



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΤΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

ΧΑΡΙΛΑΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ

Επιβλέπων Καθηγητής
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΤΣΙΟΤΡΑΣ

Λευκωσία, Οκτώβριος 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΤΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

ΧΑΡΙΛΑΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ

Επιβλέπων Καθηγητής
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΤΣΙΟΤΡΑΣ

Λευκωσία, Οκτώβριος 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Ελληνική Περίληψη.....	7
Αγγλική Περίληψη.....	9
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	14
2.1. Το πρόβλημα της μειωμένης ασφάλειας των ασθενών στην πορεία του χρόνου	15
2.2. Η έκταση του προβλήματος και οι συνέπειες από τα λάθη στη φροντίδα των ασθενών.....	17
2.2.1. Η έκταση του προβλήματος της ελλιπούς ασφάλειας των ασθενών.....	17
2.2.2. Οι συνέπειες από τα λάθη στη φροντίδα των ασθενών.....	19
2.3. Εννοιολογική ερμηνεία και θεωρητική προσέγγιση λαθών στο χώρο εργασίας.....	20
2.3.1. Οι έννοιες κουλτούρα ασφάλειας - κλίμα ασφάλειας.....	20
2.3.2. Θεωρητική προσέγγιση των λαθών στο χώρο εργασίας.....	22
2.4. Παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας στη φροντίδα των ασθενών.....	23
2.4.1. Υποστήριξη της διοίκησης όσον αφορά τα θέματα ασφάλειας.....	24
2.4.2. Αντιλήψεις και προσδοκίες του προσωπικού για τη θέση της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας.....	25
2.4.3. Μη τιμωρητική προσέγγιση των λαθών.....	25
2.4.4. Ομαδική συνεργασία.....	26
2.4.5. Οργανωσιακή μάθηση.....	27
2.4.6. Συνθήκες εργασίας - Στελέχωση.....	27

2.5. Ερευνητικά εργαλεία για τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας στη παροχή υπηρεσιών υγείας	28
2.5.1. Η σημασία της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας	28
2.5.2. Εργαλεία μέτρησης του κλίματος ασφάλειας.....	29
2.6. Ανασκόπηση προηγούμενων ερευνών για την ασφαλή παροχή υπηρεσιών υγείας με τη χρήση του ερωτηματολογίου HSOPSC	31
2.6.1. Μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης	31
2.6.2. Αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης	31
2.7. Η αναγκαιότητα μελέτης του κλίματος ασφάλειας στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών	37
2.8. Ογκολογικές Κλινικές Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού	39
3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	40
3.1. Σκοπός έρευνας	41
3.1.1. Επιμέρους αντικειμενικοί στόχοι.....	41
3.1.2. Ερευνητικά ερωτήματα	41
3.2. Μεθοδολογία	41
3.2.1. Σχεδιασμός έρευνας.....	41
3.2.2. Πεδίο διεξαγωγής	42
3.2.3. Πληθυσμός έρευνας.....	42
3.2.4. Ερευνητικό εργαλείο	42
3.2.5. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα έρευνας.....	45
3.2.6. Ηθικές προεκτάσεις	46
3.2.7. Συλλογή δεδομένων.....	46
3.3. Στατιστική ανάλυση	47
3.4. Αποτελέσματα	47
3.4.1. Δημογραφικά στοιχεία.....	47

3.4.2. Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων.....	49
3.4.3. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	51
3.4.4. Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή.....	54
3.4.5. Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση	57
3.4.6. Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου....	60
3.4.7. Ανοικτή επικοινωνία	62
3.4.8. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	65
3.4.9. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη.....	67
3.4.10. Στελέχωση	70
3.4.11. Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή	72
3.4.12. Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου.	75
3.4.13. Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου.....	78
3.4.14. Σύνοψη αποτελεσμάτων για τους 12 παράγοντες κουλτούρας ασφάλειας .	81
3.4.15. Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή.....	82
3.4.16. Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες.....	84
3.4.17. Σχόλια συμμετεχόντων	87
3.5. Ανάλυση αποτελεσμάτων - Συζήτηση	87
3.6. Περιορισμοί έρευνας.....	91
3.7. Συμπεράσματα - Εισηγήσεις.....	91
4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	94
5. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	103

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

- Από τη θέση αυτή αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της παρούσας διατριβής Καθηγητή Γεώργιο Τσιότρα για τη συνολική καθοδήγηση και τη συνεχή συμπαράσταση του καθόλη τη διάρκεια εκπόνησης του παρόντος πονήματος
- Θερμά ευχαριστώ επίσης τον Καθηγητή Αντρέα Παυλάκη για τη πολύτιμη επιστημονική συμβολή και το αμέριστο ενδιαφέρον του για την ολοκλήρωση της μελέτης
- Ευχαριστώ θερμά ακόμη τους Βασίλη Αλετρά και τη Δέσποινα Κάκκαλου για την ευγενική παραχώρηση του ερευνητικού εργαλείου, χάρις στο οποίο κατέστη δυνατή η έρευνα
- Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Σάββα Ζανέττο για τη βοήθεια του στην στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και τις εύστοχες παρατηρήσεις του
- Ευχαριστώ ακόμη τον συμφοιτητή μου Γιώργο Πολυκάρπου για την άριστη συνεργασία καθόλη τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης
- Ευχαριστώ επίσης την οικογένεια μου για την ενθάρρυνση και τη συμπαράσταση που μου πρόσφεραν σε όλη τη διάρκεια της προσπάθειας μου.
- Τέλος θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω τους ιατρούς και νοσηλευτές των ογκολογικών κλινικών του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μειωμένη ασφάλεια στη φροντίδα των ασθενών, καθώς και τα αυξημένα λάθη από μέρους των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της περίθαλψής τους, αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα με άμεσες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών, αλλά και με γενικότερες οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες. Παρόλη όμως την έμφαση στην έρευνα για αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών και κατανόηση των παραγόντων που την επηρεάζουν, η έρευνα όσον αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς είναι περιορισμένη.

Σκοπός: Η παρούσα διατριβή επιδιώκει να διερευνήσει τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, αναφορικά με τους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την κουλτούρα ασφάλειας στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών, καθώς και τη διαχείριση τυχόν ανεπιθύμητων συμβάντων, στις ογκολογικές κλινικές των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου, μέσα από τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας για τους ογκολογικούς ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδοι: Στην έρευνα συμμετείχαν 6 ιατροί και 46 νοσηλευτές από τις Ογκολογικές Κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού (ποσοστό ανταπόκρισης 89,6%). Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου «The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)» που περιλαμβάνει 42 ερωτήσεις κλειστού τύπου, εκφρασμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert, για τον έλεγχο 12 παραγόντων οι οποίοι συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v20.

Αποτελέσματα: Ποσοστό 60,8% των συμμετεχόντων βαθμολόγησε την επίδοση της μονάδας του, σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή, ως πολύ καλή ή άριστη. Οι παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας που έλαβαν την υψηλότερη βαθμολογία ήταν η «Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση» (64,77%), η «Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» (64,73%) και η «Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» (62,53%), ενώ αντίθετα οι παράγοντες με το μικρότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων ήταν η «Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» (21,83%), η «Στελέχωση» (25,00%), οι «Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» (37,28%) και η «Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» (39,70%), αποτελέσματα που σε μεγάλο βαθμό είναι σύμφωνα με τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Διαπιστώθηκε, επίσης, σοβαρό πρόβλημα απόκρυψης ή παράλειψης αναφοράς των ανεπιθύμητων συμβάντων, ενώ βρέθηκε πως η βαθμολογία των παραγόντων που καθορίζουν την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών επηρεάζεται από διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Συμπεράσματα: Στις δημόσιες ογκολογικές κλινικές της Κύπρου υπάρχει μια σχετικά θετική κουλτούρα ασφάλειας στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών, που όμως επιδέχεται βελτίωση. Στις υπό έρευνα κλινικές αναπτύσσονται δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή και θετικές αλλαγές μέσα από τα λάθη, ενώ υπάρχει καλό κλίμα συνεργασίας και αλληλοσεβασμός ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ενημερώνονται για τα λάθη που συμβαίνουν και αναζητούν τρόπους για αποφυγή της επανάληψής τους. Παρόλα αυτά οι μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου και η συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου, πρέπει να βελτιωθούν, ενώ είναι αναγκαία η αντιμετώπιση της μειωμένης στελέχωσης και η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων. Εν κατακλείδι, επιβάλλεται η ενίσχυση της υφιστάμενης κουλτούρας ασφάλειας στις δημόσιες ογκολογικές κλινικές, κάτι που αναμένεται να οδηγήσει στη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον τόπο μας.

Λέξεις κλειδιά: ιατρικά λάθη, κουλτούρα ασφάλεια, κλίμα ασφάλειας, ασφάλεια ογκολογικών ασθενών

ABSTRACT

Background: The reduced safety in patients' care, along with the increased number of medical errors, are major problems with direct consequences in patients' health and also with additional economic and social results. Despite the huge research for the evaluation of patient safety culture and the understanding of its dimensions, studies regarding cancer patients are limited.

Aim: The current thesis is aiming to evaluate the beliefs of healthcare providers regarding the dimensions of cancer patients' safety culture, as well as the management of medical errors in the Oncology departments of Cyprus public hospitals, through the measurement of the safety climate of cancer patients.

Patients and Methods: Six doctors and 46 nurses working in the Oncology departments of Nicosia General Hospital and Limassol General Hospital were enrolled in the study (the percentage of response was 89,6%). The tool used for the research was the translated into Greek questionnaire "The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)", which consists of 42 Likert scale questions, for the investigation of 12 dimensions of patient safety culture. The statistical package SPSS v20 was used for data analysis.

Results: 60,8% of the participants rated their unit's performance, regarding patient safety culture, as very well or excellent. The dimensions of patient safety culture with the highest positive score were the "Organizational learning-Continuous improvement" (64,77%), the "Feedback and Communication about error" (64,73%) and the "Teamwork within units" (62,53%), whereas the dimensions with the lowest mean percentage of positive answers were the "Nonpunitive response to errors" (21,83%), the "Staffing" (25,00%), the "Handoffs and Transitions" (37,28%) and the "Teamwork across units" (39,70%), results that are almost in common with literature review findings. Moreover, a major problem with the non-reporting of errors was noted and also it was found that the score of patient safety culture's dimensions is influenced by several demographic characteristics of the participants.

Conclusions: The safety culture of cancer patients in Cyprus public Oncology departments is relatively positive, but it could be improved. In the fore mentioned Oncology departments, activities are being developed to improve patient safety culture and positive changes are taking place after medical errors. Also, there is a good climate of cooperation and respect between the healthcare providers, which are being informed about the medical errors and seek to find ways to avoid repeating them. However handoffs and transitions, as well as teamwork across units, need to be improved and it is essential to deal with the lack of staff and also to develop a complete system for

reporting medical errors. In conclusion, it is vital to improve the patient safety culture in Cyprus public Oncology departments, something that is expected to lead to a more general improvement in the quality of medical services that are being provided in our country.

Key words: medical errors, safety culture, safety climate, safety of cancer patients

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόοδος της τεχνολογίας και η βελτίωση του πολιτισμικού επιπέδου των ανθρώπων, έχει οδηγήσει σήμερα τους ασθενείς στην προσδοκία, αλλά ταυτόχρονα και στην απαίτηση, για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Όμως και οι επαγγελματίες υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία και η κοινωνία γενικότερα, αναζητούν την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, αναγνωρίζοντας τα υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη τα οποία προκύπτουν από αυτήν.

Η **ποιότητα** της φροντίδας υγείας αναφέρεται στο βαθμό που οι υπηρεσίες υγείας, κάνοντας χρήση της σύγχρονης επιστημονικής γνώσης, επιτυγχάνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων υγείας^[1]. Σημαντικοί παράγοντες για την εκτίμηση της ποιότητας του νοσοκομειακού περιβάλλοντος φροντίδας αποτελούν η ασφάλεια των ασθενών και η διαχείριση των λαθών κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής νοσηλείας^[2]. Ως **ασφάλεια** ορίζεται η απουσία βλάβης σχετικής με την υγειονομική περίθαλψη ή κλινικού λάθους εξαιτίας ακούσιας εκτέλεσης ή παράλειψης^[3]. **Λάθος** θεωρείται η χρήση ενός λανθασμένου σχεδίου ή η αποτυχία ολοκλήρωσης μιας παρέμβασης όπως αυτή σχεδιάστηκε^[4].

Κατά συνέπεια, η επιστημονική κοινότητα στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας έχει στραφεί στη μελέτη ζητημάτων που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, με τα αποτελέσματα να αναδεικνύουν την ύπαρξη σοβαρού προβλήματος, αφού διεθνώς εκατομμύρια ασθενείς υφίστανται τραυματισμούς, επιβαρύνεται επιπλέον η υγεία τους ή/και πεθαίνουν, εξαιτίας λαθών κατά την διάρκεια της φροντίδας τους. Σε μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, διαπιστώνεται ότι στις αναπτυγμένες χώρες γίνονται λάθη σε βάρος περίπου 10% των ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύονται σε νοσοκομείο, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες ο κίνδυνος αυτός είναι μέχρι και 20 φορές μεγαλύτερος^[5]. Στις ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο περίπου 44.000 με 98.000 ασθενείς πεθαίνουν λόγω σφαλμάτων κατά την περίθαλψη, με αποτέλεσμα τα ιατρικά λάθη να αποτελούν την 8^η αιτία θανάτου^[6]. Επιπλέον, έρευνες σε διάφορες χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης φανερώνουν σφάλματα στη νοσοκομειακή περίθαλψη σε ένα ποσοστό μεταξύ 8% με 12%, ενώ περίπου το 5% των νοσηλευόμενων ασθενών παρουσιάζουν κάποια ενδονοσοκομειακή λοίμωξη κατά την παραμονή τους για νοσηλεία^[7].

Οι συνηθέστερες αιτίες προβλέψιμων σφαλμάτων που επιβαρύνουν τους ασθενείς αφορούν, τη λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση, τη ανεπαρκή ή μη ενδεικνυόμενη θεραπεία, τα λάθη στη

χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή τη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων καθώς και την πρόκληση λοιμώξεων εξαιτίας της περιθάλησης^[8].

Η κομβική έρευνα του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ιατρικής "To Err is human: Building a better health care system", η οποία, το 1999, παρουσίασε για πρώτη φορά δημόσια το μέγεθος του προβλήματος των λαθών στη φροντίδα των ασθενών, φανέρωσε πως το 90% των κλινικών λαθών δεν οφείλονται σε μεμονωμένα άτομα, αλλά αποτελούν ευθύνη του όλου συστήματος υγείας (διοικητικό και οργανωσιακό περιβάλλον)^[9]. Αυτό ακριβώς το συμπέρασμα καταδεικνύει ότι για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων που θα διασφαλίζουν την ασφάλεια των ασθενών, περιορίζοντας τα λάθη, απαιτείται η αξιολόγηση και η κατανόηση της **οργανωσιακής κουλτούρας** ενός οργανισμού, η οποία ακριβώς περιγράφει τις κοινές πεποιθήσεις, αντιλήψεις και προσδοκίες των ατόμων μέσα στον οργανισμό^[10].

Παρόλο όμως που διεθνώς έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στην έρευνα που σχετίζεται με θέματα ασφάλειας, στον τομέα της υγείας, πολύ λίγοι είναι εκείνοι οι νοσοκομειακοί οργανισμοί που έχουν μετρήσει το κλίμα ασφάλειας των ασθενών και έχουν αξιολογήσει την κουλτούρα ασφάλειας του νοσηλευτικού ιδρύματος γενικότερα. Ο όρος **κλίμα ασφάλειας** αναφέρεται στις κοινές αντιλήψεις των μελών ενός οργανισμού σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον και τις πρακτικές ασφάλειας^[11], ενώ η **κουλτούρα ασφάλειας** αφορά γενικότερα την εταιρική ατμόσφαιρα, μέσα στην οποία γίνεται αντιληπτή και αποδεκτή η ασφάλεια ως κύρια προτεραιότητα^[12].

Όσον αφορά ιδιαίτερα στο κλίμα ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών, που η κουλτούρα ασφάλειας από μέρους των επαγγελματιών υγείας είναι ακόμη περισσότερο απαραίτητη, λόγω της ιδιαιτερότητας της νόσου και των ειδών θεραπείας (χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία), ο αριθμός των υφιστάμενων μελετών στο συγκεκριμένο θέμα εμφανίζεται αρκετά περιορισμένος σε διεθνές επίπεδο. Στην Κύπρο ειδικότερα, η έρευνα αναφορικά με το κλίμα ασφάλειας και την κουλτούρα ασφάλειας στον τομέα υγείας γενικότερα, είναι εξαιρετικά περιορισμένη και η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που ασχολείται με τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών στην Κύπρο, γεγονός που την καθιστά ιδιαίτερα σημαντική και πρωτότυπη.

Η συγκεκριμένη διατριβή χωρίζεται σε δύο μέρη: το *γενικό μέρος* το οποίο περιλαμβάνει την θεωρητική προσέγγιση του θέματος της ασφάλειας των ασθενών (ιστορική αναδρομή, έκταση του προβλήματος και συνέπειες, έννοια κουλτούρας ασφάλειας και κλίματος ασφάλειας, παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών, εργαλεία μέτρησης του κλίματος ασφάλειας, ανασκόπηση

προηγούμενων ερευνών) και το ειδικό μέρος που αφορά στα αποτελέσματα της μέτρησης του κλίματος ασφάλειας για τους ογκολογικούς ασθενείς στις ογκολογικές κλινικές των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου.

Η διατριβή αποσκοπεί στη διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας, αναφορικά με τους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την ασφάλεια στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών, καθώς και τη διαχείριση τυχών λαθών, στις ογκολογικές κλινικές των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου. Συγκεκριμένα, η έρευνα στοχεύει στη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας για τους ογκολογικούς ασθενείς στις δημόσιες ογκολογικές κλινικές στην Κύπρο, στη σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες προηγούμενες μελέτες που διεξήχθησαν, καθώς και στην εξαγωγή συμπερασμάτων, με απώτερο στόχο την υποβολή εισηγήσεων, που θα οδηγήσουν σε βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης. Η ελάττωση του αριθμού και των συνεπειών δυνητικά προβλέψιμων σφαλμάτων που επιβαρύνουν τους ογκολογικούς ασθενείς, αναμένεται να οδηγήσει στη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον τόπο μας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1. Το πρόβλημα της μειωμένης ασφάλειας των ασθενών στην πορεία του χρόνου

Η αναγνώριση της ανάγκης για ασφαλή φροντίδα των ασθενών χρονολογείται από την εποχή του Ιπποκράτη, αφού μέσα από τη φράση «*ωφελείν ή μη βλάπτειν*», προβάλλει η βασική αρχή για σωστή διάγνωση και θεραπεία καθώς και αποφυγή τυχών λαθών κατά τη χορήγηση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης^[13]. Αλλά και η ρήση «*Primum Non Nocere*», που πρωτοαναφέρθηκε το 1860 και σημαίνει «πρώτα να μην κάνεις κακό», αναγνωρίζει την πιθανότητα εμφάνισης απρόσμενων αρνητικών συνεπειών λόγω των ιατρικών πράξεων, παρά τις αγαθές προθέσεις των λειτουργών της υγείας^[14].

Στην πορεία του χρόνου, ο Donabedian προχώρησε στη σύνδεση της ασφάλειας στη φροντίδα των ασθενών ως ένα από τους σημαντικότερους δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, μέσα από κριτήρια δομής, διαδικασιών και αποτελεσμάτων^[15]. Επιπλέον, η εφαρμογή στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας των μεθόδων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, οδήγησε στην κατανόηση της αναγκαιότητας για πρόληψη και ορθή διαχείριση των λαθών στην υγειονομική περίθαλψη των ασθενών^[16].

Το γεγονός ότι η ασφάλεια στη φροντίδα υγείας των ασθενών είναι ανεπαρκής, έγινε ευρύτερα γνωστό στο κοινό για πρώτη φορά, κατά το τέλος της δεκαετίας του 1990, μέσα από τις διάφορες μελέτες του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ιατρικής (με σημαντικότερη όπως προαναφέρθηκε την αναφορά "To Err is human: Building a better health care system") που επισήμαναν τα αυξανόμενα ιατρικά λάθη και τις προκαλούμενες βλάβες στους ασθενείς κατά την περίθαλψη τους, δίνοντας παράλληλα το έναυσμα για περαιτέρω επιστημονική έρευνα^[17].

Ιδιαίτερο ρόλο στην ενίσχυση του ερευνητικού ενδιαφέροντος είχε η διαπίστωση, από μέρους των αμερικανικών ασφαλιστικών εταιρειών που μελετούσαν τις αποζημιώσεις, της αύξησης του κόστους νοσηλείας των ασθενών λόγω των ιατρικών λαθών, τα οποία οδηγούσαν σε παράταση του χρόνου θεραπείας και επιπλέον κόστος θεραπείας^[18]. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εισαγωγή νέων ερευνητικών προγραμμάτων από πολυάριθμους φορείς στις ΗΠΑ, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της φροντίδας υγείας. Ο αμερικανικός Εθνικός Οργανισμός Ποιότητας,

καθώς και ο Οργανισμός Έρευνας και Ποιότητας Υγειονομικής Φροντίδας των ΗΠΑ ανέπτυξαν μια σειρά από δείκτες για την ασφάλεια των ασθενών.

Μέσω των προγραμμάτων φροντίδας ηλικιωμένων (Medicare) και ιατρικής φροντίδας στο σπίτι (Medicaid), τα αμερικανικά νοσηλευτικά ιδρύματα προχώρησαν στην καταγραφή των δεδομένων για την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα υποχρεώθηκαν να πληροφορούν γραπτώς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους για τα υφιστάμενα μέτρα πρόληψης ενδεχόμενων λαθών. Η όλη προσπάθεια βελτίωσης των συστημάτων αναφοράς ιατρικών σφαλμάτων, ενισχύθηκε επιπλέον με την εισαγωγή της σχετικής νομοθεσίας από το Κογκρέσο, ούτως ώστε τα πιθανά προβλήματα να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα.

Εντούτοις, παρά τις προσπάθειες των αρμοδίων, το αίσθημα ανασφάλειας του γενικού πληθυσμού των ΗΠΑ, όσον αφορά στην προστασία των ασθενών από τα ιατρικά λάθη, εξακολουθεί να υφίσταται μέχρι και σήμερα. Συγκριτικές μελέτες δείχνουν ότι αύξηση της δυσαρέσκειας του κοινού όσον αφορά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, ενώ περίπου ο ένας στους δύο δηλώνει ανήσυχος για την ασφάλεια του ως ασθενής^[19]. Η αποτυχία αυτή των μέτρων οφείλεται κυρίως στην έλλειψη ομοφωνίας, ως προς τον τρόπο συλλογής των δεδομένων για το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών, καθώς και στο είδος των μέτρων πρόληψης που θα πρέπει να λαμβάνονται, από ειδικούς σε θέματα ασφάλειας και από τους επαγγελματίες υγείας^[20].

Παρόμοιο ιστορικό ανάπτυξης ερευνητικής δραστηριότητας σε θέματα ασφάλειας των ασθενών, εξαιτίας και του αυξημένου ενδιαφέροντος για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, παρουσιάστηκε τόσο σε άλλες αναπτυγμένες χώρες, όπως η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία και ο Καναδάς, όσο και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως η Μ. Βρετανία, η Γαλλία, η Δανία και η Ολλανδία^[21]. Οι έρευνες που έγιναν στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες για διερεύνηση των ιατρικών λαθών και των συνεπακόλουθων βλαβών στους ασθενείς κατά την περίθαλψη τους, έδειξαν παρόμοια αποτελέσματα με αυτά των αμερικανικών μελετών. Διαπιστώθηκαν δηλαδή, υψηλά ποσοστά σφαλμάτων σε βάρος των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, με τα περισσότερα από αυτά να είναι δυνητικά προβλέψιμα.

Αυτό είχε αποτέλεσμα η Ευρωπαϊκή Ένωση, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, καθώς και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες και δράσεις, να προχωρήσουν στην ανάπτυξη διάφορων ερευνητικών προγραμμάτων, όπως είναι για παράδειγμα τα προγράμματα *Safety Improvement for Patients in Europe* και *World Alliance for*

Patient Safety. Τα ερευνητικά αυτά προγράμματα στοχεύουν στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, αντίστοιχα στην Ευρώπη και παγκόσμια, μέσα από διάφορα πεδία δράσης, που περιλαμβάνουν ανάμεσα σε άλλα, την ταξινόμηση της ασφάλειας στο χώρο της υγείας, την αναφορά των λαθών με στόχο τη βελτίωση, την εμπλοκή του ίδιου του ασθενή στις διαδικασίες ελέγχου και βελτίωσης, καθώς και την προώθηση της σχετικής έρευνας στο εν λόγω θέμα^[22].

Δυστυχώς όμως, όπως έγινε και στις ΗΠΑ, οι εν λόγω δραστηριότητες δεν έχουν καταφέρει να φέρουν μέχρι και σήμερα ικανοποιητικά αποτελέσματα στην καλυτέρευση της ασφάλειας στη φροντίδα υγείας, τόσο στον ευρωπαϊκό χώρο, όσο και διεθνώς. Πιθανολογείται πως αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν από τους ιθύνοντες προς την κατεύθυνση αυτή αφορούσαν κυρίως αλλαγές συστημάτων και τεχνικές βελτιώσεις, ενώ απέτυχαν να αλλάξουν αυτή καθεαυτή την κουλτούρα και τα πρότυπα των επαγγελματιών υγείας^[23].

