



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε νοσηλευτικά τμήματα

Γενικού Νοσοκομείου Παιδων

Χρηστίνα Μεϊντάνη

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

Ιούλιος, 2013

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε νοσηλευτικά τμήματα Γενικού  
Νοσοκομείου Παίδων**

Χρηστίνα Μεϊντάνη

Επιβλέπων Καθηγητής  
Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

Ιούλιος, 2013

Copyright © Χρηστίνα Μείντάνη, 2013

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved

Η παρούσα διπλωματική μεταπτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια των απαιτήσεων του μεταπτυχιακού προγράμματος ειδίκευσης στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας του ΑΠΚΥ. Η έγκρισή της δεν δηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του ΑΠΚΥ

## Ευχαριστίες

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον Δρα Βασίλειο Ραφτόπουλο για τη δυνατότητα που μου έδωσε να εκπονήσω την παρούσα ερευνητική εργασία με την παραχώρηση του ερευνητικού εργαλείου SAQ. Η καθοδήγηση του υπήρξε πολύτιμη στην προσπάθεια μου να προσεγγίσω με τον πιο έγκαιρο επιστημονικά τρόπο την παρούσα έρευνα.

Ευχαριστώ το Επιστημονικό Συμβούλιο και τη Διοίκηση του νοσοκομείου που μου επέτρεψαν την διεξαγωγή της παρούσας εργασίας και τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα διαθέτοντας μέρος του πολύτιμου χρόνου τους.

Ευχαριστώ την κα Αναργυρούλα Πρεζεράκου για την καθοριστική συμβολή της στην επεξεργασία και την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων.

Θέλω να ευχαριστήσω ολόψυχα την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση της στην προσπάθεια μου να παρακολουθήσω το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών ‘Διοίκηση Μονάδων Υγείας’ στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

## Κατάλογος πινάκων

<b>Πίνακας</b>	<b>Σελ</b>
Πίν. 1.1 Διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας	18
Πίν. 2.1 Λίστα ελέγχου για την Ασφαλή Πρακτική κατά την Χειρουργική Πρακτική	31
Πίν. 2.2 Η πιθανότητα να συμβεί ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά την περίθαλψη των ασθενών τόσο νοσοκομειακά όσο και εξωνοσοκομειακά επί %	33
Πίν. 2.3 Πιθανότεροι κίνδυνοι κατά τη νοσοκομειακή φροντίδα επί %	34
Πίν. 3.1 Ερευνητικά εργαλεία αξιολόγησης και η περιγραφή τους	38
Πίν. 3.2 Παράγοντες που εκτιμώνται στα εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών	39
Πίν. 4.1 Οικογενειακή κατάσταση ανα ειδικότητα	56
Πίν. 4.2 Διαφορές στη μέση ηλικία	56
Πίν. 4.3 Επαγγελματική ιδιότητα ανα τμήμα εργασίας	57
Πίν. 4.4 Συνολικός χρόνος εργασίας στο τμήμα	58
Πίν. 4.5 Ανάλυση αρχικών παραγόντων ερωτηματολογίου μεταξύ ιατρών, νοσηλευτικό προσωπικό και φυσικοθεραπευτών	58
Πίν. 4.6 Ποσοστό θετικής απάντησης ‘Με το πέρας του ωραρίου δεν έχω όρεξη για τίποτα λόγω κούρασης’	61
Πίν. 4.7 Ποσοστό θετικής απάντησης ‘Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση’	61
Πίν. 4.8 Ποσοστό θετικής απάντησης ‘Αισθάνεστε ότι το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους για εσάς’	62
Πίν. 4.9 Θετικός Βαθμός εξουθένωσης	62
Πίν. 4.10 Ικανοποίηση από την εργασία SAQ	63
Πίν. 4.11 Κλίμα ασφάλειας SAQ	64
Πίν. 4.12 Αναγνώριση του στρες SAQ	65
Πίν. 4.13 Εργασιακές συνθήκες του SAQ	66
Πίν. 4.14 Ομαδική εργασία του SAQ	67
Πίν. 4.15 Αντιλήψεις για τη διοίκηση του SAQ	68
Πίν. 4.16 Μέσες τιμές των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου SAQ ανά εργασία, δημογραφικά χαρακτηριστικά και ερωτήσεων 0-10	73

Κατάλογος γραφημάτων

**Γράφημα**

**Σελ**

Γράφ. 4.1 Πλήθος Ανταπόκρισης Δείγματος

**55**

Γράφ. 4.2 Επίπεδο εκπαίδευσης ανά κατηγορία

**57**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>9</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>10</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>11</b>
<b>I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>14</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	<b>15</b>
<b>Ορισμοί εννοιών</b>	<b>15</b>
1.1 Η ποιότητα της φροντίδας υγείας	15
1.2 Η ασφάλεια ως διάσταση της ποιότητας της φροντίδας υγείας	17
1.3 Η έννοια της κουλτούρα ασφάλειας	19
1.4 Η έννοια του κλίματος ασφάλειας	21
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	<b>23</b>
<b>Η ασφάλεια του ασθενούς στα πλαίσια της παρεχόμενης φροντίδας υγείας</b>	<b>23</b>
2.1 Η διερεύνηση των παραγόντων της μη ασφαλούς φροντίδας υγείας	23
2.2 Το φορτίο και το οικονομικό κόστος της μη ασφαλούς φροντίδας υγείας	25
2.3 Οι πρωτοβουλίες του ΠΟΥ για την ασφάλεια του ασθενούς	27
2.3.1 Το περιεχόμενο της παγκόσμιας συμμαχίας για την ασφάλεια των ασθενών	28
2.4 Οι νομοθετικές ρυθμίσεις της ΕΕ για την ασφάλεια του ασθενούς	32
2.5 Η έρευνα του Ευρωβαρόμετρου	32
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	<b>35</b>
<b>Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας</b>	<b>35</b>
3.1 Η σημασία της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας	35
3.2 Τα ερευνητικά εργαλεία αξιολόγησης	37
3.3 Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης	41
3.4 Αποτελέσματα Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης	42
<b>II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>50</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	<b>51</b>
4.1 Σκοπός	51
4.2 Σημασία της έρευνας	51
4.3 Δείγμα και Μέθοδος	51
4.4 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου	52
4.5 Επεξεργασία των δεδομένων και στατιστική ανάλυση	53
4.5 Ηθικά ζητήματα της έρευνας	54

4.7 Αποτελέσματα	55
4.7.1 Ποσοστό ανταπόκρισης	55
4.7.2 Κοινωνικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά	55
4.7.3 Ποσοστά απαντήσεων στις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου	58
4.7.4 Αποτελέσματα των παραγόντων του SAQ	62
4.7.5 Συσχέτιση των γενικών παραγόντων του ερωτηματολογίου με SAQ	68
4.7.6 Ανάλυση αξιοπιστίας	74
4.7.7 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης	75
4.8 Συζήτηση	77
4.9 Συμπεράσματα	84
4.9.1 Περιορισμοί	85
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>86</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</b>	<b>93</b>
<b>ΙΙ. ΑΔΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>	<b>98</b>



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η κουλτούρα ασφάλειας θεωρείται καθοριστικός παράγοντας για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού κλίματος ασφάλειας των ασθενών.

**Σκοπός:** Η παρούσα ερευνητική εργασία είχε ως σκοπό να διερευνήσει τους παράγοντες που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας σε νοσηλευτικά τμήματα Γενικού Νοσοκομείου Παίδων.

**Δείγμα και Μέθοδος:** Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 171 επαγγελματίες υγείας στους οποίους δόθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε την Ελληνική έκδοση του εργαλείου SAQ 'Στάσεις για την Ασφάλεια'. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS version 19.

**Αποτελέσματα:** Έγινε επεξεργασία σε 130 (76%) έγκυρα ερωτηματολόγια από ένα σύνολο 171 επαγγελματιών υγείας που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής. Η μέση ηλικία για το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν  $37,19 \pm 8,08$ , τους φυσικοθεραπευτές  $43,8 \pm 3,96$  και για τους ιατρούς  $44,50 \pm 12,52$  ( $p=0,001$ ) και ο συνολικός χρόνος εργασίας ήταν για το νοσηλευτικό προσωπικό  $9,89 \pm 7,74$ , για τους φυσικοθεραπευτές  $10,5 \pm 11,55$  και για τους ιατρούς  $9,84 \pm 10,46$ . Το συνολικό κλίμα ασφάλειας δεν μπορεί να κριθεί θετικό καθώς μόνο η παράμετρος της εργασιακής ικανοποίησης προσέγγισε το όριο του θετικού σκορ με μέση τιμή  $74,60 \pm 18,51$  ( $p=0,039$ ). Ειδικότερα το προσωπικό με λιγότερη εργασιακή εμπειρία βαθμολόγησε χαμηλότερα την ικανοποίηση από την εργασία με μέση τιμή  $68,15 \pm 17,55/81,37 \pm 17,13$ , την ομαδική εργασία  $62,56 \pm 12,83/72,08 \pm 14,11$ , το κλίμα ασφάλειας  $58,37 \pm 12,16/68,22 \pm 15,06$ , τις εργασιακές συνθήκες  $53,07 \pm 19,69/68,22 \pm 19,87$  και τις αντιλήψεις για τη διοίκηση  $42,15 \pm 16,97/58,55 \pm 19,78$  με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,001$ ). Όσοι βαθμολόγησαν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο τμήμα κάτω από τη διάμεσο τιμή, αξιολόγησαν τους παράγοντες του ερωτηματολογίου χαμηλότερα και ειδικότερα οι αντιλήψεις για τη διοίκηση βαθμολογήθηκαν με την πιο χαμηλή μέση τιμή  $45,34 \pm 18,65/56,56 \pm 20,30$  με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,002$ ). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 'Μονάδων' και των 'Κλινικών'.

**Συμπεράσματα:** Το συνολικό κλίμα ασφάλειας δεν κρίνεται ικανοποιητικό γεγονός που καθιστά απαραίτητη την οργανωμένη προσπάθεια παρέμβασης όπως είναι η καλλιέργεια και η ενίσχυση της συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την προστασία της ασφάλειας των ασθενών.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Κουλτούρα ασφάλειας, κλίμα ασφάλειας, ασφάλεια ασθενών, SAQ

## ABSTRACT

**Introduction:** The safety culture is a key factor for achieving a satisfactory patient safety climate.

**Purpose:** This research project was designed to investigate the factors associated with safety climate in the nursing units of a General Hospital for Children.

**Sample and Method:** The sample of this study consisted of 171 health professionals who have completed an anonymous and self-administered questionnaire that included the Greek version of the tool SAQ 'Attitudes to Safety'. The statistical analysis was performed using the statistical package SPSS version 19.

**Results:** one hundred and thirty (76%) valid questionnaires from a total of 171 health care professionals who met the inclusion criteria have been processed. The average age for the nurses was  $37.19 \pm 8.08$ , of physiotherapists  $43.8 \pm 3.96$  and of the physicians  $44.50 \pm 12.52$  ( $p=0.001$ ) and the total working time was for the nursing staff was  $9.89 \pm 7.74$ , for the physiotherapists  $10.5 \pm 11.5$  and the physicians was  $9.84 \pm 10.46$ . The overall safety climate cannot be judged positive. The only factor that has been rated positively was the job satisfaction which was near to the limit of the positive scores with mean  $74.60 \pm 8.51$  ( $p=0,039$ ). In particular the staff with less working experience rated lower on job satisfaction with mean  $68.15 \pm 17.55$  vs  $81.37 \pm 17.13$ , teamwork  $62.56 \pm 12.83$  vs  $72.08 \pm 14.11$ , safety climate  $58.37 \pm 12.16$  vs  $68.22 \pm 15.06$ , working conditions  $53.07 \pm 19.69$  vs  $68.22 \pm 19.87$  and perceptions of management  $42.15 \pm 16.97$  vs  $58.55 \pm 19.78$  with statistical significant difference ( $p < 0.001$ ). Those who have rated their quality of health services in their unit below the median, evaluated the factors in the questionnaire below and particular scored perceptions of management with the lowest mean  $45.34 \pm 18.65$  vs  $56.56 \pm 20.30$  ( $p=0.002$ ). No statistically significant difference between the 'Critical Care Units' and the 'Clinics' has been found.

**Conclusions:** The overall safety climate is not considered satisfactory which necessitates a planned attempt to intervene as to nurture and strengthen the cooperation between health professionals in order to protect patient safety.

**Keywords:** safety culture, safety climate, safety of patients, SAQ

## Εισαγωγή

Ο Donabedian θεωρείται ο θεμελιωτής της έννοιας της ποιότητας της φροντίδας υγείας προσεγγίζοντας την σε επίπεδο δομής, διαδικασιών και αποτελέσματος. Υποστήριξε ότι «η καλή δομή αυξάνει την πιθανότητα για μια καλή διαδικασία και μία καλή διαδικασία αυξάνει την πιθανότητα ενός καλού αποτελέσματος» (Donabedian, 1988). Όρισε τη δομή (ή την εισροή) ως τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα και τους πόρους που απαιτούνται για την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Η διαδικασία αναφέρεται στη χρήση των πόρων δηλαδή το τι πραγματικά επιτυγχάνεται κατά την παροχή και τη λήψη της φροντίδας. Αυτή μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε διαδικασία που δίνει πληροφορίες με το τι συμβαίνει στον ασθενή δηλαδή τον αριθμό των παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται στο χρήστη των υπηρεσιών υγείας καθώς και σε οργανωσιακά θέματα (π.χ. είναι η διαχείριση της λίστας αναμονής, οι αμοιβές του προσωπικού, ο εφοδιασμός με φάρμακα). Τα αποτελέσματα δηλώνουν τις επιδράσεις της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στο επίπεδο της υγείας των ασθενών και γενικότερα του πληθυσμού και εμπεριέχει τελικά αποτελέσματα (π.χ. θνησιμότητα, θνητότητα, ανικανότητα ή το επίπεδο της ποιότητας ζωής) (Donabedian, 1988).

Η ασφάλεια των ασθενών αν και αποτελεί μια πιο στενή έννοια της ποιότητας της φροντίδας υγείας, αποτελεί αντικείμενο παγκόσμιου ενδιαφέροντος και θεωρείται θεμελιώδης αξία για την επίτευξη υψηλού επιπέδου ποιότητας στα συστήματα υγείας (COM, 2008). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την έλλειψη ασφάλειας των ασθενών ως «*μία διαδικασία ή ενέργεια παράλειψης ή σύμπραξης η οποία προκαλεί επικίνδυνες συνθήκες υγείας ή και ακόμα ανεπιθύμητη βλάβη στους ασθενείς* (WHO, 2006). Σύμφωνα με εκτιμήσεις υπολογίζεται ότι στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα ασθενείς βλάπτεται κατά την νοσοκομειακή του περίθαλψη είτε λόγω κάποιου λάθους είτε κάποιου ανεπιθύμητου συμβάντος ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες η πιθανότητα να υποστεί βλάβη είναι πολύ πιο αυξημένη (WHO, 2004).

Σε έκθεση του Αμερικάνικου Ινστιτούτου Ιατρικής δηλώνεται πως "το να κάνει κάποιος λάθος είναι ανθρώπινος και μάλιστα αναφέρεται πως τα ανθρώπινα λάθη είναι εκείνα που προκαλούν συμβάντα στην ασφάλεια των ασθενών τα οποία είναι δυνατόν να οφείλονται τόσο στην πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας όσο και στην οργανωσιακή αποτυχία και όχι αποκλειστικά στην εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών υγείας από τους επαγγελματίες

υγείας (Kohn et al, 2000). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ως "συμβάν" ορίζεται το γεγονός ή η κατάσταση που θα μπορούσε να προκαλέσει ή προκάλεσε μία μη απαραίτητη βλάβη στους ασθενείς ενώ "λάθος" θεωρείται η αποτυχία να εφαρμοστεί μια προγραμματισμένη δράση όπως προβλέπεται καθώς και η λανθασμένη εφαρμογή ενός σχεδίου (Runchiman et al, 2009).

Η προσέγγιση του ανθρώπινου λάθους, σύμφωνα με τη θεωρία του ανθρώπινου παράγοντα, θεωρεί ότι το άτομο έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε ασφαλείς ή μη τρόπους συμπεριφοράς και η ευθύνη ανήκει αποκλειστικά στο άτομο ή στην ομάδα ατόμων στην περίπτωση που προκληθεί κάποιο λάθος παραβλέποντας ότι οι πιο ικανοί άνθρωποι είναι δυνατόν να διαπράξουν τα χειρότερα λάθη και δεύτερον ότι τα λάθη επαναλαμβάνονται καθώς μπορούν να προκληθούν παρόμοια υπό τις ίδιες προϋποθέσεις ανεξάρτητα από τα άτομα που εμπλέκονται στην διαδικασία (Reason, 2000).

Η συστημική προσέγγιση παραδέχεται ότι οι άνθρωποι σφάλουν και πως λάθη παρατηρούνται ακόμη και στους πιο αξιόπιστους οργανισμούς. Τα λάθη δεν αντιμετωπίζονται σαν αίτια αλλά σαν αποτελέσματα που η προέλευση τους εντοπίζεται σε συστημικούς παράγοντες και όχι στην ανθρώπινη φύση. Η λήψη μέτρων αντιστάθμισης των λαθών βασίζεται στην παραδοχή ότι εάν και δεν είναι εφικτή η αλλαγή της ανθρώπινης φύσης ωστόσο είναι δυνατόν να τροποποιηθούν οι συνθήκες εργασίας και η κεντρική ιδέα της συστημικής προσέγγισης στηρίζεται στα επίπεδα ασφάλειας του συστήματος (Reason, 2000).

Η έννοια της κουλτούρας της ασφάλειας έτσι όπως δηλώνεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Ποιότητα στην Υγεία αναφέρεται σε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο ατομικών και οργανωτικών συμπεριφορών το οποίο βασίζεται σε κοινές πεποιθήσεις και αξίες με διαρκή στόχο να ελαχιστοποιήσει την βλάβη των ασθενών η οποία είναι δυνατόν να προκύπτει κατά την διαδικασία της παροχής φροντίδας (EUNetPaS, 2010). Εάν η κουλτούρα και το κλίμα ασφάλειας είναι έννοιες εναλλασσόμενες στις υπηρεσίες υγείας, το κλίμα ασφάλειας συγκεκριμένα αποτελεί μια μετρήσιμη συνιστώσα της κουλτούρας της ασφάλειας και είναι δυνατόν να εκφράζεται μέσω των συστημάτων ασφάλειας, των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για την ασφάλεια καθώς και των διοικητικών συμπεριφορών (Kho et al, 2009).

Η αξιολόγηση επομένως του κλίματος της ασφάλειας αποτελεί έναν ασφαλή δείκτη για το επίπεδο ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας που επικρατεί σε έναν οργανισμό και παρέχει σημαντική πληροφόρηση για τις αλλαγές που χρειάζονται να πραγματοποιηθούν με σκοπό τη γενικότερη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας. Η σπουδαιότητα της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας οδήγησε στην ανάπτυξη αντίστοιχων ψυχομετρικών εργαλείων (Singla et al, 2006).

Η παρούσα ερευνητική εργασία περιλαμβάνει δύο ευδιάκριτα μέρη. Στο γενικό μέρος γίνεται προσπάθεια να προσεγγιστούν οι έννοιες της ποιότητας της φροντίδας, η κουλτούρα και το κλίμα ασφάλειας αναφέροντας τα κύρια γνωρίσματα τους. Στη συνέχεια γίνεται προσπάθεια να αναλυθούν οι παράγοντες της μη ασφαλοϋς φροντίδας, όπως επίσης το φορτίο και το οικονομικό κόστος της. Ακολούθως αναφέρονται οι πρωτοβουλίες του ΠΟΥ και οι νομοθετικές ρυθμίσεις της ΕΕ για την ασφάλεια των ασθενών καταγράφοντας κάποια αποτελέσματα από την έρευνα του Ευρωβαρόμετρου. Επιπρόσθετα προσεγγίζεται η σπουδαιότητα της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας και παρουσιάζονται τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ερευνητικά εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας. Τέλος περιγράφεται η μεθοδολογία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και αναφέρονται τα αποτελέσματά της.

Στο ειδικό μέρος αναφέρεται ο σκοπός και η σπουδαιότητα της παρούσας ερευνητικής εργασίας αναλύοντας το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε καθώς και τη μέθοδο επεξεργασίας των δεδομένων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας με την ερμηνεία και το σχολιασμό των αποτελεσμάτων καταλήγοντας με την συνοπτική παρουσίαση των κύριων σημείων της έρευνας.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Ορισμοί εννοιών

### 1.1 Η έννοια της ποιότητας της φροντίδας υγείας

Σύμφωνα με το θεμελιώδες έργο του Avedis Donabedian (1988), το πρώτο βήμα για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας περιλαμβάνει τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας καθώς περιλαμβάνει πολλές πιθανές σημασίες. Η επιλογή του κατάλληλου εννοιολογικού πλαισίου εξαρτάται από το επίπεδο της ανάλυσης. Επομένως είναι δυνατόν κάθε φορά να χρησιμοποιούνται διαφορετικοί ορισμοί ανάλογα με την προβλεπόμενη χρήση τους καθώς και με την φύση και το εύρος των αρμοδιοτήτων του ατόμου που τους καθορίζει. Επισημαίνεται πως ο προσδιορισμός του εννοιολογικού πλαισίου της ποιότητας της φροντίδας συνεχώς αλλάζει καθώς αυτό πλέον δεν άπτεται μόνο των αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών υγείας και των ερευνητών αλλά λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις και οι απόψεις των ασθενών, του κοινού καθώς και άλλων καθοριστικών συντελεστών (Brook et al, 1996, Shaw and Kalo, 2002).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980) η ποιότητα ορίζεται ως «η πιθανότητα επίτευξης επιθυμητών στόχων με τη χρήση θεμιτών μέσων» ενώ η ποιότητα της φροντίδας θεωρείται ως «αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους σημεία της». Επίσης υποστήριξε ότι είναι απαραίτητο πριν την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας να διευκρινίζεται εάν ο ορισμός της ποιότητας εμπεριέχει οικονομικά κριτήρια καθώς ο ίδιος αρχικά υιοθέτησε μια ‘μαξιμαλιστική θέση’ έναντι της ποιότητας σύμφωνα με την οποία δεν λαμβάνεται υπόψη το οικονομικό κόστος και η υψηλότερη δυνατή ποιότητα ορίζεται ως το επίπεδο εκείνο που μπορεί να προσδοκάται για να επιτευχθεί η μεγαλύτερη βελτίωση στο επίπεδο της υγείας. Ωστόσο αργότερα φαίνεται να αντιλαμβάνεται την ποιότητα σύμφωνα με τη θεωρία της αξίας όπου η ποιότητα ορίζεται ως η μέγιστη δυνατή ποσότητα λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των εισροών που είναι διαθέσιμες.

Το 1990 το Ινστιτούτο της Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (Institute of Medicine, IOM) λαμβάνοντας υπόψη τους πολυάριθμους ορισμούς της ποιότητας της φροντίδας που συναντώνται στην βιβλιογραφία, καταλήγει να την προσδιορίσει εννοιολογικά ως «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης επιθυμητών αποτελεσμάτων για τα άτομα και τους πληθυσμούς οι οποίες θα πρέπει να συνάδουν με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση» (IOM, 1990). Οι Evans et al. (2001) συγκρίνοντας τους δυο ορισμούς θεωρούν πως το IOM αντιλαμβάνεται την ποιότητα της φροντίδας με μια πιο στενή έννοια καθώς επικεντρώνεται στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και όχι στην βελτίωση της συνολικής ευημερίας των ασθενών σύμφωνα με τον ορισμό του Donabedian. Μία άλλη διάκριση των δυο εννοιών είναι ότι σύμφωνα με τον ορισμό του IOM μετατίθεται το ενδιαφέρον από τους ασθενείς στα άτομα και στο γενικότερο σύνολο και επιπλέον επισημαίνονται οι έννοιες της προαγωγής υγείας και της πρόληψης της ασθένειας στην ποιότητα της φροντίδας και δεν γίνεται πλέον μόνο αναφορά στη θεραπεία και στην αποκατάσταση. Επιπλέον ο ορισμός του IOM προσθέτει την έννοια των «επιθυμητών αποτελεσμάτων» για να τονίσει την ανάγκη θεώρησης τους από την πλευρά των αποδεκτών των υπηρεσιών και συνάμα να επισημάνει πως η φροντίδα θα πρέπει «να συνάδει με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση» γεγονός που τονίζει την ανάγκη καθορισμού προτύπων κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (Department of Health, 1997), ορίζει την ποιότητα της φροντίδας ως «το να κάνεις τα σωστά πράγματα (τι;), στους σωστούς ανθρώπους (σε ποιους;), τη σωστή στιγμή (πότε;) και τέλος κάνοντας τα πράγματα σωστά από την πρώτη στιγμή» ενώ το Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe, 1998) ορίζει την ποιότητα της φροντίδας ως «στο βαθμό κατά τον οποίο η παροχή της θεραπείας αυξάνει τις πιθανότητες του ασθενούς για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων και περιορίζει τις πιθανότητες μη επιθυμητών αποτελεσμάτων λαμβάνοντας υπόψη το τρέχον επίπεδο της γνώσης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσδιορίζει την ποιότητα της φροντίδας ως «το επίπεδο επίτευξης των πραγματικών σκοπών των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση της υγείας και της ανταπόκρισης στις θεμιτές προσδοκίες του πληθυσμού» (WHO, 2000).



## 1.2 Η ασφάλεια ως διάσταση της ποιότητας της φροντίδας

Η ποιότητα της φροντίδας εμπεριέχει ένα σύνολο διαστάσεων ανάλογα με τον εννοιολογικό της προσδιορισμό. Οι πιο συχνές διαστάσεις που χρησιμοποιούνται αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα με φθίνουσα σειρά συχνότητας (WHO, 2008). Οι διαστάσεις της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας χρησιμοποιούνται σε όλους τους ορισμούς της ποιότητας φροντίδας που αναλύθηκαν παραπάνω. Ο Donabedian υπογραμμίζει ότι η αποτελεσματικότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο επιτυγχάνονται εφικτές βελτιώσεις στην υγεία σύμφωνα με τον Donabedian (1980) ενώ η αποδοτικότητα αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων πραγματοποιείται μέσω της οικονομικά αποτελεσματικότερης διαχείρισης των πόρων δηλαδή αναφέρεται στην ικανότητα του συστήματος να λειτουργεί με το χαμηλότερο κόστος χωρίς να περιορίζονται τα εφικτά και επιθυμητά αποτελέσματα (Donabedian, 2003).

Η προσβασιμότητα αποτελεί μία εξίσου σημαντική διάσταση της ποιότητας της φροντίδας πλην της εννοιολογικής προσέγγισης του IOM, η οποία αναφέρεται στη δυνατότητα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας να έχουν στη διάθεση τους τη φροντίδα της υγείας τους στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους (WHO, 1998). Καθοριστικό παράγοντα της ποιότητας της φροντίδας αποτελεί η ασφάλεια η οποία αναφέρεται στην μείωση του κινδύνου και ειδικότερα η ασφάλεια του ασθενούς θεωρείται ως «η ελευθερία από τυχαίο τραυματισμό λόγω της ιατρικής φροντίδας ή ιατρικών λαθών» (IOM, 2001) και στην περίπτωση αυτή το ιατρικό λάθος ορίζεται ως «η αποτυχία ολοκλήρωσης μιας προγραμματισμένης ενέργειας όπως προβλεπόταν ή η χρήση ενός λάθους σχεδίου για την επίτευξη ενός σκοπού λαμβάνοντας υπόψη τα προβλήματα στα προϊόντα, στις διαδικασίες και στα συστήματα» (Kohn et al, 2000). Επίσης η διάσταση της ισότητας χρησιμοποιείται συχνά για τον καθορισμό της ποιότητας της φροντίδας ωστόσο δεν πρέπει να συγχέεται με την έννοια της ισοτιμίας καθώς υποδηλώνει ζητήματα δικαιοσύνης καθώς τα άτομα είναι δυνατόν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας περισσότερο από κάποια άλλα στα πλαίσια των ιδιαίτερων αναγκών τους αλλά και στην προσπάθειά τους να επωφελούνται περισσότερο (WHO, 2008).

Χρειάζεται να σημειωθεί πως το σύνολο των υπόλοιπων διαστάσεων (πχ. η καταλληλότητα, η αποδοχή, η έγκαιρη παροχή) προσδιορίζουν το βαθμό που η φροντίδα ανταποκρίνεται στις

ιατρικές και κοινωνικές ανάγκες των ασθενών και δεν θεωρούνται ήσσονος σημασίας καθώς θεωρείται πως αυτές οι διαστάσεις της ποιότητας σχετίζονται ή έχουν ενταχθεί σε άλλες πιο συχνά χρησιμοποιούμενες διαστάσεις. Η παροχή λοιπόν της ενδεδειγμένης φροντίδας ανάλογα με τις κλινικές ανάγκες βάσει τεκμηριωμένων οδηγιών και πρωτοκόλλων (καταλληλότητα) συχνά αποτελεί παράμετρο της αποτελεσματικότητας (OECD, 2006).

Επιπλέον η έγκαιρη παροχή της φροντίδας υγείας περιλαμβάνει αφενός ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας λαμβάνουν τη φροντίδα υγείας όταν τη χρειάζονται και αφετέρου ότι υφίσταται ένας συντονισμός των σταδίων κατά την παροχή της φροντίδας. Η διάσταση αυτή παρουσιάζεται συχνά συνδυαστικά με τη διάσταση της ανταπόκρισης η οποία θέτει τον χρήστη στο επίκεντρο κατά την παροχή της φροντίδας προσπαθώντας να ικανοποιήσει τις προσδοκίες του από το σύστημα. Επίσης η συνέχεια της συντονισμένης φροντίδας από τις διάφορες ομάδες επαγγελματιών υγείας μέσω διαφορετικών προγραμμάτων και η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και των οικογενειών τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας θέτουν τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας στο επίκεντρο της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (WHO, 2008).

