποιότητας των ΠΥΥ.

5.4. Εισηγήσεις για περαιτέρω έρευνα

Μελλοντικές έρευνες σχετικές με τη ΣΝ και την ποιότητα των ΠΥΥ από τους επαγγελματίες υγείας με συμμετέχοντες τους ασθενείς που προσέρχονται στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου, θα διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην διερεύνηση του αντικειμένου. Επίσης, προκειμένου να αναγνωρισθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ΣΝ και την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών των επαγγελματιών υγείας στα τμήματα ΤΑΕΠ, είναι απαραίτητο να διεξαχθεί μελέτη η οποία θα ερευνήσει σε μεγαλύτερο βαθμό τους παράγοντες αυτούς. Επιπλέον, επιτακτική προβάλλει η ανάγκη για διεξαγωγή μελέτης με αντικείμενο τη ΣΝ και την παρεχόμενη ποιότητας υπηρεσιών υγείας στους νοσηλευτικούς λειτουργούς. Ακόμη, η διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης στα δημόσια τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου με περιεχόμενο διερεύνησης τα αρνητικά σημεία και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των ΠΥΥ και η διερεύνηση των διαφορών που σημειώνονται σε σχέση με την ποιότητα των ΠΥΥ στα αδειούχα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ κρίνεται απαραίτητη. Επιπλέον, σημαντικός είναι ο ρόλος που μπορούν να διαδραματίσουν τα αποτελέσματα μελετών με μεγαλύτερο δείγμα επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου, με τη συμμετοχή όλων των τμημάτων ΤΑΕΠ της Κύπρου και με τη χρήση και στάθμιση ενός ερωτηματολογίου μεγαλύτερης έκτασης με περισσότερα χαρακτηριστικά της ΣΝ και της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών υγείας προκειμένου να διερευνηθεί διεξοδικά η σχέση τους.

Πέραν από το ερευνητικό πεδίο στα τμήματα ΤΑΕΠ, αξίζει να διεξαχθούν μελέτες και σε άλλα τμήματα των νοσηλευτηρίων της Κύπρου, ειδικότερα σε τμήματα αυξημένης φροντίδας και αναγκών σχετικά με το επίπεδο ΣΝ και της ποιότητας ΠΥΥ. Επίσης, ενδιαφέρον θα αποτελούσαν και τα ευρήματα του βαθμού ΣΝ σε τμήματα όπου υπάρχουν αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και άγχους στα νοσηλευτήρια της Κύπρου.

5.5. Συμπεράσματα

Μέσα από την παρούσα ερευνητική μελέτη, εξάγεται το συμπέρασμα ότι όσο αυξημένος είναι ο δείκτης της ΣΝ, τόσο αυξάνεται η ποιότητα των ΠΥΥ στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου. Την ίδια στιγμή, ο βαθμός της ΣΝ μεταξύ των αδειούχων ιδιωτικών και δημόσιων τμημάτων ΤΑΕΠ της Κύπρου δεν παρουσιάζει καμία διαφορά, εντούτοις, η

παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας φαίνεται να είναι καλύτερη στα ιδιωτικά τμήματα ΤΑΕΠ. Καταλήγοντας, σε σχέση με τα επίπεδα ΣΝ και ποιότητας ΠΥΥ των επαγγελματιών υγείας, η παρούσα μελέτη κατέδειξε πως το ιατρικό προσωπικό των τμημάτων ΤΑΕΠ έχει πιο αυξημένα επίπεδα ΣΝ και παρέχει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό των συγκεκριμένων τμημάτων.

Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η ανάγκη για ερευνητικές μελέτες στο συγκεκριμένο αντικείμενο, αφού η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη έρευνα της ΣΝ και της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Η συγκεκριμένη έρευνα και τα αποτελέσματα της μπορούν να αποτελέσουν σημείο αναφοράς για την αξιολόγηση, την μέτρηση και την βελτίωση τόσο της ΣΝ όσο και της ποιότητας των ΠΥΥ στους οργανισμούς υγείας, ενώ η εφαρμογή προγραμμάτων ενημέρωσης, επιμόρφωσης και εκπαίδευσης τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους διοικητές των οργανισμών υγείας κρίνεται απαραίτητη.