2.2. Η έκταση του προβλήματος και οι συνέπειες από τα λάθη στη φροντίδα των ασθενών

2.2.1. Η έκταση του προβλήματος της ελλιπούς ασφάλειας των ασθενών

Όπως προαναφέρθηκε, τα αποτελέσματα από τις μελέτες του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ιατρικής ανέδειξαν για πρώτη φορά την ύπαρξη σοβαρού προβλήματος όσον αφορά στα λάθη στη φροντίδα των ασθενών. Διαπιστώθηκε πως εκατομμύρια ασθενείς υφίστανται βλάβες, η υγεία τους χειροτερεύει επιπλέον ή/και πεθαίνουν, λόγω σφαλμάτων από μέρους των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της περίθαλψης τους και το φαινόμενο αυτό είναι διεθνές, αφού παρουσιάζεται τόσο στα αναπτυσσόμενα, όσο και στα αναπτυγμένα κράτη. Συγκεκριμένα, σε έρευνες που έγιναν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, διαπιστώνεται ότι στις μεν αναπτυγμένες χώρες γίνονται λάθη σε βάρος περίπου 10% των ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύονται σε νοσοκομείο, στις δε αναπτυσσόμενες χώρες ο κίνδυνος αυτός είναι πολύ μεγαλύτερος^[5].

Στις ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο περίπου 44.000 με 98.000 ασθενείς πεθαίνουν λόγω σφαλμάτων κατά την περίθαλψη τους, με αποτέλεσμα τα ιατρικά λάθη να αποτελούν την 8η αιτία θανάτου, ξεπερνώντας τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα, τον καρκίνο του μαστού και το AIDS^[6]. Ακόμη, υπολογίζεται ότι ετησίως περισσότεροι από ένα εκατομμύριο ασθενείς τραυματίζονται κατά τη διάρκεια χειρισμών από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα τους^[9]. Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα ανασκόπησης που διενεργήθηκε σε νοσοκομεία της Νέας Υόρκης, διαπιστώθηκε ότι σε ποσοστό 3,7% οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς είχαν υποστεί κάποιο

λάθος κατά τη φροντίδα τους και ότι σε ποσοστό 69% οι κακώσεις οφείλονταν σε σφάλματα του προσωπικού^[24]. Σε αντίστοιχη έρευνα που έγινε στα νοσοκομεία της Βοστώνης βρέθηκε πως 6,5% των ασθενών που νοσηλεύονταν είχε βιώσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες κάποιου φαρμάκου και ότι ποσοστό 28% αυτών συνέβηκε λόγω λάθους^[25].

Στην Αυστραλία, οι έρευνες έδειξαν ότι οι θάνατοι των ασθενών εξαιτίας λαθών κατά τη παροχή υπηρεσιών υγείας ανέρχονται ετησίως, περίπου στους 18.000, ενώ πάνω από 50.000 ασθενείς καθίστανται ανάπηροι λόγω λανθασμένων χειρισμών^[26]. Ειδικότερα, σε μελέτη ανασκόπησης των εισαγωγών ασθενών σε 28 νοσοκομεία της χώρας παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητα συμβάντα σε ποσοστό 16,6 % (περίπου τα μισά από αυτά ήταν δυνητικά προβλέψιμα) που οδήγησαν στο θάνατο το 4,9% των ασθενών, ενώ προκάλεσαν αναπηρία στο 13,7% των νοσηλευόμενων^[25].

Επιπλέον, με έρευνες σε διάφορες χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαπιστώθηκαν σφάλματα στη νοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενών σε ένα ποσοστό που κυμαινόταν μεταξύ 8% με 12%^[27]. Συγκεκριμένα, στη Μ. Βρετανία εκτιμάται ότι ετησίως λαμβάνουν χώρα περίπου 850.000 ανεπιθύμητα συμβάντα, κάτι που αναλογεί σε ποσοστό 13% των νοσηλευόμενων ασθενών, ενώ ανάλογα αποτελέσματα βρέθηκαν σε εθνικές μελέτες στη Γαλλία, Ισπανία και Δανία. Συνολικά, 23% των ευρωπαίων πολιτών αναφέρει ότι έχει βιώσει άμεσα ένα ιατρικό σφάλμα, 18% έχει υποστεί κάποιο σοβαρό λάθος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του σε νοσοκομείο, ενώ σε ποσοστό 11% του έχουν χορηγηθεί λανθασμένα τα φάρμακα^[28].

Όσον αφορά στις λοιμώξεις που προκαλούνται ενδονοσοκομειακά, έναν δείκτη της πλημμελούς νοσοκομειακής φροντίδας των ασθενών, υπολογίζεται ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελούν την αιτία θανάτου κάθε χρόνο για περίπου 37.000 ασθενείς^[29], ενώ το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου νοσημάτων με αναφορές του επισημαίνει ότι, ετησίως, το 5% των νοσηλευόμενων ασθενών παρουσιάζουν κάποια ενδονοσοκομειακή λοίμωξη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, δηλαδή περίπου 4 εκατομμύρια ασθενείς^[7]. Παγκοσμίως πιστεύεται ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις ταλαιπωρούν περίπου 1,4 εκατομμύρια ασθενείς^[30], ενώ το Αμερικανικό Κέντρο Ελέγχου νοσημάτων εκτιμά ότι στις ΗΠΑ κάθε χρόνο σχεδόν 2 εκατομμύρια νοσηλευόμενοι ασθενείς αναπτύσσουν ενδονοσοκομειακή λοίμωξη^[31].

Ιδιαίτερα μεγάλο πρόβλημα αποτελεί η ασφάλεια των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, αφού σε αυτές η περίθαλψη είναι εξειδικευμένη και ο ασθενής δέχεται διάφορες παρεμβατικές τεχνικές, από μια πλειάδα επαγγελματιών υγείας, κάτι το οποίο αυξάνει την πιθανότητα λάθους.

Υπολογίζεται ότι οι άρρωστοι στις ΜΕΘ εμφανίζουν, κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους, κάποια επιπλοκή που οφείλεται σε λάθος χειρισμό του προσωπικού, σε ποσοστό περίπου 2,9% με 16%^[32], ενώ κατά μέσο όρο ένας ασθενής που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ υφίσταται 1,7 λάθη την ημέρα από τους επαγγελματίες υγείας^[33]. Μια μελέτη μάλιστα για τη διερεύνηση σφαλμάτων στην παρεντερική χορήγηση φαρμάκων στις ΜΕΘ, έδειξε 74,5 περιπτώσεις λάθους ανά 100 ημέρες νοσηλείας, με το 75% των συμβάντων να αφορούν λάθη παράλειψης, κάτι που οδήγησε ποσοστό 1% των ασθενών σε μόνιμες βλάβες ή και θάνατο^[34].

2.2.2. Οι συνέπειες από τα λάθη στη φροντίδα των ασθενών

Θα πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι, τα λάθη που γίνονται κατά τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών, πέρα από τις άμεσες επιπτώσεις στην υγεία των ίδιων των ασθενών (σωματική βλάβη, αναπηρία, θάνατο)^[3] προκαλούν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση τόσο των ασθενών και των συγγενών τους αλλά και των ίδιων των επαγγελματιών υγείας, μειώνοντας την εμπιστοσύνη των πρώτων ως προς το σύστημα υγείας και ελαττώνοντας την ικανοποίηση των δεύτερων για την εργασία τους^[35].

Επιπλέον, τα λάθη στη φροντίδα των ασθενών έχουν σοβαρότατες, γενικότερες οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες^[36]. Συγκεκριμένα, ο αμερικανικός Οργανισμός Έρευνας και Ποιότητας Υγειονομικής Φροντίδας εκτιμά ότι το συνολικό ετήσιο κόστος για το όλο υγειονομικό σύστημα των ΗΠΑ, λόγω των λαθών στην περίθαλψη, κυμαίνεται από \$17 μέχρι \$29 δις^[8] και αυτό εξαιτίας της ανάγκης για επιπλέον ιατρική βοήθεια και της επιπρόσθετης διάρκειας νοσηλείας, που οδηγούν σε απώλεια εισοδήματος και μειωμένη παραγωγικότητα. Άλλα αίτια ανόδου του κόστους αποτελούν η αύξηση της χρήσης αναλώσιμων υλικών, εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων καθώς και φαρμάκων. Το οικονομικό κόστος μόνο εξαιτίας των λοιμώξεων που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών, είναι πολύ υψηλό και υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ ετησίως φτάνει τα \$5 έως \$10 εκατομμύρια^[37]. Αντίστοιχα στην Ευρώπη, το κόστος που απαιτείται κάθε χρόνο για την αντιμετώπιση των λοιμώξεων αυτών φτάνει τα 7 δισεκατομμύρια ευρώ, κάτι που αναλογεί σε μέσο κόστος 435 ευρώ την ημέρα^[38].

Όσον αφορά ιδιαίτερα στις ΜΕΘ, οι έρευνες στις ΗΠΑ έδειξαν ότι εξαιτίας των σφαλμάτων του προσωπικού, μπορεί να προκληθούν τέτοιες βλάβες στους νοσηλευόμενους ασθενείς που δύναται να οδηγήσουν σε επιμήκυνση του χρόνου νοσηλείας από 1,9 μέχρι 4,6 ημέρες και κατά συνέπεια σε μια άνοδο του κόστους νοσηλείας, η οποία κυμαίνεται μεταξύ \$2.262 και \$4.685 ανά ασθενή^[39].

Οι στατιστικές τέλος δείχνουν ότι η εφαρμογή στρατηγικών για μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων, μέσα από την ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας και του κλίματος ασφάλειας του όλου συστήματος υγείας, θα οδηγούσε σε μείωση των λαθών κατά τη φροντίδα των ασθενών, σε ελάττωση του χρόνου νοσηλείας και μείωση των επεισοδίων τραυματισμού και θανάτων^[28].

2.3. Εννοιολογική ερμηνεία και θεωρητική προσέγγιση των λαθών στο χώρο εργασίας

2.3.1. Οι έννοιες κουλτούρα ασφάλειας - κλίμα ασφάλειας

Οι όροι **ασφάλεια** των ασθενών και **λάθη** στη φροντίδα υγείας, που περιγράφηκαν προηγουμένως, συνδέονται με τις έννοιες **κουλτούρα ασφάλειας** και **κλίμα ασφάλειας** στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Γενικά, η **κουλτούρα** αποτελεί κεντρικό στοιχείο ενός οργανισμού, καθώς διαμορφώνει τον ιδιαίτερο τρόπο με τον οποίο σκέφτονται και συμπεριφέρονται τα άτομα, σε σχέση με το ρόλο που έχουν μέσα στον οργανισμό. Ο συγκεκριμένος όρος αναφέρεται στις στάσεις, τις απόψεις, τις αξίες και τις συμπεριφορές που επιδεικνύουν τα άτομα στο χώρο όπου εργάζονται. Ο Mitzberg αναφέρεται στην κουλτούρα με την έννοια της ιδεολογίας ενός οργανισμού, στην οποία συμπεριλαμβάνονται οι αντιλήψεις και οι συνήθειες, με αποτέλεσμα να διαφέρει ένας οργανισμός από άλλους^[40].

Το **κλίμα** από την άλλη, ορίζεται ως η ποιότητα του περιβάλλοντος ενός οργανισμού όπως την αντιλαμβάνονται τα μέλη του και η οποία καθορίζει, επίσης, τον τρόπο που αυτά συμπεριφέρονται. Με τον όρο κλίμα επομένως, εννοούμε την ατμόσφαιρα που επικρατεί σε κάθε οργανισμό και που περιλαμβάνει το σύνολο των εσωτερικών χαρακτηριστικών τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ανθρώπων του οργανισμού. Χαρακτηριστικά αναφέρεται πως, ότι είναι η προσωπικότητα για τον άνθρωπο, είναι και το κλίμα για τον οργανισμό^[41].

Με άλλα λόγια, το κλίμα είναι η ατμόσφαιρα που επικρατεί σε ένα οργανισμό και γίνεται αντιληπτή με την πρώτη ματιά, ενώ η κουλτούρα είναι ένα σύνολο από αξίες, αρχές, πεποιθήσεις, αντιλήψεις και παραδόσεις, το οποίο διαμορφώνεται σε βάθος χρόνου και δε διακρίνεται εύκολα. Το κλίμα λοιπόν αποτελεί μία παράμετρο της κουλτούρας σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και αντανάκλα την κουλτούρα του οργανισμού. Τόσο η κουλτούρα όσο και το κλίμα, διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ενθάρρυνση και δημιουργία μιας αλλαγής. Η κουλτούρα διαμορφώνει αξίες και

πιστεύω για θετική στάση απέναντι στην αλλαγή και το κλίμα ενθαρρύνει ερμηνείες της κουλτούρας που μεταφράζονται σε επιθυμητές ενέργειες^[42].

Η **οργανωσιακή κουλτούρα** περιγράφει τις κοινές αντιλήψεις και προσδοκίες που κρατούν τα άτομα ενωμένα ως ομάδα σε ένα οργανισμό και οι οποίες διδάσκονται στα νέα μέλη, ως ο σωστός τρόπος σκέψης για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων^[43]. Το **κλίμα οργάνωσης** από την άλλη, αφορά τις πεποιθήσεις που διαμορφώνονται από τη σχέση του προσωπικού με τη διοίκηση και οι οποίες ενδέχεται να αλλάξουν στην πορεία του χρόνου, ενώ μπορεί να μετρηθούν εύκολα με ποσοτικές μεθόδους^[44].

Ο όρος **κουλτούρα ασφάλειας** πρωτοεμφανίστηκε το 1987, κατά τη διερεύνηση του ατυχήματος στον πυρηνικό αντιδραστήρα του Τσερνομπίλ, ερμηνεύοντας την καταστροφή ως άγνοια του κινδύνου και της ασφάλειας από μέρους τόσο των εργαζομένων, όσο και της διοίκησης. Η Διεθνής Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας την περιγράφει ως «...εκείνο το σύνολο των χαρακτηριστικών και νοοτροπιών που καθορίζει σε άτομα και οργανισμούς, ότι τα θέματα ασφάλειας και πυρηνικών σταθμών είναι υπεράνω όλων και ότι η ασφάλεια πρέπει να τυχαίνει της δέουσας προσοχής, η οποία απορρέει από τη σπουδαιότητά της»^[45]. Έκτοτε έχουν δοθεί από αρκετούς ερευνητές πολλές ερμηνείες για την κουλτούρα ασφάλειας, τονίζοντας τη σπουδαιότητά της ως παράγοντα της ανθρώπινης απόδοσης και της οργανωσιακής ασφάλειας^[46]. Ο επικρατέστερος ορισμός αναπτύχθηκε από την Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου, ο οποίος την ορίζει ως «...το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, νοοτροπιών, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν την αφοσίωση, το στυλ και την εμπειρία της Διοίκησης Υγιεινής και Ασφάλειας ενός οργανισμού»^[47].

Το **κλίμα ασφάλειας** αφορά τα εμφανή στοιχεία της κουλτούρας ασφάλειας σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, που είναι εγγύτερα στις λειτουργίες του οργανισμού και τα οποία δύναται να μετρηθούν^[48]. Σύμφωνα με τους Mearns και συν. ορίζεται ως «...οι νοοτροπίες και οι αντιλήψεις του ανθρώπινου δυναμικού σε ένα δεδομένο χώρο και χρόνο. Είναι ένα στιγμιότυπο της κατάστασης της ασφάλειας που δίνει ένα δείκτη της υποκείμενης κουλτούρας ασφάλειας ενός οργανισμού»^[49].

Είναι επομένως εμφανές ότι οι δύο έννοιες, η κουλτούρα ασφάλειας και το κλίμα ασφάλειας, οι οποίες προέκυψαν μέσα από τις μελέτες διερεύνησης ατυχημάτων, αλληλοσυμπληρώνονται αλλά και λειτουργούν σε διαφορετικά επίπεδα. Η κουλτούρα ασφάλειας αφορά υποκειμενικές αντιλήψεις και στάσεις για την εργασία και τον οργανισμό, οι οποίες υπονοούνται, ενώ το κλίμα ασφάλειας

αφορά μετρήσιμες πεποιθήσεις, συνειδητές και φανερές, για τις πρακτικές εργασίας και τις πολιτικές της διοίκησης.

2.3.2. Θεωρητική προσέγγιση των λαθών στο χώρο εργασίας

Το γεγονός ότι τα λάθη, κατά τη διάρκεια εργασίας σε ένα οργανισμό, είναι αναπόφευκτα, είναι σύμφυτο με την ίδια τη φύση του ανθρώπου, όπως αυτή ιχνογραφείται μέσα από τη ρήση «*το λανθάνειν είναι ανθρώπινο*». Σύμφωνα με τις σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, τα ανθρώπινα σφάλματα μπορούν να μελετηθούν σε ατομικό ή συστηματικό επίπεδο και αυτό στηρίζεται από αντίστοιχες θεωρίες, η κάθε μια από τις οποίες έχει το δικό της αιτιολογικό μοντέλο για την ερμηνεία των λαθών.

Η **θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων**, θεωρεί ότι τα άτομα είναι ικανά να επιλέξουν ανάμεσα στην ασφαλή και μη ασφαλή συμπεριφορά. Εστιάζει στον ανθρώπινο παράγοντα του λάθους απομονώνοντας τον από το όλο σύστημα, κάτι για το οποίο δέχεται κριτική^[50]. Για την εξασφάλιση κουλτούρας ασφάλειας, η συγκεκριμένη θεωρία υποστηρίζει το σχεδιασμό συστημάτων που θα περιορίζουν τα ανθρώπινα λάθη, τη γνωστοποίηση των λαθών και τον περιορισμό των επιπτώσεων τους σε περίπτωση που αυτά εκδηλωθούν^[51].

Η **θεωρία των συστημάτων** από την άλλη, υποστηρίζει ότι τα περισσότερα λάθη δεν προκαλούνται από ατομική ανικανότητα ή αμέλεια, αλλά οφείλονται σε ελαττώματα στα συστήματα τα οποία επιτρέπουν τα λάθη στο εργασιακό περιβάλλον. Δεν θεωρούνται αιτία, αλλά αποτελούν συνέπεια *λανθανουσών συνθηκών*, που μπορεί να δημιουργήσουν λανθασμένες καταστάσεις στο χώρο εργασίας ή αδυναμίες στους φραγμούς άμυνας^[50]. Σύμφωνα με το *μοντέλο του ελβετικού τυριού*, τα πολλαπλά επίπεδα άμυνας (π.χ. προέλεγχος, εκπαίδευση προσωπικού) εμφανίζουν μικρές οπές (π.χ. κακός σχεδιασμός, ελλιπής κατάρτιση), η στιγμιαία ευθυγράμμιση των οποίων οδηγεί σε αρνητικό αποτέλεσμα – ατύχημα^[52].

Οι μελέτες του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ιατρικής επιβεβαιώνουν την εφαρμογή της θεωρίας των συστημάτων στον τομέα της υγείας^[53], υποστηρίζοντας ότι η μειωμένη ασφάλεια στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας μπορεί να οφείλεται όχι μόνο στο ανθρώπινο λάθος, αλλά στη γενικότερη αποτυχία του συστήματος υγείας στα θέματα ασφάλειας^[54]. Οι ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις πραγματοποιούνται μέσα σε ένα ιδιαίτερο περιβάλλον αβεβαιότητας, αφού πέρα από τα προσωπικά τους όρια, οι επαγγελματίες υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν την πολυπλοκότητα της φυσιολογικής κατάστασης και της ασθένειας, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενή, τις δυσκολίες της κάθε

θεραπείας και το απεριόριστο της επιστημονικής γνώσης. Αυτό ακριβώς καθιστά δύσκολο τον καθορισμό, στο χώρο της υγείας, του ορίου ανάμεσα στο αναπόφευκτο λάθος και το λάθος το οποίο μπορεί να αποφευχθεί^[55]. Επιπλέον, ως αντίδραση στην αβεβαιότητα, οι επαγγελματίες υγείας αναπτύσσουν συμπεριφορές οι οποίες δυσχεραίνουν τη δημιουργία κουλτούρας ασφάλειας, αφού συχνά η αβεβαιότητα χρησιμοποιείται για τη δικαιολόγηση τυχόν λαθών στη φροντίδα υγείας των ασθενών^[56].

Τα λάθη επομένως στον τομέα της υγείας είναι αναπόφευκτα λόγω των πολύπλοκων διαδικασιών, της πίεσης του χρόνου και της δυσκολίας των κλινικών αποφάσεων^[57]. Ακόμη και οι σύγχρονες ΜΕΘ, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποτελούν ένα χώρο όπου πολύ συχνά λαμβάνουν χώρα λάθη στην αντιμετώπιση των ασθενών από μέρος των επαγγελματιών υγείας, ασχέτως με το γεγονός ότι γίνεται χρήση ισχυρών εργαλείων, προηγμένης τεχνολογίας, από μια πλειάδα εξειδικευμένου προσωπικού^[33]. Αυτό ακριβώς φανερώνει ότι, ακόμη και με τη βοήθεια άψογων τεχνολογικών μέσων, χωρίς την απαραίτητη κουλτούρα ασφάλειας τα λάθη στη φροντίδα των ασθενών δεν μπορεί να αποφευχθούν.

Επιβάλλεται, λοιπόν, η ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας, ώστε η ασφάλεια των ασθενών να προηγείται και να αποτελεί επίκεντρο σε όλα τα επίπεδα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι ενέργειες προς την κατεύθυνση αυτή πρέπει να γίνονται αντιληπτές από τους επαγγελματίες υγείας, όχι ως μέσο συμμόρφωσης σε μια εντολή της διοίκησης, αλλά θα πρέπει να αποτελούν σταθερό στόχο του συστήματος υγείας.

2.4. Παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας στη φροντίδα των ασθενών

Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας στη φροντίδα των ασθενών, είναι απαραίτητη για την εφαρμογή στο χώρο της υγείας θετικής κουλτούρας ασφάλειας. Οι παράγοντες αυτοί, είναι παράμετροι με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, αποτελούν συνιστώσες της κουλτούρας ασφάλειας^[58] και συσχετίζονται κυρίως με τη διοίκηση, το προσωπικό, το περιβάλλον εργασίας και τις διαδικασίες ασφάλειας του οργανισμού^[59].

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι κύριες συνιστώσες της κουλτούρας ασφάλειας όσον αφορά στη φροντίδα των ασθενών είναι η υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, η ορθή στελέχωση και διαπίστευση του νοσηλευτικού ιδρύματος, η ανοικτή επικοινωνία

και το σύστημα αναφοράς των λαθών^[60]. Εξίσου σημαντικοί παράμετροι για την κουλτούρα ασφάλειας είναι η ομαδική εργασία, η άσκηση ιατρικών πράξεων βάσει αποδείξεων, η επικέντρωση της φροντίδας υγείας στον ασθενή, η απόδοση ευθυνών για τα σφάλματα όχι στο άτομο, αλλά στο σύστημα και η ικανότητα του οργανισμού να μαθαίνει μέσα από τα λάθη του^[46]. Ακόμη, άλλες συνιστώσες της κουλτούρας ασφάλειας αποτελούν η γενικότερη αντίληψη για την ασφάλεια, η οργανωσιακή μάθηση, η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων, η συχνότητα αναφοράς των λαθών και η μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη^[61].

Παράγοντες, τέλος, που συντείνουν στην εμφάνιση των ιατρικών λαθών είναι η ανεπαρκής στελέχωση με προσωπικό, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, το κυκλικό ωράριο, η επαγγελματική εξουθένωση, η μη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού και η μη εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων^[62]. Ακολούθως αναλύονται μερικοί από τους σημαντικότερους παράγοντες που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας στη φροντίδα των ασθενών.

2.4.1. Υποστήριξη της διοίκησης όσον αφορά τα θέματα ασφάλειας

Η συνειδητοποίηση από μέρους της διοίκησης ενός οργανισμού υγείας για τη σημαντικότητα της ασφάλειας των ασθενών και η προσήλωση της σε αυτήν, αποτελούν ένα από τους παράγοντες με τη μεγαλύτερη σημασία για την επίτευξη θετικής κουλτούρας ασφάλειας^[63]. Από την άλλη, η ικανότητα μιας πετυχημένης διοίκησης του οργανισμού καθορίζεται μέσα από την ενδυνάμωση της στρατηγικής και των διαδικασιών που εξασφαλίζουν την ασφάλεια των ασθενών^[64].

Η υποστήριξη από μέρους της διοίκησης αφορά την εξασφάλιση των απαραίτητων ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για τη βελτίωση της ασφάλειας του οργανισμού, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού για θέματα ασφάλειας και την ανάπτυξη συστημάτων για την καταγραφή των ανεπιθύμητων συμβάντων, κάτι που μπορεί να βοηθήσει στην εξακρίβωση των αιτιών τους και στην εφαρμογή μεθόδων πρόληψης. Επιπλέον, η δέσμευση της διοίκησης περιλαμβάνει την καθιέρωση αποτελεσματικών μεθόδων επικοινωνίας των εργαζομένων καθώς και την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών που προάγουν την ασφάλεια^[65].

Όσο πιο μεγάλη είναι η δέσμευση της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας, τόσο πιο έντονη είναι η συμμετοχή του προσωπικού, μέσα από την ενίσχυση του αισθήματος ευθύνης, προς επίτευξη του στόχου της θετικής κουλτούρας ασφάλειας. Χαρακτηριστικά οι έρευνες δείχνουν ότι, στους

οργανισμούς υγείας των οποίων η διοίκηση είναι προσηλωμένη στα θέματα ασφάλειας των ασθενών, η αναφορά των ανεπιθύμητων συμβάντων είναι αυξημένη^[60].

2.4.2. Αντιλήψεις και προσδοκίες του προσωπικού για τη θέση της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας

Ο τρόπος με τον οποίο οι εργαζόμενοι σε ένα οργανισμό αντιλαμβάνονται τη στάση της διοίκησης όσον αφορά θέματα ασφάλειας, αποτελεί μια παράμετρο που σχετίζεται με την εγκατάσταση κουλτούρας ασφάλειας σε ένα οργανισμό. Αν η ηγεσία του οργανισμού ικανοποιήσει τις προσδοκίες του προσωπικού και παρέχει τους αναγκαίους πόρους, στελεχώσει και εκπαιδεύσει κατάλληλα τους εργαζόμενους για θέματα ασφάλειας, αυτό αναμένεται να οδηγήσει στην ανάπτυξη θετικής κουλτούρας ασφάλειας^[66].

