

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας**

Μεταπτυχιακή διατριβή



**Διερεύνηση της Στάσης των Επαγγελματιών
Φροντίδας Υγείας Αναφορικά με Θέματα
Ασφάλειας των Ασθενών που Νοσηλεύονται σε
Χειρουργικά, Ορθοπαιδικά Τμήματα και στις
Εντατικές Μονάδες**

Αρτέμης Αθανάση

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Δάφνη Καϊτελίδου**

Ιανουάριος 2017

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας**

Μεταπτυχιακή διατριβή

**Διερεύνηση της Στάσης των Επαγγελματιών
Φροντίδας Υγείας Αναφορικά με Θέματα
Ασφάλειας των Ασθενών που Νοσηλεύονται σε
Χειρουργικά, Ορθοπαιδικά Τμήματα και στις
Εντατικές Μονάδες**

Αρτέμης Αθανάση

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Δάφνη Καϊτελίδου**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Πολιτική Υγεία και Σχεδιασμό Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ιανουάριος 2017

Περίληψη

Εισαγωγή: Κάθε φάση της διαδικασίας παροχής φροντίδας ενέχει κίνδυνο σε κάποιο βαθμό για την ποιότητά της, για αυτό άλλωστε και η ορολογία «Ασφάλεια Ασθενή» είναι συνυφασμένη με την ποιότητα. Διεθνώς έχει δοθεί έμφαση στα θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, παρόλα αυτά το ερευνητικό ενδιαφέρον στην Κύπρο κρίνεται ως εξαιρετικά χαμηλό, με αποτέλεσμα αυτού του είδους μελέτες να έχουν προτεραιότητα.

Σκοπός: Κύριος σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογηθεί η παρούσα κουλτούρα ασφαλείας στα χειρουργικά, ορθοπεδικά τμήματα και στις εντατικές μονάδες Α και Β του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας που εργάζονται εκεί.

Μεθοδολογία: Στα πλαίσια αυτά εφαρμόστηκε ποσοτική έρευνα με βασικό ερευνητικό εργαλείο την ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου «Πεποιθήσεις για την ασφάλεια» (Safety Attitudes Questionnaire - SAQ). Το δείγμα του πληθυσμού του ερωτηματολογίου (141 άτομα) επιλέχθηκε με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας και αποτελείται γενικότερα από επαγγελματίες φροντίδας υγείας που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι, στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού δεν έχει αποτιμηθεί στο βαθμό που πρέπει η σημαντικότητα της εδραίωσης μιας κουλτούρας ασφαλείας έτσι ώστε αυτή να αποτελεί στρατηγική προτεραιότητα για την ασφάλεια του ασθενή. Αδυναμίες όπως η αποστασιοποίηση της διοίκησης του νοσοκομείου, η έλλειψη επαρκούς ανατροφοδότησης η χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, οι κακές σχετικά συνθήκες εργασίας και το ανεπαρκές προσωπικό, επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας στον οργανισμό και αποτελούν σημάδια μιας αρνητικής κουλτούρας ασφαλείας. Τέλος, αποδεικνύεται ότι τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τις αντιλήψεις των επαγγελματιών φροντίδας υγείας που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών. Τα ευρήματα της μελέτης θα πρέπει να αποτελέσουν προειδοποιητικό σημάδι για τα θεσμικά όργανα, καθώς υποδεικνύουν την ανάγκη για έγκαιρο εντοπισμό των προβλημάτων και για δράσεις εφαρμογής μιας θετικής κουλτούρας ασφαλείας.

Λέξεις κλειδιά: κουλτούρα ασφαλείας, SAQ, ασφάλεια ασθενή, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, επαγγελματίες φροντίδας υγείας

Summary

Background: To some extent, patient care process poses a risk for its quality, and thus the terminology "Patient Safety" is intertwined with quality. While great emphasis has been placed worldwide on patient safety, Cyprus investment in research is very low, making such studies top priority.