Κεφάλαιο Έκτο:
6. Βιβλιογραφικές πηγές

Βιβλιογραφικές Πηγές

Abbasi, S. *et al.* (2018) ‘A study of emotional intelligence and the effect of educational intervention in emergency medicine residents’, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, (1), pp. 45–52. doi: 10.12740/APP/82317.

Adams, K. L. and Iseler, J. I. (2014) ‘The relationship of bedside nurses’ emotional intelligence with quality of care’, *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2), pp. 174–181. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000039.

Alghamdi, H. (2016) ‘Toward Better Understanding of Total Quality Management (TQM)’, *Journal of Business & Economic Policy*, 3(4), pp. 29–37. Available at: www.jbepnet.com.

Alter, H. J., Braun, R. and Zazzali, J. L. (1999) ‘Health status disparities among public and private emergency department patients’, *Academic Emergency Medicine*, 6(7), pp. 736–743. doi: 10.1111/j.1553-2712.1999.tb00445.x.

AmaconEqi A.E. (2006) *Οι αρχές της Ποιότητας στον χώρο της Υγείας*.

Amanian, S. *et al.* (2020) ‘Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: A Systematic Review’, *Journal of Emergency Medicine*. Elsevier Inc, 58(2), pp. 234–244. doi: 10.1016/j.jemermed.2019.11.015.

Aouicha, W. *et al.* (2021) ‘Exploring patient safety culture in emergency departments: a Tunisian perspective’, *International Emergency Nursing*. Elsevier Ltd, 54. doi: 10.1016/j.ienj.2020.100941.

Azizkhani, R., Maghami-Mehr, A. and Isfahani, M. N. (2022) ‘The effect of training on the promotion of emotional intelligence and its indirect role in reducing job stress in the emergency department’, *Frontiers in Emergency Medicine*, 6(2), pp. 1–8. doi: 10.18502/fem.v6i2.8713.

Bailey, C., Murphy, R. and Porock, D. (2011) ‘Professional tears: Developing emotional intelligence around death and dying in emergency work’, *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 3364–3372. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03860.x.

- Bar-on, R. (2005) 'The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence', *Psicothema*, 17. Available at:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4679040&info=resumen&idioma=S>
 PA.
- Basem Abbas Al, U. (2018) 'Is Emotional Intelligence a Need Skill for Health Care Provider?', *Journal of Family Medicine and Disease Prevention*, 4(1). doi:
 10.23937/2469-5793/1510071.
- Birks, Y. F. and Watt, I. S. (2007) 'Emotional intelligence and patient-centred care', *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100, pp. 368–374. doi:
 10.1258/jrsm.100.8.368.
- Bock, L. (2020) 'Nurse Characteristics and the Effects on Quality', *Nursing Clinics of North America*, 55(1), pp. 97–107. doi: 10.1016/j.cnur.2019.10.007.
- Buchanan, J., Dawkins, P. and Lindo, J. L. M. (2015) 'Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study', *International Emergency Nursing*. Elsevier Ltd, 23(3), pp. 218–224. doi:
 10.1016/j.ienj.2015.01.001.
- Bughao, G. M. and Baltar, C. (2021) 'Analysis of the Relationship between Emotional Intelligence and Group Cohesion in a Filipino Emergency Response Team.', *Human Behavior, Development and Society*, 22(2).
- Burgemeister, S. *et al.* (2017) 'Comparative quality measures of emergency care: An outcome cockpit proposal to survey clinical processes in real life', *Open Access Emergency Medicine*, 9, pp. 97–106. doi: 10.2147/OAEM.S145342.
- Chandler, E. *et al.* (2015) 'Communication in Hong Kong accident and emergency departments: The clinicians' perspectives', *Global Qualitative Nursing Research*. doi:
 10.1177/2333393615576714.
- Chao, M., Shih, C. T. and Hsu, S. F. (2016) 'Nurse occupational burnout and patient-rated quality of care: The boundary conditions of emotional intelligence and demographic profiles', *Japan Journal of Nursing Science*, 13, pp. 156–165. doi:

10.1111/jjns.12100.

Codier, E. *et al.* (2010) 'Is emotional intelligence an important concept for nursing practice?', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, pp. 940–948.

Available at:

[http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L52901910%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70161-X%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=22138587&id=doi:10.1016/S2213-8587\(13\)70161-X&atitle=Research+in+brie.](http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L52901910%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70161-X%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=22138587&id=doi:10.1016/S2213-8587(13)70161-X&atitle=Research+in+brie.)