Σε περίπτωση μη ικανοποίησης των προσδοκιών του προσωπικού από τη διοίκηση, οι έρευνες έχουν δείξει αρνητική επίδραση στην κουλτούρα ασφάλειας, ιδιαίτερα σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας^[67]. Οι αντιλήψεις πάντως των εργαζομένων για τη θέση της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας, επηρεάζονται από αρκετούς παράγοντες, με αποτέλεσμα να διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Έτσι το ωράριο εργασίας εμφανίζει αρνητική συσχέτιση, ενώ η εκπαίδευση και η εμπειρία του προσωπικού όσον αφορά στην ασφάλεια και αν το προσωπικό έρχεται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς, σχετίζονται θετικά^[68].

2.4.3. Μη τιμωρητική προσέγγιση των λαθών

Ένας άλλος παράγοντας που συνδέεται με τη κουλτούρα ασφάλειας είναι η νοοτροπία αποφυγής τιμωρίας κάποιου, σε περίπτωση λάθους. Σε ένα οργανισμό, που η τιμωρία των εργαζομένων που υποπίπτουν σε λάθη δεν είναι αυτοσκοπός, οι εργαζόμενοι μπορούν να αναφέρουν τυχόν λάθη χωρίς να φοβούνται για ενδεχόμενη τιμωρία, κάτι που επιτρέπει τη διερεύνηση των αιτιών πρόκλησης τους^[23].

Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η διοίκηση δύναται να αποδώσει ευθύνες για τα λάθη, όχι σε μεμονωμένα άτομα, αλλά στις οργανωτικές αδυναμίες του όλου συστήματος, τις οποίες προσπαθεί να κατανοήσει και οι ενέργειες της μπορεί να γίνουν αντιληπτές από τους εργαζομένους ως τμήμα του οράματος του οργανισμού για την ασφάλεια και όχι ως μέσο συμμόρφωσης. Ακόμη, σε ένα περιβάλλον που δεν αποσκοπεί στην τιμωρία αυτή καθεαυτή, είναι δυνατή η ανατροφοδότηση των εργαζομένων όσον αφορά τα λάθη, με αποτέλεσμα την ανεύρεση τρόπων αποφυγής τους στο μέλλον.

Αντίθετα, έρευνες στο χώρο της υγείας έχουν δείξει ότι, όταν υπάρχει ο φόβος για πειθαρχικές κυρώσεις ή/και ποινική τιμωρία των εργαζομένων για κάποιο λάθος, αυτό οδηγεί στη μη αναφορά των ανεπιθύμητων συμβάντων, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσκολίες στον εντοπισμό και στην αποφυγή των λόγων που τα προκαλούν^[69, 70].

Επιβάλλεται, επομένως, η δημιουργία ενός συστήματος υγείας, μέσα από την αντίληψη ότι τα άτομα δεν πρέπει να κατηγορούνται σε προσωπικό επίπεδο για τυχόν λάθη, αλλά τα σφάλματα αυτά θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ευκαιρία για βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης. Τα μέτρα θα πρέπει να εστιάζονται στη δημιουργία ενός εργασιακού περιβάλλοντος που μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης λαθών, παρά στην αλλαγή της ανθρώπινης συμπεριφοράς^[71].

2.4.4. Ομαδική συνεργασία

Η ομαδική συνεργασία είναι μια άλλη σημαντική παράμετρος η οποία συνδέεται με την κουλτούρα ασφάλειας σε ένα οργανισμό υγείας, αφού βοηθά στη στρατηγική πρόληψης των λαθών σε βάρος των ασθενών. Παράλληλα η ομαδική συνεργασία προωθεί, μέσω διαύλων, την αποτελεσματική επικοινωνία (κάθετη και οριζόντια) μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η οποία με τη σειρά της ενισχύει το σχεδιασμό, τη λήψη αποφάσεων και την αντιμετώπιση των προβλημάτων του οργανισμού^[72].

Η αποτελεσματική ομαδική συνεργασία επιτυγχάνεται μέσα από τον αμοιβαίο σεβασμό και την εμπιστοσύνη καθώς και τη σωστή επικοινωνία μεταξύ των μελών του οργανισμού^[63]. Η έκταση της συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων καθώς και η ποιότητα αυτής, συσχετίζονται με τη συχνότητα εμφάνισης λαθών και κατ' επέκταση με την κουλτούρα ασφάλειας^[73].

Η έρευνα έδειξε πως η χρηστή διοίκηση, η εκπαίδευση του προσωπικού, το ευνοϊκό περιβάλλον εργασίας και η εφαρμογή των κατάλληλων στρατηγικών επηρεάζουν θετικά την επικοινωνία και την έκταση της συνεργασίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας^[74]. Η ξεχωριστή προσωπική κουλτούρα, η διαφορετική αντίληψη του ρόλου στην εργασία και τα διαφορετικά οικονομικά κίνητρα, βρέθηκε πως εμποδίζουν τη σωστή συνεργασία του προσωπικού σε ένα οργανισμό υγείας, κάτι που ενδεχομένως οδηγεί σε αύξηση του κινδύνου για εμφάνιση κάποιου ανεπιθύμητου συμβάντος^[75].

2.4.5. Οργανωσιακή μάθηση

Μια άλλη παράμετρος που συνδέεται με την κουλτούρα ασφάλειας είναι η ικανότητα του οργανισμού να αποκτά και να μεταφέρει γνώσεις, αλλά και να τροποποιεί τη συμπεριφορά του, με βάση τις νέες γνώσεις^[76]. Ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας, ένας οργανισμός που παρέχει υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς, πρέπει να μαθαίνει μέσα από τα λάθη που συμβαίνουν και να βελτιώνει συνεχώς τις υπηρεσίες του με στόχο τη μεγιστοποίηση της ασφαλούς φροντίδας^[77].

Ένας οργανισμός μαθαίνει, αν διαθέτει όργανα με ευελιξία στον τρόπο λήψης των αποφάσεων και του στρατηγικού σχεδιασμού, έχοντας αντίληψη του απειριορίστου των γνώσεων, μέσα σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον^[78]. Μέσα από εκπαιδευτικά και επιμορφωτικά προγράμματα, ένας τέτοιος οργανισμός, μπορεί να ενδυναμώσει τις γνώσεις του προσωπικού γύρω από θέματα ασφάλειας, ενισχύοντας την αξιοπιστία του οργανισμού και βοηθώντας στην εμπέδωση της σημαντικότητας της κουλτούρας ασφάλειας^[79]. Επίσης, απλουστεύοντας τις διαδικασίες πρόληψης λαθών, ώστε να αποφεύγονται τα λάθη, ενισχύει περαιτέρω την ασφάλεια στη φροντίδα των ασθενών.

2.4.6. Συνθήκες εργασίας - Στελέχωση

Οι συνθήκες εργασίας του προσωπικού σε ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι ένας ακόμη καθοριστικός παράγοντας, ο οποίος συνδέεται με την ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας. Στις συνθήκες αυτές περιλαμβάνονται η επάρκεια σε προσωπικό, ο φόρτος της δουλειάς, το ωράριο εργασίας καθώς και το άγχος που προέρχεται από τη δουλειά.

Ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας, η αριθμητική επάρκεια των εργαζομένων ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος τόσο για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, όσο και για την ασφάλεια στη φροντίδα των ασθενών^[80]. Μελέτες που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό, έχουν δείξει ότι ανεπαρκής στελέχωση του νοσοκομείου με νοσηλευτές αυξάνει τον κίνδυνο για λάθη στη φροντίδα των ασθενών, για εμφάνιση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και για αποτυχία διάσωσης των ασθενών από τυχόν επιπλοκές^[81]. Επιπλέον, η ανεπάρκεια σε προσωπικό συσχετίζεται με ελαττωμένη ικανοποίηση των εργαζομένων από τη δουλειά τους καθώς και με αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής κόπωσης^[82].

Όσον αφορά στο φόρτο εργασίας των επαγγελματιών υγείας (π.χ. αριθμός ασθενών που πρέπει να περιθάλψουν), οι έρευνες δείχνουν πως αποτελεί την κυριότερη αιτία για πρόκληση ενός λάθους στη φροντίδα ενός ασθενή, επηρεάζοντας αρνητικά την κουλτούρα ασφάλειας^[83]. Οι υπερβολικές ώρες

εργασίας και το κυκλικό ωράριο δουλειάς, είναι πρόσθετοι επιβαρυντικοί παράγοντες που προκαλούν ελάττωση στις αντοχές και την εγρήγορση του προσωπικού, διαταράσσουν τον ύπνο, ενώ παράλληλα αυξάνουν το στρες των εργαζομένων, συνέπειες οι οποίες επίσης επιδρούν αρνητικά στην κουλτούρα ασφάλειας^[84].

Το άγχος της εργασίας ειδικότερα, είναι συνυφασμένο με την ίδια την παροχή φροντίδας υγείας από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι το βιώνουν αναπόφευκτα όταν καλούνται άμεσα να αντιμετωπίσουν με αποτελεσματικότητα, απειλητικές για τη ζωή των ασθενών καταστάσεις. Ιδιαίτερα επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση στρες στους επαγγελματίες υγείας αποτελούν η ανεπαρκής στελέχωση με προσωπικό, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και οι υπερβολικές ώρες εργασίας^[85]. Μελέτες τεκμηριώνουν αρνητική συσχέτιση του εργασιακού στρες, με την απόδοση των επαγγελματιών υγείας, τον κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων και κατ' επέκταση την ασφάλεια στη φροντίδα των ασθενών^[86, 87].

2.5. Ερευνητικά εργαλεία για τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας στη παροχή υπηρεσιών υγείας

2.5.1. Η σημασία της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας

Η κατανόηση της κουλτούρας ασφάλειας σε έναν οργανισμό υγείας, είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσα από την εφαρμογή μέτρων για την ασφάλεια του ασθενή. Για τον σκοπό αυτό, της εκτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας και της μέτρησης του κλίματος ασφάλειας, έχουν εφαρμοστεί πολλές και διαφορετικές μέθοδοι. Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας επιχειρείται μέσω της χρήσης εργαλείων που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας και όσον αφορά στο χώρο της υγείας, τα περισσότερα από αυτά έχουν κατασκευαστεί στις ΗΠΑ^[88]. Στόχος είναι η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας, μέσα από την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της κουλτούρας ασφάλειας^[89].

Κατά κύριο λόγο, η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας επιτυγχάνεται με τη χορήγηση (δομημένων) ερωτηματολογίων στο ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού^[90]. Επίσης, η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας είναι δυνατόν να επιτευχθεί και με ατομικές ή ομαδικές συνεντεύξεις, που όμως απαιτούν χρόνο ή και με αυτο-διαχειριζόμενες αξιολογήσεις, οι οποίες επιφέρουν συνήθως καλύτερα αποτελέσματα και συμβάλλουν θετικά στην κατανόηση των απόψεων γύρω από την κουλτούρα ασφάλειας^[91]. Οι μετρήσεις για το κλίμα ασφάλειας, συνήθως γίνονται σε ατομικό επίπεδο και στη συνέχεια ακολουθεί γενίκευση των αποτελεσμάτων σε συλλογικό επίπεδο^[92].

Με τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας καταδεικνύεται το επίπεδο ασφάλειας που υπάρχει στον οργανισμό, ως εκ τούτου είναι δυνατή η πρόληψη τυχόν λαθών^[93]. Η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας παρέχει ακόμη σημαντικά οφέλη τόσο σε ατομικό, όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Αναμφισβήτητα, συμβάλλει θετικά στην αποτελεσματικότητα των οργανισμών, στην προκειμένη περίπτωση των μονάδων υγείας καθώς επίσης συμβάλλει στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς. Επιπλέον, ανιχνεύονται οι αδυναμίες που υπάρχουν στον οργανισμό, ώστε να γίνουν προσπάθειες, αλλαγές ή παρεμβάσεις με απώτερο σκοπό τη δημιουργία κλίματος που χαρακτηρίζεται από ασφάλεια^[94]. Τέλος, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της μέτρησης, μπορεί να οδηγήσει σε ένα επανασχεδιασμό των υφιστάμενων διαδικασιών, αλλά και στη βελτίωση των παραγόντων που κάνουν τους επαγγελματίες υγείας πιο επιρρεπείς στα λάθη^[95].

Σύμφωνα με τους Scott και συν.^[96], όσον αφορά τον τομέα υγείας υπάρχει πληθώρα εργαλείων που δίνουν στον ερευνητή τη δυνατότητα μέτρησης της κλίματος ασφάλειας. Πρόκειται για εργαλεία που παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις σε θέματα που αφορούν το θεωρητικό υπόβαθρο, το σκοπό, τις ιδιότητες, το μέγεθος και την τυποποίηση, πράγμα που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι αν και υπάρχουν αρκετά εργαλεία, με ποικίλα χαρακτηριστικά, εντούτοις δύναται να παρουσιάζουν διάφορους περιορισμούς.

Συνεπώς, η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα που εμπεριέχει ορισμένους περιορισμούς. Για παράδειγμα, πολλοί συμμετέχοντες στην έρευνα δεν γνωρίζουν επαρκώς την έννοια της κουλτούρας, ούτε χαρακτηρίζονται από ευαισθητοποίηση και εμπειρία στο θέμα αυτό, ενώ άλλοι συμμετέχοντες μπορεί να εκφράζονται με υπερβολικό τρόπο. Επιπρόσθετα, η ποιότητα των αντιλήψεων και στάσεων των συμμετεχόντων, πιθανότατα δέχεται επιδράσεις από άλλους παράγοντες, όπως προσωπικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, ή/και εκπαιδευτικούς^[94]. Ως εκ τούτου, προκύπτει το συμπέρασμα ότι ο ερευνητής για να επιλέξει ένα κατάλληλο ερευνητικό εργαλείο, είναι απαραίτητο να λάβει υπόψη του το σκοπό και τη μέθοδο της έρευνας, την αντίληψη που επικρατεί στον υπό μελέτη οργανισμό για την οργανωσιακή κουλτούρα, τους πόρους που έχει στη διάθεση του και την ενδεχόμενη εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας του^[97].

2.5.2. Εργαλεία μέτρησης του κλίματος ασφάλειας

Κατά την κατασκευή των ερευνητικών εργαλείων μέτρησης του κλίματος ασφάλειας λαμβάνονται υπόψη από τους ερευνητές οι παράγοντες που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας γενικότερα, όπως αυτοί έχουν προαναφερθεί στο κεφάλαιο 2.4. της παρούσας διατριβής. Από μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Signal και συν.^[98] προέκυψε ότι έχουν κατασκευαστεί δεκατρία (13)

ερευνητικά εργαλεία, τα οποία αφορούν τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας σε μονάδες υγείας. Τα ερευνητικά αυτά εργαλεία είναι δυνατό να χωριστούν σε δύο ομάδες ανάλογα με τον πληθυσμό στόχου της έρευνας και να χαρακτηριστούν γενικά ή ειδικά αντίστοιχα.

Όσον αφορά την ομάδα των γενικών ερευνητικών εργαλείων, αυτή περιλαμβάνει εννέα (9) εργαλεία. Το εργαλείο «*Safety Attitudes Questionnaire, ICU version 17*» βασίζεται σε δεκαεννέα (19) παράγοντες, περιέχει εξήντα τρεις (63) κλειστές ερωτήσεις σε κλίμακα Likert και απευθύνεται σε όλο το νοσοκομειακό προσωπικό. Στο εργαλείο «*Veteran Affairs Palo Alto/Stanford Patient Safety Center for Inquiry*», στο οποίο συμπεριλαμβάνονται ογδόντα εννέα (89) κλειστές ερωτήσεις με κλίμακα Likert, εξετάζονται δεκαοκτώ (18) παράμετροι και έχει ως ομάδα στόχου όλο το προσωπικό των μονάδων υγείας. Στο ερωτηματολόγιο «*Veterans Healthy Administration Patient Safety Questionnaire*» διατυπώνονται εκατόν δώδεκα (112) κλειστές ερωτήσεις με κλίμακα Likert, στις οποίες ελέγχονται δεκαοκτώ (18) παράγοντες και απευθύνεται και πάλι σε όλο το νοσοκομειακό προσωπικό. Άλλα δύο γενικά ερευνητικά εργαλεία είναι το «*Hospital Safety Culture Questionnaire 19*» που περιλαμβάνει ενενήντα εννέα (99) ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις με κλίμακα Likert και το «*The Hospital Survey on Patient Safety Culture*» που συμπεριλαμβάνει σαράντα δύο (42) κλειστές ερωτήσεις σε κλίμακα Likert, τα οποία εξετάζουν δώδεκα (12) παραμέτρους και έχουν ως πληθυσμό στόχου το προσωπικό του νοσοκομείου. Τέσσερα, ακόμη, εργαλεία που απευθύνονται στο νοσοκομειακό προσωπικό είναι τα εξής: α) το «*Safety Climate Survey*» με είκοσι ένα (21) κλειστές ερωτήσεις σε κλίμακα τύπου Likert που εστιάζεται σε δεκατέσσερις παράγοντες, β) το «*Allina Hospitals and Clinics*», το οποίο ελέγχει έντεκα (11) παραμέτρους σε είκοσι (20) ανοικτές και κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert, γ) το «*Culture of Safety Survey*» που επικεντρώνεται σε οκτώ (8) παράγοντες στις είκοσι επτά (27) κλειστές ερωτήσεις κλίμακας τύπου Likert και δ) το «*Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire 7*», το οποίο αφορά τέσσερις (4) παράγοντες σε είκοσι τέσσερις (24) ερωτήσεις σε κλίμακα Likert.

Η ομάδα των εξειδικευμένων ερευνητικών εργαλείων περιλαμβάνει τέσσερα (4) ερευνητικά εργαλεία. Το πρώτο είναι το «*Modified ORMAQ*», το οποίο στις εξήντα (60) κλειστές του ερωτήσεις σε κλίμακα Likert ελέγχει δεκατέσσερις (14) παράγοντες και αφορά το προσωπικό του χειρουργείου. Το δεύτερο εργαλείο «*Patient Safety Climate in Anesthesia*» απευθύνεται σε αναισθησιολόγους και νοσηλευτές και στις πενήντα τέσσερις (54) κλειστές ερωτήσεις με κλίμακα τύπου Likert εξετάζονται δεκατρείς (13) παράμετροι. Το τρίτο είναι το «*Trainee Supplemental Survey (Children's Hospital Boston)*» με σαράντα ένα (41) κλειστές ερωτήσεις, οι οποίες επικεντρώνονται σε έξι (6) παραμέτρους και αφορούν συμμετέχοντες σε προγράμματα εξειδίκευσης. Τέλος, το «*Safety Climate Scale 8*» περιέχει 10 (δέκα) κλειστές ερωτήσεις με κλίμακα τύπου Likert, εστιάζει σε τέσσερις παράγοντες και

οι ομάδες στόχου, στις οποίες απευθύνεται είναι το ιατρικό προσωπικό, οι νοσηλευτές και οι φαρμακοποιοί.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο «*The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*», και πιο συγκεκριμένα η ελληνική μετάφραση αυτού, ώστε να μετρηθεί το κλίμα ασφάλειας ως προς τους ογκολογικούς ασθενείς, στις ογκολογικές κλινικές των δημοσίων γενικών νοσοκομείων της Κύπρου. Όπως προαναφέρθηκε, στις σαράντα δύο (42) κλειστές ερωτήσεις του, ελέγχονται δώδεκα (12) παράγοντες που αφορούν το κλίμα ασφάλειας. Πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιημένο ερωτηματολόγιο, τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη κι αυτό γιατί υπερέρχει συγκριτικά με τα υπόλοιπα εργαλεία, ως προς το βαθμό τεκμηρίωσης των ψυχομετρικών ιδιοτήτων που παρουσιάζει.

2.6. Ανασκόπηση προηγούμενων ερευνών για την ασφαλή παροχή υπηρεσιών υγείας με τη χρήση του ερωτηματολογίου HSOPSC

2.6.1. Μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης

Έγινε αναζήτηση της βιβλιογραφίας για ποσοτικές έρευνες ή/και έρευνες που συνδυάζονταν με ποιοτική ανάλυση, οι οποίες αφορούσαν την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας ή/και τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας ασθενών, με τη χρήση του ερωτηματολογίου “*The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*”.

Κατά την αναζήτηση σχετικών επιστημονικών εργασιών και άρθρων, στις βάσεις δεδομένων Medline, Google Scholar και PubMed, χρησιμοποιήθηκαν οι όροι στην αγγλική γλώσσα: “Patient Safety”, “Safety Climate” “Safety culture” “Hospital Survey on Patient Safety Culture”, “HSOPSC”.

Οι περιορισμοί που τέθηκαν στην αναζήτηση αφορούσαν την χρονική περίοδο, τις ποσοτικές έρευνες και την αποκλειστική χρήση του ερωτηματολογίου HSOPSC.

2.6.2. Αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης

Από τη βιβλιογραφική αναζήτηση ανευρέθηκαν δεκαπέντε (15) επιστημονικές έρευνες, οι οποίες και παρουσιάζονται στη συνέχεια με βάση τη χρονολογία διεξαγωγής τους. Από τις έρευνες αυτές, τρεις διεξήχθησαν στις ΗΠΑ, δύο διενεργήθηκαν στην Τουρκία και από μια έγινε στο Βέλγιο, στη Νορβηγία, στη Σκωτία, στη Σαουδική Αραβία, στο Λίβανο, στην Κίνα, στην Ταϊβάν, στην Ελλάδα

και στην Κύπρο, ενώ μια πολύ πρόσφατη έρευνα συγκρίνει τα αποτελέσματα ανάμεσα σε Ολλανδία, ΗΠΑ και Ταϊβάν. Οι δεκατρείς από τις ερευνητικές εργασίες μελέτησαν τις αντιλήψεις διαφόρων επαγγελματιών υγείας και οι δύο αφορούσαν τις απόψεις αποκλειστικά του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πρώτοι οι Jones K και συν. στην έρευνα τους με τίτλο “*The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs*”, μελέτησαν το 2005, τις απόψεις 1.405 επαγγελματιών υγείας από 24 νοσοκομεία των ΗΠΑ, σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας και το 2007 επαναξιολόγησαν τις αντιλήψεις 1.374 επαγγελματιών υγείας, για 21 από τα νοσοκομεία αυτά. Τα συγκριτικά αποτελέσματα έδειξαν ότι όσον αφορά τη «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων», αυτή βελτιώθηκε αφού, ενώ το 2005 ποσοστό 63 % των επαγγελματιών υγείας δεν ανέφεραν κανένα λάθος, το 2007 το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 49%. Τόσο στην περίπτωση της αρχικής αξιολόγησης, όσο και στην επαναξιολόγηση η πιο υψηλή θετική ανταπόκριση αφορούσε τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός τμημάτων», ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία διαπιστώθηκε για τον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος»^[99].

Παρόμοια συγκριτική έρευνα, με τίτλο “*Improving patient safety culture*”, διενεργήθηκε στο Βέλγιο από τους Hellings J και συν. οι οποίοι, το 2005, μελέτησαν τις απόψεις για την κουλτούρα ασφάλειας 3.940 επαγγελματιών υγείας και το 2007, επανετίμησαν τις αντιλήψεις 3.626 επαγγελματιών υγείας, σε 5 νοσοκομεία του Βελγίου. Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο χρονικών φάσεων διαπιστώθηκε ότι ο μοναδικός παράγοντας στον οποίο παρατηρήθηκε βελτίωση ήταν «η υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας του ασθενή». Ο παράγοντας που παρουσίασε την πιο υψηλή θετική ανταπόκριση και στις δύο φάσεις της έρευνας αφορούσε την «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου». Αντίθετα, χαμηλή βαθμολογία, χωρίς καμία συγκριτική βελτίωση, παρατηρήθηκε για τους παράγοντες «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος», «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» και τους παράγοντες «στελέχωση/συνθήκες εργασίας»^[100].

Οι Castle N και συν. δημοσίευσαν, το 2009, τη μεγαλύτερη σε έκταση έρευνα τους “*Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals*”, που αφορούσε τη μελέτη των απόψεων για την κουλτούρα ασφάλειας 108.621 επαγγελματιών υγείας σε τριακόσια ογδόντα δύο (382) νοσηλευτικά ιδρύματα των ΗΠΑ. Σε αυτή την ερευνητική εργασία, παρατηρήθηκε ότι ο παράγοντας που συγκέντρωνε την υψηλότερη θετική ανταπόκριση ήταν η «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός

τμημάτων του νοσοκομείου», ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία αφορούσε τους παράγοντες «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» και «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος»^[101].

Στην ερευνητική εργασία “*Measuring Patient Safety Culture in Riyadh’s Hospitals: A Comparison between Public and Private Hospitals*” που διεξήχθη στη Σαουδική Αραβία, ο Al-Ahmadi T μελέτησε τις απόψεις για την κουλτούρα ασφάλειας 1.224 επαγγελματιών υγείας σε 11 νοσοκομεία (9 δημόσια και 2 ιδιωτικά). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και στα δύο είδη νοσοκομείων, σε υψηλό ποσοστό, οι επαγγελματίες υγείας δεν ανέφεραν κανένα ανεπιθύμητο συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες, αλλά βρέθηκε ότι στον ιδιωτικό τομέα γίνονται περισσότερες αναφορές των λαθών σε σύγκριση με τα δημόσια νοσοκομεία. Επίσης στη συγκεκριμένη έρευνα, η υψηλότερη θετική ανταπόκριση παρατηρήθηκε για τον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση», ενώ ο παράγοντας «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος» εμφάνιζε την πιο χαμηλή ανταπόκριση^[102].