Aim: The main purpose of the study is to evaluate the current safety culture in Limassol General Hospital at surgical, ortopaedic departments and Intensive Care Units A and B, from the perspective of health care professionals currently working there.

Methods: In this context, quantitative research method applied by using as a research tool the Greek version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Samples of the questionnaire (141) were selected by simple random sampling, and consists of health care professionals working in the Limassol General Hospital.

Results: The results show that, the importance of establishing a safety culture in Limassol General Hospital has not measured in such way so that safety can be a strategic priority for patient. Weaknesses such as detachment of the hospital administration, lack of adequate feedback, low job satisfaction, poor working conditions and insufficient staff, affect safety climate in the organisation and indicated signs of a negative safety culture. Finally, it turns out that socio-demographic characteristics influence the perceptions of health care professionals related to patient safety. The findings should be a warning sign for relevant institutions, since they indicate the need for prompt detection of problems and actions for implementing a positive safety culture.

Keywords: safety culture, SAQ, patient safety, Intensive Care Units, health care professionals

Ευχαριστίες

Μου δίνεται η ευκαιρία με την περάτωση της διπλωματικής μου μελέτης να σημειώσω ότι, είναι ιδιαίτερα δύσκολο και κοπιαστικό να ολοκληρώσεις το έργο που ξεκινάς κάποια στιγμή έχοντας ταυτόχρονα και άλλες υποχρεώσεις που πρέπει να διεκπεραιώσεις. Πολλές φορές είναι μάταιο και άλλες πάλι εφικτό.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσοι συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην περάτωση αυτής της διπλωματικής μελέτης. Ιδιαίτερα ευχαριστώ, την Δρ. Δάφνη Καϊτελίδου για την επίβλεψη και τις πολύτιμες συμβουλές που μου παρείχε, αλλά κυρίως για την εμπιστοσύνη και την ευκαιρία που μου έδωσε να εκπονήσω αυτή τη διπλωματική εργασία.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα τρία πιο όμορφα πλάσματα της ζωής μου την σύζυγο μου Κατερίνα και τις κόρες μου Αντριάνα και Δέσποινα που με στήριξαν και συνεχίζουν να με στηρίζουν μέχρι το τέλος των σπουδών μου.

Περιεχόμενα

Περίληψη	i
Ευχαριστίες.....	iii
Περιεχόμενα.....	iv
Κατάλογος Εικόνων	vii
Συντομογραφίες.....	viii
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή.....	1
1.1. Εισαγωγή	1
1.2. Ερευνητικό πρόβλημα	2
1.3. Σκοπός έρευνας.....	3
1.3.1. Επιμέρους στόχοι	3
1.4. Ανασκόπηση κεφαλαίων.....	3
Η παρούσα διατριβή μεταπτυχιακού επιπέδου, έχει δομηθεί ως εξής:.....	3
Κεφάλαιο 2: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	5
2.1. Εννοιολογικό Πλαίσιο	5
2.1.1. Κουλτούρα σε έναν οργανισμό.....	5
2.1.2. Ασφάλεια	5
2.1.3. Κουλτούρα Ασφαλείας	5
2.1.4. Κουλτούρα Ασφαλείας για τον ασθενή	6
2.1.5. Ασφάλεια Ασθενή.....	7
2.2. Αντιλήψεις για θέματα ασφαλείας στους οργανισμούς υγείας.....	8
2.3. Αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων	8
2.4. Ηγεσία.....	9
2.5. Μη τιμωρητική αντιμετώπιση των σφαλμάτων.....	10
2.6. Ανοικτή επικοινωνία και ανατροφοδότηση σε μια κουλτούρα ασφαλείας	11
2.7. Δια βίου εκπαίδευση και βελτίωση.....	12
2.8. Ομαδικό πνεύμα.....	12
2.9. Εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφαλείας.....	13
2.10. Παλαιότερες έρευνες σχετικές με τη κουλτούρα ασφαλείας.....	15
2.11. Σύστημα Υγείας στην Κύπρο.....	16
2.11.1. Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	17
2.12. Σύνοψη.....	17
Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία	19
3.1. Εισαγωγή	19
3.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	19