X%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=22138587&id=doi:10.1016/S2213-8587(13)70161-X&atitle=Research+in+brie.

Cooper, K. R. (1997) *EQ Map*. San Francisco: AIT and Essi Systems.

Cooper, K. R. and Swaf, A. (1997) *Executive EQ. Emotional Intelligence in Leadership and Organizations*. TarcherPerigee.

Crosby, P. B. (2005) 'Crosby's 14 steps to improvement', *Quality Progress*, 38(12), pp. 60–64.

Deming, W. E. (1986) *Out of The Crisis*. MIT-CAES.

Dilawar, S. M. *et al.* (2021) 'Decision-making in highly stressful emergencies: The interactive effects of trait emotional intelligence', *Current Psychology*. *Current Psychology*, 40(6), pp. 2988–3005. doi: 10.1007/s12144-019-00231-y.

Donabedian, A. (1980) *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Health Administration Press.

Ezzatabadi, M. R. *et al.* (2012) 'Nurses' emotional intelligence impact on the quality of hospital services', *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 14(12). doi: 10.5812/ircmj.926.

Ferguson, W. J. and Candib, M. L. (2002) 'Culture , language , and the doctor-patient relationship.', *Family Medicine and Community Health Publications*, 34(5).

Foladvandi, M. *et al.* (2017) 'Relationship between Job Satisfaction and Emotional Intelligence in Critical and Emergency Nurses.', *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 24(1), pp. 1–8.

- Goleman, D. (1998) *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη- Γιατί το 'EQ' είναι πιο σημαντικό από το 'IQ'*; Edited by N. I. Νέστορος and X. Ξενάκη. Ελληνικά Γράμματα.
- Goleman, D. (2000) *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στο Χώρο της Εργασίας*. Edited by Φ. Μεγαλούδη. Ελληνικά Γράμματα.
- Gorgas, D. L. *et al.* (2015) 'Teaching emotional intelligence: A control group study of a brief educational intervention for emergency medicine residents', *Western Journal of Emergency Medicine*, XVI(6), pp. 899–906. doi: 10.5811/westjem.2015.8.27304.
- Graff, L. *et al.* (2002) 'Measuring and improving quality in emergency medicine', *Academic Emergency Medicine*, 9(11), pp. 1091–1107. doi: 10.1197/aemj.9.11.1091.
- Hansen, K. *et al.* (2020) 'Updated framework on quality and safety in emergency medicine', *Emergency Medicine Journal*, 37, pp. 437–442. doi: 10.1136/emermed-2019-209290.
- He, J. *et al.* (2011) 'Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding', *World Journal of Emergency Medicine*, 2(4), pp. 253–261. doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2011.04.002.
- He, J. *et al.* (2016) 'Qualitative study of patients' choice between public and private hospital emergency departments', *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 28(2), pp. 159–163. doi: 10.1111/1742-6723.12530.
- Heffernan, M. *et al.* (2010) 'Self-compassion and emotional intelligence in nurses', *International Journal of Nursing Practice*, 16, pp. 366–373. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01853.x.
- Jin, K. *et al.* (2019) 'Comparing public and private emergency departments in China: Early evidence from a national healthcare quality survey', *International Journal of Health Planning and Management*, pp. 1–11. doi: 10.1002/hpm.2968.
- Jones, P. G., Mountain, D. and Forero, R. (2021) 'Review article: Emergency department crowding measures associations with quality of care: A systematic review', *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 33, pp. 592–600. doi: 10.1111/1742-6723.13743.

Juran, J. and Godfrey, A. (1998) *JURAN'S QUALITY HANDBOOK, 5th EDITION*, *JURAN'S QUALITY HANDBOOK, 5th EDITION*.

Kadadi, S. and Bharamanaikar, S. R. (2019) 'Role of Emotional Intelligence in Healthcare Industry', *Drishtikon : A Management Journal*, 11(1). Available at: https://search.proquest.com/docview/2361288468?accountid=96443%0Ahttp://resolver.ebscohost.com/openurl?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Aabiglobal&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.jtitle=Dr.

Källberg, A. S. *et al.* (2017) 'Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department', *International Emergency Nursing*, 33, pp. 14–19. doi: 10.1016/j.ienj.2017.01.002.