Οι Bodur S και Filiz E στην έρευνα που δημοσίευσαν το 2009 με τίτλο “*A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey*”, μελέτησαν τις αντιλήψεις για την κουλτούρα ασφάλειας, 180 επαγγελματιών υγείας, σε 12 κέντρα υγείας της Τουρκίας. Οι συμμετέχοντες σε ένα πολύ υψηλό ποσοστό (90 %) δεν ανέφεραν κανένα ανεπιθύμητο συμβάν, κάτι που αναδεικνύει το πρόβλημα της ελλιπούς αναφοράς λαθών στο χώρο της υγείας. Στη συγκεκριμένη μελέτη, την υψηλότερη θετική ανταπόκριση συγκέντρωσαν ο παράγοντας «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός τμημάτων» καθώς και η συνολική αξιολόγηση της ασφάλειας. Αντίθετα, η χαμηλότερη θετική ανταπόκριση παρατηρήθηκε, όπως προαναφέρθηκε για τη «συχνότητα αναφοράς λαθών», καθώς και για την «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος»^[103].

Οι ίδιοι ερευνητές, το 2010, με τη νέα ερευνητική τους εργασία “*Validity and reliability of Turkish version of Hospital Survey on Patient Safety Culture and perception of patient safety in public hospitals in Turkey*”, κατέγραψαν τις αντιλήψεις 309 επαγγελματιών υγείας, από 3 νοσοκομεία της Τουρκίας, όπου και πάλι οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 84% δεν ανέφεραν κανένα ανεπιθύμητο συμβάν, με αποτέλεσμα ο παράγοντας «συχνότητα αναφοράς λαθών» να εμφανίζει τη χαμηλότερη βαθμολογία. Η υψηλότερη βαθμολογία αφορούσε και πάλι τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός τμημάτων του νοσοκομείου». Συγκριτικά διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα νοσοκομεία παρουσιάζουν πιο ψηλή συνολική βαθμολογία από αυτούς που εργάζονται σε κέντρα υγείας, ενώ οι νοσηλευτές εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερο αριθμό θετικών απαντήσεων από τους ιατρούς. Επιπλέον, βρέθηκε ότι το προσωπικό το οποίο δουλεύει περισσότερες από 50 ώρες την εβδομάδα έχουν πιο χαμηλές

βαθμολογίες σε σύγκριση με το υπόλοιπο προσωπικό για τέσσερις παράγοντες (συνολική αντίληψη της ασφάλειας, συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων, οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση, ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη^[104]).

Οι Chen και Li, με την έρευνα “*Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*”, μελέτησαν τις αντιλήψεις για την κουλτούρα ασφάλειας 788 επαγγελματιών υγείας, σε 42 νοσηλευτικά ιδρύματα της Ταιβάν. Διαπίστωσαν υψηλότερη θετική ανταπόκριση για τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός τμημάτων του νοσοκομείου» και χαμηλότερη θετική ανταπόκριση για παράγοντες «στελέχωση/συνθήκες εργασίας»^[105].

Στην ερευνητική εργασία “*The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline*”, οι El-Jardali και συν., το 2010, παρουσιάζουν τα αποτελέσματα από τη διερεύνηση των απόψεων 6.807 επαγγελματιών υγείας σε 68 νοσοκομεία του Λιβάνου. Οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 60% δεν ανέφεραν κανένα ανεπιθύμητο συμβάν. Υψηλότεροι θετικοί δείκτες διαπιστώθηκαν για τους παράγοντες «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου», «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας του ασθενή» και «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση», ενώ χαμηλότεροι δείκτες διαπιστώθηκαν για τους παράγοντες «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», «στελέχωση/συνθήκες εργασίας» και για «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος». Υψηλότερη συνολική βαθμολογία κουλτούρας ασφάλειας συγκέντρωσαν οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς, εκείνοι που έχουν 11-15 ή και περισσότερα χρόνια υπηρεσίας, καθώς εκείνοι οι οποίοι εργάζονταν σε νοσοκομεία που έχουν διαπίστευση, ενώ οι νοσηλευτές παρουσιάζουν μεγαλύτερο αριθμό θετικών απαντήσεων σε σύγκριση με τους ιατρούς^[106].

Στην Ελλάδα, η χρήση του ερωτηματολογίου HSOPSC για τη μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας, έγινε για πρώτη φορά το 2010 από την Νταντάνα Α, η οποία, με την εργασία της “*Μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου με τη χρήση ερωτηματολογίου*”, μελέτησε τις αντιλήψεις 292 επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων. Διαπίστωσε καλό γενικό κλίμα, καλή επικοινωνία και θετική στάση των προϊσταμένων σε θέματα ασφάλειας. Παρόλα αυτά σε ένα υψηλό ποσοστό (75 %) οι εργαζόμενοι δεν ανέφεραν κανένα ανεπιθύμητο συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες. Επίσης παρατηρήθηκε αρνητική βαθμολογία όσον αφορά στους παράγοντες «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας», «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων» και «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος»^[22].

Το 2012, οι Sorra J και συν. με την αναφορά τους “*Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 Comparative Database Report*” κατέγραψαν τις αντιλήψεις σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας, σε ένα πολύ μεγάλο αριθμό επαγγελματιών υγείας (567.703), από ένα μεγάλο αριθμό νοσοκομείων (1.128) των ΗΠΑ. Παρατήρησαν ότι οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 55 % δεν ανέφεραν κανένα ανεπιθύμητο συμβάν. Η υψηλότερη βαθμολογία αφορούσε στους παράγοντες «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» και «προσδοκίες από τη διοίκηση για την ασφάλεια των ασθενών», ενώ αρνητική αντίληψη διαπιστώθηκε για τους παράγοντες «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος» και «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου». Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι τα μικρότερα νοσοκομεία (6-24 κρεβάτια) παρουσιάζουν τις πιο υψηλές βαθμολογίες για όλους τους παράγοντες και τα μεγαλύτερα νοσοκομεία (> 400 κρεβάτια) τις χαμηλότερες. Ακόμη διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες αποκατάστασης δίνουν τις πιο θετικές απαντήσεις και βαθμολογούν το τμήμα τους με άριστα ή πολύ καλά, σε σύγκριση με αυτούς που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Βρέθηκε επίσης, ότι από τους επαγγελματίες υγείας, εκείνοι που αναφέρουν συχνότερα τα ανεπιθύμητα συμβάντα είναι οι φαρμακοποιοί, που επίσης είναι εκείνοι που βαθμολογούν με άριστα ή πολύ καλά το τμήμα τους λιγότερα συχνά, σε σύγκριση με τους διοικητικούς υπαλλήλους, οι οποίοι έχουν και το υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων. Τέλος, στη συγκεκριμένη αναφορά παρατηρήθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας που έχουν άμεση επαφή με τους ασθενείς σε μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρουν τυχόν ανεπιθύμητα συμβάντα και είναι πιο θετικοί στον παράγοντα «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», ενώ αντίθετα εκείνοι οι επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν άμεση επαφή με τους ασθενείς βαθμολογούν περισσότερο το τμήμα τους με άριστα ή πολύ καλά και είναι πιο θετικοί στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας»^[107].

Η έρευνα “*Hospital survey on patient safety culture in China*” από τους Nie Y και συν. διερεύνησε το 2013, τις αντιλήψεις για την κουλτούρα ασφάλειας, 1.160 επαγγελματιών υγείας, σε 32 νοσοκομεία της Κίνας. Διαπιστώθηκε ότι η υψηλότερη βαθμολογία αφορούσε τους παράγοντες «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» και «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων». Χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία για τους παράγοντες «στελέχωση/συνθήκες εργασίας». Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι, σε σύγκριση με τους ιατρούς, οι νοσηλευτές παρουσιάζουν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία και αριθμό θετικών απαντήσεων^[108].

Οι Agnew C και συν. στην έρευνα που δημοσίευσαν το 2013 με τίτλο “*Patient safety climate and worker safety behaviors in acute hospitals in Scotland*” μελέτησαν τις απόψεις 1.866

επαγγελματιών υγείας σε 6 νοσοκομεία της Σκωτίας. Σε ποσοστό 54 % οι συμμετέχοντες δεν ανέφεραν κανένα ανεπιθύμητο συμβάν. Η πιο υψηλή βαθμολογία αφορούσε τους παράγοντες «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων», «προσδοκίες από τη διοίκηση για την ασφάλεια των ασθενών» και «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση», ενώ αρνητική αντίληψη διαπιστώθηκε για τους παράγοντες «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη», «στελέχωση/συνθήκες εργασίας» και «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος»^[109].

Επίσης το 2013, οι Wagner C και συν. δημοσίευσαν την συγκριτική ερευνητική εργασία “*Assessing patient safety culture in hospital across countries*” στην οποία συνέκριναν τις απόψεις για την κουλτούρα ασφάλειας 3.779 επαγγελματιών υγείας από 45 νοσοκομεία της Ολλανδίας, 196.462 επαγγελματιών υγείας από 622 νοσοκομεία των ΗΠΑ και 10.146 επαγγελματιών υγείας από 74 νοσοκομεία της Ταϊβάν. Διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα νοσοκομεία και στις τρεις χώρες εμφάνισαν υψηλή βαθμολογία για τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων», ενώ φαίνεται να υπάρχει δυνατότητα βελτίωση ως προς τον παράγοντα «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου». Μεταξύ των τριών χωρών βρέθηκαν διαφορές όσον αφορά τους παράγοντες: «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος», «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη», «ανοικτή επικοινωνία», «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας», «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση». Γενικά, οι συμμετέχοντες από τις ΗΠΑ ήταν πιο θετικοί για την κουλτούρα ασφάλειας σε σύγκριση με συμμετέχοντες από την Ολλανδία και την Ταϊβάν. Ανευρίσκονται όμως και σημαντικές διαφορές μεταξύ νοσοκομείων της ίδιας χώρας^[110].

Όσον αφορά στις δύο ερευνητικές εργασίες που μελέτησαν τις αντιλήψεις για την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών, αποκλειστικά του νοσηλευτικού προσωπικού, αυτές είναι μια εργασία που προέρχεται από τη Νορβηγία και μια από την Κύπρο. Η ερευνητική εργασία από τη Νορβηγία με τίτλο “*Nurses’ perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study*”, προέρχεται από τους Ballangrud R και συν. οι οποίοι το 2012 δημοσίευσαν τα αποτελέσματα από τις αντιλήψεις 220 νοσηλευτών που εργάζονταν σε 10 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Από τους συμμετέχοντες το 50% δεν ανέφεραν κανένα ανεπιθύμητο συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες. Παρατηρήθηκε υψηλότερη βαθμολογία για τους παράγοντες «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων» και «προσδοκίες από τη διοίκηση για την ασφάλεια των ασθενών», ενώ αρνητική ήταν η αντίληψη για τους παράγοντες «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας» και «συχνότητα αναφοράς λαθών»^[111].

Στην Κύπρο, το 2013, ο Κούσουλος Γ, χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο HSOPSC στην εργασία “Αξιολόγηση κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου” και μελέτησε τις αντιλήψεις 205 νοσηλευτών σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου. Διαπίστωσε ότι σε ποσοστό 60,5 % δεν αναφέρθηκε κανένα ανεπιθύμητο συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ επίσης υπάρχει αρνητική αντίληψη για τους παράγοντες «συχνότητα αναφοράς λαθών» σε ποσοστό 60% και «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος» σε ποσοστό 63,4%. Ποσοστό 41% των συμμετεχόντων είναι επιφυλακτικό για την ύπαρξη «συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων», αλλά το 78% θεωρεί ότι υπάρχει «συνεργασία εντός τμημάτων». Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι η εμπειρία (έτη εργασίας) σχετίζεται θετικά με την συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών^[112].

Συμπερασματικά, από τη συστηματική ανασκόπηση διαπιστώνεται ότι διεθνώς υπάρχει πρόβλημα στην αναφορά και καταγραφή ανεπιθύμητων συμβάντων, καθώς αυτά συνδέονται με την ανησυχία των επαγγελματιών υγείας για ενδεχόμενη τιμωρία τους, όπως αυτό διαπιστώνεται από την αρνητική αντίληψη των εργαζομένων στο χώρο της υγείας για την τιμωρητική αντίδραση στο λάθος. Έτσι, σχεδόν σε όλες τις έρευνες την πιο χαμηλή βαθμολογία συγκεντρώνουν οι παράγοντες «συχνότητα αναφοράς λαθών» και «μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος», ενώ και οι παράγοντες «στελέχωση/συνθήκες εργασίας» και «μεταφορές και διακομιδές ασθενών», παρουσιάζουν επίσης πρόβλημα. Παρόλα αυτά, παρατηρείται ότι μεταξύ των επαγγελματιών υγείας υπάρχει αλληλοσεβασμός και κλίμα συνεργασίας, αφού σε όλες τις εργασίες ο παράγοντας ο οποίος εμφανίζει την πιο υψηλή βαθμολογία είναι η «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων».

2.7. Η αναγκαιότητα μελέτης του κλίματος ασφάλειας στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών

Όπως αρχικά αναφέρθηκε, ετησίως εκατομμύρια ασθενείς υφίστανται βλάβες, επιβαρύνεται η υγεία τους, ή/και χάνουν τη ζωή τους, εξαιτίας λαθών από μέρους των επαγγελματιών υγείας, κατά την διάρκεια της περίθαλψής τους. Ειδικά, όσον αφορά στους ογκολογικούς ασθενείς, αυτοί εμφανίζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τόσο ως προς την ίδια τη φύση της ασθένειάς τους, όσο και ως προς τα είδη των θεραπειών στα οποία υποβάλλονται (χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία), με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν επιπλέον κινδύνους σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες ασθενών και πιθανότατα να υφίστανται αρκετά λάθη κατά τη φροντίδα τους από τους επαγγελματίες υγείας^[113].

Καταρχάς, οι ογκολογικοί ασθενείς, έχουν να αντιμετωπίσουν μια χρόνια, προϊούσα ασθένεια, που απαιτεί συχνή κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση και η οποία αρκετές φορές είναι ανίατη, αφού συχνά η θεραπεία μπορεί να έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα. Το γεγονός ακριβώς αυτό, μπορεί να επηρεάσει τους επαγγελματίες υγείας που καλούνται να προσφέρουν τις φροντίδες τους σε ογκολογικούς ασθενείς και να οδηγήσει σε ανεπιθύμητα συμβάντα, λόγω πλημμελούς εκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων, ιδιαίτερα για ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο της νόσου^[114]. Επίσης, η ίδια η ασθένεια, αλλά και άλλες παθολογικές καταστάσεις που συχνά συνυπάρχουν στους ογκολογικούς ασθενείς, κυρίως μεγαλύτερης ηλικίας, έχουν ως αποτέλεσμα να είναι απαραίτητη η φροντίδα τους από μια πολυθεματική ομάδα επαγγελματιών υγείας, κάτι που αντίστοιχα πολλαπλασιάζει την πιθανότητα λάθους στη φροντίδα τους^[115].

Όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών και την επίδρασή της στην ασφάλεια της φροντίδας τους, η χημειοθεραπεία ειδικότερα, εγκυμονεί σοβαρότατους κίνδυνους για ανεπιθύμητα συμβάντα. Τα φαρμακευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται σε αυτή τη μορφή θεραπείας έχουν στενό θεραπευτικό εύρος, με αποτέλεσμα εύκολα να γίνονται λάθη στη δοσολογία χορήγησης τους και να παρατηρούνται ανεπιθύμητες ενέργειες, ακόμη και θανατηφόρες^[116]. Επιπλέον, λάθη μπορούν να γίνουν από τους επαγγελματίες υγείας λόγω της πολυπλοκότητας των θεραπευτικών πρωτοκόλλων που ακολουθούνται, αφού αφορούν τη συγχορήγηση δυνητικά τοξικών σκευασμάτων, με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικές δόσεις^[117], ενώ αρκετές φορές τα πρωτόκολλα αυτά είναι σε ερευνητικό στάδιο, με όλους τους συνεπακόλουθους κινδύνους^[118].

Αλλά και με την ακτινοθεραπεία υπάρχει κίνδυνος για την ασφάλεια των ογκολογικών ασθενών, έστω και σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τη χημειοθεραπεία, αφού μπορεί επίσης να προκαλέσει ανεπανόρθωτες βλάβες σε αρκετά όργανα^[119]. Συγκεκριμένα, η ακτινοθεραπεία καθίσταται επικίνδυνη για εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων, λόγω της πολυπλοκότητας της διαδικασίας, καθώς και της ανάγκης ομαδικής συνεργασίας πολλών και διαφορετικών επαγγελματιών υγείας με πολύ εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία^[120].

Όλα τα πιο πάνω τονίζουν την αναγκαιότητα για τη μελέτη του κλίματος ασφάλειας στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών. Παρόλα αυτά, ο αριθμός των υφιστάμενων μελετών στο συγκεκριμένο θέμα σε διεθνές επίπεδο, εμφανίζεται αρκετά περιορισμένος. Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που ασχολείται με τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου, γεγονός που την καθιστά πρωτότυπη και ιδιαίτερα σημαντική.

2.8. Ογκολογικές Κλινικές Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού

Η Ογκολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και η Ογκολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, είναι οι δημόσιες νοσηλευτικές μονάδες που εδράζονται στα αντίστοιχα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου και παρέχουν, κατά αποκλειστικότητα, υπηρεσίες υγείας στους ογκολογικούς ασθενείς. Συγκεκριμένα, οι δύο αυτές Κλινικές νοσηλεύουν ογκολογικούς ασθενείς για διερεύνηση, χορήγηση θεραπείας, υποστηρικτική αγωγή, παρεντερική διατροφή και ανακουφιστική φροντίδα.

Στόχος των δημόσιων Ογκολογικών Κλινικών αποτελεί η ολοκληρωμένη προσέγγιση των ογκολογικών ασθενών που περιλαμβάνει τη σταδιοποίηση, τη θεραπεία και τη συνολική υποστήριξη τους. Η θεραπεία γίνεται με τη μορφή τόσο της χημειοθεραπείας, όσο και επιπλέον μεθόδων ορμονοθεραπείας, ανοσοθεραπείας ή και άλλων βιολογικών θεραπειών. Ακόμη, διερευνάται το μοριακό και γενετικό υπόστρωμα της νόσου, ενώ εξετάζονται και αντιμετωπίζονται προβλήματα ποιότητας ζωής, ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και θεραπείας του πόνου.

Επίσης, στις εν λόγω Κλινικές λειτουργούν Μονάδες Ημερήσιας Φροντίδας όπου χορηγείται χημειοθεραπεία, σε χώρους ειδικά διαμορφωμένους, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Σε περιπτώσεις που απαιτείται ακτινοθεραπεία, οι ασθενείς διακομίζονται στο Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου, λόγω απουσίας ολοκληρωμένων ακτινοθεραπευτικών τμημάτων.

Στην Ογκολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας εργάζονται 4 ιατροί και 22 νοσηλευτές, ενώ στην Ογκολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού απασχολούνται 4 ιατροί και 28 νοσηλευτές.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1. Σκοπός έρευνας

Η παρούσα διατριβή επιδιώκει να διερευνήσει τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, αναφορικά με τους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την κουλτούρα ασφάλειας στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών, καθώς και τη διαχείριση τυχών ανεπιθύμητων συμβάντων, στις ογκολογικές κλινικές των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου, μέσα από τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας για τους ογκολογικούς ασθενείς.

3.1.1. Επιμέρους αντικειμενικοί στόχοι

- i.** Η μέτρηση της συνολικής αντίληψης του κλίματος ασφάλειας και της συχνότητας αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων στις ογκολογικές κλινικές των δημόσιων νοσοκομείων.
- ii.** Η σύγκριση των επιμέρους παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας μεταξύ τους, καθώς και με τα αποτελέσματα από άλλες αντίστοιχες έρευνες.
- iii.** Η εξαγωγή συμπερασμάτων, με απώτερο στόχο την υποβολή εισηγήσεων, που θα οδηγήσουν σε βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης, στη μείωση του κινδύνου και των συνεπειών τυχών ανεπιθύμητων συμβάντων και κατ'επέκταση στη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για τους ογκολογικούς ασθενείς.

3.1.2. Ερευνητικά ερωτήματα

- i.** Ποιό είναι το γενικότερο κλίμα ως προς την ασφάλεια των ασθενών όπως το αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας στις δημόσιες ογκολογικές κλινικές της Κύπρου;
- ii.** Ποιες είναι οι διαφορές στο ποσοστό θετικών απαντήσεων ανάμεσα στους επιμέρους παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας και που οφείλονται αυτές;
- iii.** Υπάρχει συσχέτιση των επιμέρους παραγόντων της κουλτούρας ασφάλειας με το φύλο, την ηλικία, την ιδιότητα, τα έτη εργασίας και τις εβδομαδιαίες εργατοώρες;

3.2. Μεθοδολογία

3.2.1. Σχεδιασμός έρευνας

Η παρούσα έρευνα είναι ποσοτική, συγχρονική μελέτη, περιγραφικού και διερευνητικού τύπου και αφορά στους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλεύτες) οι οποίοι εργάζονται στις ογκολογικές

κλινικές των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου. Λόγω του μικρού αριθμού των υπό μελέτη επαγγελματιών υγείας έγινε προσπάθεια συλλογής των δεδομένων, μέσω ερωτηματολογίου, από το σύνολο του πληθυσμού στόχου.

3.2.2. Πεδίο διεξαγωγής

Η έρευνα διεξήχθη στην Ογκολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και στην Ογκολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, που αποτελούν τις μοναδικές δημόσιες νοσηλευτικές μονάδες παροχής φροντίδας σε ογκολογικούς ασθενείς.

3.2.3. Πληθυσμός έρευνας

Στην έρευνα συμμετείχαν οι ιατροί και οι νοσηλευτές από τις Ογκολογικές Κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Πιο συγκεκριμένα, στην Ογκολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 4 ιατρούς και σε 22 νοσηλευτές. Από αυτούς επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο απαντημένο 3 ιατροί και 19 νοσηλευτές, δηλαδή το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 75% και 86,3% αντίστοιχα. Στην Ογκολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 4 ιατρούς και σε 28 νοσηλευτές. Από αυτούς επέστρεψαν συμπληρωμένο το ερωτηματολόγιο 3 ιατροί και 27 νοσηλευτές, δηλαδή το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 75% και 96,4% αντίστοιχα. Συνολικά, για όλους τους επαγγελματίες υγείας, το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 89,6%. Τα ποσοστά αυτά κρίνονται εξαιρετικά και είναι υψηλότερα άλλων ερευνών που διενεργήθηκαν με το ίδιο ερευνητικό εργαλείο^[112].

3.2.4. Ερευνητικό εργαλείο

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, θα χρησιμοποιηθεί η ελληνική μετάφραση του αμερικανικού ερωτηματολογίου «**The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)**», που δημιουργήθηκε αρχικά από τους Nieva και Sora^[61] και το οποίο είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο στη διεύθυνση <http://www.ahrq.vov/qual/hospculture/>. Η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου έγινε από το Βασίλη Αλετρά και τη Δέσποινα Κάκαλου, στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (**παράρτημα 1**).

Το ερωτηματολόγιο διατηρώντας τη δομή του πρωτότυπου, περιλαμβάνει 42 ερωτήσεις κλειστού τύπου, όπου ελέγχονται 12 παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών: 1) η συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων, 2) η συνολική αντίληψη της ασφάλειας, 3) οι προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του

ασθενή, 4) η οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση, 5) η συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου, 6) η ανοικτή επικοινωνία, 7) η ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη, 8) η μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, 9) η στελέχωση, 10) η υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή, 11) η συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου και 12) οι μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου (πίνακας 1). Επιπλέον, εξετάζονται η βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή και ο αριθμός των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες.

Πίνακας 1. Παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών που εξετάζονται στο ερωτηματολόγιο

Παράγοντας κουλτούρας ασφάλειας ασθενών	Ερμηνεία παράγοντα: ο βαθμός στον οποίο.....	Αριθμός ερωτήσεων που αντιστοιχούν στον παράγοντα
1. Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων	...τα εξής λάθη αναφέρονται: (α) αυτά που εντοπίζονται και διορθώνονται πριν επηρεάσουν τον ασθενή, (β) αυτά που δεν δύναται να βλάψουν τον ασθενή, (γ) αυτά που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή, αλλά δεν τον έβλαψαν	Δ1, Δ2, Δ3
2. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	...οι διαδικασίες και τα συστήματα είναι ικανά να προλαμβάνουν λάθη και δεν παρατηρούνται προβλήματα με την ασφάλεια των ασθενών	A15, A18, A10 (αντεστραμμένη)# A17 (αντεστραμμένη)#
3. Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή	...οι προϊστάμενοι/διευθυντές λαμβάνουν υπόψη τις εισηγήσεις του προσωπικού για την ασφάλεια του ασθενή, τους επιβραβεύουν όταν ακολουθούν τις προβλεπόμενες διαδικασίες ασφαλείας και δεν παραβλέπουν τυχόν προβλήματα	B1, B2, B3 (αντεστραμμένη)# B4 (αντεστραμμένη)#
4. Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση	...τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές που αξιολογούνται για την αποτελεσματικότητά τους	A6, A9, A13
5. Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων	...οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν και συμπεριφέρονται με σεβασμό ο ένας στον άλλο και δουλεύουν ως ομάδα	ΣΤ4, ΣΤ10, ΣΤ2 (αντεστραμμένη)# ΣΤ6 (αντεστραμμένη)#
6. Ανοικτή επικοινωνία	...το προσωπικό μιλάει ελεύθερα για κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ασφάλεια του ασθενή και δεν διστάζει να το κοινοποιήσει στη διοίκηση	Γ2, Γ4 Γ6 (αντεστραμμένη)#

Παράγοντας κουλτούρας ασφάλειας ασθενών	Ερμηνεία παράγοντα: ο βαθμός στον οποίο.....	Αριθμός ερωτήσεων που αντιστοιχούν στον παράγοντα
7. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	...οι εργαζόμενοι ενημερώνονται για τα λάθη που συμβαίνουν, για τις αλλαγές βελτίωσης με βάση τις αναφορές συμβάντων και συζητά τρόπους πρόληψης των λαθών	Γ1, Γ3, Γ5
8. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	...οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι τυχόν λάθη τους δεν θα χρησιμοποιηθούν εναντίον τους και δεν θα καταγραφούν στον υπηρεσιακό τους φάκελο	A8 (αντεστραμμένη)# A12 (αντεστραμμένη)# A16 (αντεστραμμένη)#
9. Στελέχωση	...υπάρχει αρκετό προσωπικό για το φόρτο εργασίας και οι ώρες εργασίας είναι κατάλληλες για την προσφορά σωστής φροντίδας υγείας	A2, A5 (αντεστραμμένη)# A7 (αντεστραμμένη)# A14 (αντεστραμμένη)#
10. Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	...η διοίκηση του νοσοκομείου παρέχει ένα εργασιακό κλίμα που προάγει την ασφάλεια των ασθενών και την θέτει ως προτεραιότητα	ΣΤ1, ΣΤ8, ΣΤ9 (αντεστραμμένη)#
11. Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων	...τα τμήματα του νοσοκομείου συνεργάζονται και συντονίζονται μεταξύ τους, παρέχοντας την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας	A1, A3, A4, A11
12. Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	...σημαντικές πληροφορίες για την φροντίδα των ασθενών μεταφέρονται ανάμεσα στα τμήματα του νοσοκομείου και κατά την αλλαγή της βάρδιας	ΣΤ3 (αντεστραμμένη)# ΣΤ5 (αντεστραμμένη)# ΣΤ7 (αντεστραμμένη)# ΣΤ11 (αντεστραμμένη)#

#Λόγω του ότι στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν ερωτήσεις που ήταν αρνητικά διατυπωμένες, αυτές αντιστραφίκαν ώστε η ψηλότερη βαθμολογία να μετρά πάντα θετική απάντηση.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι εκφρασμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert, δηλαδή μπορούν να απαντηθούν σε μια κλίμακα πέντε απαντήσεων που αντανακλά το βαθμό συμφωνίας, από το «διαφωνώ απόλυτα» (1) έως και το «συμφωνώ απόλυτα» (5), περιλαμβάνοντας επίσης την ουδέτερη στάση, «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» (3). Κάποιες από τις ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν σε μια κλίμακα πέντε απαντήσεων από το «ποτέ» (1), έως το «πάντα» (5). Όσο πιο μεγάλη είναι η βαθμολογία, τόσο πιο θετική είναι η αντίληψη για την ασφάλεια. Ερωτήσεις που ήταν αρνητικά διατυπωμένες, αντιστράφηκαν, σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου, ώστε η ψηλότερη βαθμολογία να μετρά πάντα θετική απάντηση.