**Πίνακας 1.1: Διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας**

	<b>Donabedian (1988)</b>	<b>Department of Health (1997)</b>	<b>Council Of Europe(1998)</b>	<b>IOM (2001)</b>	<b>JCAHO (2006)</b>
<b>Αποτελεσματικότητα</b>	x	x	x	x	x
<b>Αποδοτικότητα</b>	x	x	x	x	x
<b>Προσβασιμότητα</b>	x	x	x		x
<b>Ασφάλεια</b>	x		x	x	x
<b>Ισοτιμία</b>	x	(x)		x	
<b>Καταλληλότητα</b>	x		x		x
<b>Έγκαιρη</b>		x		x	x
<b>Αποδοχή</b>			x		
<b>Ανταπόκριση</b>				x	
<b>Βελτίωση της υγείας</b>	x	x			
<b>Συνέχεια</b>				x	

Πηγή: WHO, 2008

### 1.3 Η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας

Ο όρος της κουλτούρας ασφάλειας απέκτησε την πρώτη επίσημη χρήση της στην αρχική αναφορά για το ατύχημα του Chernobyl (IAEA, 1986) καθώς σε εκείνη την αναφορά έγινε προσπάθεια να διαμορφωθεί το κατάλληλο πλαίσιο που θα επεξηγούσε τα οργανωσιακά λάθη και τις παρακάμψεις στην λειτουργία του σταθμού που οδήγησαν στις συνθήκες της καταστροφής. Σε αναφορές από δημόσιες έρευνες επισημαίνεται πως η ελλιπής κουλτούρα ασφάλειας σε εταιρείες εκμετάλλευσης θεωρήθηκε καθοριστικός παράγοντας για διάφορα ατυχήματα υψηλής σημασίας όπως είναι η έκρηξη στην Piper-Alpha σε πλατφόρμα πετρελαίου στη Βόρεια Θάλασσα, την πυρκαγιά στον υπόγειο σταθμό King's Cross, το ναυάγιο του Herald of Free Enterprise στο επιβατηγό οχηματαγωγό πλοίο, και η συντριβή του επιβατικού τρένου στο Clapham Junction (Yule, 2003).

Η σχέση ανάμεσα στην κουλτούρα ασφάλειας και στην ασφαλή λειτουργία δεν μπορεί να τεθεί σε αμφισβήτηση (Cox & Flin, 1998). Μάλιστα, ο Reason (1998) υποστηρίζει ότι η φράση «τίνος έχει έρθει η ώρα» περιγράφει το εννοιολογικό υπόβαθρο της. Ωστόσο δεν υπάρχει συγκεκριμένος ορισμός για δυο λόγους: πρώτον γιατί διάφοροι ερευνητές δίνουν έμφαση σε διαφορετικά στοιχεία της κουλτούρας ασφάλειας κατά κύριο λόγο και δεύτερον επειδή την κάθε είδους κουλτούρα είναι εξαιρετικά δύσκολο σαν έννοια να την ορίσεις με επιτυχία (Edwards et al, 2013). Μία πληθώρα εννοιολογικών προσδιορισμών της κουλτούρας ασφάλειας διαπιστώνονται κατά τον Guldenmund (2000) ανάλογα με τον τομέα ενδιαφέροντος οι οποίοι μπορεί να προσδιορίζουν μια πληθώρα παραγόντων και επιδράσεων όπως είναι τα οργανωσιακά διοικητικά συστήματα, οι πολιτικές και οι διαδικασίες, ο επαγγελματικός σχεδιασμός, οι εργασιακές πιέσεις, η εκπαίδευση, η συμμετοχή των εργαζομένων κατά τη λήψη αποφάσεων και οι αντιλήψεις και οι στάσεις αναφορικά με το περιβάλλον εργασίας (Edwards et al, 2013).

Ο Διεθνής Οργανισμός Ατομικής Ενέργειας (ΔΟΑΕ) αναφορικά με την καταστροφή στο Chernobyl ορίζει την κουλτούρα ασφάλειας ως «...το άθροισμα των χαρακτηριστικών και των συμπεριφορών στους οργανισμούς και στα μέλη του τα οποία αποδεικνύουν ότι, ως απόλυτη προτεραιότητα, τα θέματα της ασφάλειας των πυρηνικών σταθμών λαμβάνουν την προσοχή που χρειάζεται» (IAEA, 1991). Η Επιτροπή για την Υγεία και την Ασφάλεια του Ηνωμένου Βασιλείου ενισχύει τη θέση αυτή και προσφέρει μια σειρά από χαρακτηριστικά που

αναμένονται σε θετικές κουλτούρες ασφαλείας ορίζοντας την έννοια ως «...το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, των στάσεων, των αντιλήψεων, των ικανοτήτων, και των προτύπων συμπεριφοράς που καθορίζουν την δέσμευση, και ακόμη το ύφος και την επάρκεια ενός οργανισμού υγείας με σκοπό τη διαχείριση της ασφάλειας του (HSC, 1993). Ο ορισμός αυτός χρησιμοποιήθηκε και από τον Lee επειδή θεωρήθηκε πιο σαφής καθώς περιγράφει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το εύρος του περιεχομένου της κουλτούρας ασφαλείας (Guldenmund, 2000). Η κουλτούρα ασφαλείας επιπλέον αναφέρεται σε όλες εκείνες τις πτυχές της οργανωσιακής κουλτούρας οι οποίες είναι σε θέση να επηρεάσουν τις στάσεις και τη συμπεριφορά που συνδέονται με την αύξηση και τη μείωση του κινδύνου (Guldenmund, 2000).

Μία άλλη έννοια της δηλώνει τη διαχρονική της αξία και την προτεραιότητα που δίνεται σε αυτήν από τον εργαζόμενο και το κοινό από κάθε μέλος οποιασδήποτε ομάδας και κάθε επίπεδο του οργανισμού (von Thaden, 2008). Συγκεκριμένα αναλύεται η ανάγκη να δεσμευτούν με την προσωπική τους ευθύνη τα άτομα αλλά και το σύνολο για την ύπαρξη ασφαλείας. Οι ενέργειές τους θα στοχεύουν στη διατήρηση, ενίσχυση και μετάδοση ασφαλών πληροφοριών. Επιπλέον τόσο ο οργανισμός όσο και τα μέλη χρειάζεται να μαθαίνουν διαρκώς, να προσαρμόζονται και να τροποποιούν τη συμπεριφορά τους σύμφωνα με τα διδάγματα που λαμβάνουν από την ύπαρξη λαθών ώστε είτε να λογοδοτούν είτε να επιβραβεύονται σε σχέση με τις παραπάνω αξίες. Συνδυάζεται με αυτό το τρόπο η προσωπική δέσμευση, η ευθύνη, η επικοινωνία και η μάθηση που ενισχύεται καθοριστικά με τις διαδικασίες οι οποίες τίθενται σε εφαρμογή από τα ανώτερα επίπεδα διοίκησης με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η συμπεριφορά όλων των μελών του οργανισμού (von Thaden, 2008).

Μία θετική κουλτούρα ασφαλείας είναι απαραίτητο να ενσωματώνεται στο πλαίσιο της οργανωσιακής κουλτούρας με σκοπό την ενίσχυση της οργανωσιακής συνοχής μέσω προγραμμάτων που προάγουν την κουλτούρα ασφαλείας (Clark, 1998). Ένα θετικό πρότυπο ασφαλείας προϋποθέτει τη δυνατότητα του ανθρώπινου δυναμικού να αναφέρει όλες τις διαδικαστικές παρατυπίες. Το πρότυπο αυτό μπορεί να αναπτυχθεί μόνο κάτω από εκείνες τις συνθήκες που αναφέρονται ως «κουλτούρα αναφοράς» στο οποίο οι εργαζόμενοι αισθάνονται ελεύθεροι να αναφέρουν τα λάθη και τις παραλίγο παραλείψεις κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους χωρίς να τους επιβληθεί μία άδικη τιμωρία (Reason, 1997).

Ο Reason (1997) βασιζόμενος στη βιβλιογραφία για την οργανωσιακή κουλτούρα διακρίνει πέντε υποσυστήματα της κουλτούρας ασφάλειας. Αρχικά θεωρείται ότι η κουλτούρα πληροφόρησης αποτελεί ένα σύστημα ασφάλειας το οποίο συλλέγει πληροφορίες από διάφορα ατυχήματα και παραλείψεις και τις συνδυάζει με στοιχεία από προληπτικά μέτρα όπως είναι οι έλεγχοι ασφάλειας και οι έρευνες για το κλίμα. Στη συνέχεια αυτό το σύστημα ασφάλειας ενισχύεται από την ενεργή και την ειλικρινή συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού ώστε να αναφέρει τις παραλίγο παραλείψεις, να συμμετέχει σε έρευνες που αξιολογούν τη συμπεριφορά και να ενδιαφέρεται για τον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται τα θέματα ασφάλειας στον οργανισμό τους. Τα παραπάνω στοιχειοθετούν την κουλτούρα αναφοράς η οποία χαρακτηρίζεται από τη δυνατότητα των εργαζομένων να συνεισφέρουν στο σχηματισμό μιας πληροφορημένης κουλτούρας. Αυτό όμως προϋποθέτει την εμφανή ύπαρξη μιας κουλτούρας δικαιοσύνης που θα εμπνέει κλίμα εμπιστοσύνης στους εργαζόμενους η οποία όμως θα διαφοροποιείται από εκείνη την κουλτούρα που δεν επιρρίπτει ευθύνες καθώς δεν θα αδιαφορεί για ποινικές επιπτώσεις. Σε μερικές περιπτώσεις χρειάζεται να λειτουργεί ο μηχανισμός της επιβράβευσης ώστε να ενισχύεται η αναφορά των παραλίγο παραλείψεων όπως δηλαδή συμβαίνει και με την ενίσχυση ενός ασφαλούς τρόπου συμπεριφοράς εάν και μπορεί με το σύστημα επιβράβευσης να παρατηρηθεί μια πιο αυξημένη αναφορά. Η συλλογή των πληροφοριών χρειάζεται να χρησιμοποιείται με σκοπό την ενίσχυση της ασφαλούς λειτουργίας του οργανισμού. Τέλος απαιτείται μία κουλτούρα μάθησης για την άντληση χρήσιμων συμπερασμάτων από την συγκέντρωση των πληροφοριών με σκοπό να γίνουν αλλαγές στις διαδικασίες και στον εξοπλισμό εφόσον κρίνεται απαραίτητο (Reason, 1997). Η παραπάνω τυπολογία της κουλτούρας ασφάλειας βρίσκει αντιστοιχία στην περιγραφή ενός οργανισμού υψηλής αξιοπιστίας που η κουλτούρα του ενθαρρύνει την ερμηνεία, τον αυτοσχεδιασμό, την μονομερή δράση και ένα κλίμα εμπιστοσύνης και διαφάνειας μεταξύ διοίκησης και εργαζόμενου (Weick, 1987).

#### 1.4 Η έννοια του κλίματος ασφάλειας

Η έννοια του κλίματος ασφάλειας έχει ευρύτητα διερευνηθεί τις τελευταίες δυο δεκαετίες σε βιομηχανίες με σκοπό να προβλεφθούν μη ασφαλείς συμπεριφορές και να διαπιστωθεί η συχνότητα των τραυματισμών και των ατυχημάτων (Sexton et al, 2011). Ο όρος κλίμα ασφάλειας χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Zohar (1980) στην προσπάθειά του να περιγράψει τις αντιλήψεις των εργαζομένων για την αξία και τον ρόλο της ασφάλειας στους

οργανισμούς τους. Συγκεκριμένα το κλίμα ασφάλειας δηλώνει τις αντιλήψεις των εργαζομένων για τις πολιτικές, τις διαδικασίες, και τις πρακτικές που ισχύουν στον οργανισμό όπως αυτές συνδέονται με την αξία, τη σπουδαιότητα και την πραγματική προτεραιότητα της ασφάλειας εντός του οργανισμού (Huang et al, 2010). Επιπλέον το κλίμα ασφάλειας αναφέρεται στα χαρακτηριστικά της κουλτούρας ασφάλειας τα οποία διακρίνονται για τις στάσεις και τις αντιλήψεις των εργαζομένων σε μια δεδομένη χρονική στιγμή. Θεωρείται ότι πρόκειται για ένα δείκτη για την επικρατούσα κουλτούρα ασφάλειας μιας εργασιακής ομάδας ή γενικότερα ενός οργανισμού (Flin et al, 2000).

Ο Niskanen όπως αναφέρει ο Guldenmund (2000) ορίζει το κλίμα ασφάλειας ως «το σύνολο των στάσεων που μπορεί να γίνουν αντιληπτές για ένα συγκεκριμένο έργο μέσα σε έναν οργανισμό οι οποίες είναι δυνατόν να προκύψουν από πολιτικές και πρακτικές που οι ίδιοι οι οργανισμοί επιβάλλουν στους εργαζόμενους και στους ανώτερους τους». Ενώ ο ορισμός που δίνεται από τους Cabrera et al αναφέρεται στις κοινές αντιλήψεις των μελών του οργανισμού σε σχέση με το περιβάλλον εργασίας και πιο συγκεκριμένα τις συνδέουν με τις πολιτικές ασφάλειας του οργανισμού.

Επισημαίνεται από τον Yule (2003) ότι οι ορισμοί του κλίματος ασφάλειας σχετίζονται άμεσα με την κουλτούρα ασφάλειας. Αναφέρει για παράδειγμα πως ο Guldenmund αναγνωρίζει κοινά σημεία στο σύνολο και των δυο εννοιών. Ωστόσο διακρίνονται κάποιες σημαντικές διαφορές καθώς η κουλτούρα ασφάλειας αναφέρεται περισσότερο σε υποκειμενικά κοινές πεποιθήσεις, αξίες και στάσεις απέναντι στην εργασία και στον οργανισμό γενικότερα ενώ το κλίμα ασφάλειας είναι πιο κοντά στις λειτουργίες του οργανισμού και ειδικότερα χαρακτηρίζεται από τις καθημερινές αντιλήψεις σε σχέση με το εργασιακό περιβάλλον, τις εργασιακές πρακτικές, τις πολιτικές του οργανισμού και τις διοικητικές δραστηριότητες. Επιπλέον οι δυο έννοιες αναφέρονται σε διαφορετικά επίπεδα λειτουργίας ενός οργανισμού καθώς η κουλτούρα ασφάλειας εντοπίζεται σε ένα υψηλότερο αφαιρετικό επίπεδο από το κλίμα ασφάλειας. Συμπεραίνεται ότι οι δυο ορισμοί αποτελούν συμπληρωματικές ανεξάρτητες έννοιες και όχι έκφραση μιας ενιαίας αντίληψης (Yule, 2003).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ασφάλεια του ασθενούς στα πλαίσια της παρεχόμενης φροντίδας υγείας

#### 2.1 Η διερεύνηση των παραγόντων της μη ασφαλούς φροντίδας

Η ασφάλεια του ασθενούς προκαλεί το έντονο ενδιαφέρον όλων των συστημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα καθώς η ασφάλεια θεωρείται καθοριστικός παράγοντας για την επίτευξη υψηλής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Corrigan et al, 2001). Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) στην αναφορά του το 1999 «to err is human» όρισε την ασφάλεια ως «την απουσία κάποιου τυχαίου τραυματισμού» όπου αναγνωρίζεται ο πρωταρχικός σκοπός της ασφάλειας από την πλευρά του ασθενή και ειδικότερα η ασφάλεια του ασθενούς αναφέρεται ως «η απαλλαγή από τον κίνδυνο τυχαίου τραυματισμού που οφείλεται στην ιατρική φροντίδα ή στα ιατρικά λάθη» (Kohn et al, 2000). Το ιατρικό λάθος στην ίδια αναφορά του IOM ορίζεται ως η αποτυχία εκπλήρωσης μιας προγραμματισμένης ενέργειας όπως αναμενόταν ή η χρήση ενός λανθασμένου σχεδιασμού για την επίτευξη ενός σκοπού. Επιπλέον αναφέρεται ως ανεπιθύμητο συμβάν η βλάβη που προήλθε από κάποια ιατρική παρέμβαση και δεν οφείλεται στην υποκείμενη ασθένεια ή κατάσταση του ασθενούς (Kohn et al, 2000).

Ο IOM αναφέρει πως σε μεγάλο ποσοστό τα ιατρικά λάθη δεν οφείλονται στην απερισκεψία του ενός ατόμου ή στις πράξεις μιας συγκεκριμένης ομάδας δηλαδή δεν είναι πρόβλημα ενός «κακού μήλου». Τα λάθη προέρχονται συνήθως από κακοσχεδιασμένα συστήματα, διαδικασίες και συνθήκες που συμβάλλουν ώστε τα άτομα να κάνουν λάθη ή να αποτύχουν να τα προβλέψουν (Kohn et al, 2000). Οι Wu et al (1991) υποστήριξαν ότι τα λάθη είναι αναπόφευκτα στο χώρο της υγείας λόγω της πολυπλοκότητας της γνώσης, της αβεβαιότητας των κλινικών προβλέψεων, της πίεσης του χρόνου και της αναγκαιότητας λήψης αποφάσεων παρά την ύπαρξη περιορισμένης ή αβέβαιης επιστημονικής γνώσης. Το πλαίσιο της φροντίδας υγείας πλέον θεωρείται ιδιαίτερα σύνθετο γεγονός που ευνοεί την πρόκληση λαθών τα οποία συνδέονται στενά με την ποιότητα στο χώρο της υγείας καθώς αποτελούν έναν ποσοτικό δείκτη μέτρησης της (Leape et al, 1991).

Σημειώνεται από τον Wachter (2004) ότι πέντε χρόνια μετά την αναφορά του IOM η ιατρική μεταμορφώθηκε σε μια ισχυρή και τεχνολογικά προηγμένη επιστήμη πλαισιωμένη από εξειδικευμένες ομάδες επαγγελματιών υγείας. Οι σύγχρονες μονάδες εντατικής θεραπείας αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα καθώς οι ασθενείς σε αυτές υποστηρίζονται από μια μεγάλη ποικιλία τεχνολογιών και θεραπευτικών παρεμβάσεων που η καθεμία πλαισιώνεται από μια πληθώρα ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας για την επίτευξη των θεραπευτικών αποτελεσμάτων ωστόσο δεν θα πρέπει να θεωρείται παράδοξο η ύπαρξη λαθών όταν απουσιάζουν συστήματα ελέγχου που διασφαλίζουν την άψογη εφαρμογή των παρεμβάσεων.

Επιπρόσθετα η φύση και η έκταση του προβλήματος των ανεπιθύμητων συμβάντων διαφοροποιείται στους παιδιατρικούς ασθενείς συγκριτικά με τους ενήλικες. Η πρόκληση ανεπιθύμητων συμβάντων σε παιδιατρικούς ασθενείς είναι τρεις φορές συχνότερη σε σύγκριση με τους ενήλικες (Kaushal et al, 2010). Επιπρόσθετα ο κίνδυνος πρόκλησης κυρίως λαθών στη φαρμακευτική αγωγή είναι αρκετά πιο υψηλός στους παιδιατρικούς ασθενείς και μάλιστα είναι δυνατόν να αποβεί σε μοιραίες συνέπειες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Οι παιδιατρικοί ασθενείς διακρίνονται για τα ιδιαίτερα φυσικά και αναπτυξιακά χαρακτηριστικά τους κατά τον υπολογισμό των φαρμακευτικών δόσεων γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα του κινδύνου να προκληθούν λάθη. Επίσης τα παιδιά έχουν περιορισμένη ικανότητα ώστε να αντιληφθούν και παράλληλα δεν είναι σε θέση να ενημερώσουν τους επαγγελματίες υγείας για τυχόν ανεπιθύμητα συμβάντα ή λάθη που αντιμετωπίζουν ενώ διαθέτουν περιορισμένους αμυντικούς μηχανισμούς, κυρίως τα νεογνά, που είναι καθοριστικοί για την αντιμετώπιση των λαθών συγκριτικά με τους ενήλικες (American Academy Paediatrics, 2011).

Επίσης οι συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών υγείας είναι καθοριστικές για την υιοθέτηση πρακτικών ασφαλούς φροντίδας καθώς σε πρόσφατη έρευνα που χρηματοδοτήθηκε από τον Αμερικανικό Φορέα για την Έρευνα στην Υγεία και την Ποιότητα (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) διαπιστώθηκε ότι όσο μικρότερη είναι η αναλογία νοσηλευτών/ασθενών, τόσο υψηλότερος είναι ο επιπολασμός των μη θανατηφόρων καταστάσεων για τους ασθενείς (Hickman, 2003). Χρειάζεται να επισημανθεί ότι οι Stone et al. (2004) κατά την ανασκόπηση 15 ερευνών συμπέραναν ότι οι συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την πρόκληση λαθών κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, με αυξημένο το ποσοστό πτώσεων των ασθενών όπως



επίσης και με την αύξηση των ποσοστών των νοσοκομειακών λοιμώξεων αλλά και με αυξημένους θανάτους.

## 2.2 Το φορτίο της μη ασφαλούς φροντίδας και το οικονομικό κόστος

Από τις αρχές του 1990 έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες έρευνες με σκοπό να εκτιμήσουν την έκταση του προβλήματος των ανεπιθύμητων συμβάντων. Η έρευνα του Harvard Medical Practice (1991) που αφορούσε ένα δείγμα 30.195 εισαγωγών έδειξε ότι το ποσοστό των ατόμων που αντιμετώπισε ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο ανήλθε στο 3,7%, το 70% παρουσίασε περιορισμένου τύπου ανικανότητα λιγότερης των έξι μηνών διάρκειας ενώ το 13,6% των περιστατικών των ανεπιθύμητων συμβάντων απεβίωσαν.

Η έκθεση του Αμερικανικού Ινστιτούτου της Ιατρικής το 1999 αναφορικά με τα λάθη στο χώρο της υγείας, την ασφάλεια και τη μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων προκάλεσε το έντονο ενδιαφέρον διαφόρων χωρών. Στην έκθεση του IOM εκτιμάται ότι ‘τα ιατρικά λάθη’ ευθύνονται για 44,000 έως 98,000 θανάτους ετησίως στα νοσοκομεία των ΗΠΑ πολύ περισσότερους από ότι προκαλούνται από τα τροχαία ατυχήματα, τον καρκίνο του μαστού ή το AIDS και μάλιστα κατατάσσονται στην 8<sup>η</sup> αιτία θανάτου. Επίσης υπολογίζεται ότι το συνολικό εθνικό οικονομικό κόστος των ανεπιθύμητων συμβάντων τα οποία μπορούν να προβλεφθούν στις ΗΠΑ κυμαίνεται από 17 δισεκατομμύρια US\$ έως 29 δισεκατομμύρια US\$ ετησίως λόγω της απώλειας εισοδήματος, της ανικανότητας για εργασία καθώς και των δαπανών της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (IOM, 1999).

Αυξανόμενο είναι το ενδιαφέρον για την έκταση του προβλήματος των ανεπιθύμητων συμβάντων και από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ισπανία και η Γαλλία έχουν πραγματοποιήσει έρευνες σε εθνικό επίπεδο παρέχοντας στοιχεία για την επικρατούσα εικόνα των ανεπιθύμητων συμβάντων στη νοσοκομειακή περίθαλψη και των συνεπειών της (COM, 2008). Το Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου στην αναφορά του το 2000 με θέμα «An organization with a Memory» αποκάλυψε ότι η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί σοβαρό πρόβλημα της χώρας καθώς εκτιμώνται 850,000 ανεπιθύμητα συμβάντα το χρόνο τα οποία αντιστοιχούν στο 10% των νοσοκομειακών εισαγωγών δηλαδή το 10% των νοσοκομειακών ασθενών θα εμφάνιζε κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν ετησίως. Το κόστος υπολογίστηκε περίπου σε 6 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως λόγω της αύξησης της

διάρκειας της νοσηλείας, των δικαστικών αποζημιώσεων και των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Επιπρόσθετα οι διεκδικήσεις των μελλοντικών οικονομικών αποζημιώσεων υπολογίστηκαν σε 4,3 δισεκατομμύρια δολάρια (Department of health, 2000).

Επιπλέον σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εθνικό επίπεδο το 2006 στην Ισπανία σχετικά με την εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων κατά την νοσοκομειακή περίθαλψη διαπιστώθηκε πως το 9,3% των ασθενών είχε υποστεί κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν ενώ το 42,8% των ανεπιθύμητων συμβάντων θα μπορούσαν να είχαν προβλεφθεί. Το φορτίο των ανεπιθύμητων συμβάντων εμφανίζεται αρκετά αυξημένο και στη Γαλλία καθώς παρατηρήθηκε ότι οι νοσοκομειακοί ασθενείς κατά τη διάρκεια εβδομαδιαίας νοσηλείας εμφάνισαν κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν στο 55% των χειρουργικών θαλάμων και στο 40% των παθολογικών ωστόσο σε ποσοστό 35,4% θα μπορούσαν να μην είχαν συμβεί (COM, 2008).

Οι Wilson et al (1995) σε έρευνα στην Αυστραλία ‘The Quality in Australian Health Care Study εξέτασαν 14,000 φακέλους σε 28 νοσοκομεία της Αυστραλίας και διαπίστωσαν ότι στο 16,6% των εισαγωγών συνέβη κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν προκαλώντας αύξηση στη διάρκεια της νοσηλείας, μόνιμη ανικανότητα σε ποσοστό 13,7% και θάνατο στο 4,9% των περιπτώσεων. Οι Valentin et al (2009) σε πολυκεντρική έρευνα που πραγματοποίησαν σε 113 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στο σύνολο 27 χωρών με σκοπό να διερευνήσουν τη συχνότητα και τη φύση των λαθών κατά την παρεντερική χορήγηση φαρμάκων στις ΜΕΘ, διαπίστωσαν την αναφορά 861 λαθών σε 441 ασθενείς. Το ποσοστό των λαθών ανήλθε σε 74,5% ανα εκατό ημέρες νοσηλείας και από τα οποία το 75% των λαθών ταξινομήθηκε ως λάθη παράλειψης ενώ το 0,9% του δείγματος που μελετήθηκε υπέστη μόνιμη βλάβη ή απεβίωσε. Σε άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι παιδιατρικοί ασθενείς είναι πιο ευπαθείς σε ανεπιθύμητα συμβάντα λόγω λάθους στη διαδικασία της φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με τους ενήλικες και συγκεκριμένα παρατηρήθηκε πως σε 333 αναφερόμενα λάθη λόγω λανθασμένης φαρμακευτικής αγωγής στις ΗΠΑ, τα 88 (26%) από αυτά προκάλεσαν μόνιμη βλάβη ενώ τα 16 (5%) προκάλεσαν τον θάνατο ενώ ένα μεγαλύτερο δείγμα λαθών σε ενήλικες (387) προκάλεσε κάποια μόνιμη βλάβη σε ποσοστό 11% και ο αριθμός των θανάτων ανήλθε στο 2% (Cowley et al, 2001).

Είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι οι λοιμώξεις που σχετίζονται με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας είτε στα πλαίσια της νοσοκομειακής περίθαλψης είτε εκτός αυτής αφενός προσβάλλουν ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών και αφετέρου προκαλούν σημαντικές επιπτώσεις όσο αναφορά

την υπέρβαση των δαπανών, την παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο και την αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας. Σύμφωνα με Ευρωπαϊκές εκτιμήσεις υπολογίζεται ότι προκαλούν 16 εκατομμύρια επιπλέον ημέρες νοσηλείας και ότι είναι υπεύθυνες για 37,000 θανάτους σε ετήσια βάση. Επιπλέον εκτιμάται ότι οι λοιμώξεις αυτές με βάση την έκθεση του ECDC προκαλούν περίσσεια δαπάνης 7 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως (WHO, 2011).

### 2.3 Οι πρωτοβουλίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Η ασφάλεια του ασθενούς αποτέλεσε το επίκεντρο της συζήτησης της Γενικής Συνέλευσης του ΠΟΥ τον Μάιο του 2002 (WHO, 2002) καθώς με ψήφισμα της αναγνώρισε την επιτακτική ανάγκη να προσδιοριστεί ως θεμελιώδη αρχή όλων των συστημάτων υγείας. Κατέστησε σαφές στα μέλη της πως είναι αναγκαίο να εστιάσω στο πρόβλημα της μη ασφαλούς φροντίδας και να εφαρμόσουν συστήματα πληροφόρησης και παρακολούθησης των φαρμάκων, του ιατρικού εξοπλισμού και της χρησιμοποιούμενης τεχνολογίας με σκοπό τη μεγιστοποίηση του αποτελέσματος σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς.

Στα πλαίσια του ψηφίσματος αυτού κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη ενός κοινού μοντέλου για την ασφαλή φροντίδα υγείας το οποίο να στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές με σκοπό τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας με κύρια έμφαση στην ασφάλεια των προϊόντων, την ασφαλή κλινική πρακτική σύμφωνα με τις κατάλληλες κατευθυντήριες οδηγίες και την ασφαλή χρήση των φαρμακευτικών προϊόντων και των ιατρικών συσκευών. Επιπλέον έθεσε ως προτεραιότητα τη διενέργεια ερευνών σε θέματα ασφάλειας του ασθενούς και κυρίως επιδημιολογικών ερευνών με στόχο την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου και αποτελεσματικών παρεμβάσεων προστασίας όπως επίσης και την οικονομική αξιολόγηση των επιπτώσεων της ύπαρξης ανεπαρκούς φροντίδας υγείας. Δεσμεύτηκε παράλληλα ότι θα υποστηρίξει τα μέλη κράτη στην προσπάθειά τους να προωθήσουν μια κουλτούρα ασφάλειας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης καθώς και να αναπτύξουν τους κατάλληλους μηχανισμούς σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες και συνθήκες του πληθυσμού (WHO, 2002).

### 2.3.1 Το περιεχόμενο της Παγκόσμιας Συμμαχίας για την Ασφάλεια του Ασθενούς

Η δημιουργία μιας Παγκόσμιας Συμμαχίας από τον ΠΟΥ με θέμα την ασφάλεια του ασθενούς αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα στην προσπάθεια βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (WHO, 2004). Η συμμαχία αυτή δημιουργήθηκε με σκοπό να ενισχύσει τις προσπάθειες των χωρών και οργανισμών να βελτιώσουν τις συνθήκες που προάγουν την ασφαλή φροντίδα. Το σχέδιο δράσης της συμμαχίας επικεντρώθηκε σε έξι επιμέρους άξονες. Ο πρώτος άξονας αφορούσε τη διετία 2005-2006 ανακηρύσσοντας την ως η περίοδος της Παγκόσμιας Πρόκλησης για την Ασφάλεια του Ασθενούς (Global Patient Safety Challenge:2005-2006) με θέμα τις λοιμώξεις που σχετίζονται με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και με σύνθημα ότι η ‘Καθαρή Φροντίδα είναι η πιο Ασφαλή Φροντίδα’ (Clean Care is Safer Care) θέτοντας τις παρακάτω βασικές αρχές (WHO, 2004): α) την αξιολόγηση της κλίμακας και της φύσης των λοιμώξεων που σχετίζονται με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, β) την εφαρμογή μιας διεθνούς αναγνωρισμένης μεθόδου για την επιτήρηση των λοιμώξεων με σκοπό την παρακολούθηση οποιαδήποτε αλλαγών, γ) την συστηματική ανάλυση των αιτιών των προβλημάτων με κύρια έμφαση ‘στα συστήματα που σκέφτονται’, δ) την ανάπτυξη πρακτικών που βελτιώνουν την ασφάλεια και ελαχιστοποιούν τους κινδύνους εστιάζοντας κυρίως σε πέντε περιοχές όπως είναι τα καθαρά χέρια, οι καθαρές πρακτικές, τα καθαρά προϊόντα, το καθαρό περιβάλλον και ο καθαρός εξοπλισμός, ε) την χρήση της καλύτερης πρακτικής βασισμένης σε επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφόρηση με σκοπό την αντιμετώπιση των προκλήσεων, στ) την συμμετοχή των ασθενών και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας καθώς και των επαγγελματιών υγείας στο σχεδιασμό των δράσεων και ζ) την διασφάλιση της δράσης για δυο έτη.