Khademi, E. *et al.* (2021) 'Emotional intelligence and quality of nursing care: A need for continuous professional development', *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26, pp. 361–367. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_268_19.

Kralik, D. (2010) *Celebrating 100 years: reflections on Florence Nightingale's contributions to quality nursing care*, *Journal of advance Nursing*.

Landau, S. F. *et al.* (2018) 'Factors related to negative feelings experienced by emergency department patients and accompanying persons: An Israeli study', *Israel Journal of Health Policy Research*. *Israel Journal of Health Policy Research*, 7(1), pp. 1–9. doi: 10.1186/s13584-017-0200-1.

Levitats, Z. and Vigoda-Gadot, E. (2017) 'Yours emotionally: How emotional intelligence infuses public service motivation and affects the job outcomes of public personnel', *Public Administration*, 95, pp. 759–775. doi: 10.1111/padm.12342.

Matthews, G., Zeidner, M. and Richard, D. R. (2002) *Emotional Intelligence: Science and myth*. The MIT Press.

Mayer, J. D., Salovey, P. and Caruso, D. R. (2004) 'Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications', *Psychological Inquiry*, 15(3), pp. 197–215.

Miguez-Torres, N. *et al.* (2021) 'Relationship between emotional intelligence, sleep

quality and body mass index in emergency nurses’, *Healthcare (Switzerland)*, 9(5), pp. 1–11. doi: 10.3390/healthcare9050607.

Mohammadi-Sardo, M. R. and Salehi, S. (2019) ‘Emergency Department Patient Satisfaction Assessment using Modified Servqual Model; a Cross-sectional Study’, *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 3(1), pp. 1–6. doi: 10.22114/ajem.v0i0.107.

Morley, C. *et al.* (2018) *Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions*, *PLoS ONE*. doi: 10.1371/journal.pone.0203316.

Muntlin, A. (2009) *Identifying and Improving Quality of Care at an Emergency Department- Patient and healthcare professional perspectives*, *Acta Universitatis Upsaliensis*.

Muntlin, Å., Gunningberg, L. and Carlsson, M. (2006) ‘Patients’ perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement’, *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), pp. 1045–1056. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x.

Musa-Juroš, K. *et al.* (2018) ‘Measuring healthcare quality – Paradigm of MEDQUAL’, *Acta Clinica Croatica*, 57(2), pp. 235–242. doi: 10.20471/acc.2018.57.02.02.

Musonda, A., Shumba, O. and P., F. (2013) ‘Validation of the Schutte Self Report Emotional Intelligence Scale in a Zambian Context’, *European Journal of Psychology and Educational Research*, 2(2), pp. 31–41. doi: 10.12973/ejper.2.2.31.

Najafpour, J. *et al.* (2020) ‘Effect of emotional intelligence on the quality of nursing care from the perspectives of patients in educational hospitals’, *Journal of Patient Safety and Quality Improvement*, 8(1), pp. 37–43. doi: 10.22038/psj.2020.41216.1233.

Nespereira-Campuzano, T. and Vázquez-Campo, M. (2017) ‘Emotional intelligence and stress management in Nursing professionals in a hospital emergency department’, *Enfermería Clínica (English Edition)*. Elsevier España, S.L.U., 27(3), pp. 172–178. doi: 10.1016/j.enfcle.2017.02.008.