Ο βαθμός ασφάλειας του ασθενή, μετριέται με κλίμακα πέντε απαντήσεων από την άριστη (Α) έως την κακή (Ε) και ο αριθμός των ανεπιθύμητων συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες, περιλαμβάνουν τις δυνατότητες απάντησης: «καμία», «1-2 αναφορές», «3-5 αναφορές», «6-10 αναφορές», «11-20 αναφορές», «21 ή περισσότερες». Τέλος, υπάρχει μία ανοιχτή ερώτηση, στην οποία ο ερωτώμενος μπορεί να εκφράσει την άποψή του γράφοντας οποιαδήποτε σχόλια σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε πλεονεκτεί σε σύγκριση με άλλα εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας γιατί έχει συνοχή, είναι περιεκτικό και εύκολο στη χρήση (μπορεί να απαντηθεί σε 10-15 λεπτά), καλύπτει τις περισσότερες ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας και επιτρέπει τις συγκρίσεις μεταξύ τμημάτων του νοσοκομείου^[121].

3.2.5. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα έρευνας

Η αξιοπιστία ενός ερευνητικού εργαλείου εκφράζει την ικανότητα του να παρέχει ακριβείς και σταθερές μετρήσεις που να μην επηρεάζονται από τυχαία σφάλματα μέτρησης. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να παρέχει τα ίδια αποτελέσματα, αν η έρευνα επαναληφθεί με τον ίδιο τρόπο, στον ίδιο πληθυσμό και κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου της έρευνας, ελέγχθηκε η εσωτερική συνάφεια με τον υπολογισμό του συντελεστή άλφα του Cronbach (**Cronbach's alpha**). Η τιμή του συντελεστή άλφα του Cronbach κυμαίνεται μεταξύ του 0 και του 1 και εάν τα διαφορετικά στοιχεία του ερευνητικού εργαλείου μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή, η εσωτερική συνάφεια οφείλει να είναι μεγαλύτερη ή ίση με την τιμή 0,60^[122]. Στον **πίνακα 2** παρατίθενται οι τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha για κάθε παράγοντα της κουλτούρας ασφάλειας, αποδεικνύοντας την ύπαρξη εσωτερικής συνάφειας για κάθε ένα από τα επιμέρους στοιχεία του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 2. Συντελεστές Cronbach's alpha για τους παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας του ερωτηματολογίου

	Παράγοντας κουλτούρας ασφάλειας ασθενών	Cronbach's alpha
1.	Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων	0.722
2.	Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	0.633
3.	Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή	0.705
4.	Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση	0.615
5.	Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων	0.787

Παράγοντας κουλτούρας ασφάλειας ασθενών	Cronbach's alpha
6. Ανοικτή επικοινωνία	0.744
7. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	0.661
8. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	0.630
9. Στελέχωση	0.629
10. Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	0.639
11. Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων	0.774
12. Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	0.849

Η εγκυρότητα ενός ερευνητικού εργαλείου εκτιμά το βαθμό στον οποίο αυτό μετρά τα μεγέθη για τα οποία σχεδιάστηκε να μετρά. Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε επιβεβαιώθηκε με τη **μέθοδο των πολλαπλών χαρακτηριστικών**, σύμφωνα με την οποία υπολογίζονται συντελεστές που μετρούν τη συσχέτιση κάθε στοιχείου με την αθροιστική κλίμακα, στην οποία ανήκει (*συγκλίνουσα εγκυρότητα*), ενώ στη συνέχεια αυτοί οι συντελεστές συγκρίνονται με τις αντίστοιχες συσχέτισεις του στοιχείου με τις υπόλοιπες αθροιστικές κλίμακες (*διακρίνουσα εγκυρότητα*)^[22].

3.2.6. Ηθικές προεκτάσεις

Πριν τη διεξαγωγή της έρευνας, εξασφαλίστηκε άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου (**παράρτημα 2**), μετά και την σχετική άδεια από τον Επίτροπο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου. Στους συμμετέχοντες διευκρινίστηκε ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν εθελοντική και θα έπρεπε να γίνει εκτός του χρόνου εργασίας τους και ότι η συμμετοχή στην έρευνα θα ήταν ανώνυμη και οι απαντήσεις τους θα παρέμεναν εμπιστευτικές.

3.2.7. Συλλογή δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος διανομής ερωτηματολογίων. Μετά την εξασφάλιση της άδειας διεξαγωγής της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας, άρχισε η διαδικασία διανομής των ερωτηματολογίων που διήρκεσε από τον Νοέμβριο 2012 μέχρι τον Ιανουάριο 2013. Σε κάθε μια από τις δύο υπό μελέτη Ογκολογικές κλινικές καθορίστηκε ένα υπεύθυνο άτομο, στο οποίο και επεξηγήθηκε ο ορθός τρόπος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, από τον ερευνητή. Το άτομο αυτό μοίρασε στη συνέχεια τα ερωτηματολόγια, στους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και

νοσηλευτές) το κάθε ένα σε ξεχωριστό φάκελο και το ίδιο παρέλαβε τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια σε κλειστό φάκελο με σκοπό τη διατήρηση της ανωνυμίας. Τα απαντημένα ερωτηματολόγια μαζεύτηκαν στο τέλος από τον ερευνητή και ακολούθως κωδικοποιήθηκαν στον υπολογιστή. Μετά τον έλεγχο για την ακρίβεια των στοιχείων που δόθηκαν, έγινε η ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v20.

3.3. Στατιστική ανάλυση

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, σε περιγραφικό επίπεδο, δημιουργήθηκαν πίνακες κατανομής συχνοτήτων των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις περιπτώσεις όπου οι μεταβλητές ήταν ονομαστικές, ενώ όταν οι μεταβλητές ήταν συνεχείς υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι (τυπική απόκλιση). Για την ανάλυση των παραγόντων του ερευνητικού εργαλείου δημιουργήθηκαν καινούργιες μεταβλητές με την πρόσθεση των επιμέρους ερωτήσεων του κάθε ενός παράγοντα. Ακόμη, τυχόν διαφορές μελετήθηκαν με παραμετρικά ή μη παραμετρικά τεστ ώστε να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων, μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων των ερωτηθέντων, με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά στοιχεία. Για τις ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο παραμέτρους εφαρμόστηκε το τεστ Κριτήριο t ή το αντίστοιχο μη παραμετρικό Mann – Whitney. Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $\alpha=0,05$, το οποίο έχει καθιερωθεί στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών και το p value στρογγυλοποιήθηκε στα 3 δεκαδικά.

3.4. Αποτελέσματα

Για κάθε ένα από τους παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας που εξετάστηκαν στο ερωτηματολόγιο, υπολογίστηκε η ποσοστιαία κατανομή των διαφόρων απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες. Υπολογίστηκε ακόμη για κάθε παράγοντα ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας των απαντήσεων. Ακολούθως αναλύθηκαν οι συσχετίσεις ανάμεσα σε κάθε ένα παράγοντα της κουλτούρας ασφάλειας και τις επιμέρους μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων.

3.4.1. Δημογραφικά στοιχεία

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσιάζονται στον **πίνακα 3**.

Πίνακας 3. Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα

Μεταβλητή	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο		
<i>Άρρεν</i>	23	44,2
<i>Θήλυ</i>	29	55,8
Ηλικία		
<i>20-29</i>	21	41,2
<i>30-39</i>	16	31,4
<i>40-49</i>	5	9,8
<i>50-65</i>	9	17,6
Έτη εργασίας στο νοσοκομείο.		
<i>Λιγότερο από 1χρόνο</i>	6	11,8
<i>1-5 χρόνια</i>	24	47,1
<i>6-10 χρόνια</i>	6	11,8
<i>11-15 χρόνια</i>	4	7,8
<i>16-20 χρόνια</i>	3	5,9
<i>21 ή περισσότερα χρόνια</i>	8	15,7
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο/ μονάδα νοσοκομείου		
<i>Λιγότερο από 1χρόνο</i>	10	19,6
<i>1-5 χρόνια</i>	28	54,9
<i>6-10 χρόνια</i>	7	13,7
<i>11-15 χρόνια</i>	1	2,0
<i>16-20 χρόνια</i>	2	3,9
<i>21 ή περισσότερα χρόνια</i>	3	5,9
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες		
<i>20-38 ώρες/εβδομάδα</i>	34	66,7
<i>39-59 ώρες/εβδομάδα</i>	13	25,5
<i>60-79 ώρες/εβδομάδα</i>	2	3,9
<i>100ή περισσότερες ώρες/εβδομάδα</i>	2	3,9
Νοσοκομειακή Θέση		
<i>Νοσηλεύτης</i>	45	88,2
<i>Ιατρός</i>	6	11,8
Άμεση επαφή ή επικοινωνία με ασθενή		
<i>Ναι</i>	51	100,0
<i>Όχι</i>	-	-
Έτη υπηρεσίας στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα		
<i>Λιγότερο από 1χρόνο</i>	5	9,8
<i>1-5 χρόνια</i>	23	45,1
<i>6-10 χρόνια</i>	7	13,7
<i>11-15 χρόνια</i>	3	5,9
<i>16-20 χρόνια</i>	5	9,8
<i>21 ή περισσότερα χρόνια</i>	8	15,7

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, ηλικίας κάτω των 39 ετών σε ποσοστό περίπου 72%. Ένας στους δύο από τους επαγγελματίες υγείας της έρευνας, είχαν από 1 έως 5 έτη εργασίας

στο νοσοκομείο, ενώ παρόμοιο ποσοστό εργαζόταν το ίδιο χρονικό διάστημα στον παρόντα εργασιακό χώρο. Τα 2/3 περίπου των συμμετεχόντων εργαζόνταν 20-38 ώρες την εβδομάδα, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία 9 στους 10 ήταν νοσηλευτές. Όλοι είχαν άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς. Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν 1 έως 5 έτη υπηρεσίας ως επαγγελματίες υγείας.

3.4.2. Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων» παρουσιάζονται στον **πίνακα 4**.

Πίνακας 4. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων»

Παράγοντας	Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Πάντοτε
Ερώτηση					
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή;	0,0	9,8	35,3	31,4	23,5
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά δεν θα βλάψει τον ασθενή;	2,0	11,8	31,4	31,4	23,5
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει, και το οποίο θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψε;	0,0	11,8	33,3	33,3	21,6

*Τα ποσοστά λόγω στρογγυλοποίησης δεν αθροίζονται 100%

Το 55% περίπου των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι συνήθως ή πάντοτε αναφέρεται ένα λάθος που γίνεται, αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν να επηρεάσει τον ασθενή. Το ίδιο ποσοστό συμμετεχόντων δήλωσε ότι συνήθως ή πάντοτε, αναφέρεται ένα λάθος που γίνεται αλλά δεν μπορεί να βλάψει τον ασθενή, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι ποσοστό 2% δηλώνει πως δεν θα ανέφερε ποτέ ένα τέτοιο λάθος. Τέλος, ποσοστό και πάλι 55% των συμμετεχόντων δήλωσε πως συνήθως ή πάντοτε

θα ανέφερε ένα λάθος που γίνεται και θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον επηρέασε.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων» ήταν 3, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 3 μέχρι 15. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για τη συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων. Στον **πίνακα 5** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για τη συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων ήταν 10,96 (TA=2,61).

Πίνακας 5. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων»

Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
10,96	2,61	6,00	15,00	11,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 6**.

Αν το $p\text{-value} < 0.05$ τότε έχουμε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, δηλαδή διαφέρουν οι υποκατηγορίες της ανεξάρτητης μεταβλητής.

Πίνακας 6. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο t για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Συχνότητα αναφοράς συμβάντων	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Άρρεν</i>	11,18	2,92
<i>Θήλυ</i>	10,79	2,38
<i>T</i>	,523	

Μεταβλητή	Συχνότητα αναφοράς συμβάντων	
<i>p-value</i>	,603	
Ηλικία		
< 30 χρονών	10,29	2,17
30+ χρονών	11,48	2,85
<i>T</i>	-1,614	
<i>p-value</i>	,113	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<=5	10,90	2,68
6+	11,05	2,56
<i>T</i>	-,197	
<i>p-value</i>	,845	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<=5	11,05	2,66
6+	10,69	2,53
<i>T</i>	,427	
<i>p-value</i>	,672	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<38	11,12	2,43
38+	10,65	2,98
<i>T</i>	,604	
<i>p-value</i>	,549	
Νοσοκομειακή Θέση		Διάμεσος
Νοσηλεύτης	11,00	
Ιατρός	12,50	
<i>Z</i>	-,369	
<i>p-value</i>	,712	

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στα φύλα ($p=0,603$), στην ηλικία ($p=0,113$), στα έτη εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,845$), στα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,672$), στις εβδομαδιαίες εργατοώρες ($p=0,549$), στη νοσοκομειακή θέση ($p=0,712$) και τη συχνότητα αναφοράς συμβάντων. Δηλαδή όλες οι μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων δεν επηρεάζουν τη συχνότητα αναφοράς συμβάντων.

3.4.3. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» παρουσιάζονται στον **πίνακα 7**.

Πίνακας 7. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Παράγοντας	Συνολική αντίληψη της ασφάλειας
------------	---------------------------------

Παράγοντας	Συνολική αντίληψη της ασφάλειας				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η ασφάλεια του ασθενή δε θυσιάζεται ποτέ προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία	1,9	21,2	17,3	32,7	26,9
Οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζουμε είναι αποτελεσματικά όσον αφορά στην πρόληψη λαθών	0,0	17,3	36,5	38,5	7,7
Είναι θέμα τύχης που δε συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη εδώ	17,3	40,4	15,4	19,2	7,7
Έχουμε προβλήματα με την ασφάλεια των ασθενών σ' αυτή την μονάδα	9,6	34,6	19,2	30,8	5,8

Το 60% περίπου των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι η ασφάλεια του ασθενή ποτέ δε θυσιάζεται προκειμένου να διεκπεραιωθεί πιο πολύ εργασία. Ποσοστό 46,2% των συμμετεχόντων δήλωσε πως οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζονται είναι αποτελεσματικά για την πρόληψη λαθών. Περίπου ένας στους τέσσερις (26,9%) επαγγελματίες υγείας πιστεύει ότι είναι θέμα τύχης που δεν συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη στο τμήμα του. Τέλος ένα υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (36,6%) πιστεύει πως υπάρχουν προβλήματα με την ασφάλεια των ασθενών στη μονάδα του.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» ήταν 4, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 4 μέχρι 20. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για τη συνολική αντίληψη της ασφάλειας. Στον **πίνακα 8** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για τη συνολική αντίληψη της ασφάλειας ήταν 13,50 (TA=3,03).

Πίνακας 8. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Συνολική αντίληψη της ασφάλειας				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
13,50	3,03	6,00	20,00	14,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 9**.

Πίνακας 9. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Αρρεν</i>	15,09	2,54
<i>Θήλυ</i>	12,24	2,82
<i>T</i>	3,771	
<i>p-value</i>	,000	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	13,00	3,13
<i>30+ χρονών</i>	14,00	2,88
<i>T</i>	-1,178	
<i>p-value</i>	,244	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	13,53	3,13
<i>6+</i>	13,45	2,97
<i>T</i>	,092	
<i>p-value</i>	,927	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<i><=5</i>	13,55	2,91
<i>6+</i>	13,36	3,46
<i>T</i>	,204	
<i>p-value</i>	,839	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<i><38</i>	13,35	3,37
<i>38+</i>	13,65	2,32
<i>T</i>	-,323	
<i>p-value</i>	,748	
Νοσοκομειακή Θέση		
<i>Νοσηλευτής</i>	14,00	

Μεταβλητή	Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	
<i>Ιατρός</i>	14,00	
<i>Z</i>	-,588	
<i>p-value</i>	,557	

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της συνολικής αντίληψης για την ασφάλεια και του φύλου ($p=0,000$), δηλαδή το φύλο επηρεάζει τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια. Πιο συγκεκριμένα οι άντρες έχουν πιο θετική αντίληψη για την ασφάλεια από ότι οι γυναίκες. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας ($p=0,244$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,927$), των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,839$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,748$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,557$) και της συνολικής αντίληψης της ασφάλειας. Δηλαδή όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων, πλην του φύλου, δεν επηρεάζουν τη συνολική αντίληψη της ασφάλειας.

3.4.4. Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή» παρουσιάζονται στον **πίνακα 10**.

Πίνακας 10. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή»

Παράγοντας	Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Ερώτηση					
Ο προϊστάμενός μου/διευθυντής λέει έναν καλό λόγο όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με της ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή	0,0	5,8	19,2	55,8	19,2

Παράγοντας	Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή				
Ο προϊστάμενός μου/διευθυντής λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	0,0	5,8	28,8	50,0	15,4
Κάθε φορά που η πίεση αυξάνει ο προϊστάμενος/διευθυντής μου θέλει να δουλεύουμε ταχύτερα ακόμη κι αν αυτό σημαίνει συντόμευση των διαδικασιών	5,8	28,8	34,6	25,0	5,8
Ο προϊστάμενος/διευθυντής μου παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή	23,1	38,5	23,1	13,5	1,9

Τρεις στους τέσσερις επαγγελματίες υγείας (75%) δήλωσε ότι ο προϊστάμενος τους επαινεί όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με τις προβλεπόμενες διαδικασίες για την ασφαλή φροντίδα του ασθενή. Επίσης ένα υψηλό ποσοστό συμμετεχόντων (65,4%) δήλωσε ότι ο προϊστάμενος τους λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις εισηγήσεις τους για βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή. Μόνο το 30,8% των επαγγελματιών υγείας δήλωσε πως όταν αυξάνει η πίεση στη δουλειά, ο προϊστάμενος θέλει να δουλεύουν ταχύτερα, έστω και αν αυτό υπονομεύει την ασφάλεια του ασθενή. Επίσης ένα μικρό ποσοστό 15,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ο προϊστάμενος του παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά στον παράγοντα «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή» ήταν 4, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 4 μέχρι 20. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για τις προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή. Στον **πίνακα 11** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για τις προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή ήταν 14,35 (TA=2,66).

Πίνακας 11. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή»

Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
14,35	2,66	9,00	20,00	14,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 12**.

Πίνακας 12. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Άρρεν</i>	15,13	2,88
<i>Θήλυ</i>	13,72	2,34
<i>T</i>	1,942	
<i>p-value</i>	,058	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	13,81	2,20
<i>30+ χρονών</i>	14,87	2,83
<i>T</i>	-1,435	
<i>p-value</i>	,158	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	13,93	2,30
<i>6+</i>	14,91	3,05
<i>T</i>	-1,314	
<i>p-value</i>	,195	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<i><=5</i>	14,29	2,42
<i>6+</i>	14,50	3,35
<i>T</i>	-,250	
<i>p-value</i>	,803	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		

Μεταβλητή	Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή	
<38	14,18	2,97
38+	14,59	2,03
T	-,514	
p-value	,610	
Νοσοκομειακή Θέση	Διάμεσος	
Νοσηλευτής	14,00	
Ιατρός	15,00	
Z	-,825	
p-value	,409	

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου ($p=0,058$), της ηλικίας ($p=0,158$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,195$), των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,803$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,610$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,409$) και των προσδοκιών και δράσεων των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή. Δηλαδή όλες οι μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων δεν επηρεάζουν τις απόψεις του προσωπικού σε σχέση με τις προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή.

3.4.5. Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» παρουσιάζονται στον **πίνακα 13**.

Πίνακας 13. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»

Παράγοντας	Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Ερώτηση					
Αναπτύσσουμε δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	0,0	5,8	30,8	46,2	17,3
Τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές εδώ	3,8	5,8	36,5	46,2	7,7

Παράγοντας	Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση				
Όταν εφαρμόζουμε αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, αξιολογούμε κατόπιν την αποτελεσματικότητά τους	3,8	3,8	15,4	61,5	15,4

Ένα υψηλό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας (63,5%) δήλωσε ότι στη μονάδα του αναπτύσσουν δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (53,9%) δήλωσαν ότι τα λάθη που παρουσιάζονται στη μονάδα τους έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές. Τρεις στους τέσσερις επαγγελματίες υγείας (76,9%) δήλωσαν ότι όταν εφαρμόζονται αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, στη συνέχεια αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» ήταν 3, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 3 μέχρι 15. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για την οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση. Στον **πίνακα 14** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για την οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση ήταν 11,04 (TA=1,75).

Πίνακας 14. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»

Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
11,04	1,75	6,00	15,00	11,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 15**.

Πίνακας 15. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο t για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Άρρεν</i>	11,17	1,64
<i>Θήλυ</i>	10,93	1,85
<i>T</i>	,494	
<i>p-value</i>	,624	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	10,29	1,52
<i>30+ χρονών</i>	11,57	1,76
<i>T</i>	-2,706	
<i>p-value</i>	,009	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	10,77	1,76
<i>6+</i>	11,41	1,71
<i>T</i>	-1,318	
<i>p-value</i>	,193	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<i><=5</i>	10,82	1,67
<i>6+</i>	11,64	1,86
<i>T</i>	-1,533	
<i>p-value</i>	,132	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<i><38</i>	11,06	1,81
<i>38+</i>	11,06	1,71
<i>T</i>	0,000	
<i>p-value</i>	1,000	
Νοσοκομειακή Θέση		
<i>Νοσηλεύτης</i>	11,00	
<i>Ιατρός</i>	12,00	
<i>Z</i>	-1,590	
<i>p-value</i>	,112	

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οργανωσιακής μάθησης-συνεχής βελτίωσης και της ηλικίας ($p=0,009$), δηλαδή η ηλικία επηρεάζει την οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση. Πιο συγκεκριμένα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης από 30 ετών έχουν πιο θετική αντίληψη για την οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση, από ότι άτομα ηλικία μικρότερης των 30 ετών. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου ($p=0,624$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,193$), των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,132$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=1,000$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,112$) και της οργανωσιακής μάθησης-συνεχής βελτίωσης. Δηλαδή όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων, πλην της ηλικίας, δεν επηρεάζουν την οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση.

3.4.6. Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» παρουσιάζονται στον **πίνακα 16**.

Πίνακας 16. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

Παράγοντας	Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον σ' αυτή την μονάδα	1,9	7,7	32,7	42,3	15,4
Όταν έχουμε πολλή δουλειά η οποία πρέπει να γίνει γρήγορα, εργαζόμαστε ομαδικά για να την τελειώσουμε	1,9	3,8	28,8	51,9	13,5
Σ' αυτή τη μονάδα οι εργαζόμενοι φέρονται ο ένας στον άλλο με σεβασμό	1,9	3,8	34,6	46,2	13,5
Σ' αυτή τη μονάδα όταν κάποιος εργαζόμενος έχει πολύ δουλειά οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να αντεπεξέλθει	0,0	0,0	32,7	51,9	15,4

Το 57,9% των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι υποστηρίζει ο ένας τον άλλο στη μονάδα που εργάζονται. Δύο στους τρεις (65,45%) συμμετέχοντες δήλωσαν ότι όταν υπάρχει πολλή δουλειά που πρέπει να γίνει γρήγορα, εργάζονται ομαδικά για να την τελειώσουν. Υψηλό ποσοστό συμμετεχόντων (59,7%) δήλωσε πως στη μονάδα τους υπάρχει αλληλοσεβασμός, ενώ ακόμη πιο σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (67%) δήλωσε ότι στην μονάδα του όταν κάποιος έχει πολύ δουλειά οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να αντεπεξέλθει.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» ήταν 4, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 4 μέχρι 20. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για τη συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου. Στον **πίνακα 17** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για τη συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου ήταν 14,81 (TA=2,55).

Πίνακας 17. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
14,81	2,55	7,00	20,00	15,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 18**.