Ο δεύτερος άξονας του σχεδίου δράσης ‘Patient for Patients Safety’ έθεσε στο επίκεντρο του τον ασθενή και τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας προωθώντας πρωτοβουλίες που θα ενισχύσουν την δημιουργία φορέων με σκοπό την εμπλοκή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στο σχεδιασμό της φροντίδας τους με αποτέλεσμα την προστασία της ασφάλειάς τους. Η εκστρατεία ‘SPEAK UP’ η οποία έχει δημιουργηθεί από τον οργανισμό Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) στις ΗΠΑ το 2001 παρουσιάστηκε ως μια από τις πρωτοβουλίες που θα μπορούσαν να αναληφθούν καθώς ενθαρρύνει την εμπλοκή του ασθενή στο σχεδιασμό της φροντίδας υγείας του με το να κάνει ερωτήσεις καθώς είναι δικαίωμα του να γνωρίζει, να είναι προσεκτικός σε σχέση με τη φύση της φροντίδας που λαμβάνει, να ενημερώνεται για τη διάγνωση, τις εξετάσεις και τη θεραπεία, να

ζητά από έμπιστα μέλη της οικογένειας ή φίλους να ενεργούν για αυτόν, να γνωρίζει το είδος και για ποιο λόγο λαμβάνει τη συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή καθώς και να συμμετέχει σε όλες τις αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα του (Joint commission, 2002).

Ο τρίτος άξονας επικεντρώθηκε στην ταξινόμηση των λαθών, των ανεπιθύμητων συμβάντων και των παραλίγο απωλειών από τα Κράτη Μέλη του ΠΟΥ με σκοπό να υπάρχει μία καλύτερη πληροφόρηση σε σχέση με το φορτίο των λαθών, το είδος και τις συνέπειες του και στη δημιουργία ενός διεθνούς προγράμματος του 'International Patient Safety Event Taxonomy' που θα συμβάλλει στη δημιουργία ενός κοινού πλαισίου ενημέρωσης για τα ανεπιθύμητα συμβάντα με απώτερο στόχο την παροχή ασφαλούς φροντίδας. Στις προσπάθειες για τη διενέργεια ερευνών στο πεδίο των ανεπιθύμητων συμβάντων και της ασφάλειας του ασθενή εστίασε η θεματική ενότητα του επόμενου άξονα. Στα πλαίσια αυτού του στόχου δεσμεύτηκε ο ΠΟΥ να παρέχει τα κατάλληλα μεθοδολογικά εργαλεία σε 13 αναπτυσσόμενες χώρες για τη διεξαγωγή ερευνών που θα πληρούν τα κριτήρια της διεθνούς επιστημονικής μεθοδολογίας. Ο τελευταίος άξονας της δράσης της παγκόσμιας συμμαχίας ανέλαβε να παρέχει λύσεις μέσω εργαλείων για τη βελτίωση των συστημάτων υγείας έτσι ώστε οι χώρες να αυτοξιολογούνται και να επανακαθορίζουν την πολιτική τους για την διασφάλιση της ασφαλούς φροντίδας υγείας (WHO, 2004).

Το 2006 ο ΠΟΥ ανέπτυξε ένα σχέδιο δράσης το 'High 5s' με σκοπό να συνεχίσει την προσπάθεια υιοθέτησης συμπεριφορών που διασφαλίζουν την παροχή ασφαλούς φροντίδας υγείας. Ο σκοπός του σχεδίου 'High 5s' επικεντρώθηκε στον περιορισμό της συχνότητας των πέντε πιο προκλητικών προβλημάτων που σχετίζονται με την ασφάλεια του ασθενούς σε πέντε χώρες για διάστημα πέντε ετών. Στα πλαίσια αυτά ενισχύθηκε η ανάπτυξη και η εφαρμογή τυποποιημένων πρωτοκόλλων λειτουργίας (Standard Operating Protocols), η υιοθέτηση της στρατηγικής αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους και η δημιουργία μιας ηλεκτρονικής βάσης συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων. Τα πρωτόκολλα που αναπτύχθηκαν, αφορούσαν την ασφαλή χρήση των ενέσιμων σκευασμάτων, την ακρίβεια στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής σε όλα τα μεταβατικά στάδια της θεραπείας και την ανάληψη ορθών πρακτικών στο σωστό σημείο του σώματος (WHO a, 2006).

Το 2007 ο ΠΟΥ στα πλαίσια της Παγκόσμιας Πρόκλησης για την Ασφάλεια του Ασθενούς οριοθέτησε μία δεύτερη παγκόσμια πρόκληση με θεματική ενότητα ότι 'η Ασφαλής Χειρουργική Πρακτική Σώζει Ζωές' (Safe Surgery Saves Lives) με σκοπό να προωθήσει την

βελτίωση της χειρουργικής ασφάλειας και να μειώσει τους θανάτους και τις επιπλοκές κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης με τους ακόλουθους τρόπους (WHO, 2007): α) παρέχοντας πληροφόρηση για το ρόλο και τα πρότυπα της χειρουργικής ασφάλειας στη δημόσια υγεία σε κλινικούς ιατρούς, στους διοικητές των νοσοκομείων και στους λειτουργούς της δημόσιας υγείας, β) ορίζοντας μία ελάχιστη δέσμη ενιαίων μέτρων (πίνακας 2) ή καθορίζοντας τα στατιστικά στοιχεία που κρίνονται απαραίτητα για την χειρουργική πρακτική με συνέπεια την επιτήρηση της χειρουργικής θεραπείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, γ) προσδιορίζοντας ένα απλό σύνολο προτύπων και ρυθμίσεων για την ασφάλεια στη χειρουργική που μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις χώρες τα οποία να συμπεριλαμβάνονται στα στοιχεία της λίστας ελέγχου των χειρουργικών αιθουσών και δ) αξιολογώντας και προωθώντας τη λίστα ελέγχου και τα μέτρα επιτήρησης σε πιλοτικό στάδιο αρχικά σε περιοχές του ΠΟΥ και κατ' επέκταση σε παγκόσμια κλίμακα σε νοσοκομεία

Το 2008 ο ΠΟΥ προώθησε την εφαρμογή προγράμματος χρηματοδότησης ερευνών που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών με απώτερο στόχο να αυξήσει το ενδιαφέρον για τη διενέργεια ερευνών σε τοπικό επίπεδο καθώς και να ευαισθητοποιήσει τους εμπλεκόμενους φορείς με την υγεία σε θέματα ασφάλειας. Στα πλαίσια αυτής της χρηματοδότησης εγκρίθηκαν πέντε ερευνητικές εργασίες την περίοδο 2009-2010 με σκοπό την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών σε τομείς όπως είναι η κλινική αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που αφορούν την αλλαγή της πρακτικής σε σχέση με την υγιεινή των χεριών σε κλειστά τμήματα νοσοκομείων από το Ινστιτούτο της Κλινικής Αποτελεσματικότητας του Μπουένος Άιρες (WHO, 2009).

Επίσης στο διάστημα αυτό ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα ενός ερευνητικού έργου το οποίο εστίασε στην αξιολόγηση των 'γενόσημων φαρμάκων' στη Μογγολία από το Πανεπιστήμιο Επιστημών Υγείας. Ένα άλλο εξίσου ενδιαφέρον ερευνητικό πρόγραμμα κατατέθηκε από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Νιγηρίας το οποίο επικεντρώθηκε στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων εκπαίδευσης σε σχέση με την καταγραφή και την αναφορά λαθών αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή. Τα άλλα δυο ερευνητικά προγράμματα επικεντρώθηκαν στην αξιολόγηση της ασφάλειας της φροντίδας εξωνοσοκομειακά αφενός και αφετέρου της καταγραφής ανεπιθύμητων συμβάντων από φορείς Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων της Κίνας και της Κένυας αντίστοιχα (WHO, 2009).

Στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ο ΠΟΥ εξέδωσε ένα εγχειρίδιο για τη διαμόρφωση του οδηγού σπουδών σε σχέση με την Ασφάλεια του Ασθενούς «Patient Safety Curriculum Guide» το 2009 για τις σχολές Επιστημών Υγείας μέσα από μια διαδικασία διεθνούς διαβούλευσης και εξέτασης των δημοσιευμένων στοιχείων με σκοπό να ευαισθητοποιήσει όλα τα επίπεδα του εκπαιδευτικού προσωπικού αφενός και αφετέρου τους ιθύνοντες που ασχολούνται με τα προγράμματα σπουδών παρέχοντας πληροφόρηση με ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα σπουδών που καλύπτει το γενικότερο εννοιολογικό πλαίσιο της ασφάλειας των ασθενών (WHO, 2009). Η διάχυση του περιεχομένου των παραπάνω θεματικών ενοτήτων και προγραμμάτων μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για την ανάληψη ευρύτερων δράσεων σε θέματα ασφάλειας των ασθενών με αποτέλεσμα τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

**Πίνακας 2.1. Η Λίστα Ελέγχου για την Ασφαλή πρακτική κατά τη Χειρουργική Επέμβαση**

World Health Organization <b>SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)</b>		
Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
<b>SIGN IN</b> <input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT <input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE <input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED <input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING DOES PATIENT HAVE A: KNOWN ALLERGY? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED	<b>TIME OUT</b> <input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE <input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM • PATIENT • SITE • PROCEDURE ANTICIPATED CRITICAL EVENTS <input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS? <input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS? <input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS? HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE	<b>SIGN OUT</b> NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM: <input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED <input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE) <input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME) <input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED <input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT

Πηγή: WHO, 2007

## 2.4 Οι νομοθετικές ρυθμίσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ασφάλεια των ασθενών

Η Ευρωπαϊκή Ένωση στο επίπεδο των Κοινοτήτων έχει ήδη διευθετήσει ορισμένες πτυχές της ασφάλειας του ασθενούς (COM, 2008). Στα πλαίσια αυτά περιλαμβάνεται η δημιουργία ενός Ευρωπαϊκού Οργανισμού για τα φάρμακα με νομοθετική ρύθμιση με σκοπό την ασφάλεια των φαρμάκων συμπεριλαμβανομένης και της φαρμακοεπαγρύπνισης η οποία εκτιμάται πως θα επιφέρει βελτιώσεις στην ασφάλεια των ασθενών. Ο Οργανισμός αυτός θα εξετάζει επιπλέον τα λάθη που προκύπτουν από παρόμοια φαρμακευτικά σκευάσματα προσδιορίζοντας νέους κανόνες για την ονομασία των φαρμακευτικών προϊόντων. Επιπλέον έχουν διατυπωθεί οδηγίες (Directives) σε σχέση με την ασφάλεια και την αποδοτικότητα των ιατροτεχνολογικών συσκευών καθώς και νομοθετική ρύθμιση που διασφαλίζει το πλαίσιο της ασφάλειας των ανθρώπινων ιστών και κυττάρων όπως επίσης του αίματος και των συστατικών του (COM, 2008).

Επιπρόσθετα το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο προέβλεψε με κανονισμό το 2004 τη σύσταση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου των Ασθενειών (ECDC) με σκοπό να διαχειρίζεται δίκτυα επιτήρησης και να συνεπικουρεί την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στο χειρισμό συστημάτων ελέγχου σε επείγουσες καταστάσεις (COM, 2008). Η δημιουργία ενός επιπλέον σχεδίου δράσης αποτέλεσε η καθιέρωση ενός Ευρωπαϊκού Δικτύου για την ασφάλεια των ασθενών (EUNetPaS) που αποσκοπούσε στη δημιουργία ενός δικτύου και για τα 27 Κράτη Μέλη της ΕΕ και των εμπλεκόμενων φορέων με σκοπό να ενθαρρυνθεί και να ενισχυθεί η συνεργασία στον τομέα της ασφάλειας των ασθενών.

## 2.5 Η έρευνα του Ευρωβαρόμετρου

Η ασφάλεια των ασθενών αποτέλεσε το έντονο ενδιαφέρον του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς πραγματοποίησε έρευνα θέλοντας να αξιολογήσει τις αντιλήψεις των Ευρωπαίων πολιτών τόσο σχετικά με το θέμα της ασφάλειας των ασθενών όσο και με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η έρευνα του Ευρωβαρόμετρου καταδεικνύει το έλλειμμα εμπιστοσύνης των Ευρωπαίων πολιτών έναντι της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (European Commission, 2010).



Συγκεκριμένα περίπου το 50% των ερωτηθέντων δήλωσε πως 'ιώθει ότι είναι δυνατόν να τους συμβεί ένα ανεπιθύμητο συμβάν τόσο κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο όσο και εξωνοσοκομειακά' ενώ μόνο το 9% ανέφερε ότι είναι πολύ πιθανό να τους συμβεί κάτι ανεπιθύμητο στο νοσοκομείο. Οι αντιλήψεις των πολιτών των διαφόρων χωρών διαφέρουν βέβαια μεταξύ τους καθώς παρατηρείται μεγάλη απόκλιση στα ποσοστά των αποτελεσμάτων (πίνακας 3). Παρατηρείται ότι περισσότεροι από τους οχτώ στους δέκα Έλληνες και Κύπριους πολίτες δήλωσαν ότι μπορεί να τους συμβεί ένα ανεπιθύμητο συμβάν στο νοσοκομείο ενώ οι επτά στους δέκα πολίτες των χωρών της Αυστρίας και της Φιλανδίας ανέφεραν ότι δεν είναι πιθανόν να υποστούν ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα (European Commission, 2010).

**Πίνακας 2.2: Πόσο είναι πιθανόν να συμβεί ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη περίθαλψη των ασθενών τόσο νοσοκομειακά όσο και εξωνοσοκομειακά επί %**

Χώρα	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
Ελλάδα	83	78
Κύπρος	81	77
Λιθουανία	75	71
Πολωνία	69	67
Βουλγαρία	66	72
Γαλλία	65	56
Πορτογαλία	64	64
Δανία	63	60
Λετονία	61	67
Ρουμανία	55	55
Ιταλία	55	51
Ιρλανδία	55	40
Σλοβενία	54	56
Λουξεμβούργο	53	48
Βέλγιο	52	47
<b>ΕΕ 27</b>	<b>50</b>	<b>46</b>
Τσεχία	48	50
Ουγγαρία	48	43
Ηνωμένο Βασίλειο	47	37
Ολλανδία	46	50

<b>Σλοβακία</b>	<b>45</b>	<b>49</b>
<b>Εσθονία</b>	<b>45</b>	<b>51</b>
<b>Μάλτα</b>	<b>40</b>	<b>40</b>
<b>Σουηδία</b>	<b>36</b>	<b>35</b>
<b>Ισπανία</b>	<b>35</b>	<b>32</b>
<b>Γερμανία</b>	<b>31</b>	<b>29</b>
<b>Φιλανδία</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
<b>Αυστρία</b>	<b>19</b>	<b>24</b>

Πηγή: European Commission, 2010

Επιπλέον η έρευνα του Ευρωβαρόμετρου κατέγραψε τις αντιλήψεις των Ευρωπαίων πολιτών σε σχέση με τις συχνότερες αιτίες ανεπιθύμητων συμβάντων κατά τη νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα (πίν 4). Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις και η λανθασμένη, καθυστερημένη ή λόγω παράλειψης διάγνωση αποτελούν τις πιο συχνές αιτίες ανεπιθύμητων συμβάντων στη ζώνη των 27 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Ελλάδα και η Κύπρος καταγράφουν τα μεγαλύτερα ποσοστά σε όλες τις κατηγορίες των ανεπιθύμητων συμβάντων ενώ η Αυστρία είναι η χώρα με τα χαμηλότερα και ακολουθούν η Φιλανδία, η Σουηδία και η Ισπανία (European Commission, 2010).

**Πίνακας 2.3 :Πιθανότεροι κίνδυνοι κατά τη νοσοκομειακή φροντίδα επί%**

Χώρες	Νοσοκομειακές λοιμώξεις	Λανθασμένη/Καθυστερημένη ή Παράλειψη Διάγνωσης	Φαρμακευτικά λάθη	Χειρουργικά λάθη	Λάθη λόγω έλλειψης ή χειρισμού ιατρικού εξοπλισμού
Ε.Ε 27 χωρών	59	58	49	46	39
Ελλάδα	85	82	68	73	60
Κύπρος	78	85	75	76	68
Ηνωμένο Βασίλειο	59	49	37	31	29
Αυστρία	18	26	24	17	15

Πηγή: European Commission, 2010

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας**

#### **3.1 Η σημασία της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας**

Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας επιδιώκει να εκτιμήσει την υφιστάμενη κουλτούρα ασφάλειας με στόχο να τη βελτιώσει και να καθορίσει καλύτερα το ρόλο της σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς. Τα εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας έχουν ως σκοπό να διερευνήσουν τις αξίες, τις στάσεις, τη συμπεριφορά και τους κανόνες που διέπουν τα μέλη μιας οργάνωσης αφενός και αφετέρου τις προτεραιότητες της διοίκησης σε θέματα όπως είναι η κατάρτιση προγραμμάτων εκπαίδευσης, οι πολιτικές και οι διαδικασίες που προάγουν την ασφάλεια του ασθενούς. Χαρακτηριστικό γνώρισμα των εργαλείων αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας αποτελεί η δυνατότητα αξιολόγησης της είτε από την πλευρά της διοίκησης ή των εργαζομένων είτε ο συνδυασμός και των δυο πλευρών (Nieva and Sorra, 2003).

Επομένως κάποια εργαλεία αξιολόγησης απευθύνονται στα ανώτερα στελέχη της διοίκησης και αποσκοπούν στην πληροφόρησή τους για τις υπάρχουσες οργανωσιακές πρακτικές με σκοπό την ευαισθητοποίησή τους σε θέματα ασφάλειας των ασθενών και την παρακίνηση τους ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα σε ζητήματα που επιδέχονται βελτίωση όπως είναι για παράδειγμα η υιοθέτηση εκείνης της κουλτούρας ασφάλειας από την ηγεσία του οργανισμού που δεν βασίζεται σε ποινικές κυρώσεις με σκοπό να ενισχύεται η αναφορά των ανεπιθύμητων συμβάντων. Ωστόσο σε μεγάλο ποσοστό τα εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος και γενικότερα της κουλτούρας ασφάλειας στους οργανισμούς φροντίδας υγείας στηρίζονται στις αντιλήψεις των εργαζομένων που έχουν άμεση επαφή με τον ασθενή σε διάφορους τομείς όπως είναι οι μονάδες εντατικής θεραπείας, οι χειρουργικές αίθουσες αλλά και οι οίκοι φροντίδας ηλικιωμένων ώστε να προσδιοριστεί το ήδη υπάρχον κλίμα ασφάλειας του οργανισμού σε σχέση με τη δυνατότητα ενός ανοιχτού συστήματος επικοινωνίας μεταξύ των μελών του, την ενίσχυση της ομαδικής εργασίας μελών αλλά και τη δυνατότητα αναφοράς των ανεπιθύμητων συμβάντων (Nieva and Sorra, 2003).

Τα εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας εντοπίζουν τις προβληματικές περιοχές στο εσωτερικό του οργανισμού φροντίδας υγείας με σκοπό να διερευνηθούν περαιτέρω τα αίτια της επικρατούσας κατάστασης έτσι ώστε να επέλθουν βελτιώσεις όπου θεωρείται αναγκαίο. Είναι εμφανές ότι λειτουργούν σαν διαγνωστικά εργαλεία αφενός και αφετέρου είναι σε θέση να ευαισθητοποιήσουν τους εμπλεκόμενους φορείς στη λήψη κατάλληλων μέτρων καθώς παρέχουν πληροφορίες αναφορικά με το τι θεωρείται σημαντικό στο εσωτερικό ενός οργανισμού, ποιες είναι οι επιθυμητές καταστάσεις και ποιοι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε τέτοια αποτελέσματα. Η διαδικασία της αξιολόγησης λοιπόν μπορεί να θεωρηθεί από μόνη της ως παρέμβαση για την ασφάλεια του ασθενούς (Nieva and Sorra, 2003, Raftopoulos and Pavlakis, 2013).

Επίσης τα εργαλεία αξιολόγησης δύνανται να αξιολογήσουν τις παρεμβάσεις ή τα προγράμματα που εφαρμόζονται για την ασφάλεια του ασθενούς και να διαπιστώσουν τις αλλαγές που σημειώνονται διαχρονικά. Οι αλλαγές στην κουλτούρα ασφάλειας χρησιμοποιούνται ως δείκτης για την αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων σε συνδυασμό με άλλα πιο άμεσα αποτελέσματα σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς όπως είναι η συχνότητα των λαθών και τα κλινικά αποτελέσματα. Τα εργαλεία χρησιμοποιούνται αρχικά να καταγράψουν την υφιστάμενη κουλτούρα ασφάλειας πριν την εφαρμογή των προγραμμάτων παρέμβασης και στη συνέχεια η κουλτούρα ασφάλειας επαναξιολογείται με σκοπό να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα του προγράμματος παρέμβασης μεταξύ των οποίων μπορεί να συμπεριλαμβάνονται τα προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού καθώς και η επαναξιολόγηση των πολιτικών και των διαδικασιών που εφαρμόζονται από το νοσοκομείο σε θέματα ασφάλειας των ασθενών (Nieva and Sorra, 2003, Raftopoulos and Pavlakis, 2013).

Επιπρόσθετα τα ερευνητικά εργαλεία είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν είτε για να συγκρίνουν επιμέρους κλινικά τμήματα στο εσωτερικό ενός οργανισμού είτε για να διαπιστώσουν υπάρχουσες διαφορές ανάμεσα σε διαφορετικούς οργανισμούς ή συστήματα. Οι συγκρίσεις με βάση το μηχανισμό της συγκριτικής αξιολόγησης ‘benchmarking’ αποτελούν μέρος των προσπαθειών για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών. Αναφέρεται για παράδειγμα ότι η Εθνική Επιτροπή Διασφάλισης Ποιότητας των ΗΠΑ (National Committee for Quality Assurance) δημοσιεύει την έκθεση της με τίτλο ‘Πυξίδα Ποιότητας’ (Quality Compass)

παρέχοντας στοιχεία σε σχέση με την αποδοτικότητα των εθνικών, περιφερειακών και εξατομικευμένων σχεδίων για την παρεχόμενη φροντίδα υγείας καθώς και με την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Οι εκθέσεις αναφοράς των νοσοκομείων γνωστοποιούν στους πολίτες συγκρίσιμα στοιχεία αναφορικά με την ικανοποίηση των χρηστών και των διαφόρων πτυχών της σχεδιαζόμενης φροντίδας της υγείας των ασθενών (Neiva and Sorra, 2003).

Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας τέλος προκύπτει από την ανάγκη συμμόρφωσης των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης σε πρότυπα και ρυθμιστικά πλαίσια που έχουν ως επίκεντρο τους την παροχή μιας αποτελεσματικής και ασφαλούς φροντίδας υγείας. Εάν και η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας στα νοσοκομεία των ΗΠΑ δε θεωρείται υποχρεωτική ωστόσο η JCAHO θεωρεί απαραίτητο τα νοσοκομεία να συλλέγουν στοιχεία αναφορικά με τις απόψεις και τις ανάγκες των εργαζομένων, την προθυμία των επαγγελματιών υγείας να αναφέρουν τα λάθη που διαπιστώνονται κατά τη φροντίδα του ασθενούς, τις αντιλήψεις για τους κινδύνους που διατρέχουν οι ασθενείς καθώς και τις προτάσεις για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς στα πλαίσια της αποτελεσματικής λειτουργίας των οργανισμών (Neiva and Sorra , 2003).

### 3.2 Τα ερευνητικά εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας

Σε μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση οι Singla et al (2006) προσπάθησαν να εντοπίσουν τα κατάλληλα εργαλεία μέτρησης της ασφάλειας του ασθενούς, να διακρίνουν σε αυτά τις εξεταζόμενες διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς και να εκτιμήσουν την εγκυρότητα και αξιοπιστία τους. Κατέληξαν σε 13 εργαλεία που τα περιγραφικά τους χαρακτηριστικά παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίν. 5).

Τα παρακάτω 13 ερευνητικά εργαλεία περιλαμβάνουν συνολικά 657 ερωτήσεις που αντιστοιχούν ανάλογα σε μία από τις 23 παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς. Αυτές ταξινομούνται σε έξι κύριες κατηγορίες σύμφωνα με τους Flin et al (2004) και Guldenmund (2000) κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση της κουλτούρας ασφάλειας διακρίνοντας τις αντίστοιχες παραμέτρους που παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

**Πίνακας 3.1:Ερευνητικά Εργαλεία Αξιολόγησης και η περιγραφή τους**

Ερευνητικό Εργαλείο	Αριθμός στοιχείων και είδος	Πληθυσμός στόχος	Αριθμός Παραμέτρων	Γενικό ή Εξειδικευμένο
Safety Attitudes Questionnaire, ICU version	63κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου	19	Γενικό
Veteran Affairs Palo Alto/Stanford Patient Safety Center for Inquiry	89κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου	18	Γενικό
Veterans Health Administration Patient Safety Questionnaire	112κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου	18	Γενικό
Hospital Safety Culture Questionnaire(modified from Operating Room Management Attitudes Questionnaire[ORMAQ])	99κλειστές ανοιχτές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	14	Γενικό
Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Survey on Patient Safety	44κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	14	Γενικό
Safety Climate Survey	21κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	11	Γενικό
Allina Hospitals and Clinics	20κλειστές ανοιχτές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	8	Γενικό
Culture of Safety Survey	27κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	8	Γενικό
Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire	24κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	4	Γενικό
Modified ORMAQ	60κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του χειρουργείου	14	Εξειδικευμένο
Patient Safety Climate in Anesthesia	54κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Αναισθησιολόγοι και νοσηλευτές	13	Εξειδικευμένο
Trainee Supplemental Survey(Children’s Hospital Boston)	41κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Συμμετέχοντες σε πρόγραμμα εκπαίδευσης	6	Εξειδικευμένο
Safety Climate Scale	10κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Ιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί	4	Εξειδικευμένο

Πηγή: Singla et al. (2006)

**Πίνακας 3.2 Παράγοντες που εκτιμώνται στα εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς**

Κατηγορία	Παράμετρος
Διοίκηση/Εποπτεία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η διοίκηση και η στάση του οργανισμού σε σχέση με την ασφάλεια</li> <li>• Η επάρκεια εκπαίδευσης και η εποπτεία</li> <li>• Η αντίδραση του οργανισμού απέναντι σε θέματα ασφάλειας</li> <li>• Η μη τιμωρητέα προσέγγιση του λάθους</li> </ul>
Συστήματα ασφάλειας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η υποδομή σε θέματα ασφάλειας</li> <li>• Η μεταβίβαση και ο συντονισμός τη φροντίδας</li> <li>• Ο σχεδιασμός της ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς</li> <li>• Η επάρκεια σε εξοπλισμό, προσωπικό και διαδικασίες</li> <li>• Οι εκθέσεις πληροφοριών</li> </ul>
Κίνδυνος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ανάληψη του κινδύνου</li> <li>• Η προθυμία αναζήτησης βοήθειας</li> </ul>
Εργασιακή πίεση	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο βαθμός εργασιακής πίεσης σε ένα τμήμα ή υπομονάδα</li> </ul>
Ικανότητα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ικανότητα διαχείρισης των κρίσεων</li> </ul>
Διαδικασίες/κανόνες	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τι πρέπει να αναφέρεται και σε ποιον</li> <li>• Η συμμόρφωση στους κανόνες και στις διαδικασίες</li> </ul>
Επιμέρους παράμετροι	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ομαδική εργασία</li> <li>• Η επικοινωνία</li> <li>• Η οργανωσιακή μάθηση</li> <li>• Η ανάδραση και η επικοινωνία</li> <li>• Οι αντιλήψεις σε σχέση με τα αίτια των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων</li> <li>• Η εργασιακή ικανοποίηση</li> <li>• Η συνολική αντίληψη για την ασφάλεια</li> </ul>

Πηγή: Singla et al. (2006)

Όλα τα ερευνητικά εργαλεία είναι αυτοσυμπληρούμενα και χρησιμοποιούν ερωτήσεις κλειστού τύπου σύμφωνα με την κλίμακα Likert και μόνο σε ένα διαπιστώνονται ανοιχτού τύπου ερωτήσεις. Τα περισσότερα εργαλεία έχουν σχεδιαστεί για γενικότερη χρήση και συγκεκριμένα τα εννέα από αυτά απευθύνονται σε προσωπικό του νοσοκομείου δηλαδή σε ιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς και άλλους επαγγελματίες υγείας ενώ τα άλλα τέσσερα είναι πιο εξειδικευμένα για παράδειγμα ένα από αυτά αξιολογεί τις αντιλήψεις μόνο του προσωπικού του χειρουργείου σε θέματα ασφάλειας (Singla et al., 2006).

Επισημαίνεται πως όλα τα εργαλεία διαφοροποιούνται σε σχέση με το περιεχόμενό τους προσεγγίζοντας με διαφορετικό τρόπο τα ζητήματα της κουλτούρας ασφάλειας καθώς κανένα από αυτά δεν πραγματεύεται και τις είκοσι τρεις παραμέτρους ενώ κατά μέσο όρο καλύπτουν δώδεκα. Επιπλέον κάποια από αυτά μπορούν να δίνουν έμφαση στον ανθρώπινο παράγοντα ενώ κάποια άλλα δεν τον συμπεριλαμβάνουν. Τρεις κοινοί παράμετροι διαπιστώνονται στα δέκα εργαλεία γενικότερης χρήσης μεταξύ των οποίων είναι η διοίκηση και η στάση του οργανισμού σε θέματα ασφάλειας, η επικοινωνία καθώς και η ομαδική εργασία (Singla et al, 2006).