- Nightingale, S. *et al.* (2018) 'The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review', *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier, 80(2018), pp. 106–117. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006.
- Papanagnou, D. *et al.* (2017) 'An assessment of emotional intelligence in emergency medicine resident physicians', *International journal of medical education*, 8, pp. 439–445. doi: 10.5116/ijme.5a2e.a8b4.
- Petrides, K. V. and Furnham, A. (2001) 'Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies.', *European Journal of Personality*, 15, pp. 425–448. Available at:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=11819864&loginpage=Login.asp&site=ehost-live%5Cnhttp://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=1&hid=17&sid=363a3d00-46da-43e5-b44e-f7196b64c2bf%40SRCSM1>.
- Petrides, K. V. and Furnham, A. (2003) 'Trait Emotional Intelligence: Behavioural Validation in Two Studies of Emotion Recognition and Reactivity to Mood Induction', *European Journal of Personality*, 17(1), pp. 39–57. doi: 10.1002/per.466.
- Petrides, K. V. and Furnham, A. (2006) 'The role of trait emotional intelligence in a gender-specific model of organizational variables', *Journal of Applied Social Psychology*, 36(2), pp. 552–569. doi: 10.1111/j.0021-9029.2006.00019.x.
- Pryce, A. *et al.* (2021) 'Delayed flow is a risk to patient safety: A mixed method analysis of emergency department patient flow', *International Emergency Nursing*. Elsevier Ltd, 54. doi: 10.1016/j.ienj.2020.100956.
- Quoidbach, J. and Hansenne, M. (2009) 'The Impact of Trait Emotional Intelligence on Nursing Team Performance and Cohesiveness', *Journal of Professional Nursing*, 25(1), pp. 23–29. doi: 10.1016/j.profnurs.2007.12.002.
- Raeissi, P. *et al.* (2019) 'Relationship between communication skills and emotional intelligence among nurses', *Nursing Management*, 26(2), pp. 31–35. doi:

10.7748/nm.2019.e1820.

Ranjha, A. Y. and Shujja, S. (2010) 'Emotional Intelligence and Psychological Adjustment of Nurses Serving in Emergency and Non-Emergency Wards', *Journal of Behavioural Sciences*, 20(2), p. 36.

Rosenstein, A. H. (2015) 'Emotional Intelligence: A Critical Tool to Understand and Improve Behaviors That Impact Patient Care', *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 2(1), pp. 1–4. doi: 10.15406/jpcpy.2015.02.00066.

Salminen-tuomaala, M., Leikkola, P. and Paavilainen, E. (2015) 'Emergency health care professionals' experiences of factors that influence care quality and safety', *Clinical Nursing Studies*, 3(3), pp. 60–68. doi: 10.5430/cns.v3n3p60.

Salovey, P. and Mayer, J. D. (1990) 'Emotional intelligence', *Baywood Publishing*, 9(3), pp. 185–211. doi: 10.2190/dugg-p24e-52wk-6cdg.

Schutte, N. S. *et al.* (1998) 'Development and validation of a measure of emotional intelligence', *Personality and Individual Differences*, 25, pp. 167–177. doi: 10.1016/S0191-8869(98)00001-4.

Shearer, F. M. *et al.* (2015) 'Why do patients choose to attend a private emergency department?', *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 27, pp. 62–65. doi: 10.1111/1742-6723.12330.

Sialakis, C. (2018) 'Αξιολογήση και Μέτρηση της Ποιοτητας Υγείας και Παραγοντες που την Επηρεάζουν Assessment and Measurement of Health Quality and Influential Factors'.

Sørup, C. M., Jacobsen, P. and Forberg, J. L. (2013) 'Evaluation of emergency department performance - a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures', *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21(62). doi: 10.1186/1757-7241-21-62.

de Steenwinkel, M. *et al.* (2022) 'Patient satisfaction, needs, and preferences concerning information dispensation at the emergency department: a cross-sectional observational study', *International Journal of Emergency Medicine*. International

- Journal of Emergency Medicine, 15(1), pp. 1–8. doi: 10.1186/s12245-022-00407-7.
- Swallmeh, E., Byers, V. and Amr, A. (2017) ‘Informing quality in emergency care: understanding patient experiences’, *International Journal of Health Care Quality Assurance*. doi: 10.1108/09526862199400001.
- Tofighi, M. *et al.* (2022) ‘Time Management Behaviors and Emotional Intelligence in Head Nurses in Emergency and Intensive Care Units.’, *Creative Nursing*, 28(1), pp. 29–35.
- Vlachou, M. E. *et al.* (2016) ‘The Relationship between Burnout Syndrome and Emotional Intelligence in Healthcare Professionals’, *Health Science Journal*, 10(5). doi: 10.4172/1791-809X.1000100502.
- Wang, H. *et al.* (2018) ‘Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction’, *PLoS ONE*, 13(9), pp. 1–12. doi: 10.1371/journal.pone.0204113.
- Wang, W. *et al.* (2017) ‘Comparison of patient perceived primary care quality in public clinics, public hospitals and private clinics in rural China.’, *International Journal for Equity in Health*. *International Journal for Equity in Health*, 16(176), pp. 1–9. doi: 10.1186/s12939-017-0672-1.
- WHO (no date) *Quality of care*. Available at: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1.
- Zarei, E. and Shamsaddini, L. A. (2017) ‘Service Quality in Emergency Departments of the Public and Private Hospitals from the Patient’s Perspective.’, *Journal of Safety Promotion & Injury Prevention*, 5(1). Available at: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=126360678&site=ehost-live>.
- Αγγελή, Ε. and Μπαλιάζογλου, Γ. (2021) ‘Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και δείκτες ποιότητας σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)’, 14(2), pp. 39–48.
- Διαμαντοπούλου, Ι. Ε. (2014) *Η επίδραση της συναισθηματικής νοσημοσύνης σε εργασιακές και ψυχολογικές παραμετρους ελλήνων κλινικών νοσηλευτών*.