Πίνακας 18. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Άρρεν</i>	15,78	2,26
<i>Θήλυ</i>	14,03	2,54
<i>T</i>	2,587	
<i>p-value</i>	,013	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	14,00	1,92
<i>30+ χρονών</i>	15,37	2,85
<i>T</i>	-1,913	
<i>p-value</i>	,062	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	14,80	2,57

Μεταβλητή	Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου	
6+	14,82	2,59
T	-,025	
p-value	,980	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<=5	14,71	2,42
6+	15,07	2,97
T	-,449	
p-value	,655	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<38	14,56	2,65
38+	15,24	2,41
T	-,884	
p-value	,381	
Νοσοκομειακή Θέση		Διάμεσος
Νοσηλεύτης	15,00	
Ιατρός	17,50	
Z	-2,203	
p-value	,028	

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της συνεργασίας και ομαδικής εργασίας εντός των τμημάτων του νοσοκομείου και του φύλου ($p=0,013$), δηλαδή το φύλο επηρεάζει τη συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, οι άντρες έχουν πιο θετική αντίληψη για τη συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου από ότι οι γυναίκες. Επίσης, έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της συνεργασίας και ομαδικής εργασίας εντός των τμημάτων του νοσοκομείου και της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,028$), δηλαδή η νοσοκομειακή θέση επηρεάζει τη συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, οι ιατροί έχουν πιο θετική αντίληψη για τη συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου από ότι οι νοσηλευτές. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας ($p=0,062$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,980$), των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,655$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,381$) και της συνεργασίας και ομαδικής εργασίας εντός των τμημάτων του νοσοκομείου. Δηλαδή όλες οι μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων, πλην του φύλου και της νοσοκομειακής θέσης, δεν επηρεάζουν τη συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου.

3.4.7. Ανοικτή επικοινωνία

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «ανοικτή επικοινωνία» παρουσιάζονται στον **πίνακα 19**.

Πίνακας 19. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «ανοικτή επικοινωνία»

Παράγοντας	Ανοικτή επικοινωνία				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Πάντοτε
Το προσωπικό θα μιλήσει ελεύθερα αν δει κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενή	0,0	3,8	25,0	38,5	32,7
Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητεί τις αποφάσεις ή ενέργειες των ανωτέρων του	1,9	25,0	44,2	19,2	9,6
Το προσωπικό φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δε φαίνεται σωστό	19,2	36,5	32,7	5,8	5,8

Ένα πολύ υψηλό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας (71,2%) δήλωσε ότι συνήθως ή πάντοτε θα μιλήσει ελεύθερα αν δει κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενή. Παρόλα αυτά μόνο ένα ποσοστό 28,8% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συνήθως ή πάντοτε μπορεί ελεύθερα να αμφισβητήσει τις αποφάσεις ή ενέργειες των ανωτέρων του. Ποσοστό μόλις 11,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συνήθως ή πάντοτε φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «ανοικτή επικοινωνία»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά στον παράγοντα «ανοικτή επικοινωνία» ήταν 3, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 3 μέχρι 15. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για την ανοικτή επικοινωνία. Στον **πίνακα 20** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για την ανοικτή επικοινωνία ήταν 10,67 (TA=1,69).

Πίνακας 20. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «ανοικτή επικοινωνία»

Ανοικτή επικοινωνία				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος

10,67	1,69	6,00	15,00	11,00
-------	------	------	-------	-------

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «ανοικτή επικοινωνία»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «ανοικτή επικοινωνία» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 21**.

Πίνακας 21. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «ανοικτή επικοινωνία» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Ανοικτή επικοινωνία	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Άρρεν</i>	11,13	1,96
<i>Θήλυ</i>	10,31	1,37
<i>T</i>	1,776	
<i>p-value</i>	,082	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	9,86	1,59
<i>30+ χρονών</i>	11,20	1,56
<i>T</i>	-2,999	
<i>p-value</i>	,004	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	10,43	1,70
<i>6+</i>	11,00	1,66
<i>T</i>	-1,201	
<i>p-value</i>	,236	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<i><=5</i>	10,53	1,66
<i>6+</i>	11,07	1,77
<i>T</i>	-1,033	
<i>p-value</i>	,307	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<i><38</i>	10,91	1,69
<i>38+</i>	10,12	1,62
<i>T</i>	1,602	
<i>p-value</i>	,116	
Νοσοκομειακή Θέση		
Διάμεσος		
<i>Νοσηλευτής</i>	11,00	
<i>Ιατρός</i>	11,00	
<i>Z</i>	-,448	
<i>p-value</i>	,654	

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ανοικτής επικοινωνίας και της ηλικίας ($p=0,004$), δηλαδή η ηλικία επηρεάζει την ανοικτή επικοινωνία. Πιο συγκεκριμένα άτομα ηλικίας

μεγαλύτερης από 30 ετών έχουν πιο θετική αντίληψη για την ανοικτή επικοινωνία από ότι άτομα ηλικία μικρότερης των 30 ετών. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου ($p=0,082$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,236$), των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,307$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,116$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,654$) και της ανοικτής επικοινωνίας. Δηλαδή όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων, πλην της ηλικίας, δεν επηρεάζουν την ανοικτή επικοινωνία.

3.4.8. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» παρουσιάζονται στον **πίνακα 22**.

Πίνακας 22. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Παράγοντας	Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Πάντοτε
Μας ενημερώνουν για τις αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές συμβάντων	1,9	5,8	36,5	36,5	19,2
Ενημερωνόμαστε για τα λάθη που συμβαίνουν σ' αυτό το Τμήμα	0,0	3,8	26,9	42,3	26,9
Στο τμήμα μας, συζητούμε τρόπους για να αποφύγουμε την επανάληψη λαθών	1,9	9,6	19,2	38,5	30,8

Λίγο περισσότεροι από τους μισούς επαγγελματίες υγείας (55,7%) δήλωσαν ότι συνήθως ή πάντοτε ενημερώνονται για τις αλλαγές που γίνονται με βάση τις αναφορές συμβάντων. Ένα πολύ σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (69,2%) δήλωσε πως συνήθως ή πάντοτε ενημερώνεται για τα λάθη τα οποία συμβαίνουν στο τμήμα του, ενώ ένα αντίστοιχο ποσοστό (69,3%) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συνήθως ή πάντοτε στο τμήμα τους συζητούν τρόπους για να αποφύγουν επανάληψη των λαθών.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» ήταν 3, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 3 μέχρι 15. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη. Στον **πίνακα 23** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη ήταν 11,44 (TA=2,16).

Πίνακας 23. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
11,44	2,16	7,00	15,00	11,50

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 24**.

Πίνακας 24. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Άρρεν</i>	12,17	2,08
<i>Θήλυ</i>	10,86	2,08
<i>T</i>	2,257	
<i>p-value</i>	,028	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	10,71	1,98
<i>30+ χρονών</i>	11,90	2,20
<i>T</i>	-1,971	
<i>p-value</i>	,054	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	11,50	2,08
<i>6+</i>	11,36	2,32
<i>T</i>	,222	
<i>p-value</i>	,825	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<i><=5</i>	11,42	2,06

Μεταβλητή	Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	
6+	11,50	2,50
T	-,116	
p-value	,908	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<38	11,21	2,20
38+	11,82	2,13
T	-,956	
p-value	,344	
Νοσοκομειακή Θέση		Διάμεσος
Νοσηλεύτης	11,00	
Ιατρός	13,50	
Z	-1,138	
p-value	,255	

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ανατροφοδότησης και επικοινωνίας για τα λάθη και του φύλου ($p=0,028$), δηλαδή το φύλο επηρεάζει την συνολική αντίληψη για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη. Πιο συγκεκριμένα οι άντρες έχουν πιο θετική αντίληψη για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη από ότι οι γυναίκες. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας ($p=0,054$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,825$), των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,908$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,344$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,255$) και της ανατροφοδότησης και επικοινωνίας για τα λάθη. Δηλαδή όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων, πλην του φύλου, δεν επηρεάζουν την ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη.

3.4.9. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» παρουσιάζονται στον **πίνακα 25**.

Πίνακας 25. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

Παράγοντας	Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη				
Ερώτηση	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

Παράγοντας	Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη				
Το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του	0,0	15,4	28,8	42,3	13,5
Όταν αναφέρεται ένα «συμβάν» υπάρχει η εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το πρόβλημα καθαυτό	5,8	13,5	40,4	32,7	7,7
Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο	9,6	21,2	26,9	34,6	7,7

Λίγο περισσότεροι από τους μισούς επαγγελματίες υγείας (55,8%) δήλωσε ότι αισθάνεται πως τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε βάρος του. Ποσοστό 40,4% των συμμετεχόντων δήλωσε πως όταν αναφέρεται ένα ατυχές συμβάν, υπάρχει η εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο που το διέπραξε και όχι το πρόβλημα καθαυτό. Τέλος το 42,3% των συμμετεχόντων δήλωσε πως ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά στον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» ήταν 3, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 3 μέχρι 15. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για τη μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη. Στον **πίνακα 26** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για τη μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη ήταν 8,13 (TA=2,30).

Πίνακας 26. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
8,13	2,30	3,00	13,00	8,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 27**.

Πίνακας 27. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Άρρεν</i>	8,48	2,47
<i>Θήλυ</i>	7,86	2,17
<i>T</i>	,958	
<i>p-value</i>	,343	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	7,95	2,06
<i>30+ χρονών</i>	8,13	2,42
<i>T</i>	-,279	
<i>p-value</i>	,781	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	7,87	2,30
<i>6+</i>	8,50	2,30
<i>T</i>	-,980	
<i>p-value</i>	,332	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<i><=5</i>	7,84	2,31
<i>6+</i>	8,93	2,16
<i>T</i>	-1,530	
<i>p-value</i>	,132	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<i><38</i>	7,94	2,07
<i>38+</i>	8,47	2,79
<i>T</i>	-,765	
<i>p-value</i>	,448	
Νοσοκομειακή Θέση		
<i>Νοσηλεύτης</i>	8,00	
<i>Ιατρός</i>	8,50	
<i>Z</i>	-,296	
<i>p-value</i>	,767	

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου ($p=0,343$), της ηλικίας ($p=0,781$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,332$), των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,132$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,448$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,767$) και τη μη τιμωρητικής αντίδρασης στα λάθη. Δηλαδή όλες οι μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων δεν επηρεάζουν τη μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη.

3.4.10. Στελέχωση

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «στελέχωση» παρουσιάζονται στον **πίνακα 28**.

Πίνακας 28. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «στελέχωση»

Παράγοντας	Στελέχωση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Έχουμε αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσουμε το φόρτο εργασίας	21,2	51,9	23,1	3,8	0,0
Το προσωπικό σ' αυτή τη μονάδα δουλεύει περισσότερες ώρες απ' ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή	1,9	21,2	28,8	26,9	21,2
Χρησιμοποιούμε περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή	19,2	30,8	36,5	9,6	3,8
Εργαζόμαστε σαν να τελούμε «υπό κρίση» προσπαθώντας να κάνουμε υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα	7,7	15,4	26,9	40,4	9,6

Μόλις το 3,8% των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι υπάρχει αρκετό προσωπικό για την αντιμετώπιση του φόρτου εργασίας, ενώ ποσοστό μόλις 13,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι στο τμήμα του χρησιμοποιείται περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή. Ποσοστό 48,1% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δουλεύουν περισσότερες ώρες απ' ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή, ενώ οι μισοί συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εργάζονται «υπό κρίση» προσπαθώντας να κάνουν πολλά πράγματα σε λίγο χρονικό διάστημα.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «στελέχωση»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά στον παράγοντα «στελέχωση» ήταν 4, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 4 μέχρι 20. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για τη στελέχωση. Στον **πίνακα 29** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση,

η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για στελέχωση ήταν 10,88 (TA=2,13).

Πίνακας 29. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «στελέχωση»

Στελέχωση				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
10,88	2,13	6,00	15,00	11,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «στελέχωση»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «στελέχωση» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 30**.

Πίνακας 30. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «στελέχωση» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Στελέχωση	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
Άρρεν	11,52	2,27
Θήλυ	10,38	1,90
<i>T</i>	1,975	
<i>p-value</i>	,054	
Ηλικία		
< 30 χρονών	10,90	1,92
30+ χρονών	10,90	2,32
<i>T</i>	,008	
<i>p-value</i>	,994	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<=5	10,73	2,24
6+	11,09	2,00
<i>T</i>	-,594	
<i>p-value</i>	,555	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<=5	11,03	2,24
6+	10,50	1,83
<i>T</i>	,788	
<i>p-value</i>	,435	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<38	11,24	1,94
38+	10,12	2,39

Μεταβλητή	Στελέχωση	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<i>T</i>	1,793	
<i>p-value</i>	,079	
Νοσοκομειακή Θέση	Διάμεσος	
<i>Νοσηλεύτης</i>	11,00	
<i>Ιατρός</i>	10,0	
<i>Z</i>	-,577	
<i>p-value</i>	,564	

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου ($p=0,054$), της ηλικίας ($p=0,994$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,555$), των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,435$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,079$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,564$) και της στελέχωσης. Δηλαδή όλες οι μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων δεν επηρεάζουν τη στελέχωση.

3.4.11. Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή» παρουσιάζονται στον **πίνακα 31**.

Πίνακας 31. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή»

Παράγοντας	Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών	9,8	5,9	37,3	39,2	7,8
Οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα	3,9	7,8	31,4	49,0	7,8

Παράγοντας	Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή				
	Η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο συμβάν	5,9	25,5	29,4	29,4

Το 47% των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι η διοίκηση καλλιεργεί κλίμα εργασίας το οποίο προάγει την ασφάλεια των ασθενών. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (56,8%) δήλωσαν ότι οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου δείχνουν πως η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα. Τέλος ποσοστό 39,2% των συμμετεχόντων δήλωσε πως η διοίκηση του νοσοκομείου δείχνει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο συμβάν.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά τον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή» ήταν 3, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 3 μέχρι 15. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για την υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή. Στον **πίνακα 32** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για την υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή ήταν 9,67 (TA=2,32).

Πίνακας 32. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή»

Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
9,67	2,32	4,00	15,00	10,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 33**.

Πίνακας 33. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Αρρεν</i>	10,50	1,87
<i>Θήλυ</i>	9,03	2,46
<i>T</i>	2,330	
<i>p-value</i>	,024	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	8,90	2,19
<i>30+ χρονών</i>	10,14	2,31
<i>T</i>	-1,904	
<i>p-value</i>	,063	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	9,50	2,06
<i>6+</i>	9,90	2,68
<i>T</i>	-,609	
<i>p-value</i>	,545	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<i><=5</i>	9,29	2,07
<i>6+</i>	10,77	2,74
<i>T</i>	-2,047	
<i>p-value</i>	,046	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<i><38</i>	9,62	2,27
<i>38+</i>	9,76	2,49
<i>T</i>	-,211	
<i>p-value</i>	,834	
Νοσοκομειακή Θέση		
Διάμεσος		
<i>Νοσηλευτής</i>	10,00	
<i>Ιατρός</i>	11,50	
<i>Z</i>	-1,756	
<i>p-value</i>	,079	

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υποστήριξης της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή και του φύλου ($p=0,024$), δηλαδή το φύλο επηρεάζει τη υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα οι άντρες έχουν πιο θετική αντίληψη για την υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή από ότι οι γυναίκες. Επίσης, έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά

μεταξύ της υποστήριξης της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή και των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,046$), δηλαδή τα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο επηρεάζουν την υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα με περισσότερα από 6 έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, έχουν πιο θετική αντίληψη για την υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή, από ότι τα άτομα με λιγότερα από 6 έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας ($p=0,063$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,545$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,834$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,079$) και της υποστήριξης της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή. Δηλαδή όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων, πλην του φύλου, και των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο δεν επηρεάζουν τις απόψεις του προσωπικού σε σχέση με την υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή.

3.4.12. Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» παρουσιάζονται στον **πίνακα 34**.

Πίνακας 34. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»

Παράγοντας	Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου που οφείλουν να δουλεύουν συλλογικά	2,0	15,7	39,2	35,3	7,8
Οι μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς	2,0	9,8	37,3	47,1	3,9
Τα τμήματα του Νοσοκομείου δε συντονίζονται καλά μεταξύ τους	7,8	9,8	37,3	35,3	9,8

Παράγοντας	Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου				
	Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη	9,8	37,3	35,3	13,7

Το 43,1% περίπου των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου που οφείλουν να δουλεύουν συλλογικά. Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες (51%) δήλωσαν ότι οι μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς. Παρόλα αυτά το 45,3% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δεν υπάρχει καλός συντονισμός ανάμεσα στα τμήματα του νοσοκομείου. Το 17,6% των συμμετεχόντων δήλωσε πως η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου συχνά είναι δυσάρεστη.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» ήταν 4, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 4 μέχρι 20. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για τη συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου. Στον **πίνακα 35** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για την συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου ήταν 12,78 (TA=2,89).

Πίνακας 35. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»

Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
12,78	2,89	5,00	20,00	13,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 36**.

Πίνακας 36. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Αρρεν</i>	13,55	2,82
<i>Θήλυ</i>	12,21	2,86
<i>T</i>	1,665	
<i>p-value</i>	,102	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	11,81	2,06
<i>30+ χρονών</i>	13,41	3,26
<i>T</i>	-1,984	
<i>p-value</i>	,053	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	12,17	2,55
<i>6+</i>	13,67	3,18
<i>T</i>	-1,867	
<i>p-value</i>	,068	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<i><=5</i>	12,29	2,55
<i>6+</i>	14,23	3,44
<i>T</i>	-2,164	
<i>p-value</i>	,035	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<i><38</i>	12,59	2,74
<i>38+</i>	13,18	3,23
<i>T</i>	-,681	
<i>p-value</i>	,499	
Νοσοκομειακή Θέση		
Διάμεσος		
<i>Νοσηλευτής</i>	13,00	
<i>Ιατρός</i>	14,50	
<i>Z</i>	-,975	
<i>p-value</i>	,329	

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της συνεργασίας και ομαδικής εργασίας μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου και των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,035$), δηλαδή τα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο επηρεάζουν την συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα με περισσότερα από 6 έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, έχουν πιο θετική αντίληψη για την συνεργασία και

ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου, από ότι τα άτομα με λιγότερα από 6 έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου ($p=0,102$), της ηλικίας ($p=0,053$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,068$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,499$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,329$) και της συνεργασίας και ομαδικής εργασίας μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου. Δηλαδή όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων, πλην των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, δεν επηρεάζουν τη συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου.

3.4.13. Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» παρουσιάζονται στον **πίνακα 37**.

Πίνακας 37. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

Παράγοντας	Μεταφορές και διακομιδές ασθενών ενός του νοσοκομείου				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<i>Κατά τη μεταφορά των ασθενών από τη μια μονάδα στην άλλη περνάνε απαρατήρητες πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία τους λόγω ατελειών του συστήματος</i>	3,9	21,6	25,5	35,3	13,7
<i>Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας</i>	11,8	29,4	25,5	27,5	5,9
<i>Συχνά δημιουργούνται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του Νοσοκομείου</i>	11,8	17,6	35,3	31,4	3,9
<i>Οι αλλαγές βάρδιας στο νοσοκομείο προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς</i>	27,5	25,5	21,6	19,6	5,9

Περίπου οι μισοί από τους επαγγελματίες υγείας (49%) δήλωσαν ότι κατά τη μεταφορά των ασθενών από τη μια μονάδα στην άλλη περνάνε απαρατήρητες πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία τους, λόγω ατελειών του συστήματος. Ένας στους τρεις συμμετέχοντες (33,4%) δήλωσε πως συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας. Ποσοστό 35,3% των συμμετεχόντων δήλωσε πως συχνά δημιουργούνται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του Νοσοκομείου. Τέλος ένας στους τέσσερις συμμετέχοντες (25,5%) δήλωσε ότι οι αλλαγές βάρδιας στο νοσοκομείο προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

Δεδομένου ότι οι ερωτήσεις όσον αφορά τον παράγοντα «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» ήταν 4, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 4 μέχρι 20. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για τις μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου. Στον **πίνακα 38** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για τις μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου ήταν 12,31 (TA=3,78).

Πίνακας 38. *Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»*

Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
12,31	3,78	4,00	20,00	12,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 39**.

Πίνακας 39. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Άρρεν</i>	13,00	3,69
<i>Θήλυ</i>	11,79	3,82
<i>T</i>	1,134	
<i>p-value</i>	,262	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	11,24	2,30
<i>30+ χρονών</i>	12,93	4,43
<i>T</i>	-1,599	
<i>p-value</i>	,116	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	11,67	3,34
<i>6+</i>	13,24	4,24
<i>T</i>	-1,480	
<i>p-value</i>	,145	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<i><=5</i>	11,95	3,60
<i>6+</i>	13,38	4,21
<i>T</i>	-1,189	
<i>p-value</i>	,240	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<i><38</i>	12,21	3,47
<i>38+</i>	12,53	4,43
<i>T</i>	-,286	
<i>p-value</i>	,776	
Νοσοκομειακή Θέση		
<i>Νοσηλευτής</i>	12,00	
<i>Ιατρός</i>	16,00	
<i>Z</i>	-,719	
<i>p-value</i>	,472	

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου ($p=0,262$), της ηλικίας ($p=0,116$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,145$), των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,240$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,776$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,472$) και των μεταφορών και διακομιδών ασθενών εντός του νοσοκομείου. Δηλαδή όλες οι μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων δεν επηρεάζουν τις μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου.

3.4.14. Σύνοψη αποτελεσμάτων για τους δώδεκα παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας

Για την ευκολότερη κατανόηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, παρουσιάζονται στην συνέχεια συνοπτικά (πίνακας 40), για κάθε ένα από τους δώδεκα παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας που μελετήθηκαν ο μέσος όρος, το μέγιστο της κλίμακας και το μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων.

Πίνακας 40. Συνοπτική παρουσίαση αποτελεσμάτων για τους δώδεκα παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας που μελετήθηκαν

	Μέσος Όρος	Μέγιστο Κλίμακας	Μέσο Ποσοστό Θετικών Απαντήσεων
Συχνότητα αναφοράς συμβάντων	10,96	15	54,9%
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	13,50	20	51,93%
Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή	14,35	20	59,15%
Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση	11,04	15	64,77%
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου	14,81	20	62,53%
Ανοιχτή επικοινωνία	10,67	15	51,90%
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	11,44	15	64,73%
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	8,13	15	21,83%
Στελέχωση	10,88	20	25,00%
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή	9,67	15	45,07%
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου	12,78	20	39,70%
Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	12,31	20	37,28%

Από τον πίνακα 40 προκύπτει πως οι παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας που παρουσιάζουν το μεγαλύτερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων είναι η «Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση»

(64,77%), η «Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» (64,73%) και η «Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» (62,53%).

Αντίθετα, οι παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας που παρουσιάζουν το μικρότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων είναι η «Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» (21,83%), η «Στελέχωση» (25,00%), οι «Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» (37,28%) και η «Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» (39,70%).

Όπως προαναφέρθηκε, στη έρευνα με τη χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, εκτός από τους δώδεκα παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας, εξετάζονται επιπλέον η «βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή» και ο «αριθμός των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες».

3.4.15. Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή» παρουσιάζονται στον **πίνακα 41**.

Πίνακας 41. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή»

Παράγοντας	Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή				
	Ερώτηση	Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια
Παρακαλούμε αξιολογήστε την επίδοση της μονάδας σας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή.	15,7	45,1	27,5	9,8	2,0

Το 60,8% των επαγγελματιών υγείας βαθμολόγησε την επίδοση της μονάδας του, σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή, ως πολύ καλή ή άριστη, ενώ ποσοστό 11,8% των συμμετεχόντων αξιολόγησε την επίδοση της μονάδας του, σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή, ως μέτρια ή κακιά.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή»

Δεδομένου ότι όσον αφορά στον παράγοντα «βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή» υπήρχε μόνο μια ερώτηση, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 1 μέχρι 5. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για τη βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή. Στον **πίνακα 42** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για τη βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή ήταν 2,37 (TA=0,94).

Πίνακας 42. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή»

Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
2,37	0,94	1,00	5,00	2,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 43**.

Πίνακας 43. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Αρρεν</i>	2,05	0,72
<i>Θήλυ</i>	2,62	1,01
<i>T</i>	-2,364	
<i>p-value</i>	,022	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	2,81	0,87
<i>30+ χρονών</i>	2,03	0,87
<i>T</i>	3,115	
<i>p-value</i>	,003	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	2,43	0,97
<i>6+</i>	2,29	0,90
<i>T</i>	,550	
<i>p-value</i>	,585	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		

Μεταβλητή	Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή	
<=5	2,42	0,95
6+	2,23	0,93
T	,628	
p-value	,533	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<38	2,41	0,92
38+	2,29	0,99
T	,419	
p-value	,677	
Νοσοκομειακή Θέση		Διάμεσος
Νοσηλευτής	2,00	
Ιατρός	1,50	
Z	-1,695	
p-value	,090	

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της βαθμολογίας της ασφάλειας του ασθενή και του φύλου ($p=0,022$), δηλαδή το φύλο επηρεάζει τη βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες έχουν πιο θετική αντίληψη για τη βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή από ότι οι γυναίκες. Επίσης έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της βαθμολογίας της ασφάλειας του ασθενή και της ηλικίας ($p=0,003$), δηλαδή η ηλικία επηρεάζει τη βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα ηλικίας κάτω των 30 ετών έχουν πιο θετική αντίληψη για τη βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή, από ότι άτομα ηλικίας άνω των 30 ετών. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,585$), των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,533$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,677$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,090$) και της βαθμολογίας της ασφάλειας του ασθενή. Δηλαδή όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων, πλην του φύλου και της ηλικίας, δεν επηρεάζουν τη βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή.

3.4.16. Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον παράγοντα «αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες» παρουσιάζονται στον **πίνακα 44**.