Ειδικότερα το εργαλείο Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) προέρχεται από το Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ) το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στις εμπορικές αερομεταφορές. Το FMAQ δημιουργήθηκε εφόσον οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα περισσότερα αεροπορικά δυστυχήματα οφείλονταν στην αποδοτικότητα του πληρώματος και συγκεκριμένα λόγω των κενών που υπήρχαν σε διαπροσωπικά θέματα τους όπως είναι η ομαδική εργασία, η δυνατότητα έκφρασης των προβλημάτων, το στυλ ηγεσίας, η επικοινωνία και η συλλογική λήψη αποφάσεων με σκοπό να αξιολογήσει τις αντιλήψεις του πληρώματος σε σχέση τις παραπάνω παραμέτρους. Το SAQ είναι προσαρμοσμένο με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ΜΕΘ, χειρουργικές αίθουσες, τμήματα επειγόντων περιστατικών, χώρους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και σε γενικά νοσηλευτικά τμήματα. Το περιεχόμενο σε κάθε έκδοση του SAQ είναι σχεδόν το ίδιο με μικρές διαφοροποιήσεις ανάλογα με τον κλινικό τομέα που απευθύνεται (Sexton et al., 2006)

Το SAQ εστιάζει στο κλίμα ασφάλειας και εκμαιεύει από τις ομάδες των επαγγελματιών υγείας τις αντιλήψεις τους αναφορικά με έξι παράγοντες οι οποίοι είναι το κλίμα της ομαδικής εργασίας, το κλίμα της ασφάλειας, η επαγγελματική ικανοποίηση, οι αντιλήψεις για την διοίκηση, οι συνθήκες εργασίας και η αναγνώριση του στρες. Οι ερωτώμενοι καλούνται κάθε φορά να αξιολογήσουν με τη χρήση μιας πενταβάθμιας κλίμακας Likert (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ κάπως, ουδέτερος, συμφωνώ κάπως, συμφωνώ απόλυτα) (Sexton and Thomas, 2003).

Επισημαίνεται ότι το SAQ υπερέχει έναντι άλλων ερευνητικών εργαλείων αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας σε τέσσερις κυρίως τομείς. Αρχικά το SAQ έχει χρησιμοποιηθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα με συνέπεια να έχουν προκύψει στοιχεία συγκριτικής αξιολόγησης ενώ τα περισσότερα ζητήματα που έχουν προκύψει από την διαχρονική αξιολόγηση έχουν ήδη διευθετηθεί. Επίσης το SAQ αποτελεί συνέχεια του FMAQ το οποίο χρησιμοποιείται 20 χρόνια στην αεροπορία γεγονός που επιτρέπει τις συγκρίσεις με άλλους οργανισμούς υψηλής αξιοπιστίας και στον εντοπισμό των κοινών ζητημάτων που αφορούν τους ανθρώπινους παράγοντες σε κάθε επαγγελματική κατηγορία. Ένα άλλο πλεονέκτημα του είναι ότι διαθέτει μία πληθώρα ψυχομετρικών στοιχείων καθώς και ότι οι οργανισμοί δύνανται να αξιολογήσουν το δικό τους κλίμα ασφάλειας με την μέθοδο της συγκριτικής αξιολόγησης (Sexton and Thomas, 2003).



Αναφέρεται επίσης ότι μόνο το SAQ έχει χρησιμοποιηθεί για να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των βαθμολογιών του κλίματος ασφάλειας και της έκβασης της υγείας των ασθενών. Η ύπαρξη πιο θετικών αποτελεσμάτων έχει συσχετιστεί με μικρότερης διάρκειας νοσηλεία, με λιγότερα λάθη κατά τη φαρμακευτική αγωγή, με λιγότερα επίσης ποσοστά πνευμονίας που οφείλονται στο μηχανικό αερισμό καθώς επίσης και με λιγότερα ποσοστά αιματογενών λοιμώξεων. Επιπλέον έχει επισημανθεί ότι η ύπαρξη ενός πιο θετικού κλίματος ασφάλειας συνδέεται με τη μείωση του ποσοστού της θνησιμότητας των ασθενών. Αξιοσημείωτη είναι η διαπίστωση πως η ύπαρξη θετικών στάσεων σε τέσσερις από τις έξι κατηγορίες του κλίματος ασφάλειας έχει συσχετιστεί με τη μείωση των ποσοστών παραίτησης των νοσηλευτών (Colla et al., 2006).

### 3.3 Μεθοδολογία Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Έγινε αναζήτηση της προϋπάρχουσας βιβλιογραφίας που αφορούσε ποσοτικές έρευνες ή και συνδυασμένες με ποιοτική έρευνα σε σχέση με την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείων. Έχοντας ως κριτήριο ότι η παρούσα έρευνα στοχεύει στην αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε νοσηλευτικά τμήματα ενός παιδιατρικού νοσοκομείου μεταξύ των οποίων έχουν συμπεριληφθεί το παθολογικό, χειρουργικό, ογκολογικό τμήμα καθώς και οι μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών, παιδών και τεχνητού νεφρού, αναζητήθηκαν έρευνες που αφορούσαν κυρίως αυτά τα τμήματα. Κατά την ηλεκτρονική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων EBSCO, MEDLINE χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω αγγλικοί όροι:

“Safety Climate”,  
“Patient Safety”,  
“Surveys ICU”  
“Safety Climate”,  
“SAQ, Sexton”,  
“Safety Culture”

Κατά την αναζήτηση τέθηκαν φίλτρα που να περιορίζουν τις έρευνες σε ποσοτικές νοσοκομειακές έρευνες και σε πλήρη κείμενα που χρησιμοποιούσαν το ερωτηματολόγιο SAQ χωρίς περιορισμούς στην χρονική περίοδο. Ακολούθως έγινε επιλογή εκείνων των ερευνών που θεωρήθηκαν ότι προσεγγίζουν περισσότερο τα ερευνητικά ερωτήματα που διερευνά η παρούσα εργασία με σκοπό να εξεταστούν και να ομαδοποιηθούν ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας. Από την αναζήτηση προέκυψαν οι παρακάτω έρευνες.

### 3.4 Αποτελέσματα Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Συγγραφείς	Raftopoulos and Pavlakis, 2012	Raftopoulos et al, 2011	Abdou and Saber, 2011	Κάργα Μ, 2009
Τίτλος	Safety Climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire	Safety Culture in the Maternity Units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire	A Baseline Assessment of Patient Safety Culture among Nurses at Student University Hospital	Η διαχείριση των λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική
Χώρα Διεξαγωγής	Πέντε ΜΕΘ που εδρεύουν σε πέντε Δημόσια Νοσοκομεία της Κύπρου	Μαιευτικά τμήματα που εδρεύουν σε Πέντε Δημόσια Νοσοκομεία της Κύπρου	Δώδεκα νοσηλευτικά τμήματα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Αλεξάνδρειας	Επτά νοσοκομεία στους Νομούς Αχαΐας, Αιτωλοακαρνανίας και Αττικής
Δείγμα	132 νοσηλευτές	106 μαιές	165 νοσηλευτές	661 νοσηλευτές
Μεθοδολογία	SAQ	SAQ	SAQ	Περιγραφική Μελέτη 28 ερωτήσεων & SAQ
Αποτελέσματα	TW:74.1±14.4 SC:73.1±13.7 JS:82.4±12.9 SR:30.6±14.4 POM:54.6±27.0 WC:67.0±20.4	TW:57.95±21.17 SC:55.82±18.97 JS:66.20±22.64 SR:50.64±18.77 POM:52.14±19.69 WC:55.03±20.83	TW:3.09±0.78 SC:2.85±0.97 JS:3.27±0.61 SR:3.08±1.02 POM:2.16±0.59 WC: 2.19±0.79	TW:38.34±8.6 SC:36.87±9.1 JS:34.68±9.1 SR:38.9±10.2 POM:24.87±8.8 WC:26.72±10.7

Συγγραφείς	Pronovost et al, 2008	Lee et al, 2008	Poley et al, 2011
Τίτλος	Improving patient safety in intensive care units in Michigan	Hospital Safety in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire	Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire
Χώρα Διεξαγωγής	99 ΜΕΘ σε 72 νοσοκομεία στην πολιτεία Μίσιγκαν των ΗΠΑ	Εθνική Έρευνα στην Ταϊβάν σε 200 Νοσοκομεία	Παιδιατρική Χειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σε Ολλανδικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
Δείγμα	7510 επαγγελματίες υγείας	45242 επαγγελματίες υγείας	54 νοσηλευτές 10 ιατροί
Μεθοδολογία	Ποσοτική έρευνα με βάση το ερωτηματολόγιο SAQ	Κινέζικη προσαρμογή του SAQ	Ποσοτική έρευνα με βάση το SAQ
Αποτελέσματα	TW:84.00±7,00 Θετικά αποτελέσματα 'συμφωνώ απόλυτα ή συμφωνώ μέτρια' από 15.8%-91.7% ανάμεσα στις 99 ΜΕΘ	TW:48.9±11.8 SC:37.2±11.4 JS:42.1±12.9 SR:δεν εξετάστηκε POM:45.2±13.9 WC:31.8±13.5	Νοσηλευτές TW:68.6±12.1 SC:66.9±11.5 JS:70.4±13.2 SR:51.2±16.7 POM:56.1±10 WC:56.9±11.6 Ιατροί 72.9±11.7 68.3±14.1 68.5±11.6 71.3±16.7 48.8±16.1 49.4±13.6

Συγγραφείς	Siassakos et al, 2011	Relihan et al, 2009	Chaboyer et al, 2013
Τίτλος	Attitudes Toward Safety and Teamwork in a Maternity Unit With Embedded Team Training	Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit	Safety Culture in Australian Intensive Care Units: Establishing a Baseline For Quality Improvement
Χώρος Διεξαγωγής	Μαιευτική μονάδα στην Αγγλία	Μονάδα εισαγωγής οξέων περιστατικών στην Ιρλανδία σε Πανεπιστημιακό νοσοκομείο	10 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στην Αυστραλία
Δείγμα	91 επαγγελματίες υγείας και διοικητικό προσωπικό	55 επαγγελματίες υγείας	672 επαγγελματίες υγείας
Μεθοδολογία	Ποσοτική έρευνα με βάση το ερωτηματολόγιο SAQ	Ποσοτική έρευνα με βάση το ερωτηματολόγιο SAQ	SAQ ICU version
Αποτελέσματα	TW:76.1±12.5 SC:74.0±13.4 JS:71.9±16.1 SR:65.0±17.6 POM:47.0±16.8 WC:62.6±14.6	TW:73.7±14.9 SC:71.0±15.8 JS:67.9±19.4 SR:74.7±17.1 POM:48.0±19.2 WC:58.2±21.9	TW:69.8±19.2 SC:68.5±14.9 JS:68.6±19.2 SR:68.6±20.9 POM:54.3±20.2 WC:59.1±18.9

Κατά τη μελέτη των αποτελεσμάτων της βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρατηρείται η εκτεταμένη προσπάθεια των ερευνητών να εντοπίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας. Οι κυριότεροι παράγοντες που επισημάνθηκαν και τα αποτελέσματα τους παρουσιάζονται παρακάτω:

### Παράγοντες που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας

#### Ηλικία

Στην έρευνα τους οι Raftopoulos et al. (2011) προσπάθησαν να αξιολογήσουν την κουλτούρα ασφάλειας και το κλίμα της ομαδικής εργασίας στα μαιευτικά τμήματα πέντε Δημόσιων Νοσοκομείων της Κύπρου. Κατά την ανάλυση παρατηρείται ότι ο παράγοντας ηλικία επηρεάζει τη βαθμολόγηση των παραγόντων του κλίματος ασφάλειας και ειδικότερα οι μαιές που είναι μεγαλύτερες από τη διάμεση ηλικία (>35 έτη) αξιολογούν το κλίμα ασφάλειας υψηλότερα ( $p=0.02$ ). Ωστόσο σε άλλη έρευνα των Raftopoulos and Pavlakis (2013) που εξέτασε το κλίμα ασφάλειας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας πέντε Δημόσιων Νοσοκομείων της Κύπρου ο παράγοντας ηλικία συνδέεται θετικά μόνο με τον παράγοντα ομαδική εργασία καθώς παρατηρείται ότι οι νοσηλευτές άνω των 32 ετών η οποία ορίστηκε ως διάμεση ηλικία, να έχουν αναπτύξει χαρακτηριστικά ομαδικότητας.

Ο παράγοντας ηλικία σχετίζεται θετικά με την υψηλή βαθμολόγηση του κλίματος ασφάλειας και στην έρευνα της Abdou και Saber (2011) καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι μεγαλύτερο από την ηλικία των 40 ετών.

Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι τα άτομα αυτά είναι δυνατόν να απολαμβάνουν μεγαλύτερης αναγνώρισης από τη διοίκηση επειδή θεωρούνται πιο ικανά και έχουν μια πιο θετική στάση απέναντι σε θέματα ασφάλειας και πιθανόν να είναι πιο αφοσιωμένα στο επάγγελμα το υ από τα άτομα μικρότερης ηλικίας. Επίσης η έρευνα των Patterson et al (2010) που συμπεριέλαβε εξήντα μια μονάδες Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης ανέδειξε τη θετική συσχέτιση ανάμεσα στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και την υψηλότερη βαθμολόγηση των παραγόντων του κλίματος ασφάλειας και τις αντιλήψεις για την διοίκηση με στατιστική σημαντική διαφορά. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Ελλάδα με σκοπό την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε ΜΕΘ και Παθολογικά τμήματα (Καραΐσκου, 2012) διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας βαθμολόγησαν με στατιστικά σημαντική διαφορά υψηλότερα τις κατηγορίες της ομαδικής εργασίας ( $p=0,0001$ ), του κλίματος ασφάλειας ( $p=0,001$ ) και της ικανοποίησης από την εργασία ( $p=0,0018$ ). Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας αξιολόγησαν με υψηλότερα ποσοστά τον παράγοντα της ομαδικής εργασίας με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,0038$ ) σε σχέση με τους νοσηλευτές μικρότερης ηλικίας ενώ βαθμολόγησαν χαμηλότερα την αναγνώριση του στρες ( $p=0,0052$ ).

### **Εργασιακή εμπειρία**

Η υψηλή μέση συνολική βαθμολογία στις παραμέτρους της ομαδικής εργασίας και του κλίματος ασφάλειας στις πιο έμπειρες εργασιακά μαίες αποτέλεσε χαρακτηριστικό γνώρισμα των μαιευτικών τμημάτων της Κύπρου στην έρευνα των Raftopoulos et al (2011). Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι απαιτείται αρκετό χρονικό διάστημα και εμπειρία για να αναπτυχθεί ένα επίπεδο συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να λειτουργήσουν σαν μια συνεκτική ομάδα στα πλαίσια του κλινικού περιβάλλοντος (Sexton, 2000). Αυτό το αποτέλεσμα είναι συναφές και με την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας από τους νοσηλευτές στην έρευνα των Abdou and Saber (2011) σύμφωνα με την οποία οι νοσηλευτές που διαθέτουν εργασιακή εμπειρία από 11 έως 15 έτη βαθμολόγησαν υψηλότερα το κλίμα ασφάλειας.

Εάν και η εργασιακή εμπειρία δεν αποτέλεσε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας τόσο από τους έμπειρους όσο και από τους λιγότερους έμπειρους νοσηλευτές στην έρευνα των Raftopoulos and Pavlakis (2013) ωστόσο επισημαίνεται ότι οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές βαθμολόγησαν τον παράγοντα της επαγγελματικής ικανοποίησης υψηλότερα. Επίσης ο παράγοντας της εργασιακής εμπειρίας

φαίνεται πως επηρεάζει τη θετική βαθμολόγηση των παραγόντων της ομαδικής εργασίας και των αντιλήψεων για τη διοίκηση στην έρευνα των Patterson et al (2010) η οποία διερεύνησε τους παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας σε εξήντα μία μονάδες επειγόντων περιστατικών. Το προσωπικό με εργασιακή εμπειρία από 11 έως 15 έτη βαθμολόγησε υψηλότερα το κλίμα ασφάλειας, την ομαδική εργασία, τις αντιλήψεις για την διοίκηση, τις συνθήκες εργασίας και την αναγνώριση του στρες με στατιστική σημαντική διαφορά ( $p < 0.05$ ). Επιπλέον η εργασιακή εμπειρία αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα βαθμολόγησης του συνολικού κλίματος ασφάλειας σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους ενός Γενικού Νοσοκομείου της Κύπρου (Πετρίδης, 2012) από την οποία προέκυψε ότι οι πιο έμπειροι νοσηλευτές βαθμολόγησαν πιο υψηλά και τις 6 κατηγορίες του SAQ με στατιστικά σημαντική διαφορά να παρατηρείται στις κατηγορίες της ομαδικής εργασίας ( $p = 0,006$ ) και των εργασιακών συνθηκών ( $p = 0,02$ ). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα της έρευνας της Καραϊσκού (2012) καθώς διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία βαθμολόγησαν υψηλότερα την ομαδική εργασία και γενικότερα το προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας αξιολόγησε με πιο υψηλά ποσοστά όλους τους παράγοντες του SAQ εκτός από την αναγνώριση του στρες.

### **Φύλο**

Οι Siassakos et al. (2011) σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε μαιευτική μονάδα στην Αγγλία διαπίστωσαν αυξημένα τα θετικά ποσοστά κατά την αξιολόγηση της ομαδικής εργασίας και του κλίματος ασφάλειας όπως επίσης και τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης. Κατά την ανάλυση είναι εμφανής η επίδραση του φύλου καθώς οι άνδρες έδωσαν υψηλότερα ποσοστά στις πέντε από τις έξι παραμέτρους του ερωτηματολογίου με στατιστικά σημαντική διαφορά εκτός από την παράμετρο που αναφέρεται στην αναγνώριση του στρες.

Η επίδραση του φύλου στην αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας είναι εμφανής και στην έρευνα των Patterson et al. (2010) που περιλάμβανε το προσωπικό από 61 μονάδες επείγουσας ιατρικής περίθαλψης από την οποία διαπιστώνεται ότι οι άνδρες βαθμολογούν με πιο υψηλά ποσοστά τις παραμέτρους του ερωτηματολογίου εκτός από την αναγνώριση του στρες χωρίς όμως να προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά. Το αποτέλεσμα αυτό δεν συμβαδίζει με το αποτέλεσμα μίας άλλης έρευνας των Patterson et al. (2010) στην οποία οι άνδρες είναι αυτοί που δίνουν υψηλότερα ποσοστά στην αναγνώριση του στρες ενώ στην

έρευνα του Πετρίδη (2012) οι γυναίκες βαθμολογούν υψηλότερα και τις έξι κατηγορίες του SAQ χωρίς όμως να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.

### **Επίπεδο εκπαίδευσης**

Οι Abdou and Saber (2011) διαπίστωσαν κατά τη σύγκριση των απαντήσεων των νοσηλευτών που κατείχαν δίπλωμα και εκείνων που κατείχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση αφενός ότι οι τελευταίοι βαθμολόγησαν υψηλότερα το συνολικό κλίμα ασφάλειας και αφετέρου έδωσαν υψηλότερα ποσοστά βαθμολόγησης στους επιμέρους παράγοντες εκτός από τις συνθήκες εργασίας και κυρίως εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις τους σχετικά με το κλίμα ασφάλειας. Στα πλαίσια επίσης της έρευνας που διεξήγαγε η Κάργα (2009) με σκοπό τη διερεύνηση των λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική σε επτά νοσοκομεία, χρησιμοποιήθηκε το SAQ προκειμένου να αξιολογηθεί η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ασφάλεια στο νοσοκομείο και παρατηρήθηκε ότι η μέση τιμή του ερωτηματολογίου SAQ να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,045$ ) μεταξύ του προσωπικού Δευτεροβάθμιας ( $M=3,44$ ) και Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ( $M=3,39$ ). Επιπλέον στην έρευνα των Patterson et al. (2010) διαπιστώθηκε ότι το προσωπικό που ήταν απόφοιτοι κολλεγίου, βαθμολόγησε με στατιστικά σημαντική διαφορά την αναγνώριση του στρες συγκριτικά με το προσωπικό που κατείχε δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

### **Τομέας – τμήμα εργασίας**

Στην έρευνα των Raftopoulos and Pavlakis (2013) διαπιστώθηκε ότι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ICU B) σημείωσε τη χαμηλότερη βαθμολογία σε όλους τους παράγοντες εκτός από την ικανοποίηση από την εργασία και τις αντιλήψεις για την διοίκηση και αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι πρόκειται για μια μονάδα που δεν διευθύνεται από έναν εντατικόλόγο-διευθυντή με αποτέλεσμα να προκαλείται ένα συναίσθημα ανασφάλειας στο προσωπικό της το οποίο εντείνεται και από την πολυπλοκότητα των περιστατικών που χρειάζεται να αντιμετωπιστούν καθώς και την έλλειψη κατάλληλης υποδομής. Στην έρευνα επίσης των Abdou and Saber (2011) παρατηρήθηκε ότι η μέση συνολική βαθμολογία της κουλτούρας ασφάλειας είναι μεγαλύτερη στους νοσηλευτές που απασχολούνται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Επιπρόσθετα οι νοσηλευτές των γενικών νοσηλευτικών τμημάτων αξιολογούν την αναγνώριση του στρες χαμηλότερα σε σχέση με τους συναδέλφους στη ΜΕΘ με στατιστικά σημαντική διαφορά. Στην έρευνα επίσης του Πετρίδη (2012) κατά τη σύγκριση του παθολογικού και χειρουργικού τομέα παρατηρήθηκε

στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,001$ ) στην αξιολόγηση της ομαδικής εργασίας με τον παθολογικό τομέα να παρουσιάζει υψηλότερο ποσοστό.

Οι Pronovost et al. (2008) διεξήγαγαν την έρευνα τους σε 99 ΜΕΘ στο σύνολο 72 νοσοκομείων με σκοπό να εκτιμήσουν το συνολικό κλίμα ασφάλειας με στόχο να επιφέρουν βελτιώσεις στην ασφάλεια των ασθενών διαπιστώνοντας ότι τα ποσοστά στην κατηγορία του κλίματος ασφάλειας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των 99 ΜΕΘ τα οποία επηρεάζονται από το επίπεδο συνεργασίας των νοσηλευτών και των ιατρών.

### **Επάγγελμα**

Οι Relihan et al. (2009) αξιολόγησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας με τη χρήση του SAQ σε μονάδα εισαγωγής οξέων περιστατικών στην Ιρλανδία και κατέληξαν ότι η επαγγελματική κατάσταση αποτελεί προσδιοριστικούς παράγοντας αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι νοσηλευτές που κατέχουν διευθυντική θέση βαθμολόγησαν όλες τις κατηγορίες του ερωτηματολογίου υψηλότερα και μάλιστα με στατιστικά σημαντική διαφορά την ομαδική εργασία ( $p<0,05$ ) και το κλίμα ασφάλειας ( $p<0,01$ ) εκτός από την αναγνώριση του στρες. Ωστόσο το βοηθητικό προσωπικό παρουσίασε υψηλότερο ποσοστό βαθμολόγησης στην αναγνώριση του στρες αλλά χαμηλότερο στις υπόλοιπες κατηγορίες με στατιστικά σημαντική διαφορά στις συνθήκες εργασίας και στις αντιλήψεις για τη διοίκηση που προκύπτει από την ανάγκη τους να προσδιοριστούν με μεγαλύτερη σαφήνεια οι ρόλοι τους και να συμμετέχουν στις συναντήσεις κατά την παράδοση του νοσηλευτικού ιστορικού των ασθενών ώστε να είναι σε θέση να ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Η διαφοροποίηση αυτή της αξιολόγησης του συνολικού κλίματος ασφάλειας σε σχέση με τον τύπο του επαγγέλματος διαπιστώνεται και με τα αποτελέσματα της έρευνας των France et al. (2010) καθώς επιβεβαιώνεται ότι η επαγγελματική κατάσταση προσδιορίζει ανάλογα τα ποσοστά αξιολόγησης των επιμέρους παραγόντων της κουλτούρας ασφάλειας χωρίς όμως να διευκρινίζεται περαιτέρω.

Επιπλέον σε έρευνα των Sexton et al (2006) διερευνήθηκε το κλίμα ομαδικής εργασίας σε 44 νοσοκομεία σε περιοχές της Βορειοανατολικής, Μέσω-Ατλαντικής και Δυτικής ακτής των ΗΠΑ και επισημαίνεται ότι η επαγγελματική κατάσταση επηρεάζει την αξιολόγηση της ομαδικής εργασίας. Το εύρημα αυτό είναι σε συμφωνία με τα παραπάνω αποτελέσματα και ειδικότερα διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο

το κλίμα της ομαδικής εργασίας όπως είναι το επίπεδο στελέχωσης με νοσηλευτές, η συνεργασία των ιατρών-νοσηλευτών, η επίλυση των συγκρούσεων και η ευκολία διατύπωσης ερωτήσεων. Συγκεκριμένα, οι νεογνολόγοι ιατροί και οι νοσηλευτές έδωσαν υψηλότερα ποσοστά στην αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας ενώ οι νοσηλευτές ειδικευμένοι στην αναισθησιολογία αξιολόγησαν τις παραμέτρους του κλίματος ομαδικής εργασίας με χαμηλότερα ποσοστά. Επιπλέον παρατηρήθηκε διαφοροποίηση στην αξιολόγηση της κατηγορίας του SAQ σχετικά με ‘τις αντιλήψεις για την διοίκηση’ από τους νοσηλευτές και τους ιατρούς καθώς οι πρώτοι έδωσαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία.

Στην έρευνα των Poley et al (2011) η οποία έλαβε χώρα σε Ολλανδική παιδιατρική χειρουργική μονάδα εντατικής θεραπείας παρατηρήθηκε ότι οι ιατροί έδωσαν υψηλότερη μέση συνολική βαθμολογία σε τρεις παραμέτρους (το κλίμα ομαδικής εργασίας, το κλίμα ασφάλειας και την αναγνώριση του στρες) ενώ οι νοσηλευτές αξιολόγησαν υψηλότερα δύο παραμέτρους (τις αντιλήψεις για την διοίκηση και τις συνθήκες εργασίας) ωστόσο θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής στο δείγμα των ιατρών. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα της έρευνας των Chaboyer et al (2013) που πραγματοποιήθηκε σε 10 ΜΕΘ της Αυστραλίας καθώς το ιατρικό προσωπικό βαθμολόγησε υψηλότερα με στατιστικά σημαντική διαφορά τις τέσσερις από τις έξι κατηγορίες του ερωτηματολογίου εκτός από τις αντιλήψεις για την διοίκηση και την αναγνώριση του στρες σε σύγκριση με τους νοσηλευτές.

### **Βάρδια**

Παρατηρήθηκε ότι το κλίμα ασφάλειας αξιολογήθηκε υψηλότερα από τους νοσηλευτές που εργάζονται μόνο το βραδινό ωράριο σε σχέση με τους νοσηλευτές που έχουν κυκλικό ωράριο εργασίας στην έρευνα των Abdou and Saber (2011). Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι η μόνιμη βραδινή εργασία σταθεροποιεί τους νοσηλευτικούς ρυθμούς με συνέπεια οι νοσηλευτές να αισθάνονται ικανοποίηση από την εργασία και αποδοτικότητα κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Επίσης επιτυγχάνεται μεγαλύτερη αλληλεπίδραση μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών κατά την επικοινωνία τους στη διάρκεια της βραδινής βάρδιας.

### **Επίπεδο συνεργασίας-επικοινωνία**

Οι Lee et al. (2010) διεξήγαγαν μια μεγάλη έκτασης εθνική έρευνα στην Ταϊβάν όπου συμμετείχαν επαγγελματίες υγείας από 200 νοσοκομεία και χρησιμοποίησαν την Κινέζικη



προσαρμογή του SAQ. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας που είχαν θετική στάση σε κάθε παράμετρο του ερωτηματολογίου, ήταν πιθανό να αντιλαμβάνονται θετικά το επίπεδο συνεργασίας τους με τους συναδέλφους τους γεγονός που συνηγορεί ότι το επίπεδο επικοινωνίας αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα του συνολικού κλίματος ασφάλειας. Επιπλέον, παρατηρείται ότι το επίπεδο συνεργασίας-επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών και ιατρών επηρεάζει τη βαθμολόγηση του κλίματος ομαδικής εργασίας από τις δυο ομάδες στην έρευνα των Poley et al. (2011) καθώς κρίθηκε ιδιαίτερα χαμηλό από τους πρώτους ενώ οι ιατροί το αξιολόγησαν υψηλότερα. Το εύρημα αυτό συνάδει με το αποτέλεσμα της έρευνας των Relihan et al. (2009) στην οποία επίσης αξιολογήθηκε το επίπεδο συνεργασίας-επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών με τους πρώτους να βαθμολογούν χαμηλότερα την συνεργασία-επικοινωνία τους με τους ιατρούς ενώ ακολούθως οι τελευταίοι να την αξιολογούν με υψηλότερα ποσοστά.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1. Σκοπός

Η παρούσα ερευνητική εργασία είχε ως σκοπό να διερευνήσει τους παράγοντες που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας σε νοσηλευτικά τμήματα Γενικού Νοσοκομείου Παίδων.

### 4.2. Σημασία της έρευνας

Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση οι έρευνες που επισημάνθηκαν με επίκεντρο τη διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας σε νοσηλευτικά ιδρύματα στον Ελληνικό χώρο είναι αρκετά περιορισμένες. Ειδικότερα διαπιστώθηκε ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί εκτίμηση του κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικό νοσοκομείο γεγονός που καθιστά την παρούσα έρευνα ιδιαίτερου ενδιαφέροντος.

### 4.3. Δείγμα και Μέθοδος

Το δείγμα αποτέλεσαν ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό και φυσικοθεραπευτές που απασχολούνται σε Γενικό Νοσοκομείο Παίδων στα εξής νοσηλευτικά τμήματα το χρονικό διάστημα Μάρτιος-Απρίλιος 2013: α) Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, β) Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, γ) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων, δ) Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, ε) Χειρουργική Κλινική και στ) Ογκολογική Κλινική. Τα κριτήρια επιλογής των ατόμων του δείγματος ήταν: α) να είναι ειδικευόμενοι, εξειδικευμένοι και ειδικευμένοι ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό και φυσικοθεραπευτές, β) να μην απουσιάζουν με μακράς διάρκειας ασθένειας, γ) να θέλουν να συμμετάσχουν στην έρευνα, και να έχουν τουλάχιστον έξι μήνες εργασιακή εμπειρία στο τμήμα.

Για ευνόητους λόγους αποκλείστηκαν οι φοιτητές των σχολών ιατρικής, νοσηλευτικής και φυσικοθεραπευτών. Επιπρόσθετα ενημερώθηκαν οι Συντονιστές – Διευθυντές όπως επίσης και οι προϊστάμενες των νοσηλευτικών τμημάτων για το σκοπό της έρευνας και ορίστηκε ένα υπεύθυνο άτομο για τη συλλογή των ερωτηματολογίων.