- Θανασάς, Ι. Κ. (2019) 'Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας', *Επιστημονικά Χρονικά*, 24(3), pp. 347–361.
- Καλογερόπουλος, Δ. and Χαραλάμπους, Γ. (2019) 'Ποιότητα Και Αποδοτικότητα Στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας Στην Ελλάδα-Ποιότητα Και Αποδοτικότητα Στην Υγεία', *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, B(1), pp. 0–1. doi: 10.5281/zenodo.3344633.
- Καλογεροπούλου, Μ. and Μουρδουκούτας, Π. (2009) *Τόμος Β' - Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση & Διοίκηση, Αποδοτικότητα, Ποιότητα*. Κλειδάριθμος.
- Κανιάκα, Σ. (2019) *Το ζήτημα της Εξάρτησης των Εφήβων από το Διαδίκτυο και ο Ρόλος της Συναισθηματικής Νοημοσύνης τους*.
- Καραδήμας, Θ. and Καραδήμα, Π. (2014) 'Η Συναισθηματική Νοημοσύνη ως αυθυπαρκτή έννοια και η χρησιμότητά της για το σύγχρονο άνθρωπο και τις επιχειρήσεις.', *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, 9(5).
- Κοντού, Χ. and Καλλέργης, Γ. (2014) 'Συσχέτιση των Ψυχολογικών Εκδηλώσεων των Νοσηλευτών με τα Επίπεδα της Συναισθηματικής τους Νοημοσύνης', *Hellenic Journal Of Nursing*, 53(4), pp. 327–333.
- Κουλούρης, Α. (2020) *Η ενσυναίσθηση των εργαζομένων στα Γ.Ε.Π και ο ρόλος της στην παρεχόμενη φροντίδα*.
- Κουράκος, Μ., Πουλημενάκου, Γ. and Μήτση, Α. (2018) 'Συναισθηματική νοημοσύνη και ηγεσία στη νοσηλευτική πράξη', *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 1(1), pp. 23–30.
- Κυριαζάνος, Δ. Ι. (2022) *Η επίδραση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης στα Οικονομικά της Υγείας*.
- Κωσταγιόλας, Π., Κατελίδου, Δ. and Χατζοπούλου, Μ. (2008) *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Εκδόσεις Παπασωτηρίου.
- Λεοντίου, Ι. (2006) 'Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και Κυπριακό Σύστημα Υγείας : Προτάσεις για βελτίωση της Υφιστάμενης κατάστασης.', *Cyprus Nursing Chronicles Journal*, 10(3), pp. 22–28.

- Λυδάκης, X. *et al.* (2014) ‘Συνωστισμός Στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών Ο Ρόλος Του «Ιατρείου Ταχείας Διακίνησης Περιστατικών Χαμηλής Επικινδυνότητας»’, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(3), pp. 336–41. Available at: www.mednet.gr/archives.
- Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. and Ζυγά, Σ. (2009) ‘Ποιότητα Παροχής Φροντίδας Στο Τμήμα Επειγόντων’, *Το Βήμα Του Ασκληπιου*, 8(1), pp. 25–40.
- Μπαλάσκα, Δ. and Μπιτσώρη, Ζ. (2015) ‘ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ’, *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 4(3), pp. 106–120.
- Παπακωστίδη, Α. and Τσουκαλάς, Ν. (2012) ‘Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της’, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), pp. 480–488.
- Παπανικολάου, Β. (2007) *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Πλατσίδου, Μ. (2004) ‘Συναισθηματική Νοημοσύνη : Σύγχρονες προσεγγίσεις μιας παλαιάς έννοιας.’
- Σεκούρης, Ν., Αποστολάκης, Ι. and Σαράφης, Π. (2021) ‘Η Ποιότητα Φροντίδας Υγείας των ΤΕΠ στην Ελλάδα’, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 13(2), pp. 19–29.
- Τούντας, Γ. (2008) *Υπηρεσίες Υγείας*. Εκδόσεις Οδυσσέας.
- Τσιότρας, Γ. Δ. (2002) *Βελτίωση Ποιότητας*. ΕΚΔΟΣΕΙΣ Ε. ΜΠΕΝΟΥ.
- Χαραλάμπους, Γ. (2018) ‘Σύγχρονες προκλήσεις στην Επείγουσα Φροντίδα Υγείας’, *Cyprus Nursing Chronicles Journal*, 18(1), pp. 6–7.