Πίνακας 44. Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον παράγοντα «αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες»

Παράγοντας	Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες
------------	---

Παράγοντας	Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες					
	Καμία αναφορά	1 έως 2 αναφορές	3 έως 5 αναφορές	6 έως 10 αναφορές	11 έως 20 αναφορές	21 ή περισ. αναφορές
Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες αναφορές συμβάντων έχετε συντάξει και υποβάλει;	47,1	31,4	9,8	11,8	0,0	0,0

Οι μισοί περίπου από τους συμμετέχοντες (47,1%) δήλωσαν ότι δεν έχουν συντάξει και υποβάλει καμία αναφορά τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ ποσοστό 31,4% δήλωσε ότι έχει συντάξει και υποβάλει μόνο από 1 έως 2 αναφορές τους τελευταίους 12 μήνες.

Ανάλυση μιας μεταβλητής για τον παράγοντα «αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες»

Δεδομένου ότι όσον αφορά τον παράγοντα «αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες» υπήρχε μόνο μια ερώτηση, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 1 μέχρι 5. Οι υψηλότερες βαθμολογίες εκφράζουν πιο θετική αντίληψη για τον αριθμό συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες. Στον **πίνακα 45** που ακολουθεί παρουσιάζονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή καθώς και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον συγκεκριμένο παράγοντα. Η μέση συνολική βαθμολογία για τον αριθμό συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες ήταν 1,86 (TA=1,02).

Πίνακας 45. Ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή και η διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον παράγοντα «αριθμό συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες»

Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
1,86	1,02	1,00	3,00	2,00

Ανάλυση δύο μεταβλητών για τον παράγοντα «αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες»

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στον παράγοντα «αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες» και τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον **πίνακα 46**.

Πίνακας 46. Κριτήριο Mann-Whitney ή κριτήριο *t* για τη σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του παράγοντα «αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες» και τα δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
<i>Αρρεν</i>	1,82	1,05
<i>Θήλυ</i>	1,90	1,01
<i>T</i>	-,269	
<i>p-value</i>	,789	
Ηλικία		
<i>< 30 χρονών</i>	1,95	1,07
<i>30+ χρονών</i>	1,76	0,99
<i>T</i>	,661	
<i>p-value</i>	,512	
Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο;		
<i><=5</i>	1,90	1,03
<i>6+</i>	1,81	1,03
<i>T</i>	,309	
<i>p-value</i>	,759	
Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου		
<i><=5</i>	1,84	1,03
<i>6+</i>	1,92	1,04
<i>T</i>	-,245	
<i>p-value</i>	,808	
Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο		
<i><38</i>	1,88	1,04
<i>38+</i>	1,82	1,01
<i>T</i>	,192	
<i>p-value</i>	,848	
Νοσοκομειακή Θέση		
Διάμεσος		
<i>Νοσηλευτής</i>	2,00	
<i>Ιατρός</i>	1,50	
<i>Z</i>	-,157	
<i>p-value</i>	,875	

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου ($p=0,789$), της ηλικίας ($p=0,512$), των ετών εργασίας στο νοσοκομείο ($p=0,759$), των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο ($p=0,808$), των εβδομαδιαίων εργατοωρών ($p=0,848$), της νοσοκομειακής θέσης ($p=0,875$) και του αριθμού συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες. Δηλαδή όλες οι μεταβλητές

των δημογραφικών στοιχείων δεν επηρεάζουν τον αριθμό συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες.

3.4.17. Σχόλια συμμετεχόντων

Τα αυτούσια σχόλια των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι τα εξής:

- i. «Πάντα προηγείται η ασφάλεια του ασθενή και όποια λάθη γίνονται πρέπει να αναφέρονται».
- ii. «Πρέπει να γίνεται γραπτώς αναφορά και όχι προφορικά για οτιδήποτε λάθη που γίνονται, γιατί δυστυχώς τα προφορικά δεν τα θυμάται κανένας».
- iii. «Ενώ το νοσοκομείο έχει σοβαρότατες ελλείψεις σε είδη πρώτης ανάγκης, η διοίκηση ασχολείται με εντελώς άσχετα θέματα».
- iv. «Λόγω φόρτου εργασίας και μειωμένου προσωπικού συνήθως γίνονται λάθη με αποτέλεσμα η ασφάλεια του ασθενή να τίθεται σε κίνδυνο».
- v. «Προσπαθούμε να κάνουμε ότι καλύτερο για την ασφάλεια των ασθενών».

3.5. Ανάλυση αποτελεσμάτων - Συζήτηση

Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις δημόσιες ογκολογικές κλινικές της Κύπρου, αξιολογούν το γενικότερο κλίμα ως προς την ασφάλεια των ασθενών, ως σχετικά θετικό. Συγκεκριμένα, μέσα από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι ποσοστό 60,8% των επαγγελματιών υγείας βαθμολόγησε την επίδοση της μονάδας του, σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή, ως πολύ καλή ή άριστη, ενώ ένα ποσοστό 11,8% των συμμετεχόντων την αξιολόγησε, ως μέτρια ή κακιά. Η συνολική αυτή βαθμολογία της ασφάλειας των ασθενών είναι συγκρίσιμη με τα αποτελέσματα από άλλες διεθνείς έρευνες (στις οποίες κυμαίνεται στο 60 με 75%) και είναι υψηλότερη σε σχέση με την μοναδική έρευνα που έγινε προηγουμένως στην Κύπρο, με τη χρήση του ίδιου ερευνητικού εργαλείου και η οποία αφορούσε γενικά όλους τους ασθενείς ενός δημόσιου νοσοκομείου^[112]. Ίσως τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ογκολογικών ασθενών, τόσο η φύση της ασθένειας τους, όσο και τα είδη θεραπείας στις οποίες υποβάλλονται, να αποτελούν την εξήγηση για το σχετικά θετικό κλίμα ασφάλειας που διαπιστώθηκε.

Η έρευνα έδειξε επίσης, ότι οι παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας που παρουσιάζουν το μεγαλύτερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων είναι η «Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση» (64,77%), η «Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» (64,73%) και η

«Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» (62,53%), ενώ αντίθετα οι παράγοντες με το μικρότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων είναι η «Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» (21,83%), η «Στελέχωση» (25,00%), οι «Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» (37,28%) και η «Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» (39,70%). Τα αποτελέσματα αυτά, είναι σε μεγάλο βαθμό σύμφωνα με τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, τα οποία παρουσιάζονται στο κεφάλαιο 2.6^[99 - 112].

Ειδικότερα, όσον αφορά τον παράγοντα «Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση», παρόμοια ευρήματα υψηλής θετικής βαθμολογίας, διαπιστώθηκαν και στις έρευνες των Al-Ahmadi και συν. στη Σαουδική Αραβία^[102], των El-Jardali και συν. στο Λίβανο^[106], των Nie και συν. στη Κίνα^[108] και των Agnew και συν. στη Σκωτία^[109]. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι γενικότερα, σε ένα υψηλό ποσοστό, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα οι ογκολογικές κλινικές που μελετήθηκαν, αναπτύσσουν δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή και οδηγούνται σε θετικές αλλαγές μέσα από τα λάθη τα οποία παρουσιάζονται.

Αναφορικά με τον παράγοντα «Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» που βρέθηκε να έχει τη δεύτερη υψηλότερη θετική ανταπόκριση στην παρούσα διατριβή, αυτό αποτελεί καινούργιο εύρημα, καθώς στις προηγούμενες έρευνες^[99 - 112] ο συγκεκριμένος παράγοντας δεν έλαβε πολύ υψηλή βαθμολογία. Πιθανότατα αυτό να οφείλεται στην ιδιαίτερη φύση των ογκολογικών κλινικών, οι οποίες περιθάλπουν ευαίσθητους ασθενείς σε συνθήκες υψηλού κινδύνου, με αποτέλεσμα σε ένα μεγάλο βαθμό οι επαγγελματίες υγείας να ενημερώνονται για τα λάθη τα οποία συμβαίνουν και να συζητούν τρόπους για να αποφύγουν την επανάληψη τους.

Τέλος, το γεγονός ότι ο παράγοντας «Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» συγκέντρωσε ένα υψηλό μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων, αποτελεί κάτι που συμφωνεί με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αφού σε όλες τις προηγούμενες έρευνες που έγιναν με τη χρήση του ίδιου ερευνητικού εργαλείου, ο εν λόγω παράγοντας βρέθηκε να έχει την υψηλότερη θετική βαθμολογία^[99 - 112]. Το εύρημα αυτό εκφράζει το κλίμα συνεργασίας και τον αλληλοσεβασμό που υπάρχει ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις συγκεκριμένες ογκολογικές κλινικές κλινικές, αλλά ταυτόχρονα αναδεικνύει, σε συνδυασμό με τη χαμηλή βαθμολογία των παραγόντων «Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» και «Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», ότι υπάρχει έλλειψη επικοινωνίας και ότι η καλή αυτή συνεργασία μεταξύ του προσωπικού δεν επεκτείνεται και με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Μια πιθανή εξήγηση του φαινομένου αυτού μπορεί να είναι η ξεχωριστή προσπάθεια

της κάθε κλινικής να αντεπεξέλθει στον αυξημένο φόρτο εργασίας, ακόμη και εις βάρος ενός άλλου τμήματος του νοσοκομείου.

Η πλέον χαμηλή βαθμολογία που παρατηρήθηκε για τον παράγοντα «Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» στην παρούσα έρευνα, είναι κάτι το οποίο επίσης παρατηρείται σε όλες σχεδόν τις έρευνες που ανασκοπήθηκαν^[99 - 112] και θεωρείται έκφραση της ανησυχίας των επαγγελματιών υγείας για το σύστημα διαχείρισης λαθών. Σε ένα υψηλό ποσοστό οι συμμετέχοντες αισθάνονται πως τυχόν λάθη τους μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε βάρος τους και να καταγραφούν στον υπηρεσιακό τους φάκελο, ενώ υπάρχει η εντύπωση ότι στοχοποιείται το άτομο που διέπραξε το λάθος και όχι το πρόβλημα αυτό καθαυτό. Αυτός είναι και ο λόγος που οι επαγγελματίες υγείας αποφεύγουν να δηλώσουν όλα τα λάθη. Συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη οι μισοί περίπου από τους συμμετέχοντες (47,1%) δήλωσαν ότι δεν έχουν συντάξει και υποβάλει καμία αναφορά τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ ποσοστό 31,4% δήλωσε ότι έχει συντάξει και υποβάλει μόνο από 1 έως 2 αναφορές τους τελευταίους 12 μήνες. Τα ποσοστά αυτά είναι υψηλότερα των αντίστοιχων ερευνών^[99 - 112] και αυτό καταδεικνύει πέρα από την απουσία ενός σωστά δομημένου συστήματος καταγραφής λαθών, το λανθασμένο κλίμα που επικρατεί στις δημόσιες ογκολογικές κλινικές της Κύπρου και πιθανότατα και στο σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων, όπου οι ευθύνες αποδίδονται σε μεμονωμένα άτομα και όχι στις οργανωτικές αδυναμίες του όλου συστήματος. Επιπλέον ίσως η διοίκηση αδυνατεί να περάσει στους εργαζόμενους το μήνυμα πως οι ενέργειες της στην περίπτωση ενός λάθους αποτελούν τμήμα του οράματος του οργανισμού για την ασφάλεια και δεν είναι μέσο συμμόρφωσης.

Η ανεύρεση τέλος πολύ χαμηλής βαθμολογίας για τον παράγοντα «Στελέχωση» είναι κάτι που παρατηρήθηκε και στις έρευνες των Hellings και συν. στο Βέλγιο^[100], των Chen και Li στην Ταιβάν^[105], των El-Jardali και συν. στο Λίβανο^[106], των Nie και συν. στην Κίνα^[108], και των Agnew και συν. στη Σκωτία^[109]. Αξιοσημείωτο πάντως είναι πως στην παρούσα έρευνα ποσοστό μόλις 3,8% των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι υπάρχει αρκετό προσωπικό για την αντιμετώπιση του φόρτου εργασίας, ενώ οι μισοί περίπου από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δουλεύουν περισσότερες ώρες απ' ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή και ότι εργάζονται «υπό κρίση» προσπαθώντας να κάνουν πολλά πράγματα σε λίγο χρονικό διάστημα. Εμφανίζεται επομένως σε πολύ έντονο βαθμό το πρόβλημα της μειωμένης στελέχωσης των δημόσιων ογκολογικών κλινικών που μελετήθηκαν, κάτι που αναφέρεται και στα ίδια τα σχόλια των συμμετεχόντων, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης λαθών^[81].

Μελετώντας τις συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τους παράγοντες της κουλτούρας ασφάλειας διαπιστώθηκε πως **το φύλο** επηρεάζει πέντε από τους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα οι άντρες έχουν πιο θετική αντίληψη για τους παράγοντες: «Συνολική αντίληψη της ασφάλειας», «Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου», «Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» και «Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή» από ότι οι γυναίκες, ενώ οι γυναίκες έχουν πιο θετική αντίληψη για τον παράγοντα «Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή» σε σύγκριση με τους άντρες.

Η **ηλικία** βρέθηκε να συσχετίζεται με τρεις από τους παράγοντες και πιο συγκεκριμένα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης από 30 ετών έχουν πιο θετική αντίληψη για τους παράγοντες: «Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» και «Ανοικτή επικοινωνία» σε σύγκριση με τα άτομα ηλικίας μικρότερης των 30 ετών. Αντίθετα, άτομα ηλικίας μικρότερης των 30 ετών έχουν πιο θετική αντίληψη για τον παράγοντα «Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή», από ότι άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 30 ετών. Το πρώτο μπορεί να οφείλεται στο ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες υγείας τείνουν να εκτιμούν περισσότερο από τους πιο νεαρούς ότι πρέπει να μαθαίνουν μέσα από τα λάθη που συμβαίνουν και να βελτιώνουν συνεχώς τις γνώσεις τους με στόχο την μεγιστοποίηση της ασφαλούς φροντίδας. Η δεύτερη παρατήρηση, μπορεί να εκφράζει την τάση των νεαρότερων επαγγελματιών να είναι λιγότερο αυστηροί σε ότι αφορά τις συνθήκες ασφαλούς φροντίδας των ασθενών.

Τα **έτη εργασίας** των επαγγελματιών υγείας στον συγκεκριμένο χώρο όπου διεξήχθη η έρευνα βρέθηκαν να επηρεάζουν τους παράγοντες: «Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή» και «Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου». Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με περισσότερα από 6 έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, έχουν πιο θετική αντίληψη για τους πιο πάνω παράγοντες, σε σύγκριση με τα άτομα με λιγότερα από 6 έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, κάτι που διαπιστώθηκε και σε άλλες έρευνες^[112, 123, 124]. Αυτό πιθανότατα εκφράζει τη σημασία που δίνουν οι πιο έμπειροι επαγγελματίες υγείας, στην υποστήριξη της διοίκησης και στην συνεργασία μεταξύ των τμημάτων για την ασφάλεια των ασθενών.

Τέλος, η **νοσοκομειακή θέση** διαπιστώθηκε πως συσχετίζεται με τον παράγοντα «Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου». Οι ιατροί βρέθηκε πως έχουν πιο θετική αντίληψη για τον πιο πάνω παράγοντα, από ότι το νοσηλευτικό προσωπικό. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι νοσηλευτές θεωρούν ως δεδομένη την αλληλοβοήθεια και την συνεργασία εντός του τμήματός τους, ώστε να μπορέσουν να διεκπεραιώσουν τον καθημερινά μεγάλο φόρτο εργασίας.

3.6. Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα διατριβή αποσκοπούσε στη διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εργάζονται στις ογκολογικές κλινικές των δημόσιων γενικών νοσοκομείων της Κύπρου, σε σχέση με τους παράγοντες που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας αυτοί είναι συγκεκριμένοι στον αριθμό, με αποτέλεσμα το δείγμα της έρευνας να είναι σχετικά μικρό σε μέγεθος και έτσι σε ορισμένες υποκατηγορίες κρίθηκε ως μη ικανοποιητικό, για περαιτέρω στατιστική επεξεργασία. Επίσης για την αποφυγή παραβίασης στατιστικών κανόνων, κατά την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, έγινε συγχώνευση κάποιων υποκατηγοριών.

Επιπλέον, στη συγκεκριμένη έρευνα μελετήθηκαν οι απόψεις μόνον του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που αποκλειστικά εργοδοτείται στις δημόσιες ογκολογικές κλινικές. Δεν εξετάστηκαν οι πεποιθήσεις άλλων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας (π.χ. φαρμακοποιοί, ακτινοθεραπευτές) οι οποίοι εμπλέκονται στην φροντίδα υγείας των ογκολογικών ασθενών και που ενδεχομένως έχουν τις δικές τους αντιλήψεις για την κουλτούρα ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών.

3.7. Συμπεράσματα - Εισηγήσεις

Μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας διαπιστώνεται το πρόβλημα της μειωμένης ασφάλειας στη φροντίδα των ασθενών, καθώς και των αυξημένων λαθών από μέρους των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της περίθαλψής τους, με άμεσες επιπτώσεις στην υγεία των ίδιων των ασθενών, αλλά και γενικότερες οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες. Παρόλη όμως την έμφαση στην έρευνα για αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών και κατανόηση των παραγόντων που την επηρεάζουν, η έρευνα όσον αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και αντιμετωπίζουν επιπλέον κινδύνους σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες ασθενών, είναι ιδιαίτερα περιορισμένη.

Η παρούσα διατριβή αναδεικνύει για πρώτη φορά την ύπαρξη μιας σχετικά θετικής κουλτούρας ασφάλειας στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών στις δημόσιες ογκολογικές κλινικές της Κύπρου, η οποία όμως συγκρινόμενη με τα ευρήματα άλλων παρόμοιων ερευνών, εγείρει προβληματισμούς ως προς τις δυνατότητες βελτίωσης της υφιστάμενης κατάστασης.

Όσον αφορά τους τομείς «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» και «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου», οι υπό μελέτη ογκολογικές κλινικές

βαθμολογούνται από τους επαγγελματίες υγείας με υψηλή θετική βαθμολογία, κάτι που εκφράζει τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, τις θετικές αλλαγές μέσα από τα λάθη τα οποία παρουσιάζονται, καθώς και το κλίμα συνεργασίας και τον αλληλοσεβασμό που υπάρχει ανάμεσα στους εργαζόμενους. Ξεχωριστό εύρημα, σε σύγκριση με τη υφιστάμενη βιβλιογραφία, αποτελεί η υψηλή θετική ανταπόκριση για την «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη», που πιθανόν να οφείλεται στην ιδιαίτερη φύση των ογκολογικών κλινικών, στις οποίες οι επαγγελματίες υγείας ενημερώνονται για τα λάθη τα οποία συμβαίνουν και αναζητούν τρόπους για αποφυγή της επανάληψής τους.

Παρόλα αυτά στην παρούσα έρευνα διαπιστώνεται, σε συμφωνία με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, χαμηλή βαθμολογία όσον αφορά τις «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» και τη «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου», τομείς οι οποίοι και θα πρέπει να βελτιωθούν, ενώ ιδιαίτερα σοβαρό εμφανίζεται να είναι το πρόβλημα της μειωμένης «στελέχωσης» στις δημόσιες ογκολογικές κλινικές που μελετήθηκαν, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι επίσης η διαπίστωση της πολύ χαμηλής βαθμολογίας για τη «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη», που εκφράζει την ανησυχία των επαγγελματιών υγείας για το σύστημα διαχείρισης λαθών και σχετίζεται με το πολύ σοβαρό πρόβλημα της μη δήλωσης των ανεπιθύμητων συμβάντων, εξαιτίας και της έλλειψης ενός σωστά δομημένου συστήματος καταγραφής των λαθών. Επιβάλλεται επομένως η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων (ίσως διαδικτυακού), ενώ παράλληλα θα πρέπει να αναστραφούν οι λανθασμένες αντιλήψεις που επικρατούν στις δημόσιες ογκολογικές κλινικές της Κύπρου και πιθανότατα και στο σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων, με τη δημιουργία ενός συστήματος υγείας, που να στηρίζεται στην άποψη ότι τα άτομα δεν πρέπει να κατηγορούνται σε προσωπικό επίπεδο για τυχόν λάθη, αλλά τα σφάλματα αυτά θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ευκαιρία για βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης.

Μέσα από την παρούσα διατριβή παρατηρείται επίσης ότι η βαθμολογία των παραγόντων που καθορίζουν την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών επηρεάζεται από διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, έτη εργασίας, νοσοκομειακή θέση) των συμμετεχόντων, κάτι που καταδεικνύει την ανάγκη για επιμόρφωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, ώστε να βελτιωθεί η άποψη τους για κάποιες από τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας.

Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς της μελέτης, αναδεικνύεται η ανάγκη για τη διενέργεια περισσότερων ερευνών με μεγαλύτερο αριθμό επαγγελματιών υγείας, από διάφορες ειδικότητες (π.χ. φαρμακοποιοί, ακτινοθεραπευτές), ενώ ενδιαφέρουσα θα ήταν μια σύγκριση των ευρημάτων, με μια αντίστοιχη έρευνα που θα αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούνται στο Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου, που έχει μερικώς ιδιωτικό χαρακτήρα.

Εν κατακλείδι, επιβάλλεται η ενίσχυση της υφιστάμενης κουλτούρας ασφάλειας στις δημόσιες ογκολογικές κλινικές, μέσα από αλλαγές στη πολιτική υγείας, ώστε η ασφάλεια των ογκολογικών ασθενών να αποτελεί επίκεντρο σε όλα τα επίπεδα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ελάττωση του αριθμού και των συνεπειών δυνητικά προβλέψιμων σφαλμάτων που επιβαρύνουν τους ογκολογικούς ασθενείς, αναμένεται να οδηγήσει στη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον τόπο μας.

4. ΒΙΒΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λιαρόπουλος Λ. Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας. Εκδ Βήτα medical arts, Αθήνα, 2007.
2. Ραφτόπουλος Β. Ωφελείν ή μη βλάπτειν . Ασφαλή Περιβάλλοντος Εργασίας και Ποιότητα Φροντίδας. Νοσηλευτική. 2007; 20(5).
3. Rand Europ. Improving patient safety in the E.U. Assessing the expected effects of three policy areas for future action. RAND Corporation; 2007. http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf [πρόσβαση 16/6/2013].
4. Reason J. Human error. Cambridge University Press; 1990.
5. World Health Organization. Patient Safety. Global Priorities for Patient Safety Research. Geneva: WHO Publications; 2009.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
7. Υγεία-ΕΕ. Η Πύλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την δημόσια υγεία. http://ec.europa.eu/health-eu/carefor_me/patient_safety/index_el.htm[πρόσβαση 16/6/2013].
8. Καραίσκου Α. Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε ΜΕΘ και Παθολογικά τμήματα Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου; 2012.
9. Institute of Medicine. To err is Human: Building a better health care system. Washington: National Academy Press; 1999.
10. Muchinsky P. Psychology Applied to work. 5th Edition. North Carolina: Brooks/cole Publishing Company; 1987.
11. Yule S. 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. [πρόσβαση 18/6/2013].
12. The Institution of Engineering and Technology. Health & Safety Policy Statement. Health & Safety Briefing No. 08. England; 2009. www.theiet.org/factfiles [πρόσβαση 6/7/2013].
13. Λυπουρλής Δ. Ιατρική στην Αρχαία Ελλάδα. Από τον Όμηρο στον Ιπποκράτη: Κείμενα και εικόνες, Εκδ Παπασωτήριου, Αθήνα, 2008.
14. Singh N, Brennan P J, Bell M, (2008).Primum Non Nocere. Infection Control and Hospital Epidemiology; vol. 29, sup. 1.
15. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem. Fund Quart. 1983; 44:166-206.

16. Ronda H. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services; 2008.
17. Lilford R, Mohammed A, Spiegelhalter D, Thomson R. Use and measure of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *The Lancet*: 2004; 363:1147-1154.
18. Rigby D. Errors in health care management what do they cost? *Quality Healthcare*. 2000; 9:216-221.
19. Kaiser Family Foundation, (2004): Agency for Healthcare Research and Quality, Harvard School of Public Health: “National survey on consumers’ experiences with patient safety and quality information”. Menlo Park, Kaiser Family Foundation.
20. Wachter RM, (2004): “The End of the Beginning: Patient Safety Five Years After ‘To Err is Human’”. *Quality of Care; Health Affairs – Web Exclusive*, w4-534-W4-545.
21. Troyen B, Nan L, Russel L, Newhouse J, Weiler M. Incidence of Adverse events and Negligence in Hospitalized Patient. *The new England Journal of Medicine* 1991; 324 (6): 370-376.
22. Νταντανά Α. Μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου με την χρήση ερωτηματολογίου. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Διοίκηση Επιχειρήσεων. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας; 2010.
23. Leape L., (2000): “Can we make health care safe?” In: *Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety: Success stories from the Front Lines of Medicine*. “Accelerating Change Today for America’s Health”. The Institute Coalition on Health Care – The Institute for Healthcare Improvement.
24. Altman E, Clancy C, Blendon J. Improving patient safety – five years after the IOM report. *New England Journal of Medicine* 2004; 351:2041-2043.
25. NPSF: *Death by Medicine*. Boston; 1997. <http://www.nnpsf.org> [πρόσβαση 12/7/2013]
26. Ραφτόπουλος Β. Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας Λευκωσία: Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΠΑΚ; 2009.
27. European Commition. Council Recommendations on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Brussels; 2009. http://ec.europa.eu/health/ph_systems/patient_safety_en.htm [πρόσβαση 14/6/2013].
28. World Health Organization. (2012). Patient safety- Facts and Figures <http://www.euro.who.int/en/what-wedo/health-topics/Health-systems/patient-safety/facts-and-figures> [πρόσβαση 14/6/2013].