#### 4.4. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία είναι το 'Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια' (SAQ-Ειδική έκδοση για τα νοσηλευτικά τμήματα) το οποίο πρόκειται για ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (Sexton et al, 2006). Έχει τροποποιηθεί ώστε να εναρμονιστεί με την Ελληνική πραγματικότητα και χρησιμοποιήθηκε μετά από τη σύμφωνη γνώμη των ερευνητών Raftopoulos et al (2011). Το SAQ θεωρείται ένα ειδικά σχεδιασμένο ερευνητικό εργαλείο το οποίο αξιολογεί τις αντιλήψεις που αφορούν το συνολικό κλίμα ασφάλειας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δυο ευδιάκριτα μέρη. Το πρώτο μέρος περιλάμβανε τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά καθώς και τις ερωτήσεις που σχετίζονταν με την αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων και την επαγγελματική εξουθένωση. Η ερώτηση 'Αισθάνεστε μια γενικότερη κόπωση; (Ναι-Όχι)' χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει την αυτοαναφερόμενη κόπωση ενώ η αντίληψη για το ατομικό άγχος προσδιορίστηκε με την ερώτηση 'Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους; (Ναι-Όχι)'. Επιπλέον αξιολογούνται οι αντιλήψεις που επικρατούν σε σχέση με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στα νοσηλευτικά τμήματα, η ικανοποίηση από την εργασία, οι αντιλήψεις που αφορούν την συνεργασία των επαγγελματιών υγείας και η επίδραση τους στην παρεχόμενη φροντίδα, η ικανοποίηση από τη διοίκηση του νοσοκομείου καθώς και η αντίληψη σε σχέση με τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στην ασφάλεια των ασθενών με τη χρήση μιας συνεχούς κλίμακας που κυμαινόταν από 0 έως 10.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το 'Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια των Ασθενών' ειδική έκδοση για τα νοσηλευτικά τμήματα με τη χρήση του οποίου εξετάζονται οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας μέσα από έξι κύριους παράγοντες που προκύπτουν από τις ερωτήσεις:

<b>Παράγοντες</b>	<b>Ερωτήσεις</b>
Ομαδική Εργασία	2,18,23,26,27,28
Κλίμα Ασφάλειας	3,4,10,11,15,16,21
Ικανοποίηση από την Εργασία	1,7,12,22,9
Αναγνώριση του στρες	19,24,25,31
Αντιλήψεις για τη Διοίκηση	8,9,13,14,20

Εργασιακές Συνθήκες	5,6,17,30
---------------------	-----------

Η απάντηση σε κάθε μία από τις ερωτήσεις αντιστοιχεί σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ κάπως, 3=Ουδέτερος/η, 4=Συμφωνώ κάπως, 5=Συμφωνώ απόλυτα). Οι απαντήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του Sexton μετατρέπονται σε βαθμιαία κλίμακα 0-100 (1:0%, 2:25%, 3:50%, 4:75%, 5:100%) και θεωρούνται θετικά τα αποτελέσματα, αυτά που είναι πάνω από >75%. Μία βαθμολογία προκειμένου να θεωρηθεί θετική σε μία από τις κύριες κατηγορίες, ο ερωτώμενος θα πρέπει να απαντήσει κατά μέσο όρο ‘Συμφωνώ κάπως’ ή ‘Συμφωνώ απόλυτα’. Οι ερωτήσεις (δηλαδή 11, 18, 19, 24&25) που είναι αρνητικά διατυπωμένες σύμφωνα με τον Sexton, μετατράπηκαν ως προς τη βαθμολόγηση τους σύμφωνα με τις οδηγίες του πρωτότυπου ερωτηματολογίου (5=0%, 4=25%, 3=50%, 2=75%, 1=100%).

Η αναπαραγωγή των τυποποιημένων μεθόδων όπως η παρούσα αποτελεί συνήθη πρακτική σε ποσοτικές έρευνες προκειμένου να εξαχθούν παρόμοια αποτελέσματα, εξασφαλίζοντας τη συνέπεια προς τις μεθόδους ανάλυσης των δεδομένων και την δημιουργία αξιόπιστων και συγκρίσιμων αποτελεσμάτων (Polid, 2010).

#### 4.5. Η Επεξεργασία των δεδομένων και της στατιστικής Ανάλυσης

Η στατιστική ανάλυση όλων των στοιχείων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS version 19.

Αρχικά έγινε σύγκριση των τριών κατηγοριών εργαζόμενων ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία με One-Way Anova για τις ποσοτικές μεταβλητές. Οι διαφορές των τριών κατηγοριών εργαζόμενων ως προς ποιοτικές μεταβλητές εκτιμήθηκαν με Pearson 's chi-square test και Fisher's Exact Test το οποίο θεωρήθηκε καταλληλότερο δεδομένου ότι ο αριθμός των συμμετεχόντων στην έρευνα φυσικοθεραπευτών ήταν μόλις πέντε.

Έπειτα υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές και οι σταθερές αποκλίσεις κάθε κατηγορίας της κλίμακας SAQ και της συνολικής και έγινε σύγκριση των τιμών τους στις τρεις κατηγορίες εργαζόμενων με One-Way Anova.

Μελετήθηκαν πιθανές διαφορές της κλίμακας SAQ και των ερωτήσεων με κλίμακα βαθμολόγησης από 1-10 και αναζητήθηκαν πιθανές διαφορές τους στις τρεις υποκατηγορίες των γιατρών (ειδικευμένοι, ειδικευόμενοι/ και εξειδικευόμενοι) και στις τρεις υποκατηγορίες νοσηλευτών (δευτεροβάθμιας, τεχνολογικής εκπαίδευσης και λήψης μεταπτυχιακού).

Έγινε σύγκριση με t-test της διάμεσης ηλικίας, του διάμεσου χρόνου συνολικής προϋπηρεσίας και προϋπηρεσίας στο τμήμα, του φίλου και της οικογενειακής κατάστασης ως προς τη βαθμολόγηση της κλίμακας SAQ. Στη συνέχεια με t-test διερευνήθηκαν πιθανές διαφορές ως προς την κλίμακα SAQ και των ερωτήσεων με βαθμολόγηση από 1-10 σε άτομα που είχαν δηλώσει κόπωση και άγχος από την εργασία τους και συγκρίθηκαν με εκείνα που απάντησαν αρνητικά στις αντίστοιχες ερωτήσεις.

Για όλες τις στατιστικές αναλύσεις το επίπεδο σημαντικότητας που χρησιμοποιήθηκε ήταν  $p < 0,05$ . Τέλος ο βαθμός συνοχής των ερωτήσεων κάθε κλίμακας SAQ εκτιμήθηκε με τον δείκτη Cronbach's alpha.

#### 4.6. Ηθικά Ζητήματα της έρευνας

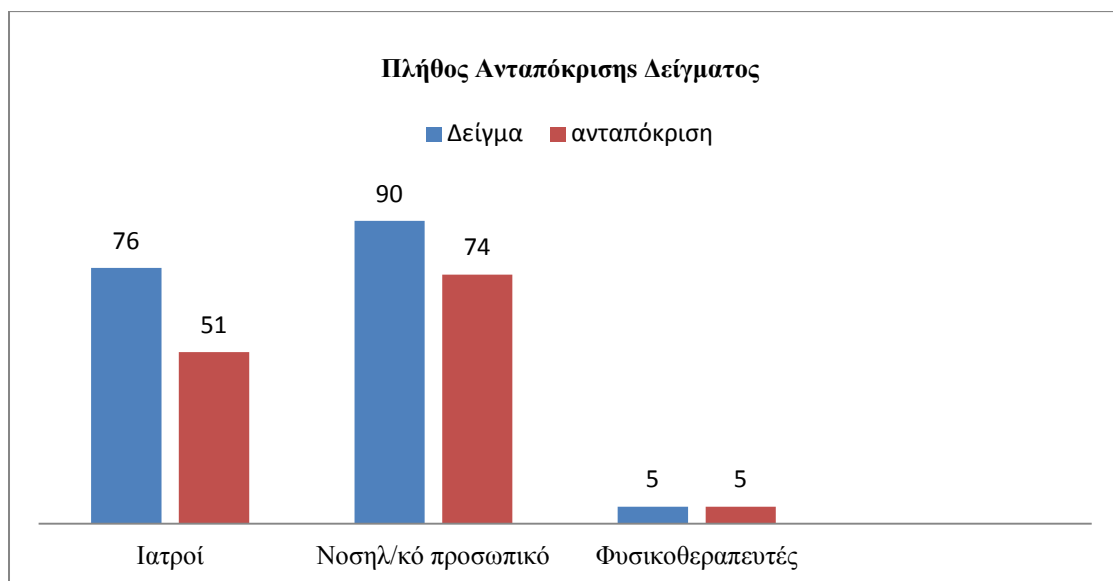
Το πρωτόκολλο της έρευνας κατατέθηκε στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Παιδών με σκοπό να εξασφαλιστεί η άδεια διεξαγωγής της παρούσας ερευνητικής εργασίας (παράρτημα). Ακολούθως εξασφαλίστηκε η σχετική άδεια από το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου. Επίσης οι επαγγελματίες υγείας που επρόκειτο να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια έλαβαν γνώση σχετικά με τον σκοπό της έρευνας, έγιναν οι κατάλληλες επεξηγήσεις όσο αφορά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και κατέστη σαφές πως είναι δικαίωμα τους να αρνηθούν να συμμετάσχουν σε αυτή. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συνεπαγόταν τη συναίνεση του επαγγελματία υγείας να συμμετάσχει στην έρευνα.

## 4.7. Αποτελέσματα

### 4.7.1. Ποσοστό ανταπόκρισης

Συγκεντρώθηκαν 130 (76%) συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από ένα σύνολο 171 ερωτηματολογίων. Οι ιατροί συμμετείχαν σε ποσοστό 67,1%, το νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό 82,2% και οι φυσικοθεραπευτές σε ποσοστό 100%. Το πλήθος των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχε στην έρευνα παρουσιάζεται στο ραβδόγραμμα 1.

Ραβδόγραμμα 4.1: Πλήθος Ανταπόκρισης Δείγματος



### 4.7.2. Κοινωνικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 108 (83%) γυναίκες. Η στατιστική ανάλυση του δείγματος με chi-square test και Fishers Exact Test έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των δύο φύλων μεταξύ των τριών κατηγοριών  $p \leq 0,001$  καθώς το γυναικείο φύλο υπερέχει αριθμητικά με συντριπτική πλειοψηφία στο νοσηλευτικό προσωπικό (93%) λιγότερο στους ιατρούς και υπολείπεται στους φυσικοθεραπευτές.

Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος περιγράφεται στον πίνακα 1 και είναι εμφανές ότι το δείγμα διακρίνεται κυρίως σε έγγαμους και άγαμους συγκεκριμένα το 56,8% των ιατρών είναι παντρεμένοι ενώ το 42% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ανύπαντροι.

**Πίνακας 4.1: Οικογενειακή κατάσταση ανά ειδικότητα**

Οικογενειακή_κατάσταση	Ειδικότητα			Σύνολο
	Φυσικοθεραπευτές	Νοσ/κό προσωπικό	Ιατροί	
Συμβίωση	0	5 (6, 7%)	3 (5, 8%)	8
χήρος/α	0	1 (1, 35%)	2 (3, 9%)	3
χωρισμένος/η	1 (20%)	3 (4%)	2 (3, 9%)	6
παντρεμένος/η	2 (40%)	34 (46%)	29 (56, 8%)	65
ανύπαντρος/η	2 (40%)	31 (42%)	15 (29, 4%)	48
Σύνολο	5	74	51	130

Κατά τη σύγκριση των τριών κατηγοριών εργαζομένων μεταξύ τους με chi-square test παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση ( $p=0,634$ ). Επιπλέον υπολογίστηκε η μέση ηλικία και η τυπική απόκλιση ανα κατηγορία των εργαζομένων (πίν. 2) και η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της ηλικίας των τριών κατηγοριών εργαζομένων με  $p=0,001$  η οποία οφείλεται σε διαφορά ηλικίας των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο διαθέτει τη μικρότερη μέση ηλικία ενώ δεν παρατηρείται διαφορά ηλικίας φυσικοθεραπευτών και ιατρών ή φυσικοθεραπευτών και νοσηλευτικού προσωπικού.

**Πίνακας 4.2: Διαφορές στη μέση ηλικία**

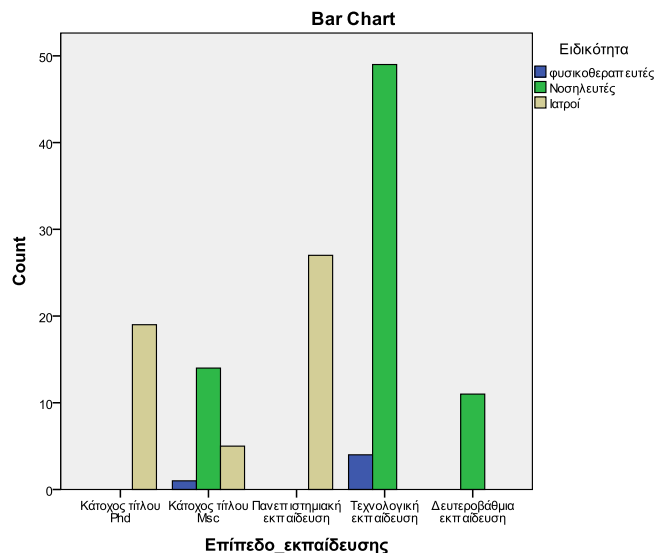
Ειδικότητα	Μέση Ηλικία	Τυπική Απόκλιση
Φυσικοθεραπευτές	43,800	3,9623
Νοσηλευτικό Προσωπικό	37,190	8,0839
Ιατροί	44,500	12,5227

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης το νοσηλευτικό προσωπικό είναι κυρίως τεχνολογικής εκπαίδευσης καθώς και οι φυσικοθεραπευτές όπως παρατηρείται στο ραβδόγραμμα 2. Χρειάζεται να διευκρινιστεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που ανήκει στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση αποτελεί τους βοηθούς νοσηλευτών και εμφανίζεται σε μικρή αναλογία στο δείγμα μας και αυτό οφείλεται στο ότι το προσωπικό που προσλαμβάνεται πλέον για να καλύψει τις θέσεις των νοσηλευτών είναι τεχνολογικής ή πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Η στατιστική ανάλυση με chi-square και Fishers Exact Test έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της εκπαίδευσης των τριών κατηγοριών εργαζομένων  $p<0,001$ .



Διευκρινίζεται ότι αυτός που είναι νοσηλευτής πανεπιστημιακής εκπαίδευσης με διδακτορικό ομαδοποιήθηκε με αυτούς που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο.

**Ραβδόγραμμα 4.2: Επίπεδο εκπαίδευσης ανά κατηγορία**



Στον παρακάτω πίνακα 3 παρουσιάζεται η αναλογία του δείγματος των επαγγελματιών υγείας ανά τμήμα εργασίας και κατά την ανάλυση διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0.310$ ) στην αναλογία των εργαζομένων σε σχέση με τα τμήματα εργασίας.

**Πίνακας 4.3: Επαγγελματική ιδιότητα ανά τμήμα εργασίας**

Νοσηλευτικά Τμήματα	Ειδικότητα		
	Ιατροί	Νοσ/κό προσωπικό	Φυσικοθεραπευτές
Μονάδα Εντατικής Παίδων	17,6%	20,3%	40%
Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών	11,8%	25,7%	
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	5,9%	6,8%	
Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική	23,5%	27%	
Χειρουργική Κλινική	25,5%	10,8%	
Ογκολογική Κλινική	15,7%	9,5%	
<b>Σύνολο τμημάτων</b>			<b>60%</b>

Βρέθηκε όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την επιλογή του τμήματος εργασίας ( $p<0,001$ ) όπου το σύνολο των φυσικοθεραπευτών και η πλειοψηφία των ιατρών (90,2%) είχαν επιλέξει το τμήμα εργασίας τους σε αντίθεση με το νοσηλευτικό προσωπικό δηλαδή μόνο το 35% από αυτούς δήλωσε ότι έχει επιλέξει το τμήμα εργασίας του. Χρειάζεται

να σημειωθεί ότι οι ιατροί διορίζονται στα τμήματα εργασίας τους ανάλογα με την ειδικότητα τους.

Στον πίνακα 4 φαίνεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση του συνολικού χρόνου εργασίας των φυσικοθεραπευτών, του νοσηλευτικού προσωπικού και των ιατρών με στατιστικά σημαντική διαφορά  $p=0,038$  χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τον χρόνο εργασίας ( $p=0,988$ ) στο τμήμα

**Πίνακας: 4.4 Συνολικός χρόνος εργασίας στο τμήμα**

Ειδικότητα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Φυσικοθεραπευτές	10,500	11,5542
Νοσηλευτικό προσωπικό	9,897	7,7491
Ιατροί	9,841	10,4609

#### 4.7.3. Ποσοστά απαντήσεων στις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Αξιοσημείωτα είναι τα αποτελέσματα στον πίνακα 5 σχετικά με τις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 4.5. Ανάλυση αρχικών παραγόντων ερωτηματολογίου μεταξύ ιατρών, νοσηλευτικό προσωπικό και φυσικοθεραπευτών				
	N	%	Μέση τιμή $\pm$ TA	P - value
Ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα (0 – 10)				
Ιατροί	51	39,23	8,08 $\pm$ 1,29	0,209
Νοσηλευτές	74	56,92	8,16 $\pm$ 1,28	
Φυσικοθεραπευτές	5	3,84	7,00 $\pm$ 3,53	
Ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στο τμήμα (0 – 10)				
Ιατροί	51	39,23	8,39 $\pm$ 1,06	0,118
Νοσηλευτές	74	56,92	8,77 $\pm$ ,936	
Φυσικοθεραπευτές	5	3,84	8,60 $\pm$ ,894	
Ικανοποίηση από την εργασία στο τμήμα (0 – 10)				
Ιατροί	51	39,23	7,78 $\pm$ 1,70	0,321
Νοσηλευτές	74	56,92	8,10 $\pm$ 1,44	
Φυσικοθεραπευτές	5	3,84	7,20 $\pm$ 2,28	
Συνιστώ σε κάποιο γνωστό ή συγγενή μου να νοσηλευτεί στο τμήμα (συμφωνώ κάπως – συμφωνώ απόλυτα)				
Ιατροί	51	39,23	5,65 $\pm$ 0,868	<0,001
Νοσηλευτές	74	56,92	4,99 $\pm$ 1,11	
Φυσικοθεραπευτές	5	3,84	4,40 $\pm$ 2,07	

Πίνακας 4.5. Ανάλυση αρχικών παραγόντων ερωτηματολογίου μεταξύ ιατρών, νοσηλευτικό προσωπικό και φυσικοθεραπευτών				
	N	%	Μέση τιμή ±ΤΑ	P - value
Βαθμό Άγχους (0 – 10)				
Ιατροί	39	35,13	5,46±2,36	<0,002
Νοσηλεύτες	67	60,36	6,88±1,77	
Φυσικοθεραπευτές	5	4,5	5,20±2,28	
Ασφάλεια ασθενών στο τμήμα σας (0-10)				
Ιατροί	51	39,23	8,71±1,23	<0,001
Νοσηλεύτες	74	56,92	8,81±1,12	
Φυσικοθεραπευτές	5	3,84	6,40±4,03	
Η συμβολή της οικονομικής κρίσης στην ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα σας (1-10)				
Ιατροί	51	39,23	5,70±3,37	<0,032
Νοσηλεύτες	74	56,92	7,06±2,48	
Φυσικοθεραπευτές	5	3,84	5,60±2,30	
Βαθμολόγηση του νοσοκομείου σε σχέση με άλλα που έχετε εργαστεί (0-10)				
Ιατροί	47	92	7,25±1,70	0,308
Νοσηλεύτες	43	43	7,17±1,86	
Φυσικοθεραπευτές	4	4	7,25±1,70	
Ικανοποίηση από την ποιότητα συνεργασίας σας με το νοσηλ/κό προσωπικό (0-10)				
Ιατροί	51	39,23	8,47±1,13	0,625
Νοσηλεύτες	74	56,92	8,51±1,19	
Φυσικοθεραπευτές	5	3,84	9,00±1,00	
Ικανοποίηση από την ποιότητα συνεργασίας σας με τους ιατρούς				
Ιατροί	51	39,23	7,98±1,20	0,105
Νοσηλεύτες	74	56,92	7,41±1,60	
Φυσικοθεραπευτές	5	3,84	8,00±2,34	
Ικανοποίηση από την ποιότητα συνεργασίας σας με τους φυσικοθεραπευτές (0-10)				
Ιατροί	51	39,23	8,65±1,05	0,157
Νοσηλεύτες	74	56,92	8,49±1,78	
Φυσικοθεραπευτές	5	3,84	7,20±3,11	
Βαθμός ικανοποίησης από τη διοίκηση του νοσοκομείου (0-10)				
Ιατροί	51	39,23	5,73±2,24	0,753
Νοσηλεύτες	74	56,92	5,46±2,62	
Φυσικοθεραπευτές	5	3,74	5,00±2,44	

Ειδικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογεί υψηλότερα την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στο τμήμα σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας καθώς την αξιολόγησαν με 8,16±1,28 ενώ οι ιατροί και φυσικοθεραπευτές με 8,08±1,29 και 7,00±3,53 αντίστοιχα με p=0,209. Ενδιαφέρον έχει ότι και οι τρεις κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας βαθμολόγησαν υψηλότερα την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν οι ίδιοι προσωπικά στο τμήμα. Οι φυσικοθεραπευτές συγκεκριμένα αυτοαξιολογήθηκαν υψηλότερα με 8,60±0,894 (p=0,118) ενώ η αξιολόγηση των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας ήταν λίγο υψηλότερη γεγονός που συγκλίνει με την αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας τμήμα.

Όσο αφορά στην απάντηση των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση «σύσταση σε κάποιον γνωστό μου ή συγγενή μου να νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο τμήμα» η μέση τιμή απάντησης για τους φυσικοθεραπευτές ήταν 4,40 (συμφωνώ – συμφωνώ απόλυτα), το νοσηλευτικό προσωπικό 4,99 (συμφωνώ κάπως) και τους ιατρούς 5,65 (συμφωνώ κάπως – συμφωνώ απόλυτα). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών (85,7%) απάντησε θετικά (συμφωνώ κάπως – συμφωνώ απόλυτα) ενώ μόνο το 49,3% του νοσηλευτικού προσωπικού και το 50% των φυσικοθεραπευτών αξιολόγησε θετικά την παραπάνω ερώτηση με στατιστικά σημαντική διαφορά  $p=0,001$  στις τρεις κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας ενώ κατά τη δοκιμασία Bonferroni αναδείχτηκε στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο μεταξύ ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού με  $p=0,003$  όπως επίσης ιατρών και φυσικοθεραπευτών με  $p=0,043$ .

Το νοσηλευτικό προσωπικό δηλώνει πιο ικανοποιημένο από την εργασία του με  $8,10\pm 1,44$  σε σχέση με τους ιατρούς ( $7,78\pm 1,70$ ) και τους φυσικοθεραπευτές ( $7,20\pm 2,28$ ) ωστόσο δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις τρεις κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας ( $p=0,321$ ) ενώ παρατηρείται ένας πολύ μέτριος βαθμός ικανοποίησης από την διοίκηση του νοσοκομείου μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ο οποίος δε διαφέρει στατιστικά σημαντικά. Επιπλέον από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι και οι τρεις κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας είναι αρκετά ικανοποιημένες από την ποιότητα της συνεργασία τους και ειδικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογεί υψηλότερα τη συνεργασία του με τους συναδέλφους τους ( $8,51\pm 1,19$ ) και τους φυσικοθεραπευτές ( $8,49\pm 1,78$ ) ενώ κρίνει χαμηλότερα την ποιότητα συνεργασίας με τους ιατρούς ( $7,41\pm 1,60$ ) χωρίς να υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά ενώ οι ιατροί αξιολογούν υψηλότερα την ποιότητα συνεργασία τους με τους φυσικοθεραπευτές ( $8,47\pm 1,13$ ) και τέλος οι φυσικοθεραπευτές προσλαμβάνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ποιότητα της συνεργασίας τους με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό επίσης παρατηρείται πως έχουν σχηματίσει θετικότερη άποψη ως προς την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα εργασίας τους καθώς ο μέσος όρος βαθμός ασφαλείας που δίνουν είναι σχεδόν ταυτόσημος  $8,71\pm 1,23$  και  $8,81\pm 1,26$  αντίστοιχα με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,001$ ). Ο βαθμός επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ασφάλεια των ασθενών διαφέρει στατιστικά σημαντικά ( $p=0,032$ ) στις διάφορες κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας. Η αρνητική επίδραση της κρίσης στην

ασφάλεια των ασθενών καταγράφεται εντονότερα από το νοσηλευτικό προσωπικό (7,06±2,48) και λιγότερο από τους ιατρούς (5,70±3,37) και από τους φυσικοθεραπευτές (5,60±2,30) με στατιστικά σημαντική διαφορά  $p=0,032$ .

Το αυτοαναφερόμενο άγχος διαφέρει στατιστικά σημαντικά ( $p=0,02$ ) στις τρεις κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε υψηλότερη μέση τιμή 6,88±1,71, οι ιατροί με 5,46±2,36 και τέλος οι φυσικοθεραπευτές με 5,20±2,28. Στην ερώτηση του ερωτηματολογίου «με το πέρας του ωραρίου δεν έχω όρεξη για τίποτα λόγω κόπωσης» όπως φαίνεται στον πίνακα 6 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά κόπωσης στις τρεις κατηγορίες των εργαζομένων. Θετική απάντηση κόπωσης θεωρήθηκε το σύνολο των θετικών απαντήσεων (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, συμφωνώ κάπως). Ο μεγαλύτερος βαθμός κόπωσης εκδηλώνεται στο νοσηλευτικό προσωπικό(50%), ακολουθούν οι ιατροί με ποσοστό 23,5% ενώ οι φυσικοθεραπευτές εμφανίζονται ότι κουράζονται αρκετά λιγότερο με στατιστικά σημαντική διαφορά με  $p<0,05$ .

**Πίνακας 4.6: Ποσοστό θετικής απάντησης ‘Με το πέρας του ωραρίου δεν έχω όρεξη για τίποτα λόγω κόπωσης’**

Ειδικότητα	Με το πέρας του ωραρίου δεν έχω όρεξη για τίποτα λόγω κόπωσης						Ποσοστό Θετικής Απάντησης
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα	
Φυσικοθεραπευτές	2	0	3	0	0	0	0%
Νοσηλ/κό προσωπικό	4	12	21	13	13	11	50%
Ιατροί	8	16	14	4	4	4	23,5%

Pearson chi-square < 0,021, Fisher's exact test <0,026

Επίσης στην ερώτηση «αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση» παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά αισθήματος γενικότερης κόπωσης στους επαγγελματίες υγείας με το νοσηλευτικό προσωπικό να εμφανίζεται πιο κουρασμένο (87,6%), μετά τους ιατρούς (70,5%) και τέλος τους φυσικοθεραπευτές (40%) (πίν. 7).

**Πίνακας 4.7: Ποσοστό θετικής απάντησης ‘Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση’**

Ειδικότητα	Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση		Ποσοστό Θετικής Απάντησης
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Φυσικοθεραπευτές	2	3	40%
Νοσηλευτικό προσωπικό	65	9	87,6%
Ιατροί	36	15	70,5%

Pearson chi-square < 0,010, Fisher's exact test <0,007

Επιπλέον το νοσηλευτικό προσωπικό (83,7%) και οι φυσικοθεραπευτές (80%) αντιλαμβάνονται το επάγγελμά τους ως πηγή άγχους ενώ οι ιατροί (57%) σε σαφώς μικρότερο ποσοστό με στατιστικά σημαντική διαφορά όπως δηλώνεται στον πίνακα 8.

**Πίνακας 4.8: Ποσοστό θετικής απάντησης 'Αισθάνεστε ότι το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους για εσάς'**

		Αισθάνεστε ότι το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους για εσάς		Ποσοστό Θετικών Απαντήσεων
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Ειδικότητα	Φυσικοθεραπευτές	4	1	80,0%
	Νοσηλευτικό	62	12	83,7%
	Ιατροί	29	22	56,8%

Pearson chi-square < 0,003, Fisher's exact test <0,004

Στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεστε κόπωση» το 78,8% του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε θετικά δηλαδή «συχνά», πολύ συχνά», ενώ οι ιατροί και οι φυσικοθεραπευτές απάντησαν θετικά σε ποσοστό 56,8% και 60% αντίστοιχα χωρίς όμως να παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά. Οι πέντε παραπάνω ερωτήσεις που περιγράφηκαν εκφράζουν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας. Κατά την ομαδοποίηση τους προέκυψε ο πίνακας 10 όπου είναι εμφανές ότι το 83,7% του συνόλου του δείγματος παρουσιάζει θετικό βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης με το νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό 90,6%, οι ιατροί σε ποσοστό 76,5% και τέλος οι φυσικοθεραπευτές κατά 60% με τις διαφορές των ποσοστών εξουθένωσης στις τρεις κατηγορίες να είναι στατιστικά σημαντικές.

**Πίνακας 4.9: Θετικός Βαθμός εξουθένωσης**

Θετικός βαθμός εξουθένωσης		Ειδικότητα			Σύνολο
		Φυσικοθεραπευτές	Νοσηλευτικό	Ιατροί	
Θετικός Βαθμός εξουθένωσης	Όχι	2 (40%)	7 (9, 4%)	12 (23, 5%)	<b>21 (16, 3%)</b>
	Ναι	<b>3 (60%)</b>	<b>67 (90, 6%)</b>	<b>38 (76, 5%)</b>	<b>108 (83, 7%)</b>

Pearson chi-square < 0,044, Fisher's exact test <0,022

#### 4.7.4. Αποτελέσματα των παραγόντων του SAQ

Τα αποτελέσματα των απαντήσεων στους παράγοντες της κλίμακας SAQ παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες με την μέση τιμή (Μ.Τ) και τυπική απόκλιση (Τ.Α) κάθε ερώτησης και συνολικής SAQ σε κάθε κατηγορία καθώς και το σύνολο των θετικών ποσοστών (Θ.Π) των μεταβλητών ανα κατηγορία των εργαζομένων. Η τιμή της συγκεκριμένης μεταβλητής-ερώτησης μεγαλύτερης από 50 θεωρήθηκε θετικό ποσοστό.