3.3. Μεθοδολογία.....	19
3.3.1. Ερευνητική Μέθοδος	20
3.3.2. Συλλογή Δεδομένων	22
3.3.2.1. Διανομή ερωτηματολογίου	23
3.3.2.2. Μέθοδος δειγματοληψίας - Πληθυσμός.....	23
3.3.2.3. Τεχνική περιγραφή ερωτηματολογίου	24
3.3.3. Ανάλυση δεδομένων	28
3.4. Εγκυρότητα και αξιοπιστία.....	29
3.5. Ηθικά Ζητήματα	30
3.6. Σύνοψη.....	31
Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα	33
4.1. Εισαγωγή	33
4.2. Περιγραφικά στατιστικά	34
4.2.1. Προφίλ Δείγματος.....	34
4.2.2. Μέσος όρος και δείκτης εσωτερικής συνοχής για κάθε διάσταση	37
4.2.3. Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων για κάθε άποψη	38
4.3. Επαγωγικά στατιστικά	43
Κεφάλαιο 5: Συζήτηση, Συμπεράσματα και Μελλοντικές Προτάσεις.....	49
5.1. Συζήτηση.....	49
5.2. Συμπεράσματα	61
5.3. Περιορισμοί Έρευνας και Μελλοντικές Επεκτάσεις	63
Βιβλιογραφία	64
Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο Έρευνας.....	A-1

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1: Εργαλεία αξιολόγησης κουλτούρας ασφαλείας **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 2.2: Κυριότερες έρευνες σχετικές με την κουλτούρα ασφαλείας..... **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 3.1. Αντικείμενο μελέτης θεματικών ενοτήτων ερωτηματολογίου **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.1: Υπολογισμός εκατοστιαίας κλίμακας για κάθε απάντηση **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.2 Κοινωνικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτηθέντων **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.3: Μέσος Όρος (ΤΑ) και δείκτης εσωτερικής συνοχής υποκατηγοριών. **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.4: Συνοπτικός πίνακας Cronbach's alpha κάθε διάστασης **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.5: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Ομαδική εργασία – κλίμα).....**Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.6: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Ασφάλεια – κλίμα).....40

Πίνακας 4.7: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Εργασιακή ικανοποίηση)**Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.8: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Αναγνώριση του στρες)**Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.9: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Αντιλήψεις για την διαχείριση)..**Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.10: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Συνθήκες Εργασίας).....**Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.11: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το Φύλο**Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.12: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με την Ηλικία. **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.13: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το Επίπεδο Εκπαίδευσης **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.14: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με την Οικογενειακή κατάσταση **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.15: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το τμήμα που εργάζονται **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.16: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το καθεστώς εργασίας...**Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.17: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το χρόνο συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας..... **Error! Bookmark not defined.**

Πίνακας 4.18: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το χρόνο προϋπηρεσίας στο παρόν νοσοκομείο.....	Error! Bookmark not defined.
Πίνακας 4.19: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το χρόνο συνολικής εργασίας τους στο τμήμα.....	Error! Bookmark not defined.
Πίνακας 5.1: Σύγκριση βαθμολογιών των διαστάσεων με τη διεθνή βιβλιογραφία..	Error! Bookmark not defined.
Πίνακας 5.2: Σύγκριση μέσων όρων και ποσοστών θετικών απαντήσεων με αυτή από τους Raftoroulo & Pavlaki (2013).....	Error! Bookmark not defined.
Πίνακας 5.3: p-values για κάθε κατηγορία και ανεξάρτητη μεταβλητή.....	58
Πίνακας 5.4: Ερμηνεία αποτελέσματος t-test	58

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 2.1: Μοντέλο Ελβετικού Τυριού: (α) με μπλε τα επίπεδα άμυνας, (β) με κόκκινο η πορεία μιας σειράς αστοχιών που ξεφεύγουν μέσα από τις τρύπες των διαφόρων επιπέδων άμυνας, (γ) με κίτρινο οι αστοχίες που αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως (Πηγή: Skybrary, 2016) **Error! Bookmark not defined.**