Κεφάλαιο Έβδομο:

7. Παράρτημα

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Αγαπητοί συναδέλφοι/ Αγαπητές συναδέλφισσες,

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο ερευνητικής μελέτης με τίτλο «Η διερεύνηση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης σε σχέση με την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου». Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει εγκριθεί από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Τα επίπεδα Συναισθηματικής Νοημοσύνης στον χώρο της υγείας, ιδιαίτερα στα τμήματα όπου υπάρχει αυξημένος φόρτος εργασίας, αυξημένα επίπεδα άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης, φαίνεται ότι επηρεάζουν την απόδοση των εργαζομένων, την εργασιακή συμπεριφορά, τη διαχείριση άγχους, καθώς και την απόδοση στην ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας. Τα τμήματα ΤΑΕΠ, αποτελούν ένα χώρο με αυξημένες απαιτήσεις στην ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας, όμως ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η ανεπαρκής στελέχωση και επικοινωνία, καθώς και άλλοι παράγοντες υποθάλπουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει σκοπό να διερευνήσει πώς η Συναισθηματική Νοημοσύνη συσχετίζεται με την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας στα τμήματα ΤΑΕΠ της Κύπρου.

Η συμμετοχή σας στη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη είναι εθελοντική και ανώνυμη. Οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους ερευνητικούς σκοπούς της μελέτης. Επίσης, με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συναινείτε στην εθελοντική σας συμμετοχή στην ερευνητική μελέτη και σημαίνει ταυτόχρονα ότι έχετε πληροφορηθεί.

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου εκτιμάται στα 5 λεπτά, εντούτοις δεν υπάρχει χρονικός περιορισμός συμπλήρωσης του. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 ερωτήσεις, όπου για απάντηση τοποθετείται το σύμβολο X στο πεδίο που επιλέγετε. Οποιαδήποτε στιγμή μπορείτε να διακόψετε τη συμπλήρωση του.

Με την ολοκλήρωση της ερευνητικής μελέτης, θα μπορείτε να έχετε πρόσβαση στην έκθεση συμπερασμάτων.

Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για το χρόνο σας.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου

Ονοματεπώνυμο ερευνήτριας: Λάουρα Πάρη

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 96304722

ΕΝΤΥΠΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο
Αρρεν _____ Θήλυ _____ Άλλο _____
2. Ηλικία
 - 22-39 _____
 - 40-59 _____
 - 60 και άνω _____
3. Τόπος διαμονής
 - Λευκωσία _____
 - Λεμεσός _____
 - Λάρνακα _____
 - Αμμόχωστος _____
 - Πάφος _____
4. Οικογενειακή κατάσταση
 - Άγαμος/η _____
 - Έγγαμος/η / Σε συμβίωση _____
 - Διαζευγμένος/νη _____
 - Χήρος/α _____
5. Μορφωτικό επίπεδο
 - Προπτυχιακό πρόγραμμα _____
 - Μεταπτυχιακό πρόγραμμα _____
 - Διδακτορικό πρόγραμμα _____
 - Άλλο _____
6. Επάγγελμα
 - Γιατρός _____
 - Νοσηλεύτής/τρια _____
7. Το τμήμα ΤΑΕΠ όπου εργάζεστε είναι:
 - Ιδιωτικό _____
 - Δημόσιο _____
8. Χρόνια εμπειρίας ως επαγγελματίας υγείας
 - ≤5 χρόνια _____
 - 5-10 χρόνια _____
 - 11-20 χρόνια _____
 - >20 χρόνια _____
9. Χρόνια εμπειρίας ως επαγγελματίας υγείας στα ΤΑΕΠ
 - ≤5 χρόνια _____
 - 5-10 χρόνια _____
 - 11-20 χρόνια _____
 - >20 χρόνια _____
10. Συνήθως ο χρόνος που εργάζεστε ανά βάρδια είναι:

- ≤8 ώρες _____
- >8 ώρες _____

Συναισθηματική Νοημοσύνη

11. Γνωρίζεις τι είναι η Συναισθηματική Νοημοσύνη;

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

		Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
12.	Δυσκολεύομαι να αντιληφθώ τα μη λεκτικά μηνύματα των άλλων ανθρώπων.					
13.	Μπορώ να αντιληφθώ τα μη λεκτικά μηνύματα που στέλνω εγώ σε άλλους ανθρώπους.					
14.	Ξέρω τι αισθάνονται οι άλλοι απλά κοιτάζοντας τους					
15.	Συνήθως μπορώ να «μπω στη θέση του άλλου» και να καταλάβω τα συναισθήματά του					
16.	Συχνά εμπλέκομαι σε καταστάσεις που αργότερα μετανιώνω.					
17.	Συνήθως μπορώ να ελέγξω τα συναισθήματά μου.					
18.	Όταν αντιμετωπίζω μια πρόκληση, τα παρατάω γιατί πιστεύω πως θα αποτύχω.					
19.	Αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου.					
20.	Βοηθώ τους άλλους ανθρώπους να νιώσουν καλύτερα όταν δεν έχουν καλή διάθεση.					
21.	Όταν είμαι ευδιάθετος/τη, αντιμετωπίζω τα προβλήματα εύκολα.					
22.	Οι άνθρωποι δυσκολεύονται να με εμπιστευτούν.					
23.	Όταν οι άλλοι αναφέρονται σε ένα γεγονός που πέρασαν στη ζωή τους, αισθάνομαι πως το έχω βιώσει και εγώ.					
24.	Συχνά δυσκολεύομαι να υπερασπισθώ τα δικαιώματά μου.					
25.	Συχνά δυσκολεύομαι να δείχνω στοργή στους κοντινούς μου ανθρώπους					

Ποιότητα Παρεχόμενης Φροντίδας

		Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
26.	Το ιατρικό προσωπικό εξηγεί με απλό και κατανοητό λόγο την κατάσταση υγείας του ασθενή.					
27.	Το ιατρικό προσωπικό συνήθως δεν ανταποκρίνεται στην ανάγκη των ασθενών για περαιτέρω πληροφορίες και επεξηγήσεις.					
28.	Οι ασθενείς φαίνεται να έχουν εμπιστοσύνη στο ιατρικό προσωπικό.					
29.	Το ιατρικό προσωπικό ανταποκρίνεται με φιλικότητα και ευγένεια απέναντι στους ασθενείς.					
30.	Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πρόθυμο να βοηθήσει.					
31.	Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ανταποκρίνεται με φιλικότητα και ευγένεια απέναντι στους ασθενείς					
32.	Το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται με επαγγελματισμό.					
33.	Οι ασθενείς φαίνεται να μην έχουν εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό.					
34.	Το τμήμα των Πρώτων Βοηθειών είναι συντονισμένο και οργανωμένο.					
35.	Το τμήμα των Πρώτων Βοηθειών δεν έχει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό.					

36. Συνήθως, ο χρόνος αναμονής των ασθενών προς εξέταση στα τμήματα Πρώτων Βοηθειών είναι αυξημένος.

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

37. Συνήθως, ο χρόνος αναμονής για εύρεση κλίνης για τους ασθενείς που χρήζουν εισαγωγής στο νοσηλευτήριο είναι αυξημένος.

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

38. Συνήθως, γίνεται ορθή διαλογή των ασθενών στο τμήμα των Πρώτων Βοηθειών.

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

39. Συνήθως, οι εγκαταστάσεις στο τμήμα των Πρώτων Βοηθειών είναι καθαρές.

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

40. Συνήθως, δεν υπάρχουν διαθέσιμοι ειδικοί ιατροί για ανταπόκριση στα τμήματα Πρώτων Βοηθειών.

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____