Πίνακας 4.10: Ικανοποίηση από την εργασία SAQ					
Ερωτήσεις SAQ για την κατηγορία	Φυσικοθεραπευτές	Νοσηλ/κό	Ιατροί	p	Σύνολο
Ικανοποίηση από την εργασία					

<b>Μου αρέσει η δουλειά μου</b>	85,00,(33,54), 80%	85,07,(22,46),87,5%	95,59(15,57),96%	<b>,020</b>	<b>89,26(20,97),91,6%</b>
<b>Αίσθηση οικογενειακού κλίματος η εργασία στο νοσοκομείο</b>	55,00,(51,23),60%	66,22, (28,49),61%	75,49(24,74),94%	,102	69,42(28,40),66,9%
<b>Καλό μέρος αυτό το νοσοκομείο για να εργαστεί κάποιος</b>	60,00,(33,54),60%	70,89 (22,05),60,3%	73,53(23,67),74,5%	,436	71,51 (23,12),65,9%
<b>Είμαι περήφανος που εργάζομαι σε αυτό το νοσοκομείο</b>	45,00,(41,07),40%	70,95 (24,83),60,8%	74,51(23,71),72,5%	<b>,045</b>	<b>71,35(25,50),64,6%</b>
<b>Το ηθικό σε αυτό το τμήμα είναι υψηλό</b>	55,00,(44,72),40%	67,23 (24,80),60,8%	74,51(26,21),70,6%	,143	69,62(26,41),63,8%
<b>SAQ Ικανοποίηση από την εργασία</b>	60,00 (35,35),60%	72,67 (16,55),90%	78,72 (18,32),94%	<b>,039</b>	<b>74,60(18,51),90,6%</b>

Από τον παραπάνω πίνακα 11 παρατηρείται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις τρεις κατηγορίες εργαζόμενων και συγκεκριμένα η ερώτηση «μου αρέσει η δουλειά μου» συγκεντρώνει την υψηλότερη βαθμολογία η οποία παρουσιάζει μέση τιμή  $89,26\% \pm 20,97$  και το θετικό ποσοστό των απαντήσεων είναι  $91,6\%$  με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ( $p=0,02$ ) ενώ η ερώτηση «είμαι περήφανος που εργάζομαι σε αυτό το νοσοκομείο» εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ιατρών και των φυσικοθεραπευτών ( $p=0,045$ ) με μέση τιμή και τυπική απόκλιση  $71,35 \pm 25,50$  και το θετικό σκορ είναι  $63,8\%$ . Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της κλίμακας ικανοποίηση από την εργασία-SAQ που αφορά το σύνολο των ερωτήσεων αυτής της κατηγορίας είναι  $74,60 \pm 18,51$  η οποία είναι πολύ κοντά στη θετική βαθμολογία που είναι το 75 και το ποσοστό των θετικών απαντήσεων είναι  $90,6\%$  ωστόσο ο περαιτέρω έλεγχος με Bonferroni δεν αναδεικνύει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,089$ ).

Στον επόμενο πίνακα 12 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις καθώς και τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων στις ερωτήσεις της κατηγορίας του κλίματος της ασφάλειας στο SAQ.

**Πίνακας 4.11:Κλίμα ασφάλειας SAQ**

Ερωτήσεις SAQ για την κατηγορία του Κλίματος ασφάλειας	Φυσικοθεραπευτές Μ.Τ / Τ.Α & Θ.Π%	Νοσηλ/κό Μ.Τ / Τ.Α & Θ.Π%	Ιατροί Μ.Τ / Τ.Α & Θ.Π%	p	Σύνολο Μ.Τ / Τ.Α & Θ.Π%
Θα ένιωθα ασφαλής αν το παιδί μου νοσηλευόταν στο τμήμα	70,00 (41,07), 80%	79,85 (22,71), 85%	90,82(17,45),92%	0,11	83,88(22,32),87,6%
Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα	60,00 (41,83), 40%	79,05 (24,13),78%	82,00(24,67),84%	0,176	79,46(25,28),79,1%
Λήψη κατάλληλης ανατροφοδότησης για την απόδοσή μου στην εργασία	35,00 (28,50), 20%	38,89 (30,51),22%	41,00(35,63),32%	0,893	39,57(32,34),26,0%
Δυσκολία συζήτησης λαθών σε αυτό το τμήμα	40,00 (37,91), 60%	47,57(26,25),37,5%	32,35(34,74),64,7%	<b>0,026</b>	<b>41,21(30,99)28,9%</b>
Ενθάρρυνση συναδέλφων αναφορές ανησυχιών για ασφάλεια ασθενών	60,00 (37,91), 60%	70,89(25,35),68,5%	78,00(24,56),74%	0,162	73,24(25,71),70,3%
Διευκόλυνση μάθησης από λάθη άλλων λόγω εργασιακής κουλτούρας	65,00 (41,83), 60%	64,19(28,09),51,4%	69,6(28,42),70,6%	0,583	66,35(28,65),59,2
Γνώση διαδικασιών υποβολής ερωτημάτων ασφάλειας ασθενών τμήματα	80,00 (20,91), 80%	55,07(32.048),47,35	62,75(31,77),51,6%	0,136	59,04(31,89),50,0%
<b>SAQ κλίμα ασφάλειας</b>	<b>58,57 (17,60),60%</b>	<b>61,85(13,49),74,2%</b>	<b>65,99(15,46),84,8%</b>	<b>0,252</b>	<b>63,33(14,51),77,8%</b>

Από τον πίνακα 12 παρατηρείται ότι εάν και η ερώτηση «Θα ένιωθα ασφαλής αν το παιδί μου νοσηλευόταν στο τμήμα» συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη μέση τιμή (83,88±22,32) με θετικό ποσοστό απάντησης (87,6%) δεν υπάρχει όμως στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 3 κατηγοριών εργαζόμενων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η απάντηση στην ερώτηση «είναι δύσκολο σε αυτό το τμήμα να συζητάς τα λάθη» η οποία συγκεντρώνει την πιο χαμηλή βαθμολογία με μέση τιμή & τυπική απόκλιση (41,21±30,99) και θετικό σκορ 28,9% στην οποία εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών με p=0,026. Επιπλέον η ερώτηση «λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία σε αυτό το τμήμα» έλαβε τη χαμηλότερη θετική βαθμολογία (26,0%). Το συνολικό κλίμα ασφάλειας λαμβάνει μέση τιμή & τυπική απόκλιση (63,33±14,5) η οποία δεν μπορεί να θεωρηθεί ιδιαίτερα ικανοποιητική καθώς δεν πλησιάζει το όριο του 75 που θεωρείται θετική αξιολόγηση.

Η αναγνώριση του στρες με τις ερωτήσεις του SAQ αναλύεται στον πίνακα 13 καταγράφοντας τις μέσες τιμές, τις τυπικές αποκλίσεις και τα ποσοστά θετικού σκορ ανά ερώτηση σε κάθε κατηγορία εργαζομένων αλλά και στο σύνολο τους.



Πίνακας 4.12: Αναγνώριση του στρες SAQ					
Ερωτήσεις SAQ για την κατηγορία της αναγνώρισης του στρες	Φυσικοθεραπευτές Μ.Τ / Τ.Α& Θ.Π%	Νοσηλευτικό Μ.Τ/Τ.Α&Θ.Π%	Ιατροί Μ.Τ/Τ.Α&Θ.Π%	p	Σύνολο Μ.Τ/ Τ.Α & Θ.Π%
Αρνητική απόδοση όταν αυξάνεται ο φόρτος εργασίας μου	45,00(32,69),40%	61,30(31,74),65,8%	62,75(32,92),68,6%	0,504	61,24(32,16),65,9%
Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός όταν είμαι κουρασμένος	30,0 (32,59),20%	71,62(27,55),79,7%	76,96(22,82),88,2%	<b>0,001</b>	<b>72,12(27,25),80,8%</b>
Μεγαλύτερη πιθανότητα λαθών λόγω τεταμένων ή εχθρικών συνθηκών	55,00(27,38),80%	71,62(31,87),77,0%	78,92(23,65),88,2%	0,128	73,85(29,01)80,8%
Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου σε επείγοντα περιστατικά	20,00(20,91),60%	43,49(36,09),50,7%	45,50(40,93),50,0%	0,356	43,36(37,71)61,7%
<b>SAQ αναγνώριση stress</b>	37,50(22,09)40%	62,41(23,53)73,6%	66,00(23,59),78,0%	0,38	<b>62,84(23,30),79,7%</b>

Παρατηρείται από τον πίνακα 13 ότι η ερώτηση «είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου» να συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη βαθμολογία (73,85±29,01) με θετικό σκορ 80,8% ενώ η ερώτηση ότι «είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος» εκτός από την υψηλή βαθμολογία που συγκεντρώνει (72,12±27,25) με επίσης υψηλό θετικό σκορ 80,8% ότι είναι στατιστικά σημαντική με  $p=0,001$  μεταξύ των τριών κατηγοριών των εργαζομένων. Η διαφορά αυτή οφείλεται σε διαφορά των φυσικοθεραπευτών από τους ιατρούς ( $p=0,001$ ) και από το νοσηλευτικό προσωπικό ( $p=0,02$ ). Ιδιαίτερης σημασίας είναι η χαμηλή βαθμολογία (43,36±37,71) και το χαμηλό θετικό σκορ που λαμβάνει η ερώτηση «η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών» που συγκριτικά με τις προηγούμενες ερωτήσεις συγκεντρώνει το χαμηλότερο ποσοστό. Η συνολική αναγνώριση του στρες προσεγγίζει το 62,84±23,30 η οποία δεν μπορεί να θεωρηθεί ιδιαίτερα ικανοποιητική με θετικές απαντήσεις σε ποσοστό 79,7%.

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και η θετική βαθμολογία για την κατηγορία του SAQ-εργασιακές συνθήκες. Προκύπτει ότι η ερώτηση «οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς» λαμβάνει την υψηλότερη μέση τιμή (70,40±27,01) με θετική βαθμολογία 62,4% η οποία κρίνεται μέτρια ικανοποιητική. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στην ερώτηση «όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση» με  $p=0,004$  και

οι διαφορές εντοπίζονται μεταξύ ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού ( $p=0,003$ ) με μέση τιμή  $68,60\pm 29,62$  και θετικό σκορ  $64,3\%$  το οποίο κρίνεται μέτρια θετικό. Η συνολική αξιολόγηση της κατηγορίας εργασιακές συνθήκες του SAQ λαμβάνει μέση τιμή ( $60,39\pm 21,11$ ) και θετικό σκορ  $60,7$  το οποίο δεν κρίνεται ιδιαίτερα υψηλό.

Ερωτήσεις SAQ για την κατηγορία Εργασιακές Συνθήκες	Φυσικοθεραπευτές Μ.Τ / Τ.Α & Θ.Π%	Νοσηλευτικό Μ.Τ/Τ.Α & Θ.Π%	Ιατροί Μ.Τ/Τ.Α & Θ.Π%	p	Σύνολο Μ.Τ/ Τ.Α & Θ.Π%
Καλή δουλειά του νοσοκομείου στην κατάρτιση νέου προσωπικού	45,00(44,72),40%	55,90(29,81),48,6%	61,27(25,65),56%	0,365	57,62(28,85),51,6%
Πληροφορίες θεραπευτικές και διαγνωστικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες	70,00(41,08),80%	61,30(28,88),65,8%	78,92(27,09),76,5%	<b>0,004</b>	<b>68,60(29,62),64,3%</b>
Αντιμετώπιση προβληματικού προσωπικού επικοινωνητικά από το Νοσοκομείο	45,00(37,08),20%	43,9(29,49),23,0%	44,12(30,65),27,5%	0,997	44,04(29,98),24,6%
Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	75,00(35,35),75%	70,36(28,64),73,0%	70,10(24,50)60,8%	0,941	70,40(27,01),62,45%
<b>SAQ εργασιακές συνθήκες</b>	68,75(22,24),75%	57,46(20,96),53,7%	63,60(21,01)68,6%	0,053	<b>60,39(21,11),60,7%</b>

Πίνακας 4.14: Ομαδική εργασία του SAQ					
Ερωτήσεις SAQ για την κατηγορία της ομαδικής εργασίας	Φυσικοθεραπευτές Μ.Τ / Τ.Α & Θ.Π%	Νοσηλευτικό Μ.Τ / Τ.Α & Θ.Π%	Ιατροί Μ.Τ / Τ.Α & Θ.Π%	p	Σύνολο Μ.Τ / Τ.Α & Θ.Π%
Εισηγήσεις του νοσηλ. προσωπικού & Φυσικοθ λαμβάνονται υπόψη	65,00(28,50),60%	67,14(21,51),65,7%	84,31(14,96),94,1%	<b>0,000</b>	<b>74,01(21,07),84,6%</b>
Δυσκολία αναφοράς προβλήματος στο τμήμα σχετικά με φροντίδα ασθενών	50,00(45,64),50%	39,19(29,86),11,4%	31,00(32,16),14%	0,246	36,33(31,35),13,4%
Κατάλληλη επίλυση διαφωνιών ανάλογα με το συμφέρον του ασθενή	50,00(39,52),40%	61,99(25,04),52,1%	72,55(29,26),68,6%	0,049	65,70(27,78),68,1%
Έχω την υποστήριξη από λοιπό προσωπικό για φροντίδα ασθενών	70,00(32,59),60%	79,39(21,64),79,7%	77,94(23,26),78,4%	0,656	<b>78,46(22,61),78,5%</b>
Ευκολία ερωτήσεων προσωπικού τμήματος λόγω έλλειψης κατανόησης	65,00(37,91),60%	82,09(22,48),86,5%	81,37(22,82),80,4%	0,285	<b>81,15(23,31),73,1%</b>
Ιατροί Νοσηλ/κό, φυσικοθεραπευτές, εργάζονται σαν καλά συντονισμένη ομάδα	50,00(46,77),40%	65,88(28,54),66,2%	74,50(28,34),65,0%	0,099	68,60(29,52),65,9%
SAQ ομαδική εργασία	59,37(25,54),50	65,15(13,59),82,6%	70,83(13,58),93,9%	0,053	67,24(14,25),86,1%

Ο πίνακας 15 εμφανίζει την ερώτηση «είναι εύκολο στο προσωπικό να κάνει ερωτήσεις σε αυτό το τμήμα όταν δεν κατανοεί κάτι» με την υψηλότερη βαθμολογία (81,15±23,31) και με υψηλό θετικό σκορ 73,1% καθώς και την ερώτηση «έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς» με (78,46±22,61) και επίσης θετικό σκορ 73,1%. Αξίζει να επισημανθεί η στατιστικά σημαντική διαφορά που σημειώθηκε στην ερώτηση «οι εισηγήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού και φυσικοθεραπευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το τμήμα» με  $p < 0,001$  και μέση τιμή (74,01±21,07) και θετικό σκορ 84,65%. Η συνολική αξιολόγηση της ομαδικής εργασίας λαμβάνει μέση τιμή 67,24±14,25 και 86,1% θετικό σκορ.

Στον παράγοντα αντιλήψεις για τη διοίκηση που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι οι ερωτήσεις έχουν συγκεντρώσει χαμηλή βαθμολογία (49,95±20,05) και θετικό σκορ 45,2% με στατιστικά σημαντική διαφορά  $p = 0,025$  στην ερώτηση «ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και που μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου» ανάμεσα στις κατηγορίες των εργαζομένων με μέση τιμή (46,12±28,71) και με ιδιαίτερα χαμηλό θετικό σκορ 32,6% (πίνακας 16).

Πίνακας 4.15: Αντιλήψεις για τη διοίκηση του SAQ					
Ερωτήσεις SAQ για την κατηγορία 'Αντιλήψεις για τη Διοίκηση'	Φυσικοθεραπευτές Μ.Τ / Τ.Α& Θ.Π%	Νοσηλευτικό Μ.Τ/Τ.Α&Θ.Π	Ιατροί Μ.Τ/Τ.Α&Θ.Π%	p	Σύνολο Μ.Τ/Τ.Α&Θ.Π%
Καλή δουλειά της διοίκησης του νοσοκομείου	35,00(33,54),20%	39,86(28,34),24,3%	47,06(26,76),29,4 %	,307	42,50(27,95),26,2
Στήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου στις καθημερινές μου προσπάθειες	30,00(32,59),20%	37,67(29,72),23,3%	40,82(28,72),24,5 %	,680	38,58(29,33),23,6
Η διοίκηση δεν διακινδυνεύει εν γνώσει της την ασφάλεια ασθενών	50,00(39,52),40%	61,11(28,11),51,4%	68,63(29,93),56,9 %	,216	63,67(29,40),53,1 %
Ικανοποιητικά επίπεδα προσωπικού τμήματος για αριθμό ασθενών	60,00(29,50),40%	60,81(36,33),62,2%	59,31(35,69),68,6 %	,974	60,19(35,58),60,0
Επαρκής έγκαιρη ενημέρωση γεγονότων που μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	15,00(13,69),40%	49,66(29,69),39,2%	44,00(26,51),36,0 %	,025	<b>46,12(28,71),32,6</b>
<b>SAQ διοίκηση</b>	38,00(14,83),20%	49,43(19,66),42,3%	51,97(20,92)42,1 %	,314	<b>49,95(20,05),45,2 %</b>

#### 4.7.5. Συσχέτιση των γενικών παραγόντων του ερωτηματολογίου με τους παράγοντες του SAQ

Στον πίνακα 16 περιγράφεται η συσχέτιση των έξι παραγόντων του ερωτηματολογίου με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση τη συνολική προϋπηρεσία, τη συνολική υπηρεσία στο τμήμα, το τμήμα εργασίας, την επιλογή του τμήματος εργασίας, το αίσθημα γενικότερης κόπωσης των εργαζομένων, την ιδιότητα και με τις ερωτήσεις με κλίμακα 0-10 του ερωτηματολογίου. Στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 0-10 υπολογίστηκε η διάμεσος τιμή προκειμένου να χωριστεί το προσωπικό σε δυο κατηγορίες και να συγκριθούν οι απαντήσεις τους με τις μέσες τιμές των παραμέτρων του SAQ.

Προκειμένου να συγκριθεί η ηλικία με τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου βρέθηκε η διάμεση ηλικία του συνολικού δείγματος η οποία είναι 40 ετών. Το δείγμα λοιπόν χωρίστηκε σε δυο ομάδες δηλαδή σε αυτούς που είναι μικρότεροι από 40 ετών και σε αυτούς που είναι μεγαλύτεροι από 40. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι η ηλικία προσδιορίζει τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ και ειδικότερα οι επαγγελματίες υγείας άνω των 40 ετών αξιολόγησαν με στατιστικά σημαντική διαφορά όλους τους παράγοντες εκτός από το κλίμα ασφάλειας και την αναγνώριση του στρες σε σχέση με τους επαγγελματίες μικρότερης

ηλικίας δίνοντας υψηλότερες τιμές στην ικανοποίηση από την εργασία ( $78,35 \pm 17,32 / 70,39 \pm 19,033$  με  $p=0,021$ ), στην ομαδική εργασία ( $70,11 \pm 13,91 / 64,08 \pm 14,04$  με  $p=0,019$ ) και στις εργασιακές συνθήκες ( $65,12 \pm 18,64 / 55,98 \pm 19,12$  με  $p=0,001$ ) ενώ χαμηλότερα αξιολογήθηκαν οι αντιλήψεις για τη διοίκηση με τιμές  $55,98 \pm 19,12 / 44,12 \pm 19,33$  με  $p=0,001$ .

Για τη σύγκριση της συνολικής προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας με τους παράγοντες του SAQ υπολογίστηκε η διάμεση τιμή. Χωρίστηκε λοιπόν το δείγμα σε δυο υποκατηγορίες στα άτομα με προϋπηρεσία άνω των 13 ετών και κάτω από τα 13 έτη. Η ικανοποίηση από την εργασία, η ομαδική εργασία, το κλίμα ασφάλειας αξιολογήθηκαν υψηλότερα από τους επαγγελματίες υγείας με συνολική προϋπηρεσία άνω των 13 ετών συγκριτικά με τους έχοντες λιγότερη προϋπηρεσία με τιμές  $81,37 \pm 17,13 / 68,15 \pm 17,55$  με  $p < 0,001$ ,  $72,08 \pm 14,11 / 62,56 \pm 12,83$  με  $p < 0,001$  και  $68,22 \pm 15,06 / 58,37 \pm 12,16$  με  $p < 0,001$  αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε επίσης ότι η συνολική προϋπηρεσία των επαγγελματιών υγείας δεν διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά τον παράγοντα αναγνώρισης του στρες του SAQ ( $p=0,083$ ).

Επιπλέον το σύνολο του δείγματος των εργαζομένων χωρίστηκε σε δυο κατηγορίες σχετικά με την προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα εργασίας δηλαδή σε αυτό που διαθέτει μέχρι πέντε έτη προϋπηρεσία και σε αυτό άνω των πέντε ετών. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι οι αντιλήψεις για τη διοίκηση συγκέντρωσε τη χαμηλότερη βαθμολογία τόσο από τους επαγγελματίες υγείας με προϋπηρεσία άνω των πέντε ετών όσο και κάτω των πέντε ετών με τιμές  $56,14 \pm 19,30$  με  $p=0,001$  και  $43,96 \pm 19,05$  με  $p=0,001$  αντίστοιχα. Η ικανοποίηση από την εργασία έλαβε την υψηλότερη βαθμολόγηση από τους πιο έμπειρους στο τμήμα συγκριτικά με τους λιγότερους έμπειρους και ακολούθησαν η ομαδική εργασία, το κλίμα ασφάλειας και οι εργασιακές συνθήκες με τιμές  $78,06 \pm 18,00 / 71,30 \pm 18,52$  με  $p=0,039$ ,  $70,33 \pm 12,83 / 64,35 \pm 14,98$  με  $p=0,020$  και  $66,22 \pm 14,49 / 60,59 \pm 14,10$  με  $p=0,035$ . Οι λιγότεροι έμπειροι βαθμολόγησαν υψηλότερα την αναγνώριση του στρες συγκριτικά με τους πιο έμπειρους με τιμές  $65,62 \pm 22,24 / 60,01 \pm 25,43$  χωρίς να υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,188$ ). Διαπιστώθηκε επίσης από τον πίνακα πως όσοι επαγγελματίες υγείας επέλεξαν το τμήμα εργασίας τους έδωσαν υψηλότερες τιμές σε σύγκριση με εκείνους που δεν το επέλεξαν σε όλες τις παραμέτρους του SAQ ωστόσο δεν επισημάνθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους.

Το προσωπικό που βαθμολόγησε πάνω από τη διάμεσο (>8) τη συνολική ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο τμήμα, αξιολόγησε όλες τις παραμέτρους του SAQ υψηλότερα εκτός από την αναγνώριση του στρες με μέση τιμή  $56,13 \pm 24,92$  σε σύγκριση με αυτούς που την βαθμολόγησαν υψηλότερα με μέση τιμή  $67,65 \pm 22,17$  με  $p=0,007$  και ειδικότερα η ικανοποίηση από την εργασία έλαβε τη μεγαλύτερη μέση τιμή  $83,36 \pm 15,98/68,53 \pm 17,77$  με  $p < 0,001$ . Επιπλέον η ομαδική εργασία και το κλίμα ασφάλειας αξιολογήθηκε υψηλότερα από το προσωπικό που βαθμολόγησε την προσωπική του παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών με διάμεσο τιμή άνω του 9 με μέση τιμή  $72,59 \pm 10,52/65,52 \pm 14,64$  με  $p=0,008$  και  $68,78 \pm 12,93/62,00 \pm 14,62$  με  $p=0,044$  αντίστοιχα.

Το προσωπικό που αξιολόγησε την ποιότητα συνεργασίας με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους φυσικοθεραπευτές με διάμεσο τιμή άνω του 9, βαθμολόγησε υψηλότερα όλες τις παραμέτρους εκτός από την αναγνώριση του στρες με μέση τιμή  $62,10 \pm 21,70/63,09 \pm 24,76$  με  $p=0,842$  και  $60,61 \pm 23,06/63,98 \pm 24,45$  με  $p=0,454$  αντίστοιχα και ειδικότερα η ικανοποίηση από την εργασία αξιολογήθηκε υψηλότερα με μέση τιμή  $82,41 \pm 15,43/72,08 \pm 18,78$  με οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,06$ ) και  $78,95 \pm 16,01/72,38 \pm 19,38$  με οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p \leq 0,058$ ) αντίστοιχα.

Το προσωπικό που βαθμολόγησε την ποιότητα συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό με διάμεσο τιμή άνω του 8, αξιολόγησε όλες τις παραμέτρους υψηλότερα εκτός από την αναγνώριση του στρες με μέση τιμή  $55,31 \pm 23,40/66,30 \pm 23,52$  με  $p=0,016$  και πιο συγκεκριμένα η ικανοποίηση από την εργασία έλαβε την υψηλότερη μέση τιμή  $88,07 \pm 11,50/68,63 \pm 17,91$  με  $p \leq 0,001$ .

Επιπλέον το προσωπικό των 'Μονάδων' αξιολόγησε υψηλότερα την ικανοποίηση από την εργασία, την ομαδική εργασία και τις εργασιακές συνθήκες συγκριτικά με το προσωπικό των 'Κλινικών' ωστόσο δεν επισημάνθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα τους (πίνακας 17). Το προσωπικό των 'Κλινικών' από την άλλη πλευρά βαθμολόγησε ελαφρώς υψηλότερα το κλίμα ασφάλειας, την αναγνώριση του στρες και τις αντιλήψεις για την διοίκηση, δεν εντοπίστηκε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο κατηγορίες των τμημάτων (πίνακας 17).

Η οικογενειακή κατάσταση (πίνακας 17) επιδρά στην αξιολόγηση των παραγόντων. Οι έγγαμοι επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τους ανύπαντρους δίνουν υψηλότερη βαθμολογία

στην ικανοποίηση από την εργασία, στην ομαδική εργασία και στο κλίμα ασφάλειας με τιμές  $77,58 \pm 18,37 / 70,10 \pm 16,64$  με  $p=0,030$ ,  $70,50 \pm 14,02 / 60,75 \pm 13,40$  με  $p=0,001$  και  $66,16 \pm 15,45 / 59,09 \pm 13,37$  με  $p=0,017$ . Ενδιαφέρον είναι ότι οι έγγαμοι και οι άγαμοι δίνουν την χαμηλότερη βαθμολογία στις αντιλήψεις για τη διοίκηση με  $51,95 \pm 19,44 / 48,80 \pm 20,44$  χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,420$ ).

Το επαγγελματικό άγχος επιπλέον επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο βαθμολόγησαν οι επαγγελματίες υγείας τους παράγοντες. Επισημάνθηκε ότι όσοι δεν αισθάνονται άγχος λόγω του επαγγέλματος τους αξιολόγησαν υψηλότερα όλους τους παράγοντες σε σχέση με αυτούς που αισθάνονται άγχος εκτός από την αναγνώριση του στρες και ειδικότερα με στατιστικά σημαντική διαφορά την ικανοποίηση από την εργασία ( $80,14 \pm 15,59 / 72,58 \pm 19,14$  με  $p=0,041$ ), την ομαδική εργασία ( $71,81 \pm 15,18 / 65,48 \pm 13,54$  με  $p=0,027$ ) και τις εργασιακές συνθήκες ( $67,29 \pm 21,25 / 58,15 \pm 20,69$  με  $p=0,039$ ). Αξιοσημείωτο είναι ότι οι αντιλήψεις για την διοίκηση έλαβαν τη χαμηλότερη βαθμολογία από αυτούς που αισθάνονται επαγγελματικό άγχος με τιμή  $48,75 \pm 19,66$  έναντι  $53,43 \pm 21,07$  χωρίς στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ( $p=0,256$ ). Επιπλέον η ύπαρξη ή όχι αισθήματος κόπωσης στους επαγγελματίες υγείας αφενός δεν διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά τις τιμές που έδωσαν στους παράγοντες (πιν 17) και αφετέρου δεν διαπιστώθηκαν αξιόλογες διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις τους.

Επιπρόσθετα εξετάστηκε η επίδραση της ιδιότητας των ιατρών στους παράγοντες του SAQ. Οι τρεις κατηγορίες των ιατρών βαθμολόγησαν αρκετά υψηλότερα την ικανοποίηση από την εργασία και ακολούθως την ομαδική εργασία χωρίς όμως να διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά και ειδικότερα φαίνεται ότι οι εξειδικευόμενοι αξιολογούν υψηλότερα και τους δυο παράγοντες με τιμές  $84,28 \pm 15,66$  με  $p=0,977 / 73,21 \pm 10,16$  με  $p=0,342$  ενώ οι αντιλήψεις για τη διοίκηση συγκέντρωσε τη χαμηλότερη βαθμολογία χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (πίν 17).

Επιπλέον το νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (δηλαδή οι βοηθοί νοσηλευτών) βαθμολόγησε υψηλότερα όλους τους παράγοντες εκτός από την αναγνώριση του στρες χωρίς να προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών κατηγοριών ενώ οι νοσηλευτές μεταπτυχιακής εκπαίδευσης αξιολόγησαν χαμηλότερα όλους τους παράγοντες εκτός από την αναγνώριση του στρες στην οποία έδωσαν την υψηλότερη μέση τιμή  $65,62 \pm 19,26$  με  $p=0,809$ .

Η ικανοποίηση από την εργασία, το κλίμα ασφάλειας, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση, οι εργασιακές συνθήκες και η ομαδική εργασία βαθμολογήθηκαν υψηλότερα από το προσωπικό που αξιολόγησε την ασφάλεια του ασθενούς στο τμήμα με διάμεσο άνω του 9 με μέσες τιμές  $82,50 \pm 17,60 / 70,70 \pm 17,78$  με  $p=0,001$ ,  $70,65 \pm 13,39 / 59,95 \pm 13,81$  με  $p<0,001$ ,  $60,00 \pm 21,41 / 44,81 \pm 17,31$  με  $p<0,001$ ,  $71,64 \pm 21,56 / 54,70 \pm 18,55$  με  $p<0,001$ ,  $75,91 \pm 10,84 / 62,86 \pm 13,79$  με  $p<0,001$  αντίστοιχα ενώ η αναγνώριση του στρες βαθμολογήθηκε χαμηλότερα με μέση τιμή  $56,68 \pm 24,97 / 65,99 \pm 22,92$  με  $p=0,038$ .

Επιπλέον το προσωπικό που αξιολόγησε τη συμβολή της οικονομικής κρίσης στην ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα με διάμεσο άνω του 7, βαθμολόγησε χαμηλότερα τις παραμέτρους της ικανοποίησης από την εργασία, το κλίμα ασφάλειας, τις εργασιακές συνθήκες και την ομαδική εργασία χωρίς να διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά ενώ βαθμολόγησε υψηλότερα την αναγνώριση του στρες με μέση τιμή  $67,31 \pm 20,26 / 58,71 \pm 26,60$  με  $p=0,041$ .

Το προσωπικό που δήλωσε ικανοποιημένο από τη διοίκηση με διάμεσο άνω του 6, βαθμολόγησε υψηλότερα την ικανοποίηση από την εργασία ( $83,30 \pm 14,64 / 68,37 \pm 18,56$  με  $p \leq 0,001$ ), το κλίμα ασφάλειας ( $69,85 \pm 14,64 / 58,47 \pm 12,43$  με  $p \leq 0,001$ ), τις αντιλήψεις για τη διοίκηση ( $63,36 \pm 17,70 / 40,27 \pm 15,65$  με  $p \leq 0,001$ ), τις εργασιακές συνθήκες ( $70,53 \pm 19,34 / 53,59 \pm 19,56$  με  $p \leq 0,001$ ) και την ομαδική εργασία ( $70,15 \pm 15,03 / 65,29 \pm 13,44$  με  $p \leq 0,065$ ) και η αναγνώριση του στρες βαθμολογήθηκε χαμηλότερα με  $56,97 \pm 22,67$  έναντι  $66,91 \pm 24,11$  με  $p=0,021$ .