Εικόνα 3.1: Ροή μεθοδολογίας που εφαρμόστηκε..... **Error! Bookmark not defined.**

Εικόνα 4.1: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο το φύλο..... **Error! Bookmark not defined.**

Εικόνα 4.2: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο το επίπεδο εκπαίδευσης.... **Error! Bookmark not defined.**

Εικόνα 4.3: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο την οικογενειακή κατάσταση**Error! Bookmark not defined.**

Εικόνα 4.4: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο το τμήμα που εργάζονται . **Error! Bookmark not defined.**

Εικόνα 4.5: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο το καθεστώς εργασίας **Error! Bookmark not defined.**

Εικόνα 4.6: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο την παρούσα θέση**Error! Bookmark not defined.**

Συντομογραφίες

Ελληνόγλωσσες

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΤΑ: Τυπική Απόκλιση

ΜΟ: Μέσος Όρος

Ξενόγλωσσες

WHO: World Health Organization

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

EUNetPas: European Network for Patient Safety

SAQ: Safety Attitudes Questionnaire

HSOPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

PSCS: Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey

ICU: Intensive Care Unit

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

1.1. Εισαγωγή

Κάθε φάση της διαδικασίας παροχής φροντίδας ενέχει κίνδυνο σε κάποιο βαθμό για την ποιότητά της. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών, στις ανεπτυγμένες χώρες γίνονται ιατρικά λάθη στο 10% περίπου των περιπτώσεων νοσηλείας σε νοσοκομείο. Ο κίνδυνος αυτός μάλιστα είναι τουλάχιστον 20 φορές μεγαλύτερος σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες (WHO, 2004).

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που ευθύνονται για τη μη διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών είναι μεταξύ άλλων η έλλειψη νοσηλευτών, ο ακατάλληλος προς χρήση ή μόνο εν μέρει χρησιμοποιήσιμος ιατρικός εξοπλισμός, η έλλειψη δεξιοτήτων, η πλημμελής διάγνωση ή θεραπεία, η επαναχρησιμοποίηση συριγγών χωρίς αποστείρωση, η μη σωστή επικοινωνία των επιστημόνων υγείας και γενικά τα προβλήματα που συνδέονται με τη χειρουργική ασφάλεια (WHO, 2004). Αποτέλεσμα των πιο πάνω παραγόντων, οι ασθενείς να υποφέρουν από τραυματισμούς ή ακόμη και θάνατο. Μάλιστα, τα ιατρικά λάθη αυτά επιβαρύνουν οικονομικά τις υπηρεσίες υγείας.

Στην σύγχρονη βιβλιογραφία ο όρος ιατρικά λάθη συνδέθηκε άμεσα με την ασφάλεια των ασθενών (Νταντάνα, 2010). Συνεπώς όλοι θα πρέπει να κατανοήσουν ότι, η εδραίωση μιας κουλτούρας ασφαλείας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία και βελτίωση του συστήματος παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ο όρος κουλτούρα ασφαλείας, σε γενικές γραμμές, ορίζεται ως το προϊόν ατομικών και συλλογικών αξιών, συμπεριφορών, αντιλήψεων, δυνατοτήτων και μοτίβων συμπεριφοράς που καθορίζουν τον τρόπο και την ικανότητα λειτουργίας ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (Davis et al., 2000).

Τα τελευταία χρόνια, η ασφάλεια του ασθενή αποτελεί ένα σοβαρό θέμα παγκοσμίως και κατέχει εξέχουσα θέση στην πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) για την υγεία. Τα κράτη μέλη έχουν ήδη θεσπίσει από το 2005 ένα μηχανισμό για τη συζήτηση ζητημάτων σχετικών με την ασφάλεια των ασθενών και για την προώθησή τους ως αντικείμενο προτεραιότητας του τομέα. Σύμφωνα με την έκθεση διαβούλευσης του Ευρωπαϊκού

Κοινοβουλίου, «τα κράτη μέλη θα πρέπει να θεσπίσουν τα μέσα που θα επιτρέψουν να μειωθεί κατά 20% ο αριθμός των προσώπων που πλήττονται ετησίως στην ΕΕ από ανεπιθύμητα συμβάντα» (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2009).