29. European Commission. Special Eurobarometer. Patient safety and quality of healthcare. Full report. Brussels; 2010.
30. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. ISBN: 9789241598552. Geneva; 2009
http://www.who.int/topics/patient_safety/en/www.who.int/topics/patient_safety/en/
[πρόσβαση 14/6/2013].
31. Stone P W, (2009).Economic burden of healthcare-associated infections: an American perspective" Expert Review of Pharmacoeconomics &Outcomes Research; 9, (5): 417- 422
<http://www.expert-reviews.com/loi/erp> [πρόσβαση 15/6/2013].
32. Paine LA, Rosenstein BJ, Sexton JB, Kent P, Holzmueller CG & Pronovost PJ. Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: a prospective cohort study. Quality and safety in Health Care. 2010; 19(6): 547.
33. Donchin Y. A look in to the Nature and Cause's of Human Errors in the Intensive Care Unit. Critical Care Medicine. 1995; 23(2): 294-300.
34. Valentin A, Capuzzo M, Guited B, Moreno R, Metnitz B, Bauer P. Resarch Group on Quality Improvement if the European Society of Intensive Care Medicine. Sentinel Events Evaluation Study Investigators. Errors in the administration of parenteral drugs- an urgent safety issue in Intensive Care Units. British Medical Journal. 2009; 338: b814.
35. Wu W. Medical error the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000; 320 (7237): 726–737.
36. Brennan A, Leape L, Laird M. Incidence of Adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. New England Journal of medicine. 1991; 48:2137-2145.
37. WHO/CDS/CSR/EPH/, (2002). Prevention of hospital- acquired infections: A practical guide, 2nd edition.
38. Leal J, Luengo-Fernandez R, Gray A, Petersen S, Rayner M, (2006).Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. Eur Heart J.; 27:1610-1619.
39. Bates W, Spell N, Cullen J, Burdick E, Laird N, Petersen A. The cost of adverse drug events in hospitalized patient. JAMA. 1997; 277:307-311.
40. Mintzberg, Henry, the Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research (1979). University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1496182>.

41. Hann M, Bower P, Campbell S, Marshall M, Reeves D. The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. *Fam. Pract* 2007; 24(4):323-329.
42. Williams L, Dobson P, Walters M. *Changing culture*. London: Institute of Personnel Management; 1989.
43. Schein E. *Organizational Psychology*. (3rd Edition) Prentice Hall: Englewood Cliffs; 2009.
44. Cui-fie L, Watterson L. Measuring the safety climate in NHS organisations *Art and Science. Nursing Standard*. 2010; 24 (24): 35-38.
45. International Nuclear Safety Advisory Group –INSAG. *Safety Culture*. Report 75-INSAG 4- International Atomic Energy Agency. Vienna; 1989.
46. Sammer C, Lykens K, Mains D, Lackan N. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42 (2):156–165.
47. Human Engineering for the Health and Safety Executive. *A review on safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit*. Bristol; 2005.
48. 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 [πρόσβαση 25/6/2013].
49. Mearns K., Whitaker S.M. & Flin R., (2003): “Safety Climate, safety management practice and safety performance in offshore environments”. *Safety Science*, 41,641-680.
50. Philips D, (1999), *New Look Reflects Changing Style of Patient Safety Enhancement*. *JAMA*, 281.
51. Porto G. *Safety by Design. Ten Lessons From Human Factors Research*. *Journal of Healthcare Risk Management*. 2001; 43-50.
52. Reason J, (2000). *Human error: models and management*, *BMJ*; 320:768–70.
53. Institute of Medicine. *Care without coverage: Too little. Too late*. Washington: National Academy; 2002.
54. Μουμπζόγλου Α. *Ποιότητα και Ασφάλεια στην Φροντίδα Υγείας. Επιστήμες διοίκησης και οικονομίας της υγείας*: Αθήνα; 2008.
55. Lester H, Tritter J, (2001). *Medical Error: A discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error*. *Medical education*; 35:855-861.
56. Rosenthal MM., (1999): “*Medical Mishaps: Pieces of the puzzle*”. Philadelphia PA: Open University Press.
57. Wu A, Folkman S, McPhee J, Lo. *Do house officers learn from their mistakes? JAMA*.

58. 1991; 265:2089-2094.Sexton JB, Holzmueller CG, Pronovost PJ, Thomas EJ, McFerran S, Nunes J, Thompson DA, Knight AP, Penning DH, Fox HE. Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. *J Perinatol.* 2006 Aug; 26(8):463-70.
59. Reason J. "Achieving a safe culture: theory and practice". *Work and Stress*, 1998; 12, 293-306.
60. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*, 11-45.
61. Nieva VF, Sora J. Hospital Survey on Patient Safety Culture; 2004 www.ahrq.gov/qual/hospculture/ [πρόσβαση 25/7/2013].
62. Μιχοπάνου Ν, Μόνιου Α. Τα λάθη στην κλινική Πράξη. *Νοσοκομειακά Χρονικά.* 2010; 72: 380-385.
63. Cooper M. "Towards a model of safety culture". *Safety Science* 2000; 36:111-136.
64. Yates, G.R., Brend, D.I, Sayles, S.M, Stockmeier, C.A, Burke, G&Merti, G.E (2005). Building and sustaining systemwide culture of safety. *Journal of Quality and Patient Safety*, 31 (12), 684-689.
65. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care.* 2004; 13 (suppl 1):85-90.
66. Nunes J& McFerran S. The perinatal patient safety project: New can be great. *The Permanente Journal*, 2005; 9(1), 25-27
67. Huang D, Clermont G, Kong L, Weissfeld L, Rowan K, Angus D. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care* (2010) 22 (3): 151-161.
68. I-S Kim, M Park, M-Y Park, H Yoo, J Choi. Factors Affecting the Perception of Importance and Practice of Patient Safety Management among Hospital Employees in Korea. *Asian Nursing Research* 7 (2013) 26-32.
69. Chiang HY., Lin SY, Hsu SC, Ma SC. (2010). Factors determining hospital nurses failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook*, 58 (1):17-25.
70. Jeongeun K, Kyungeh A, Minah KK, Sook HY. (2007). Nurses Perception of Error Reporting and Patient Safety Culture in Korea. *Western Journal of Nursing Research*, 29 (7): 827-844.
71. Abdou H, Saber K, (2011). A baseline assessment of patient safety cultures among nurses- a student university hospital. *World Journal of Medical Science*; 6(1):17-26.

72. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: “Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical Health Care Error Reduction”. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO 2002.
73. Ch K Kydona, G Malamis, T Giasnetsova, V Tsiora, and N Gritsi-Gerogianni. The level of teamwork as an index of quality in ICU performance. *Hippokratia*. 2010 Apr-Jun; 14(2): 94–97.
74. Wear D, Keck-McNulty C. Attitudes of female nurses and female residents toward each other: A qualitative study in one US teaching hospital. *Acad Med* 2004, 79:291–301.
75. Sterchi LS. Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN J* 2007, 86:45–57.
76. Garvin D., (1993): “Building a learning organization”. *Harvard Business Review*.
77. Blake, S.C., Kohler, S., Rask, K., Davis, A., & Naylor, D.V.(2006). Facilitators and barriers to 10 national quality forum safe practices. *American Journal of Medical Quality*, 21(5), 323–334.
78. Maechem J.: “Wisdom and the context of knowledge”. In: Kuhn D., Maechem J., (eds.), *Contributions in Human Development*. 8:111-134. Basel: Karger 1993.
79. McCarthy, D., & Blumenthal, D. (2006). Stories from the sharp end: Case studies in safety improvement. *Milbank Quarterly*, 84(1), 165–200
80. Stone P. Nursing working conditions: Implications for infectious disease. *Emerging Infectious Disease*. 2004; 10(11), 1984-1989
81. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Zdevinsky K. “Nurse-staffing levels and quality of care in hospitals”. *N Engl J Med*; 2002, 346:1415-1422.
82. Aiken L, Clark S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16):1987-1993.
83. Μήτσης Δ, Κελέση Μ, Καπάδοχος Θ. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείρισή τους. *Το Βήμα του Ασκληπείου*, 2012; 11(1), 293-312.
84. Rogers A, Hwang W, Scott LP, Aiken LH, Dingers DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs* 2004, 4: 202 – 212
85. Biaggi, P., Peter, S. & Ulich, E. Stressors, emotional exhaustion, and aversion to patients in residents and chief residents. *Swiss Medical Weekly*, 2003; 133, 339-346.
86. Carayon P, Gurses AP. A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs* 2005; 21(5):284—301.

87. Elfering A, Semmer NK, Grebner S. Work stress and patient safety: observer-rated work stressors as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. *Ergonomics* 2006; 49:457—69.
88. Hutchinson A., Cooper K. L., Dean J. E., McIntosh A., Patterson M., Stride C. B., Laurence, B. E., Smith C. M., (2006). Use of a safety climate questionnaire in UK health care: factor structure, reliability and usability. *Qual Saf Health Care*; 15: 347–353.
89. Flin R, Mearns K, O'Connor P. Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science*. 2000; 34:177–192.
90. Ashkanasy N, Wilderom C, Peterson M. *Handbook of organizational culture and climate*. London: Sage publications Inc; 2011
91. Kho ME, Carbone JM, Luckas J, Cook DJ, (2005): “Safety climate survey: reliability of results from a multicenter ICU survey”. *Qual Saf Health Care*; 14:273-278.
92. Zohar D. A group-level model of safety climate: testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs. . *Journal of Applied Psychology*. 2000; 85:587–596.
93. NHS. National Patient Safety Agency Foresight Training. Resource Pack . London; 2008.
94. NHS: Education for Scotland. An introduction to Safety Climate. Scotland; 2010.
95. Neal A, Griffin A: Safety climate and safety at work. In: Barling J, Frone M. *The psychology of workplace safety*. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
96. Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M (2003): “The quantitative measurement of organizational culture in Health Care: a review of available instruments”. *HSR*, 38(3):923-945.
97. Πετρίδης Ε. Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου της Κύπρου. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου; 2012.
98. Singla A, Kitch B, Weissman J, Campbell E. Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. *Journal of Patient Safety* 2006; 2 (3): 105- 115.
99. Jones K, Skinner A, Xu L, Sun J, Mueller K. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. Available at: http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol2/advances-jones_29.pdf [πρόσβαση 17/8/2013].
100. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Improving patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2010; 23(5), 489-506.

101. Castle N, Wagner L, Perera S, Ferguson J and Handler S. Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals. *Journal of Applied Gerontology* 2009; 30(1) 22–43.
102. Al-Ahmadi T. Measuring Patient Safety Culture in Riyadh's Hospitals: A Comparison between Public and Private Hospitals. *J Egypt Public Health Assoc* 2009; 84(5 & 6), 480-500.
103. Bodur S and Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; Volume 21, Number 5: pp. 348–355.
104. Bodur S and Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research* 2010, 10:28.
105. Chi Chen & Hung-Hui Li. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research* 2010, 10:152.
106. El Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *International Journal for Quality in Health Care* 2010; Volume 22, Number 5: pp. 386–395.
107. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Smith SA: Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report. Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290200710024C. AHRQ Publication No. 12–0017. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/index.html> [πρόσβαση 17/8/2013].
108. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Services Research* 2013, 13:228.
109. Agnew C, Flin R, Mearns K. Patient safety climate and worker safety behaviors in acute hospitals in Scotland. *Journal of Safety Research* 45 (2013) 95–101.
110. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International journal for Quality in Health Care* 2013; pp. 1-9.
111. Ballangrud R, Hedelin B, Hall-Lord ML. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing* (2012) 28, 344—354.
112. Κούσουλος Γ. Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου. *Μεταπτυχιακό*

- Πρόγραμμα Σπουδών στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου; 2013.
113. Blendon RJ, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, Zapert K. Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2003; 22: 106 – 121.
 114. Rowe M: Doctors' responses to medical errors. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2004; 52:147-163.
 115. Ko C, Chaudhry S. The need for a multidisciplinary approach to cancer care. *J Surg Res* 2002; 105: 53 – 57.
 116. Schulmeister L: Chemotherapy medication errors: Descriptions, severity, and contributing factors. *Oncol Nurs Forum* 1999; 26:1033-1042.
 117. Muller T. Typical medication errors in oncology: analysis and prevention strategies. *Onkologie* 2003; 26, 539–544.
 118. Surbone A, Rowe M, Gallagher T. Confronting Medical Errors in Oncology and Disclosing Them to Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25(12), 1463-1467.
 119. Williams MV. Improving patient safety in radiotherapy by learning from near misses, incidents and errors. *Br J Radiol* 2007 May; 80(953):297-301.
 120. Sharfiq J, Barton M, Noble D, et al. An international review of patient safety measures in radiotherapy practice. *Radiotherapy Oncol* 2009 Jul; 92(1):15-21.
 121. Madsen MD, (2006): “*Improving Patient Safety: Safety Culture and Patient Safety Ethics*”. Riso National Laboratory, Roskilde, Denmark
 122. Field A, (2000): “*Discovering Statistics using SPSS for Windows*”. London: SAGE Publications
 123. Sexton B, Thomas E, Helmreich R. Discrepant attitudes about teamwork among Critical Care Nurses and Physicians. *Critical Care Med*. 2003; 31(3). 936-956.
 124. Abdou H, Saber K. A baseline assessment of patient safety culture among Nurses of student, University Hospital. *World Journal of Medical Sciences*. 2011; 6(1):17-26

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

5.1. Ερωτηματολόγιο



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ”

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Αυτή η έρευνα ζητά τη γνώμη σας σχετικά με θέματα ασφάλειας του ασθενή, ιατρικών λαθών και αναφοράς συμβάντων στο νοσοκομείο σας. Θα χρειαστούν περίπου 10-15 λεπτά για να συμπληρωθεί.

Τηλέφωνα επικοινωνίας: 99-822042 Γιώργος Πολυκάρπου, 99-433133 Χαρίλαος Στυλιανού

- Ως «συμβάν» ορίζεται κάθε μορφή σφάλματος, λάθους, επεισοδίου, ατυχήματος ή παρέκκλισης ασχέτως αν καταλήγει ή όχι σε βλάβη του ασθενή.
- Ως "ασφάλεια του ασθενή" ορίζεται η αποφυγή και η πρόληψη βλαβών του ασθενή ή δυσάρεστων συμβάντων που προκύπτουν κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Σημειώστε την απάντησή σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓

- Άρρεν Θήλυ

Σημειώστε την ηλικία σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓

- 20-29 30-39 40-49 50-65

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: Ο Εργασιακός σας χώρος / Μονάδα

Σ' αυτή την έρευνα, σκεφτείτε την «μονάδα» σας ως τον εργασιακό χώρο, τμήμα ή κλινική του νοσοκομείου όπου διαθέτετε το μεγαλύτερο μέρος του εργάσιμου χρόνου σας ή παρέχετε τις περισσότερες κλινικές υπηρεσίες σας.

Ποιος είναι ο βασικός εργασιακός σας χώρος ή μονάδα στο νοσοκομείο; Σημειώστε ΜΙΑ απάντηση τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓

- ο α. Πολλές διαφορετικές μονάδες/ όχι συγκεκριμένη μονάδα
- ο β. Θάλαμος Νοσηλείας
- ο γ. Εξωτερικά ιατρεία
- ο δ. Φαρμακείο
- ο ε. Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας
- ο στ. Ακτινολογικό
- ο ζ. Τμήμα ακτινοθεραπείας
- ο η. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε:

Παρακαλούμε δηλώστε τη συμφωνία ή διαφωνία σας με τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με τον εργασιακό σας χώρο/μονάδα. Σημειώστε την απάντησή σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓

Σκεφτείτε τον εργασιακό χώρο σας/ Μονάδα...	Διαφωνώ απόλυτα ▼	Διαφωνώ ▼	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ ▼	Συμφωνώ ▼	Συμφωνώ απόλυτα ▼
1. Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον σ' αυτή την μονάδα.....	1	2	3	4	5
2. Έχουμε αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσουμε το φόρτο εργασίας	1	2	3	4	5
3. Όταν έχουμε πολλή δουλειά η οποία πρέπει να γίνει γρήγορα, εργαζόμαστε ομαδικά για να την τελειώσουμε	1	2	3	4	5
4. Σ' αυτή την μονάδα οι εργαζόμενοι φέρονται ο ένας στον άλλο με σεβασμό	1	2	3	4	5
5. Το προσωπικό σ' αυτή την μονάδα δουλεύει περισσότερες ώρες απ' ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή	1	2	3	4	5
6. Αναπτύσσουμε δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	1	2	3	4	5
7. Χρησιμοποιούμε περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή	1	2	3	4	5
8. Το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του	1	2	3	4	5
9. Τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές εδώ	1	2	3	4	5
10. Είναι θέμα τύχης που δεν συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη εδώ	1	2	3	4	5
11. Σ' αυτή την μονάδα όταν κάποιος εργαζόμενος έχει πολύ δουλειά οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να ανταπεξέλθει	1	2	3	4	5
12. Όταν αναφέρεται ένα «συμβάν» υπάρχει η εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το πρόβλημα καθαυτό	1	2	3	4	5
13. Όταν εφαρμόζουμε αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, αξιολογούμε κατόπιν την αποτελεσματικότητά τους	1	2	3	4	5
14. Εργαζόμαστε σαν να τελούμε «υπό κρίση» προσπαθώντας να κάνουμε υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα	1	2	3	4	5
15. Η ασφάλεια του ασθενή δεν θυσιάζεται τότε προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία	1	2	3	4	5
16. Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο	1	2	3	4	5
17. Έχουμε προβλήματα με την ασφάλεια των ασθενών σ' αυτή την μονάδα	1	2	3	4	5
18. Οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζουμε είναι αποτελεσματικά όσον αφορά την πρόληψη λαθών	1	2	3	4	5

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: Ο Προϊστάμενός σας/ Διευθυντής της

Παρακαλούμε δηλώστε τη συμφωνία ή διαφωνία της με της επόμενες δηλώσεις σχετικά με τον άμεσο προϊστάμενο/ διευθυντή της ή το άτομο στο οποίο λογοδοτείτε απευθείας. Σημειώστε την απάντησή της τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓

	Διαφωνώ απόλυτα ▼	Διαφωνώ ▼	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ ▼	Συμφωνώ ▼	Συμφωνώ απόλυτα ▼
1. Ο προϊστάμενός μου/διευθυντής λέει έναν καλό λόγο όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με της ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή	1	2	3	4	5
2. Ο προϊστάμενός μου/διευθυντής λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	1	2	3	4	5
3. Κάθε φορά που η πίεση αυξάνει ο προϊστάμενος/ διευθυντής μου θέλει να δουλεύουμε ταχύτερα ακόμη κι αν αυτό σημαίνει συντόμευση των διαδικασιών	1	2	3	4	5
4. Ο προϊστάμενος/διευθυντής μου παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή	1	2	3	4	5

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: Επικοινωνία

Πόσο συχνά συμβαίνουν τα ακόλουθα στον εργασιακό σας χώρο/μονάδα; Σημειώστε την απάντηση τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓

Σκεφτείτε τον εργασιακό χώρο σας/ Μονάδα	Ποτέ ▼	Σπάνια ▼	Μερικές φορές ▼	Συνήθως ▼	Πάντοτε ▼
1. Μας ενημερώνουν για τις αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές συμβάντων	1	2	3	4	5
2. Το προσωπικό θα μιλήσει ελεύθερα αν δει κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενή	1	2	3	4	5
3. Ενημερωνόμαστε για τα λάθη που συμβαίνουν σ' αυτό το Τμήμα	1	2	3	4	5
4. Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητεί τις αποφάσεις ή ενέργειες των ανωτέρων του	1	2	3	4	5
5. Στο τμήμα μας, συζητούμε τρόπους για να αποφύγουμε την επανάληψη λαθών	1	2	3	4	5
6. Το προσωπικό φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό	1	2	3	4	5

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν

Στον εργασιακό σας χώρο/ μονάδα του νοσοκομείου σας, πόσο συχνά αναφέρονται τα ακόλουθα λάθη, όταν αυτά συμβαίνουν; Σημειώστε την απάντησή σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓

	Ποτέ ▼	Σπάνια ▼	Μερικές φορές ▼	Συνήθως ▼	Πάντοτε ▼
--	-----------	-------------	-----------------------	--------------	--------------

1. Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή;	1	2	3	4	5
2. Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά δεν θα βλάψει τον ασθενή;	1	2	3	4	5
3. Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει, και το οποίο θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψε;	1	2	3	4	5

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε: Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή

Παρακαλούμε αξιολογήστε την επίδοση της μονάδας σας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή. Σημειώστε ΜΙΑ απάντηση.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A	B	Γ	Δ	E
Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή

ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ: Το νοσοκομείο σας

Παρακαλούμε δηλώστε την συμφωνία ή διαφωνία σας με τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με το νοσοκομείο σας. Σημειώστε την απάντησή σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα √

Σκεφτείτε το νοσοκομείο σας ...	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών	1	2	3	4	5
2. Τα τμήματα του Νοσοκομείου δεν συντονίζονται καλά μεταξύ τους	1	2	3	4	5
3. Κατά τη μεταφορά των ασθενών από τη μια μονάδα στην άλλη περνάνε απαρατήρητες πληροφορίες σχετικά με την νοσηλεία τους λόγω ατελειών του συστήματος.....	1	2	3	4	5
4. Υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου που οφείλουν να δουλεύουν συλλογικά	1	2	3	4	5
5. Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας	1	2	3	4	5

ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ: Το νοσοκομείο σας (Συνεχίζεται)

Σκεφτείτε το νοσοκομείο σας ...	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
6. Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη	1	2	3	4	5

7. Συχνά δημιουργούνται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του Νοσοκομείου	1	2	3	4	5
8. Οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα ...	1	2	3	4	5
9. Η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιιο δυσάρεστο συμβάν	1	2	3	4	5
10. Οι μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς	1	2	3	4	5
11. Οι αλλαγές βάρδιας στο νοσοκομείο προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς	1	2	3	4	5

ΕΝΟΤΗΤΑ Ζ: Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί

Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες αναφορές συμβάντων έχετε συντάξει και υποβάλει; Σημειώστε ΜΙΑ απάντηση.

- α. Καμία αναφορά
- β. 1 έως 2 αναφορές
- γ. 3 έως 5 αναφορές
- δ. 6 έως 10 αναφορές
- ε. 11 έως 20 αναφορές
- στ. 21 ή περισσότερες αναφορές

ΕΝΟΤΗΤΑ Η: Πληροφορίες που αφορούν στο υπόβαθρο του προσωπικού

Αυτά τα στοιχεία θα διευκολύνουν την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Σημειώστε ΜΙΑ απάντηση τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓

1. Πόσο διάστημα εργάζεστε σ' αυτό το νοσοκομείο;

- α. Λιγότερο από 1 χρόνο
- β. 1 έως 5 χρόνια
- γ. 6 έως 10 χρόνια
- δ. 11 έως 15 χρόνια
- ε. 16 έως 20 χρόνια
- στ. 21 ή περισσότερα χρόνια

2. Πόσο καιρό εργάζεστε στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου;

- α. Λιγότερο από 1 χρόνο
- β. 1 έως 5 χρόνια
- γ. 6 έως 10 χρόνια
- δ. 11 έως 15 χρόνια
- ε. 16 έως 20 χρόνια
- στ. 21 ή περισσότερα χρόνια

3. Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε σε αυτό το νοσοκομείο ;

- α. Λιγότερο από 20 ώρες την εβδομάδα
- β. 20 έως 38 ώρες την εβδομάδα
- γ. 39 έως 59 ώρες την εβδομάδα
- δ. 60 έως 79 ώρες την εβδομάδα
- ε. 80 έως 99 ώρες την εβδομάδα
- στ. 100 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα

4. Τι

θέση έχετε στο νοσοκομείο; Σημειώστε ΜΙΑ απάντηση, η οποία να περιγράφει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τη θέση που έχετε.

- α. Νοσηλεύτης
- β. Βοηθός θαλάμου
- γ. Ειδικός Ιατρός
- δ. Ειδικευόμενος Ιατρός
- ε. Εκπαιδευόμενος Ιατρός

- ο στ. Φαρμακοποιός
- ο ζ. Διαιτολόγος
- ο η. Φυσιοθεραπευτής/ Εργοθεραπευτής/Λογοθεραπευτής
- ο θ. Ιατροφυσικός
- ο ι. Ψυχολόγος
- ο ια. Ακτινολόγος ακτινοδιαγνωστικής
- ο ιβ. Ακτινολόγος ακτινοθεραπείας
- ο ιγ. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε:

5. Στη θέση εργασίας σας, συνήθως έχετε άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς;

- ο α. ΝΑΙ, συνήθως έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς.
- ο β. ΟΧΙ, συνήθως ΔΕΝ έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς.

6. Πόσο καιρό δουλεύετε στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα;

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| ο α. Λιγότερο από 1 χρόνο | ο δ. 11 έως 15 χρόνια |
| ο β. 1 έως 5 χρόνια | ο ε. 16 έως 20 χρόνια |
| ο γ. 6 έως 10 χρόνια | ο στ. 21 ή περισσότερα χρόνια |

ΕΝΟΤΗΤΑ Θ: Τα σχόλιά σας

Παρακαλώ εκφράστε ελεύθερα την άποψή σας γράφοντας οποιαδήποτε σχόλια σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή, τα λάθη ή τις αναφορές συμβάντων στο νοσοκομείο σας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

5.2. Άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας Κύπρου



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.2Ε
Αρ. τηλ: 22605738
Email: igeorgiou@moh.gov.cy
Αρ. Πρωτ.: 0061/2012

12 Νοεμβρίου 2012

Κο Γιώργο Παλυκάρπου
Παναγίας Τήνου 12, Διαμ. 204,
Στρόβολος,
2020 Λευκωσία

Δρ. Χαρίλαο Στυλιανού
Ελληνοτουρκικής Φιλίας 5,
8016 Πάφος

Κύριοι,

Θέμα: Αίτημα για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών στις Ογκολογικές Κλινικές της Κύπρου» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 8/10/2012 και να σας πληροφορήσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Νοείτε ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσετε η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεση συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασία σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.

- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας

Με Εκτίμηση,



(Ειρήνη Φαωργίου)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.: - Πρώτη Λειτουργό Υγείας

- Αν. Διευθυντή
Ιατρικών Υπηρεσιών και
Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

ΕΓ/α