Το προσωπικό που βαθμολόγησε το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχει εργαστεί άνω του 8 βαθμολόγησε υψηλότερα την ικανοποίηση από την εργασία ( $78,66 \pm 19,71 / 70,97 \pm 16,67$  με  $p=0,19$ ) και ακολούθως με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,023$ ) την ομαδική εργασία με μέση τιμή  $70,26 \pm 15,11 / 64,41 \pm 12,87$ . Οι αντιλήψεις για τη διοίκηση έλαβαν τη χαμηλότερη μέση τιμή και από τις δυο κατηγορίες των εργαζομένων αντίστοιχα δηλαδή  $56,01 \pm 20,33 / 44,46 \pm 18,26$  με  $p=0,001$ .



<b>Πίνακας 4.16: Μέσες τιμές των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου SAQ ανά εργασία, δημογραφικά χαρακτηριστικά και ερωτήσεις 0-10</b>						
	<b>Ικανοποίηση από την Εργασία</b>	<b>Κλίμα Ασφάλειας</b>	<b>Αναγνώριση του Στρες</b>	<b>Αντίληψεις για τη Διοίκηση</b>	<b>Εργασιακές Συνθήκες</b>	<b>Ομαδική Εργασία</b>
<b>Επαγγελματική εμπειρία</b>						
<13 ετών	68,15±17,55	58,37±12,16	66,50±22,25	42,15±16,97	53,07±19,69	62,56±12,83
>13 ετών	81,37±17,13	68,22±15,06	59,12±25,19	58,55±19,78	68,22±19,87	72,08±14,11
	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	p<0,083	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Επαγγελματική εμπειρία στο τμήμα</b>						
≤5,5 έτη	71,30±18,52	60,59±14,10	65,62±22,24	43,96±19,05	54,93±21,23	64,35±14,98
>5,5 έτη	78,06±18,00	66,22±14,49	60,01±25,43	56,14±19,3	66,04±19,60	70,33±12,83
	<b>p=0,039</b>	<b>p=0,035</b>	p=0,188	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,003</b>	<b>p=0,020</b>
<b>Επιλογή τμήματος εργασίας</b>						
Ναι	76,05±20,31	64,71±15,44	64,50±23,43	50,95±21,05	62,92±21,51	68,89±15,41
Όχι	72,45±15,37	61,5±13,07	60,45±24,71	48,52±18,63	56,51±20,09	64,95±12,22
	p=0,259	p=0,238	p=0,352	p=0,509	p=0,102	p=0,118
<b>Φύλο</b>						
Γυναίκα	74,14±19,10	62,84±15,00	63,98±23,39	49,65±20,55	60,31±21,87	66,70±14,79
Ανδρας	76,81±15,54	65,71±11,83	57,38±26,35	51,36±17,94	60,79±17,69	70,37±10,29
	p<0,540	p<0,424	p<0,241	p<0,719	<0,923	<0,316
<b>Ηλικία</b>						
<40 ετών	70,79±19,03	60,71±13,50	63,30±24,59	55,52±22,52	64,08±14,04	59,57±11,50
>40 ετών	78,35±17,32	65,74±15,08	62,40±23,50	65,12±18,64	70,11±13,91	67,02±10,24
	<b>p=0,021</b>	p=0,06	p=0,833	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,019</b>
<b>Ιδιότητα ως προς τις υπό-ομάδες ιατρών</b>						
Εξειδικευόμενος	84,28±15,66	67,26±12,66	53,57±24,70	48,57±15,46	60,17±24,12	73,21±10,16
Ειδικοκούμενος	80,00±19,03	66,07±6,83	70,00±20,44	41,00±22,19	57,50±25,92	62,50±8,38
Ειδικοκούμενος	77,56±18,91	65,77±16,73	67,76±23,63	54,16±21,59	64,90±20,25	71,50±14,45
	p≤0,977	p≤0,323	p≤0,384	p≤0,671	p≤0,712	p≤0,342
<b>Ιδιότητα ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού</b>						
Μεταπτυχιακή	64,28±16,62	55,84±8,02	65,62±19,26	45,00±19,47	49,51±15,40	58,33±13,86
Τεχνολογική	74,68±14,64	62,61±13,67	62,10±22,53	49,47±19,89	60,27±22,38	66,66±13,08
Δευτεροβάθμια	75,00±22,36	65,00±16,47	59,37±34,01	55,00±19,29	54,86±18,95	68,05±13,81
	p=0,105	p=0,241	p=0,809	p=0,488	p=0,248	p=0,104
<b>Ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα</b>						
≤8	68,53±17,77	59,08±14,60	67,65±22,17	45,34±18,65	54,42±19,83	61,97±13,63
>8	83,36±15,98	69,42±12,23	56,13±24,92	56,56±20,30	69,00±20,08	74,83±11,51
	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p=0,007</b>	<b>p=0,002</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p=0,001</b>
<b>Ποιότητα των υπηρεσιών σας στο τμήμα</b>						
≤9	74,30±18,72	62,00±14,62	63,42±24,45	48,88±19,35	59,18±19,80	65,52±14,64
≥9	75,67±17,98	68,78±12,93	60,57±22,20	54,20±22,53	65,36±25,66	72,59±10,52
	p=0,721	<b>p=0,044</b>	p=0,590	p=0,238	0,279	<b>p=0,008</b>
<b>Επαγγελματική εξουθένωση</b>						
Ναι	73,96±18,87	63,26±14,85	63,73±24,30	49,59±21,11	59,72±21,44	66,53±14,16
Όχι	77,11±17,15	63,59±13,51	59,37±22,65	51,40±15,44	63,00±20,00	68,82±14,12
	p≤0,441	p≤0,918	p≤0,410	p≤0,689	p≤0,492	p≤0,284
<b>Επαγγελματικό άγχος</b>						
Ναι	72,58±19,14	61,91±15,06	63,03±23,70	48,75±19,66	58,15±20,69	65,48±13,54
Όχι	80,14±15,59	67,85±11,70	62,31±25,02	53,43±21,07	67,29±21,25	71,81±15,18
	<b>p≤0,041</b>	p≤0,059	p≤0,882	p≤0,256	<b>p≤0,039</b>	<b>p≤0,027</b>
<b>Βαθμολογία του νοσοκομείου σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχετε εργαστεί</b>						
≤8	70,97±16,67	59,67±14,26	63,24±24,41	44,46±18,26	56,44±19,66	64,41±12,87
>8	78,66±19,71	67,46±13,77	62,39±23,62	56,01±20,33	64,76±21,95	70,26±15,11
	p=0,19	<b>p=0,003</b>	p=0,843	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,029</b>	<b>p=0,023</b>

<b>Πίνακας 4.16: Μέσες τιμές των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου SAQ ανά εργασία, δημογραφικά χαρακτηριστικά και ερωτήσεων 0-10</b>						
	<b>Ικανοποίηση από την Εργασία</b>	<b>Κλίμα Ασφάλειας</b>	<b>Αναγνώριση του Στρες</b>	<b>Αντιλήψεις για τη Διοίκηση</b>	<b>Εργασιακές Συνθήκες</b>	<b>Ομαδική Εργασία</b>
<b>Ασφάλεια ασθενούς</b>						
≤9	70,70±17,78	59,95±13,81	65,99±22,92	44,81±17,31	54,70±18,55	62,86±13,79
>9	82,50±17,60	70,65±13,39	56,68±24,97	60,00±21,41	71,64±21,56	75,91±10,84
	<b>p= 0,001</b>	<b>p&lt; 0,001</b>	<b>p= 0,038</b>	<b>p&lt; 0,001</b>	<b>p&lt; 0,001</b>	<b>p&lt; 0,001</b>
<b>Τμήμα</b>						
Κλινικές	74,10±18,37	64,85±13,73	64,77±24,33	52,76±21,79	58,39±21,13	66,07±14,52
Μονάδες	77,19±16,52	62,32±15,09	61,96±23,06	47,41±17,70	62,94±21,34	69,59±12,86
	p<0,331	p<0,352	p<0,512	p<0,145	p<0,244	p<0,165
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>						
Παντρεμένος	77,58±18,37	66,16±15,45	64,45±22,32	51,93±19,44	62,09±21,58	70,50±14,02
Ανύπαντρος	70,10±16,64	59,09±13,73	60,19±27,61	48,80±20,44	56,66±20,18	60,75±13,40
	<b>p&lt;0,03</b>	<b>p&lt;0,017</b>	p≤0,373	p≤0,420	≤0,192	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Συμβολή της οικονομικής κρίσης στην ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα</b>						
≤7	75,07±21,13	63,70±15,63	58,71±26,40	49,21±21,60	62,69±23,00	68,01±15,58
>7	74,09±15,34	62,92±13,26	67,31±20,26	50,75±18,40	57,94±18,77	66,45±12,80
	p=0,768	p=0,771	<b>p=0,041</b>	p= 0,673	p=0,215	p= 0,548
<b>Ικανοποίηση από την διοίκηση</b>						
≤6	68,37±18,56	58,47±12,43	66,91±24,11	40,27±15,65	53,59±19,56	65,29±13,44
>6	83,30±14,64	69,85±14,64	56,97±22,67	63,36±17,70	70,53±19,34	70,15±15,03
	<b>p≤0,001</b>	<b>p≤0,001</b>	<b>p≤0,021</b>	<b>p≤0,001</b>	<b>p≤0,001</b>	p≤0,065
<b>Ποιότητα συνεργασίας με το νοσηλευτικό προσωπικό</b>						
≤9	72,08±18,78	61,79±14,89	63,09±24,76	47,44±20,15	56,11±19,49	64,92±14,33
>9	82,41±15,43	68,23±12,19	62,10±21,70	57,18±18,18	72,98±20,94	74,05±10,57
	p=0,06	<b>p&lt;0,04</b>	p=0,842	<b>p =0,017</b>	<b>p≤0,001</b>	<b>p≤0,001</b>
<b>Ποιότητα συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό</b>						
≤8	68,63±17,91	58,75±13,57	66,30±23,52	43,29±17,61	53,08±18,78	62,20±12,86
>8	88,07±11,50	74,08±10,47	55,31±23,40	64,48±17,31	75,96±17,11	78,39±10,33
	<b>p≤0,001</b>	<b>p≤0,001</b>	<b>p=0,016</b>	<b>p≤0,001</b>	<b>p≤0,001</b>	<b>p≤0,001</b>
<b>Ποιότητα συνεργασίας με τους φυσικοθεραπευτές</b>						
≤9	72,38±19,38	62,07±15,18	63,98±24,45	46,09±19,22	57,56±20,50	65,34±14,91
>9	78,95±16,01	65,97±12,77	60,61±23,06	57,50±19,70	66,00±21,42	70,73±12,34
	<b>p≤0,058</b>	p=0,17	p=0,454	<b>p≤0,002</b>	<b>p≤0,036</b>	<b>p≤0,046</b>

#### 4.7.6 Ανάλυση αξιοπιστίας

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου στην κλίμακα των 31 ερωτήσεων που μελετήθηκαν ήταν πολύ καλή σύμφωνα με τον συντελεστή συσχέτισης Cronbach' s alpha ο οποίος υπολογίστηκε ανά παράμετρο του SAQ. Αναλυτικότερα η ικανοποίηση από την εργασία υπολογίστηκε 0,80, το κλίμα ασφάλειας 0,56, η αναγνώριση του στρες 0,75, οι αντιλήψεις για τη διοίκηση 0,69 και η ομαδική εργασία 0,53.

#### 4.7.7 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης

Στην ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για κάθε παράγοντα του SAQ μελετήθηκε η πιθανή σχέση με τις ακόλουθες μεταβλητές (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, συνολικός χρόνος άσκησης επαγγέλματος, συνολικός χρόνος εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα, αν η εργασία στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν επιλογή των επαγγελματιών υγείας, το αίσθημα κόπωσης μετά το πέρας του ωραρίου της εργασίας, το αίσθημα άγχους στο χώρο εργασίας, το είδος επαγγέλματος (ιατροί ή νοσηλευτικό προσωπικό), η κατηγορία τμήματος εργασίας (Μονάδα, Κλινική) και τέλος η σύσταση σε γνωστούς και φίλους αν χρειασθεί να νοσηλευτούν στο συγκεκριμένο τμήμα).

Κατά την ανάλυση προέκυψε ότι για τον παράγοντα ικανοποίηση από την εργασία του SAQ, μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους έχουν οι επαγγελματίες υγείας που: α) έχουν μεγαλύτερο χρόνο άσκησης επαγγέλματος δηλαδή περισσότερη πείρα και επομένως και περισσότερο χρόνο προσαρμογής στις απαιτήσεις του επαγγέλματος ( $b=0,618$ ,  $p<0,001$ ), β) εργάζονται σε Μονάδες (ΜΕΘ, ΜΕΝΝ, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού) συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται σε Κλινικές ( $b=6,89$ ,  $p=0,015$ ) και γ) συνιστούσαν σε συγγενείς και γνωστούς να νοσηλευτούν αν χρειαστεί στο συγκεκριμένο τμήμα ( $b=31,63$ ,  $p<0,001$ ). Οι παραπάνω παράγοντες εξηγούν στο σύνολό τους το 34% της συνολικής διακύμανσης της ικανοποίησης στο χώρο εργασίας.

Για τον παράγοντα του κλίματος ασφάλειας του SAQ, προέκυψε ότι μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας στο χώρο εργασίας έχουν οι επαγγελματίες υγείας που: α) είναι μεγαλύτερης ηλικίας ( $b=28,315$ ,  $p<0,001$ ) και β) συνιστούσαν σε συγγενείς και γνωστούς να νοσηλευτούν αν χρειαστεί στο συγκεκριμένο τμήμα ( $b=14,410$ ,  $p=0,016$ ). Οι παραπάνω παράγοντες εξηγούν στο σύνολό τους το 23,4% της συνολικής διακύμανσης του συνολικού αισθήματος ασφαλείας στο χώρο εργασίας.

Για τον παράγοντα αναγνώρισης του στρες του SAQ περισσότερο άγχος στον χώρο εργασίας έχουν οι επαγγελματίες υγείας που: α) έχουν μικρότερο συνολικό χρόνο εργασίας και επομένως μικρότερη πείρα και δυνατότητα προσαρμογής στις απαιτήσεις της δουλειάς ( $b=-0,489$ ,  $p=0,058$ ) και β) δεν συνιστούσαν σε συγγενείς και γνωστούς να νοσηλευτούν αν χρειαστεί στο συγκεκριμένο τμήμα ( $b=-18,835$ ,  $p=0,087$ ). Οι παραπάνω παράγοντες εξηγούν

στο σύνολό τους το 6,3% της συνολικής διακύμανσης της αναγνώρισης του στρες στο χώρο εργασίας.

Για τον παράγοντα αντιλήψεις για τη διοίκηση του SAQ παρατηρήθηκε ότι καλύτερη εκτίμηση για τη διοίκηση έχουν οι επαγγελματίες υγείας που: α) έχουν μεγαλύτερο χρόνο άσκησης επαγγέλματος συνολικά ( $b=1,011$ ,  $p<0,001$ ) και β) είναι ανύπαντροι ή με μονογονεϊκές οικογένειες (χήροι, διαζευγμένοι) συγκριτικά με εκείνους που είναι παντρεμένοι ή συζούν με το σύντροφό τους ( $b=-7,829$ ,  $p=0,050$ ). Οι παραπάνω παράγοντες εξηγούν στο σύνολό τους το 22,9% της συνολικής διακύμανσης της αξιολόγησης των αντιλήψεων για τη διοίκηση στο χώρο εργασίας.

Για τον παράγοντα εργασιακές συνθήκες του SAQ προέκυψε ότι περισσότερο ευχαριστημένοι από τις εργασιακές συνθήκες είναι οι επαγγελματίες υγείας που: α) έχουν μεγαλύτερο συνολικό χρόνο άσκησης επαγγέλματος δηλαδή περισσότερη πείρα και επομένως ευκολότερη προσαρμογή ( $b=0,883$ ,  $p<0,001$ ), β) είναι ανύπαντροι ή με μονογονεϊκή οικογένεια ( $b=-7,468$   $p=0,085$ ) και γ) εργάζονται σε Μονάδες συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται σε Κλινικές ( $b=8,417$ ,  $p=0,042$ ). Οι παραπάνω παράγοντες εξηγούν στο σύνολό τους το 19,3% της συνολικής διακύμανσης της αξιολόγησης των εργασιακών συνθηκών στο χώρο εργασίας.

Για τον παράγοντα ομαδική εργασία του SAQ, παρατηρήθηκε ότι μεγαλύτερη αίσθηση ομαδικής εργασίας έχουν οι επαγγελματίες υγείας που: α) είναι μεγαλύτερης ηλικίας ( $b=0,558$ ,  $p<0,001$ ) και β) συνιστούσαν σε συγγενείς και γνωστούς να νοσηλευτούν αν χρειαστεί στο συγκεκριμένο τμήμα ( $b=10,945$ ,  $p=0,058$ ). Οι παραπάνω παράγοντες εξηγούν στο σύνολό τους το 22,5% της συνολικής διακύμανσης του συνολικού αισθήματος ομαδικής εργασίας.

Όσο αφορά στο συνολικό κλίμα ασφάλειας προέκυψε ότι αξιολογήθηκε υψηλότερα από τους επαγγελματίες υγείας που: α) είχαν μεγαλύτερο συνολικό χρόνο άσκησης επαγγέλματος δηλαδή περισσότερη πείρα και επομένως ευκολότερη προσαρμογή στο τμήμα ( $b=0,494$   $p<0,001$ ) και β) ανήκουν στην κατηγορία των ιατρών συγκριτικά με το νοσηλευτικό προσωπικό ( $b=5,204$   $p=0,026$ ). Οι παραπάνω παράγοντες εξηγούν στο σύνολό τους το 30,2% της συνολικής διακύμανσης του συνολικού κλίματος ασφάλειας στο χώρο εργασίας.

## 4.8 Συζήτηση

Η παρούσα ερευνητική εργασία διερεύνησε τους παράγοντες που επηρεάζουν το συνολικό κλίμα ασφάλειας στα νοσηλευτικά τμήματα Γενικού Νοσοκομείου Παιδών. Ο δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach' s alpha υπολογίστηκε 0,84 ο οποίος θεωρείται γενικότερα αποδεκτός και είναι παραπλήσιος με τα αποτελέσματα των ερευνών Raftopoulos and Pavlakis (2013) και Raftopoulos et al (2011). Γενικότερα αναλύοντας τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου παρατηρείται ότι οι παράγοντες «η ικανοποίηση από την εργασία», «η ομαδική εργασία» και «η αναγνώριση του στρες» συγκέντρωσαν τις υψηλότερες βαθμολογίες. Ο παράγοντας της ικανοποίησης από την εργασία προσεγγίζει μόνο το θετικό σκορ ενώ οι υπόλοιποι παράμετροι υπολογίστηκαν κάτω από αυτό το όριο το οποίο δεν αντικατοπτρίζει την ύπαρξη ενός συνολικού θετικού κλίματος ασφάλειας στα πλαίσια των υπό εξέταση νοσηλευτικών τμημάτων.

Συγκεκριμένα, ο παράγοντας της ικανοποίησης από την εργασία βαθμολογήθηκε υψηλότερα με μέση τιμή 74,60 δηλαδή προσεγγίζει το όριο του θετικού σκορ 75 το οποίο συγκρίνεται με αποτελέσματα ερευνών των Abdou and Saber (2011), Poley et al (2011), Siassakos et al (2011) και Raftopoulos and Pavlakis (2013) ενώ κρίνεται υψηλότερη από τα αποτελέσματα ερευνών των Relihan et al (2009), Chaboyer et al (2013), Καραϊσκού (2012) και Πετρίδης (2012). Επιπλέον είναι ικανοποιητικά υψηλότερη από το αποτέλεσμα της έρευνας της Κάργα (2009). Διαπιστώνεται από τα αποτελέσματα ότι οι έγγαμοι, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας καθώς και αυτά με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία τόσο συνολικά όσο και στο τμήμα, τα άτομα με έλλειψη επαγγελματικού άγχους και το προσωπικό που είναι περισσότερο ικανοποιημένο από τη διοίκηση εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Κατά την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι μόνο τα άτομα με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία, το προσωπικό των Μονάδων και εκείνοι που απάντησαν θετικά στην ερώτηση 'σύσταση σε κάποιον γνωστό ή συγγενή να νοσηλευτούν στο τμήμα' είναι πιο ικανοποιημένοι από την εργασία τους ενώ στην έρευνα των Raftopoulos and Pavlakis (2013) προέκυψε ότι οι γυναίκες μόνο είναι πιο ικανοποιημένες από την εργασία τους. Είναι ενθαρρυντικό ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν σε ποσοστό 91,6% 'πως τους αρέσει η δουλειά τους' ενώ το 64,6 % του προσωπικού απάντησε θετικά στην ερώτηση 'ότι είμαι υπερήφανος που εργάζομαι σε αυτό το νοσοκομείο'.

Επιπλέον οι ιατροί απάντησαν θετικά σε ποσοστό 94% ότι είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό 90% εάν λάβουμε υπόψη ότι οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν το τμήμα εργασίας τους. Επισημαίνεται ότι η εργασιακή ικανοποίηση συσχετίζεται θετικά με τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και την πορεία της υγείας των ασθενών (Χαραλαμπίδου, 1996, Αλετράς, 2007). Η ύπαρξη ενός ικανοποιητικού κλίματος εργασιακής ικανοποίησης θέτει τις βάσεις ώστε να αναζητηθούν οι παράγοντες που το επηρεάζουν με σκοπό να ενισχυθεί η εργασιακή ικανοποίηση σε όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Όσο αφορά τον παράγοντα της ομαδικής εργασίας η μέση τιμή που λαμβάνει είναι  $67,24 \pm 14,25$  εμφανώς χαμηλότερο από το θετικό σκορ. Η μέση τιμή της είναι παραπλήσια των αποτελεσμάτων άλλων ερευνών Poley et al. (2011), Chaboyer et al. (2013), Πετρίδης (2012) και Καραϊσκού (2012) ενώ κρίνεται αρκετά χαμηλότερη από τα αποτελέσματα της έρευνας Raftopoulos and Pavlakis (2013), Pronovost et al. (2008), Siassakos et al. (2011) και Relihan et al (2009) και ικανοποιητικά υψηλότερη από τα αποτελέσματα της έρευνας Raftopoulos et al. (2011), Lee et al. (2008) και Κάργα (2009). Επισημαίνεται ότι το καλό κλίμα ομαδικής εργασίας συμβάλει καθοριστικά στη δημιουργία ενός ασφαλέστερου περιβάλλοντος φροντίδας στα νοσοκομεία με λιγότερα λάθη και ανεπιθύμητα συμβάντα (Thomas et al, 2003, Huang et al, 2010). Είναι ενδιαφέρον ότι η μέση τιμή στην ερώτηση 'οι εισηγήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού και φυσικοθεραπευτών λαμβάνονται υπόψη' πλησιάζει το θετικό σκορ ( $74,01 \pm 21,07$ ) με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p \leq 0,001$ ) και τους ιατρούς να έχουν την υψηλότερη μέση τιμή  $84,31 \pm 14,96$  ενώ στην ερώτηση 'έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς' η μέση τιμή εμφανίζεται μεγαλύτερη  $78,46 \pm 22,61$  από τη συνολική ομαδική εργασία γεγονός που συντελεί στη διάχυση της γνώσης και στην αποφυγή των λαθών όπως επίσης η ερώτηση 'είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι' βαθμολογήθηκε υψηλότερα από τους επαγγελματίες υγείας και το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο με το εύρημα της Καραϊσκού (2012). Η αυξημένη ικανοποίηση όλων των επαγγελματιών υγείας από την ποιότητα συνεργασίας τους προσδιορίζει θετικά τη δημιουργία κλίματος ομαδικής εργασίας. Η ύπαρξη θετικής συσχέτισης του επιπέδου συνεργασίας κατά τη διαμόρφωση του κλίματος ομαδικής εργασίας επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα των ερευνών Poley et al. (2011) και Relihan et al. (2009). Ο παράγοντας ομαδική εργασία βαθμολογήθηκε θετικότερα από τους ιατρούς, από το προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας και επαγγελματικής εμπειρίας, από τους έγγαμους και από τους εργαζόμενους που δεν βιώνουν

επαγγελματικό άγχος γεγονός που συντελεί στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και ικανοτήτων που προάγουν το ομαδικό πνεύμα. Κατά την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης επισημάνθηκε ότι αφενός μόνο οι επαγγελματίες υγείας μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μεγαλύτερη αίσθηση ομαδικής εργασίας, το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα της ανάλυσης των Raftopoulos and Pavlakis (2013) ενώ στην έρευνα των Siassakos et al. (2011) οι άνδρες είναι αυτοί που βιώνουν περισσότερο το πνεύμα της ομαδικής εργασίας και αφετέρου εκείνοι που απάντησαν θετικά στην ερώτηση 'σύσταση σε κάποιον γνωστό ή συγγενή να νοσηλευτούν στο τμήμα.

Εξετάζοντας τον παράγοντα κλίμα ασφάλειας διαπιστώνεται ότι η βαθμολογία που λαμβάνει είναι κάτω από το θετικό σκορ (63,33) η οποία κινείται στα επίπεδα των αποτελεσμάτων των ερευνών Raftopoulos et al. (2011), Chaboyer et al. (2009), Πετρίδης (2012) και Καραϊσκού (2012) ενώ είναι αρκετά χαμηλότερη από κάποιες άλλες έρευνες των Raftopoulos and Pavlakis (2013), Siassakos et al. (2011) και Relihan et al. (2009) και εμφανώς υψηλότερη από τα αποτελέσματα της Κάργα (2009). Η μη ικανοποιητική βαθμολόγηση του κλίματος ασφάλειας αντανακλά τις στάσεις ενός μέρους των επαγγελματιών υγείας για περιορισμένη ασφάλεια των ασθενών αλλά και γενικότερα τον τρόπο διαχείρισης των θεμάτων ασφάλειας. Στην ερώτηση 'είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη σε αυτό το τμήμα' το νοσηλευτικό προσωπικό απάντησε σε υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των επαγγελματιών υγείας υποδεικνύοντας την αναγκαιότητα αλλαγής της κουλτούρας όσο αναφορά την αναγνώριση των λαθών. Επίσης το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολόγησε χαμηλότερα την ερώτηση 'η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το τμήμα διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων' το οποίο υποδεικνύει τη δημιουργία ενός συστήματος καταγραφής ανεπιθύμητων συμβάντων και ορθής διαχείρισης του με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας. Οι ιατροί απάντησαν θετικότερα σε όλες τις ερωτήσεις σχετικές με τη διαμόρφωση του κλίματος ασφάλειας και το εύρημα αυτό συμφωνεί με το αποτέλεσμα της Καραϊσκού (2012). Ειδικότερα οι ιατροί έδωσαν την υψηλότερη βαθμολογία στην ερώτηση 'θα ένιωθα ασφαλής αν το παιδί μου νοσηλευόταν σε αυτό το τμήμα' πιθανώς προσεγγίζοντας την ασφάλεια περισσότερο μέσω της εξειδικευμένης ιατρικής επιστημονικής γνώσης και λαμβάνοντας λιγότερο υπόψη το ολιστικό περιεχόμενο της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Το προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας, οι έγγαμοι, οι επαγγελματίες που διαθέτουν μεγαλύτερη εμπειρία είτε συνολικά είτε στο τμήμα, εκείνοι που δήλωσαν πιο ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και αυτοί που αξιολόγησαν υψηλότερα

το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία στα οποία έχουν εργαστεί διαπιστώθηκε ότι έχουν σχηματίσει καλύτερη εικόνα για το κλίμα ασφάλειας που επικρατεί στα νοσηλευτικά τμήματα. Επίσης χρειάζεται να επισημανθεί ότι στην ερώτηση 'εάν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό ή συγγενή μου να νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο τμήμα' σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας με  $p < 0,001$  και ειδικότερα οι ιατροί έδωσαν τη μεγαλύτερη μέση τιμή. Κατά την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης παρατηρήθηκε ότι έχουν μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας στο χώρο εργασίας τους αφενός τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας όπως επίσης και στην έρευνα των Raftopoulos et al. (2012), Raftopoulos and Pavlakis (2013) σε αντίθεση με το αποτέλεσμα της έρευνας των France et al. (2010) όπου η ιδιότητα αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της ομαδικής εργασίας και αφετέρου όσοι επαγγελματίες υγείας απάντησαν θετικά στην ερώτηση 'συνιστώ σε κάποιον γνωστό ή συγγενή να νοσηλευτεί στο τμήμα'.

Όσο αφορά την 'Αναγνώριση του στρες' η μέση τιμή ήταν 62,84 με ποσοστό θετικής απάντησης 79,7% η οποία πλησιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας των Siassakos et al. (2009), Chaboyer et al. (2013) και Πετρίδης (2012) ενώ κρίνεται υψηλότερη σε σύγκριση με τις δυο δημοσιευμένες έρευνες που διεξήχθησαν στην Κύπρο καθώς οι συμμετέχοντες φαίνεται να αναγνωρίζουν καλύτερα τους στρεσογόνους παράγοντες, όπως επίσης σε σχέση με τα αποτελέσματα της Κάργα (2009) και της Καραϊσκού (2012). Η πρόταση που συγκέντρωσε τη χαμηλότερη βαθμολογία είναι 'η κούραση επηρεάζει τη αρνητικά την απόδοσή μου σε επείγοντα περιστατικά' με μέση τιμή 43,36 και 61,7% θετική βαθμολογία ενώ η πρόταση 'είμαι λιγότερο αποτελεσματικός όταν είμαι κουρασμένος' διαφοροποιήθηκε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με το νοσηλευτικό προσωπικό να εμφανίζει χαμηλότερο ποσοστό από τους ιατρούς. Είναι εμφανές ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αδυνατεί να κατανοήσει τους παράγοντες που τους καθιστούν ευάλωτους και εκτιμούν πως οτι και εάν συμβαίνει γύρω τους δεν τους επηρεάζει γεγονός που δεν τους επιτρέπει να αναγνωρίσουν τις καταστάσεις που πιθανόν μπορούν να επηρεάσουν την απόδοσή τους.

Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι το προσωπικό που αισθάνεται περισσότερο τις στρεσογόνες συνθήκες, εμφανίζεται λιγότερο ικανοποιημένο από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, θεωρεί ότι η ασφάλεια των ασθενών δεν είναι τόσο επαρκής ενώ δηλώνει σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ασφάλεια των ασθενών.