Επίσης, κατόπιν πρωτοβουλίας του (High Level Group on health services and medical care), συστάθηκε μια ομάδα εργασίας για τη διευκόλυνση και στήριξη των κρατών μελών στο έργο τους (European Commission, 2008, 2016). Ενεργά μέλη της ομάδας είναι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), γνωστός με το διεθνές αρκτικόλεξο WHO (World Health Organization), το Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe), ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης - Ο.Ο.Σ.Α. (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD), και ευρωπαϊκές ενώσεις ασθενών, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και νοσοκομείων (WHO, 2004).

1.2. Ερευνητικό πρόβλημα

Διεθνώς έχει δοθεί έμφαση στα θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, παρόλα αυτά παραμένουν λιγιστοί οι οργανισμοί υγείας που έχουν αποτιμήσει το βαθμό στον οποίο η ασφάλεια αποτελεί στρατηγική προτεραιότητα για την ασφάλεια του ασθενή.

Στην Κύπρο ειδικά, το ερευνητικό ενδιαφέρον της ασφάλειας των ασθενών κρίνεται ως εξαιρετικά χαμηλό. Επίσης οι δημοσιευμένες μελέτες είναι πολύ περιορισμένες για την ασφάλεια και σύμφωνα με την έκθεση της European Network for Patient Safety (EUNetPas, 2010), η Κύπρος δεν έχει ακόμα υιοθετήσει εργαλείο αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας στην υγεία, με αποτέλεσμα αυτού του είδους οι μελέτες να έχουν προτεραιότητα.

Η παρούσα εργασία θα καλύψει έστω εν μέρει το κενό που υπάρχει σε ό,τι αφορά την ασφάλεια των ασθενών στην Κύπρο. Αν και στο πεδίο της κουλτούρας ασφαλείας στην Κύπρο έχει ήδη διενεργηθεί έρευνα από τους Raftoroulo & Pavlaki (2013), εντούτοις είναι η πρώτη φορά που συμπεριλαμβάνονται στον πληθυσμό του δείγματος όχι μόνο νοσηλευτές αλλά γενικότερα επαγγελματίες φροντίδας υγείας. Τα αποτελέσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν από εργαζομένους στο σύστημα υγείας, φορείς θέσπισης υγειονομικής πολιτικής, μάνατζερ, μελλοντικούς ερευνητές, με τέτοιο τρόπο ώστε να βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών και η εικόνα των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας.

1.3. Σκοπός έρευνας

Κύριος σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογηθεί η παρούσα κουλτούρα ασφαλείας στα χειρουργικά, ορθοπεδικά τμήματα και στις εντατικές μονάδες Α και Β του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού από την οπτική των επαγγελματιών φροντίδας υγείας που εργάζονται εκεί. Ένας ακόμη στόχος είναι να διερευνηθούν εκείνοι οι παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας σε ένα τμήμα νοσηλείας.

1.3.1. Επιμέρους στόχοι

Προκειμένου να επιτευχθεί ο κύριος σκοπός της μελέτης, θα πρέπει να διερευνηθεί ένα σύνολο από δευτερεύοντες στόχους, οι οποίοι είναι:

- Να αποσαφηνιστεί η έννοια της κουλτούρας ασφαλείας και γενικότερο το εννοιολογικό πλαίσιο γύρω από το θέμα.
- Να καθοριστεί η σημασία της μέτρησης του κλίματος ασφαλείας στον τομέα της υγείας.
- Να ανευρεθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την μη ασφαλή παροχή φροντίδας υγείας.
- Να αξιολογηθούν οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας ως προς την κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών.
- Να γίνουν συγκρίσεις των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την έρευνα με αποτελέσματα άλλων ερευνών.
- Να διερευνηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού.
- Να διερευνηθούν πως επηρεάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, αρχαιότητα, θέση) την παροχή φροντίδας υγείας αναφορικά με ζητήματα ασφάλειας.

1.4. Ανασκόπηση κεφαλαίων

Η παρούσα διατριβή μεταπτυχιακού επιπέδου, έχει δομηθεί ως εξής:

- **Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή**

Η Εισαγωγή αναφέρεται στην προβληματική της μελέτης και προετοιμάζει τον αναγνώστη για το κύριο μέρος της διπλωματικής εργασίας. Στην αρχή γίνεται μια μικρή εισαγωγή σχετικά με το θέμα και στη συνέχεια καθορίζεται το ερευνητικό πρόβλημα. Κατόπιν, προσδιορίζεται ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της μελέτης. Τέλος παρουσιάζεται συνοπτικά η δομή των κεφαλαίων και τι πραγματεύεται το καθένα.

- **Κεφάλαιο 2: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**

Περιλαμβάνει σε πρώτη φάση το εννοιολογικό πλαίσιο σχετικά με το θέμα της κουλτούρας ασφαλείας του ασθενή και έπειτα παρουσιάζει διάφορα ζητήματα σχετικά με το θέμα (αντιλήψεις για θέματα ασφαλείας στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων, ηγεσία, μη τιμωρητική αντιμετώπιση των σφαλμάτων, ανοικτή επικοινωνία και ανατροφοδότηση, δια βίου εκπαίδευση και βελτίωση, ομαδικό πνεύμα, εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφαλείας, παλαιότερες έρευνες σχετικές με το θέμα). Στο τέλος περιγράφεται εν συντομία το σύστημα υγείας που υπάρχει στην Κύπρο μαζί με κάποιες πληροφορίες για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού.

- **Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία**

Περιγράφεται αναλυτικά η μεθοδολογική προσέγγιση που εφαρμόστηκε προκειμένου να εκπληρωθεί ο στόχος της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τον σχεδιασμό της έρευνας, τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων (αιτιολογία επιλογής της συγκεκριμένης ερευνητικής μεθόδου, μέσα συλλογής των δεδομένων, πληθυσμός έρευνας, τρόπος κατασκευής και διανομής και τεχνικές ανάλυσης των δεδομένων). Επίσης, κάνει λόγο για θέματα εγκυρότητας και αξιοπιστίας και επισημαίνονται τυχόν ηθικά ζητήματα που προκύπτουν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

- **Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα**

Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποσοτικής ερευνητικής μεθόδου που ακολουθήθηκε με τη μορφή τόσο της περιγραφικής όσο και της επαγωγικής στατιστικής.

- **Κεφάλαιο 5: Συζήτηση, Συμπεράσματα και Μελλοντικές Επεκτάσεις**

Συνοψίζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, αναλύεται η σημασία τους και συσχετίζονται με τα αντίστοιχα ευρήματα άλλων ερευνών. Στη συνέχεια περιλαμβάνονται τα συμπεράσματα της μελέτης και πιθανές μελλοντικές επεκτάσεις της εργασίας σύμφωνα με τους περιορισμούς που εντοπίζονται στην έρευνα.

Κεφάλαιο 2

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1. Εννοιολογικό Πλαίσιο

2.1.1. Κουλτούρα σε έναν οργανισμό

Πριν προσδιορίσουμε τον όρο της κουλτούρας ασφαλείας, είναι αναγκαίο να αναφερθούμε στο γενικό όρο της κουλτούρας σε ένα οργανισμό. Η κουλτούρα αντικατοπτρίζει τον τρόπο λειτουργίας ενός οργανισμού ως προς τις ηθικές αξίες, την αντίληψη, τους τρόπους συμπεριφοράς, σκέψης, δράσης ή αντίδρασης των ατόμων που αποτελούν το συγκεκριμένο οργανισμό στην καθημερινή εργασία τους. Έτσι ο κάθε οργανισμός έχει αναπτύξει τη δική του κουλτούρα, η οποία και διαμορφώνεται στη πορεία των χρόνων, και που καλεί τα μέλη του να την αφομοιώσουν και να την κάνουν τρόπο ζωής στην καθημερινή τους εργασία (Νταντάνα, 2010; Howard, 1998).