Κατά την ανάλυση παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι μόνο οι επαγγελματίες υγείας με μικρότερη εργασιακή εμπειρία και εκείνοι που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση ‘σύσταση σε κάποιον γνωστό ή συγγενή να νοσηλευτούν στο τμήμα’ αισθάνονται περισσότερο άγχος ενώ στην έρευνα των Raftopoulos and Pavlakis (2013) οι πιο νέοι σε ηλικία αντιμετωπίζουν καλύτερα τις στρεσογόνες συνθήκες. Ο προσδιορισμός των στρεσογόνων παραγόντων καθώς και η αναγνώριση των επαγγελματιών υγείας που υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση καθίσταται αναγκαία καθώς συσχετίζονται τόσο με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας όσο και με την υγεία των επαγγελματιών υγείας (Berland et al, 2007).

Εξετάζοντας τον παράγοντα ‘Εργασιακές Συνθήκες’ η συνολική μέση τιμή κρίνεται πιο υψηλή από το αποτέλεσμα της Κάργα (2009), των Poley et al. (2011), Lee et al. (2008) των Raftopoulos et al. (2011), Πετρίδης (2012) και Καραϊσκού (2012) και συγκρίνοντας την με την έρευνα των Raftopoulos and Pavlakis (2013) διαπιστώνεται ότι υπάρχει διαφορά στην αντίληψη που επικρατεί για τις εργασιακές συνθήκες. Η ερώτηση που λαμβάνει τη χαμηλότερη βαθμολογία είναι ‘η αντιμετώπιση του προβληματικού προσωπικού αντιμετωπίζεται με εποικοδομητικό τρόπο’ γεγονός που υποδεικνύει ότι η στελέχωση των τμημάτων χρειάζεται να γίνεται ανάλογα με τις ικανότητες του προσωπικού και όχι μόνο με τα τυπικά προσόντα δηλώνοντας με τον τρόπο αυτό τη διαφωνία στον τρόπο χειρισμού του ανθρώπινου δυναμικού. Επιπλέον το νοσηλευτικό προσωπικό διαφοροποιήθηκε σημαντικά στην ερώτηση ‘οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση’ σε σχέση με τους ιατρούς το οποίο υποδηλώνει ότι δεν έχει πρόσβαση σε στοιχεία που αφορούν τον προγραμματισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών παραπέμποντας ότι χρειάζεται καλύτερη επικοινωνία και συνεργασία των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την επίτευξη ενός καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος για τους ασθενείς. Το νοσηλευτικό προσωπικό επίσης απάντησε με πιο χαμηλό σκορ στην ερώτηση ‘το νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού’ υποδεικνύοντας την ανάγκη για την εφαρμογή πιο αποτελεσματικών προγραμμάτων εκπαίδευσης. Το προσωπικό με λιγότερη εμπειρία τόσο συνολικά όσο και στο τμήμα, μικρότερης ηλικίας, το οποίο είναι λιγότερο ικανοποιημένο από τη διοίκηση και από την ποιότητα συνεργασίας με το προσωπικό δεν θεωρεί ικανοποιητικό το συνολικό κλίμα των εργασιακών συνθηκών. Κατά την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης επισημάνθηκε ότι είναι περισσότερο ευχαριστημένοι από τις εργασιακές συνθήκες μόνο οι επαγγελματίες υγείας που έχουν μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία όπως επίσης στην έρευνα

των Raftopoulos and Pavlakis (2013), εκείνοι που δεν έχουν οικογενειακές υποχρεώσεις, είναι διαζευγμένοι και χήροι καθώς και το προσωπικό που εργάζεται στις Μονάδες.

Αξιολογώντας την παράμετρο 'Αντιλήψεις για τη Διοίκηση' είναι εμφανές ότι συγκεντρώνει τη χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις προηγούμενες παραμέτρους της παρούσας έρευνας με μέση τιμή 49,95 και θετικό σκορ απάντησης 45,2%. Συγκρίνοντας την παράμετρο αυτή με άλλες έρευνες διαπιστώνεται ότι η μέση τιμή της είναι χαμηλότερη από την έρευνα Chaboyer et al. (2013), Poley et al. (2011), Raftopoulos et al. (2013) και Πετρίδης (2012). Επιπλέον προσεγγίζει τη μέση τιμή των αποτελεσμάτων των ερευνών Siassakos et al (2011) και Relihan et al. (2009) ενώ είναι πιο υψηλή από το αποτέλεσμα της Καραϊσκου (2012) και αρκετά υψηλότερη από το αποτέλεσμα της έρευνας της Κάργα (2009) κατά την οποία η μέση τιμή υπολογίστηκε 24,87 καθώς πρόκειται για έναν οργανισμό μικρότερου μεγέθους το οποίο συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού από την πλευρά των διοικούντων.

Παράγοντες όπως η ελλιπής ενημέρωση του προσωπικού, η ανεπαρκής στελέχωση των τμημάτων με προσωπικό, η αντίληψη της ελλιπούς στήριξης από τη διοίκηση συνέβαλαν στη χαμηλή αξιολόγηση. Μία πιθανή εξήγηση για τη χαμηλή βαθμολογία είναι ότι οι οικονομικοί πόροι που διατίθενται στο χώρο της υγείας είναι ανεπαρκείς για να καλύψουν τις ανάγκες σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό λόγω του δυσμενούς οικονομικού περιβάλλοντος με συνέπεια να δυσχεραίνεται το έργο των επαγγελματιών υγείας και να καταβάλλουν εντονότερες προσπάθειες για την εκπλήρωση των καθηκόντων τους. Η ερώτηση 'η διοίκηση του νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες' έλαβε τη χαμηλότερη μέση τιμή από το νοσηλευτικό προσωπικό συγκριτικά με τους ιατρούς γεγονός που σημειώνει την ανάγκη του νοσηλευτικού προσωπικού για μεγαλύτερη υποστήριξη στις καθημερινές τους προσπάθειες και στην παροχή κινήτρων για την διατήρηση της απόδοσης τους σε υψηλά επίπεδα.

Επιπλέον η ερώτηση 'ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία' μου διαφοροποιείται σημαντικά με το νοσηλευτικό προσωπικό να δηλώνει με θετικό ποσοστό 39,2% έναντι 36% των ιατρών εάν και τα ποσοστά θεωρούνται αρκετά χαμηλά φαίνεται ότι η νοσηλευτική υπηρεσία προσπαθεί να ικανοποιεί την ανάγκη του προσωπικού να ενημερώνεται σε θέματα που το αφορούν. Το προσωπικό με λιγότερη εργασιακή εμπειρία τόσο στο τμήμα όσο και

συνολικά, μικρότερης ηλικίας, με λιγότερη προσωπική ικανοποίηση από τη διοίκηση βαθμολόγησε χαμηλότερα τον παράγοντα 'Αντιλήψεις για τη διοίκηση'. Κατά την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι μόνο οι παράγοντες εργασιακή εμπειρία και οικογενειακή κατάσταση δηλαδή οι επαγγελματίες υγείας με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία, χωρίς οικογενειακές υποχρεώσεις, που είναι διαζευγμένοι ή χήροι έχουν καλύτερη εκτίμηση για τη διοίκηση ενώ στην έρευνα των France et al. (2010) μόνο το επάγγελμα είναι προβλεπτικός παράγοντας των αντιλήψεων για τη διοίκηση.

Μάλιστα διαπιστώθηκε ότι οι 'Μονάδες' αξιολόγησαν υψηλότερα το κλίμα της ομαδικής εργασίας και γενικότερα όλες τις παραμέτρους του SAQ καθώς η παρεχόμενη φροντίδα υγείας στο δυναμικό και σύνθετο περιβάλλον των 'Μονάδων' προϋποθέτει την συνεργασία των επαγγελματιών υγείας, την ανοιχτή επικοινωνία τους και την συμμετοχική λήψη αποφάσεων από όλους τους επαγγελματίες υγείας (Xyriichis and Ream, 2007). Επιπρόσθετα το νοσηλευτικό προσωπικό μεταπτυχιακής εκπαίδευσης βαθμολόγησε χαμηλότερα όλες τις παραμέτρους του SAQ. Μία πιθανή εξήγηση του ευρήματος αυτού είναι ότι το προσωπικό που κατέχει περισσότερες γνώσεις και ικανότητες έχει περισσότερες απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργασιακό του χώρο. Όσο αναφορά τις βαθμολογίες που έδωσαν οι ιατροί στις παραμέτρους του SAQ, διαπιστώθηκε πως οι ειδικευόμενοι ιατροί βαθμολόγησαν υψηλότερα την αναγνώριση του στρες ίσως επειδή βρίσκονται στο ξεκίνημα της καριέρας τους και δεν έχουν αναπτύξει ακόμη ικανοποιητικά μηχανισμούς αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων. Οι ειδικευμένοι ιατροί παρατηρήθηκε ότι είναι πιο ικανοποιημένοι από τη διοίκηση έχοντας αναπτύξει καλύτερους συνδέσμους επικοινωνίας λόγω του κύρους τους. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με το αποτέλεσμα της έρευνας των Raftopoulos and Pavlakis (2013).

Το προσωπικό που αξιολόγησε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και πόσο ασφαλείς είναι οι ασθενείς στο τμήμα με την κλίμακα 0-10 και έδωσε απαντήσεις πάνω από τη διάμεσο, βαθμολόγησε υψηλότερα τις παραμέτρους του SAQ εκτός από την αναγνώριση του στρες με στατιστικά σημαντική διαφορά. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι το προσωπικό συσχέτισε την παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών στο τμήμα με την ασφάλεια των ασθενών και τη θεωρεί αλληλοεξαρτώμενη.

#### 4.9. Συμπεράσματα

Στην παρούσα ερευνητική εργασία το συνολικό κλίμα ασφάλειας δεν κρίνεται ιδιαίτερα ικανοποιητικό. Εάν και η ικανοποίηση από την εργασία αξιολογήθηκε υψηλά καθώς προσέγγισε το όριο του θετικού σκορ ωστόσο οι βαθμολογίες της «ομαδικής εργασίας», του «κλίματος ασφάλειας» και της «αναγνώρισης του στρες» κρίνονται μέτριες ενώ οι βαθμολογίες στις «εργασιακές συνθήκες» και στις «αντιλήψεις για τη διοίκηση» θεωρούνται λιγότερο ενθαρρυντικές. Οι παράγοντες ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική εμπειρία, ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα, η ικανοποίηση από τη διοίκηση αλλά και από την ποιότητα συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν τη διαμόρφωση του συνολικού κλίματος ασφάλειας που επικρατεί στον οργανισμό του νοσοκομείου.

Αποτελεί αισιόδοξο μήνυμα ότι οι επαγγελματίες υγείας δηλώνουν ικανοποιημένοι από την εργασία τους και συγκεκριμένα πως είναι περήφανοι που εργάζονται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να διατηρήσει και να ενισχύσει αυτό το αίσθημα ικανοποίησης σχεδιάζοντας παρεμβάσεις με σκοπό να βελτιώσει τις εργασιακές συνθήκες. Η δημιουργία ενός ικανοποιητικού επιπέδου συνεργασίας προϋποθέτει την ύπαρξη μιας διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας έχοντας ως στόχο τη μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος για τον ασθενή. Επιπλέον η ύπαρξη ενός συστήματος αναφοράς και καταγραφής των λαθών και των παραλείψεων κατά τη θεραπευτική διαδικασία με σκοπό τον εντοπισμό των βαθύτερων αιτιών θα συντελέσει γενικότερα στη δημιουργία ενός θετικού κλίματος ασφάλειας με πλεονεκτήματα τόσο από την πλευρά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας όσο και των επαγγελματιών υγείας.

Καθίσταται αναγκαίο η Διοίκηση να αναβαθμίσει το ρόλο της με σκοπό να ανταποκριθεί στις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας. Η καλλιέργεια ενός ομαδικού πνεύματος εργασίας με σκοπό την άμβλυνση των στρεσογόνων παραγόντων που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας και πολύ περισσότερο το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και η έγκαιρη ενημέρωση για εργασιακά θέματα θα βοηθήσουν στην δημιουργία συνθηκών που προάγουν το συνολικό κλίμα ασφάλειας.

Η διερεύνηση του συνολικού κλίματος ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας δεν έχει αποτελέσει το ενδιαφέρον των φορέων της χάραξης της πολιτικής της υγείας. Έχουν μεν γίνει προσπάθειες για την ανάληψη δράσεων που στοχεύουν στην ασφάλεια του ασθενούς ωστόσο η χρήση εργαλείων για την διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας δεν έχει συμπεριληφθεί στις δράσεις της οργανωμένης πολιτικής βούλησης. Η υιοθέτηση ενός τέτοιου εγχειρήματος θα συντελούσε στην καταγραφή των προβλημάτων των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την μεγιστοποίηση του αποτελέσματος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

#### 4.9.1 Περιορισμοί

Στην παρούσα ερευνητική εργασία υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί. Το δείγμα επιλέχθηκε από συγκεκριμένα νοσηλευτικά τμήματα και όχι από το σύνολο των νοσηλευτικών τμημάτων με αποτέλεσμα να μην μπορούν να γίνουν γενικεύσεις για το σύνολο του οργανισμού του νοσοκομείου. Στο δείγμα συμμετείχαν τρεις κατηγορίες επαγγελματιών υγείας ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό και φυσικοθεραπευτές ωστόσο το δείγμα των φυσικοθεραπευτών κρίνεται αρκετά μικρό το οποίο οφείλεται στον μικρό αριθμό απασχολούμενων φυσικοθεραπευτών στο νοσοκομείο με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η προσπάθεια για να βγουν ασφαλή συμπεράσματα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdou H, Saber K, (2011). A Baseline Assessment of Patient Safety Culture among Nurses at Student University Hospital. *World Journal of Medical Sciences*; 6(1): 17-26
- American Academy of Paediatrics, (2011). Policy Statement-Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. *Pediatrics*; 127(6): 1199-1212 <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/1199.full.html> (πρόσβαση 30/4/2013)
- Brennan TA, Leape LL, Laird et al., (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study. *N Engl J Med*; 324(6): 370-377
- Berland A, Natvig G and Gunderson D (2007). Patient Safety and Job-related stress: A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*; 24: 90-97
- Brook R, Mc Glynn E and Shekelle P (2000). Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(4):281-295
- Chaboyer W, Chamberlain D, Conroy K, et al., (2013). Safety Culture IN Australian Intensive Care Units: Establishing A Baseline For Quality Improvement. *American Journal of Critical Care*; 22(2): 93-102
- Colla J, Bracken A, Kinney L, and Weeks W, (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*; 14:364-366
- Commission of the European Communities, (2008). COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL on patient safety, including the prevention and control of healthcare-associated infections. COM; 837 final [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_com2008\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_en.pdf)(πρόσβαση 20/2/2013)
- Corrigan JM, Donaldson MS, Kohn LT, (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academy Press; Washington, DC
- Cowley E, Williams R, Cousins D, (2001). Medication Errors in Children: A Descriptive Summary on Medication Error Reports Submitted to the United States Pharmacopeia. *Current Therapeutic Research*; 62(9): 627-640
- Clarke S (1998). Perceptions of organizational safety: implications for the development of safety culture. *Journal of Organizational Behavior*; 20:185-198
- Cox S, and Flin, R (1998). Safety culture: philosopher's stone or man of straw? *Work and Stress*; 5:93-106

- Department of Health (1997). A first class service – quality in the New NHS. Department of Health, London
- Department of Health (2000). An organization with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. HMSO; Crown Copyright
- Donabedian A (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260: 1743-1748
- Donabedian A (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI, Health Administration Press
- Donabedian A (2003). An introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press; Oxford
- EUNetPaS (2010). Use of Patient Safety Culture Instrument and Recommendations; <http://www.eu-patient.eu/Initatives-Policy/Policy/Patients-Safety> (πρόσβαση 15/11/2012)
- European Commission (2010). Special Eurobarometer. Patient Safety and quality of healthcare. Full Report
- Evans D, Edejer TT, Frenk J and Murray CJ (2001). Measuring quality from the system to the provider. *International Journal for Quality Health Care*; 13(6): 439-436
- Flin R, Mearns K, O' Connor P, et al., (2000). Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science*; 34: 177–92
- France D, Greevy R, Liu X, et al., (2010). Measuring and Comparing Safety Climate in Intensive Care Units. *Medical Care*; 48(30): 279-284
- Guldenmund F, (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*; 34(1): 215-257
- Health and Safety Commission (1993). Organizing for Safety: Third Report of the Human Factors Study Group of ACNI; HSE Books; Sudbury
- Hickman D, Severance S, Feldstein A, (2003). The effect of health care working conditions on patient safety. Agency for Healthcare Research and Quality; Rep (74), Rockville, MD
- Huang Y.H, Chen P, Grosch J, (2010). Safety Climate: New developments in conceptualization, theory, and research. *Accident Analysis and prevention*; 42: 1421-1422
- IAEA (1986). Summary Report on the Post Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident (Safety Series 75-INSAG-4). International Safety Advisory Group; Vienna
- Institute Of Medicine of the National Academies (IOM), (1990). Medicare: A strategy for quality assurance. National Academy Press; 1, Washington, DC

- Institute Of Medicine of the National Academies (IOM), (1999). To ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM, Consensus Report
- Jha A, Plaizier- Prasopa N, Larizgoitia I, Bates D, (2010). Patient safety research: an overview of the global evidence. *Quality Safety Health Care*; 19: 42-47
- Joint Commission, (2002). Facts about Speak UP Initiatives. [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Facts\\_Speak\\_Up.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Facts_Speak_Up.pdf) (πρόσβαση 17/5/2013)
- Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, et al., (2001). Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA*; 285(16): 2114-2120
- Kelley E and Hurst J (2006). Health Care Quality Indicators project Conceptual Framework Paper. OECD HEALTH WORKING PAPERS; 23 <http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/519t19m240hc.pdf?expires=1371565270&id=id&accname=guest&checksum=AE1901AB49529FD379664E002A042259> (πρόσβαση 17/4/13)
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, (2000). To err is human. Building a safer health system. National Academy Press; Washington, DC
- Kho M et al, (2009). The climate of patient safety in a Canadian intensive care unit. *Crit Care*; 24: 469e7-469e13
- Legido-Quigley H, Mc Kee M, Nolte E, Glinos I (2008). Assuring the quality of health care in the European Union. WHO; Geneva [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98233/E91397.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf) (πρόσβαση 17/4/13)
- Leape LL, Brennan TA, Laird NM L, Lawthers AG, Localio R, Barnes BA et al.,( 1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*; 324(6): 377-384
- Lee W, Wung H, Liao H, et al., (2010). Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Services Research*; 10: 234
- Nieva V and Sorra J (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*; 12(2) : ii17-23
- Patterson D, Huang D, Fairbanks R, et al., (2010). The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire. *American Journal of Medical Quality*; 25(2): 109-115
- Patterson D, Huang D, Fairbanks R, et al., (2010). Variation In Emergency Medical Services Workplace Safety Culture. *Prehospital Emergency Care*; 14: 448-460



- Poley M, Starre C, Bos A, et al., (2011). Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatric Crit Care Med*; 12(6): e310-316
- Pronovost P, Berenholtz S, Goeschel C, et al. , (2008). Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *Journal of Critical Care*; 23: 207-221
- Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M, (2011). Safety Culture in the Maternity Units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Services Research*; 11:238
- Raftopoulos V, Pavlakis A, (2012). Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *Journal of Critical Care*;28 (1): 51-61
- Reason J (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate
- Reason J (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*; 320:768-770
- Relihan E, Glynn S, Daly D, et al., (2009). Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. *Ir J Med Sci*; 178: 433-439
- Runchiman et al (2009). Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*; 21: 18-26
- Sexton B and Thomas J, (2003). *The Safety Attitudes Questionnaire Guidelines for Administration*. In *The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice Technical Report 03-02* Austin, TX: The University of Texas
- Sexton J, Helmreich R, Neilands T, et al., (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*; 6:44
- Sexton J, Holzmueller CG, Pronovost PJ, Thomas EJ, et al., (2006). Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. *Journal of Perinatology*; 26: 463-470
- Sexton B, Berenholtz S, Goeschel C, et al., (2011). Assessing and improving safety climate in a large cohort of intensive care units. *Critical Care Medicine*; 39(5): 934-939
- Siassakos D, Fox R, Hunt L, et al., (2011). Attitudes Toward Safety and Teamwork in a Maternity Unit With Embedded Team Training. *American Journal of Medical Quality*; 26(2): 132-137

- Singla A, Kitch B, Weissman J and Campbell E, (2006). Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. *J Patient Saf*; 2(3):105-115
- Shaw C and Kalo I (2002). A background for national quality policies in health systems. WHO; Regional Office for Europe
- Stone P, Clarke S, Cimiotti J, Araujo R, (2004). Nurses' Working Conditions: Implications for Infectious Disease. *Emerging Infectious Diseases*; 10(11): 1984-1989
- Polid D (2010). *Statistic and data analysis for nursing research*. Pearson M (ed); 2nd edition
- Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, et al., (2009). Errors in administration of parental drugs in intensive care units. *BMJ*; 338: b 814  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2659290/> (πρόσβαση 15/3/2013)
- Wachter R, (2004). The End of The Beginning: Patient Safety Five Years After. 'To err is Human'. *Health Affairs*; doi:10.1377/hlthaff.w4.534  
<http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/11/30/hlthaff.w4.534.full.pdf+html> (πρόσβαση 20/4/2013)
- Weick K (1987). Organizational culture as a source of high reliability. *Calif Management Rev*; 29:112-127
- WHO, (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. WHO; Geneva  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf) (πρόσβαση 13/5/2013)
- WHO, (2000). The world health report 2000. Health systems: improving performance. World Health Organization; Geneva
- WHO, (2002). Quality of Care: Patient Safety. In Fifty-Fifth World Health Assembly. Resolutions and Decisions; WHA 55(1), Geneva
- WHO, (2004). WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY: FORWARD PROGRAMME 2005. WHO; Geneva  
[http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf) (πρόσβαση 16/4/2013)
- WHO, (2004): 10 facts on patients' safety;  
[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index.html)  
 (πρόσβαση 20/11/2012)
- WHOa, (2006). Action on Patient Safety High 5s. WHO; Geneva  
[http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps\\_high5s\\_project\\_overview\\_fs\\_Oct\\_2011.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_high5s_project_overview_fs_Oct_2011.pdf) (πρόσβαση 19/5/2013)

- WHO, (2007). Safe Surgery Saves Lives: The Second Global Patient Safety Challenge. WHO; Geneva [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge\\_base/SSSL\\_Brochure\\_fin\\_alJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_fin_alJun08.pdf)(πρόσβαση 17/4/2013)
- WHO, (2009). Safety Research Small Grants: Successful proposals 2009-2010. WHO; Geneva <http://www.who.int/patientsafety/research/grants/grantees/en/index.html> (πρόσβαση 18/5/2010)
- WHO, (2009). WHO PATIENT SAFETY CURRICULLUM GUIDE FOR MEDICAL SCHOOLS. WHO; Geneva [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/who\\_ps\\_curriculum\\_summary.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/who_ps_curriculum_summary.pdf) (πρόσβαση 14/5/2013)
- Wilson RM, Runchiman WB, Gibberd RW, et al., (1995). The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aus; 163: 458-471
- Wu A, Folkman S, McPhee SJ, Lo B, (1991). Do house officers learn from their mistakes? JAMA; 265:2089-2094
- Yule S, (2003). Safety culture and safety climate: A review of the literature [http://www.efcog.org/wg/ism\\_pmi/docs/Safety\\_Culture/Feb08/safety\\_culture\\_and\\_safety\\_climate\\_a\\_review\\_of\\_the\\_literature.pdf](http://www.efcog.org/wg/ism_pmi/docs/Safety_Culture/Feb08/safety_culture_and_safety_climate_a_review_of_the_literature.pdf) (πρόσβαση 20/3/2013)
- Zohar D, (1980). Safety Climate in Industrial Organizations: Theoretical and Applied Implications. Journal of Applied Psychology; 65(1): 96-102
- Αλετράς Α και Καραθάνου Α (2007). Μέτρηση της ικανοποίησης από την εργασία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ; Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
- Ευριπίδης Δ (2012). Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους Παθολογικούς και Χειρουργικούς Θαλάμους Γενικού Νοσοκομείου Κύπρου. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με εξειδίκευση στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας; Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
- Καραϊσκού Α (2012). Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε Μεθ και Παθολογικά τμήματα Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με εξειδίκευση στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας; Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
- Κάργα Μ, (2009). Διαχείριση των λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με εξειδίκευση στη Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας ; Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών: Τμήμα Νοσηλευτικής

Χαραλαμπίδου Ε (1996). Επαγγελματική Ικανοποίηση νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου. Διδακτορική Διατριβή; Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών: Τμήμα Νοσηλευτικής

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι



ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι απολύτως προσωπικό και **ανώνυμο**. Σκοπός του είναι να εκτιμηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας στο συγκεκριμένο νοσηλευτικό τμήμα που εργάζεστε. Η βοήθειά σας είναι πολύτιμη και τα αποτελέσματα θα συμβάλουν στην αύξηση της γνώσης.

Δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λανθασμένες» απαντήσεις ή τοποθετήσεις. Απλώς, δώστε τη δική σας απάντηση όπως εσείς αισθάνεστε και όχι σύμφωνα με το τι θα έπρεπε να απαντήσει κάποιος/α.

Παρακαλούμε να το συμπληρώσετε μόνοι/ες σας και να το επιστρέψετε.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας.

**1. ΦΥΛΟ:**

Ανδρας  1

Γυναίκα  0

**2. ΗΛΙΚΙΑ:** \_\_\_\_\_ (χρόνια)

**3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:**

Ανύπαντρος/η  5

Παντρεμένος/η  4

Χωρισμένος/η  3

Χήρος/η  2

Συμβίωση  1

**4. Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματός σας:** \_\_\_\_\_ (χρόνια)

**5. Συνολικός χρόνος εργασίας σας στο τμήμα:** \_\_\_\_\_ (χρόνια)

**6. Η εργασία σας στο συγκεκριμένο τμήμα υπήρξε δική σας επιλογή;** ΝΑΙ  ΟΧΙ

**8. Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα;** \_\_\_\_\_

**9. Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στο τμήμα;** \_\_\_\_\_

**10. Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την εργασία σας στο τμήμα;**  
\_\_\_\_\_

**11. Τελειώνοντας το ωράριό μου νιώθω τόσο ψυχικά και σωματικά κουρασμένος/η που δεν έχω όρεξη για τίποτα:**

<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

**12. Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση;** ΝΑΙ  ΟΧΙ

**13. Πόσο συχνά αισθάνεστε κόπωση;** ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ  ΣΠΑΝΙΑ  ΣΥΧΝΑ   
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ

**14. Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς;** ΝΑΙ  ΟΧΙ

**15. Εάν ναι πόσο θα βαθμολογούσατε το άγχος σας από 0 – 10;** \_\_\_\_\_

**16. Εάν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό ή συγγενή μου να νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο τμήμα:**

<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

### 17. Ιδιότητα:

Νοσηλευτικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	4
Ιατρός	<input type="checkbox"/>	3
Ειδικευόμενος ιατρός	<input type="checkbox"/>	2
Εξειδικευόμενος ιατρός	<input type="checkbox"/>	1
Φυσικοθεραπευτής/τρια	<input type="checkbox"/>	0

### 18. Επίπεδο Εκπαίδευσης

Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	<input type="checkbox"/>	5
Τεχνολογική Εκπαίδευση	<input type="checkbox"/>	4
Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	<input type="checkbox"/>	3
Κάτοχος τίτλου Msc	<input type="checkbox"/>	2
Κάτοχος τίτλου Phd	<input type="checkbox"/>	1
Άλλο.....	<input type="checkbox"/>	0

### 19. Είδος Νοσηλ/κού τμήματος

Ογκολογική κλινική	<input type="checkbox"/>	5
ΜΕΘ παιδών	<input type="checkbox"/>	4
MEN νεογνών	<input type="checkbox"/>	3
Παν/κή παιδ/κή κλινική	<input type="checkbox"/>	2
Χειρουργική κλινική	<input type="checkbox"/>	1
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	<input type="checkbox"/>	0

## Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση με το συγκεκριμένο τμήμα που εργάζεστε, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
1. Μου αρέσει η δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Οι εισηγήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού και των φυσικοθεραπευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Θα ένιωθα ασφαλής αν το παιδί μου νοσηλευόταν σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Τα επίπεδα του προσωπικού σε αυτό το τμήμα είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το τμήμα διευκολύνει την μάθηση από τα λάθη των άλλων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Οι ιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό και οι φυσικοθεραπευτές σε αυτό το τμήμα εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Το ηθικό σε αυτό το τμήμα είναι υψηλό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτική κρίση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



20. Έχετε εργαστεί σε άλλο Νοσοκομείο; ΝΑΙ  ΟΧΙ
21. Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχετε εργαστεί; \_\_\_\_\_
22. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με το Νοσηλευτικό προσωπικό; \_\_\_\_\_
23. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς; \_\_\_\_\_
24. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Φυσικοθεραπευτές; \_\_\_\_\_
25. Από 0-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας; \_\_\_\_\_
26. Από 0-10 πόσο πιστεύετε ότι συνέβαλε η οικονομική κρίση στην ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα σας; \_\_\_\_\_
27. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη διοίκηση του νοσοκομείου σας; \_\_\_\_\_

Ευχαριστούμε για τον χρόνο που διαθέσατε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου.

Η συμμετοχή σας είναι σημαντική.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 5<sup>η</sup> συν./28-03-2013  
ΘΕΜΑΤΑ ΕΚΤΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΑΞΗΣ

**ΘΕΜΑ 10:** Έγκριση διεξαγωγή επιδημιολογικής εργασίας, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, με θέμα «Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε Νοσηλευτικά Τμήματα Γενικού Νοσοκομείου Παιδών» που έχει υποβάλει η κ. Μελντίνη Χριστίνα, νοσηλεύτρια ΜΕΘ Παιδών.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο έλαβε υπόψη την εισήγηση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας αναφορικά με διεξαγωγή επιδημιολογικής εργασίας, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, με θέμα «Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε Νοσηλευτικά Τμήματα Γενικού Νοσοκομείου Παιδών» που έχει υποβάλει η κ. Μελντίνη Χριστίνα, νοσηλεύτρια ΜΕΘ Παιδών, με επιστημονικό υπεύθυνο τον κ. Βασίλειο Βασιζοπούλο, ΣΕΠ Πανεπιστημίου Κύπρου, και ενέκρινε τη διεξαγωγή της παραπάνω επιδημιολογικής εργασίας, η οποία δεν θα επιβαρύνει οικονομικά το Νοσοκομείο μας.

Η Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου

  
Ελένη Βασιζοπούλου-Κοσμιδοπούλου