2.1.2. Ασφάλεια

Η λέξη ασφάλεια η οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα (Castellheim, 2010), αφορά την πρόληψη, μείωση ή και εξάλειψη κάθε μορφής ρίσκου, κινδύνου που προέρχεται είτε σκόπιμα ή από κάποιο ατύχημα (Aspden et al., 2014).

2.1.3. Κουλτούρα Ασφαλείας

Η κουλτούρα ασφαλείας αποτελεί ένα πολύ σημαντικό γράναζι για τη λειτουργία ενός οργανισμού. Η ιδέα αυτή, η οποία έχει μελετηθεί και αναλυθεί από πολλούς ερευνητές, αποτελεί το αποτέλεσμα των αξιών, της ικανότητας αντίληψης, της συμπεριφοράς και των πεποιθήσεων σε συνάρτηση με την ασφάλεια που προσφέρεται από το προσωπικό σε ένα οργανισμό (Davis et al., 2000; Guldenmund, 2010; Cox and Cox, 1991).

Η έννοια της «κουλτούρας ασφαλείας» ξεπρόβαλε για πρώτη φορά στην έκθεση του Nuclear Agency το 1987 με αφορμή την διερεύνηση του περιστατικού της έκρηξης ενός αντιδραστήρα στον Πυρηνικό Σταθμό Παραγωγής Ενέργειας του Τσέρνομπιλ στην Ουκρανία την προηγούμενη χρονιά, που στοίχισε πολλές ανθρώπινες ζωές και είχε σημαντικές επιπτώσεις στο περιβάλλον και στην υγεία πολλών ανθρώπων (International Nuclear Safety Advisory Group, 1991). Στην συγκεκριμένη αναφορά, η ορολογία της

κουλτούρας ασφαλείας διατυπώνεται 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»* (Νταντάνα, 2010 : 7).

Απώτερος στόχος της έρευνας και της εισαγωγής της ιδέας της κουλτούρας ήταν το να καταστεί σαφές ότι το συγκεκριμένο ατύχημα προήλθε τόσο από την ανεπαρκή γνώση και αντίληψη του κινδύνου, όσο και από την απουσία μέτρων ασφαλείας από τον οργανισμό άρα και από τους ίδιους τους εργαζομένους (Health and Safety Executive, 2005).

Η πιο πάνω αναφορά ήταν η απαρχή για την διατύπωση διαφόρων εννοιών για την κουλτούρα ασφαλείας. Από τους πιο χαρακτηριστικούς και διαδεδομένους ορισμούς είναι εκείνος που διατυπώθηκε στη Μεγάλη Βρετανία από την Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας: *«η κουλτούρα ασφαλείας ενός οργανισμού είναι 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»* (Νταντάνα, 2010 : 7).

Με το πέρασμα των χρόνων, η έννοια της κουλτούρας ασφαλείας έχει καταστεί υποσύνολο της συνολικής κουλτούρας ενός οργανισμού και αντικατοπτρίζει την ατμόσφαιρα σε ένα οργανισμό μέσα στην οποία το θέμα της ασφάλειας αποτελεί προτεραιότητα (Νταντάνα, 2010; Cooper, 2000).

2.1.4. Κουλτούρα Ασφαλείας για τον ασθενή

Η Κουλτούρα Ασφαλείας στον τομέα της Υγείας έχει γεννηθεί από την ανάγκη της αποφυγής ή και ελαχιστοποίησης απρόσμενων ζημιογόνων γεγονότων για τον ασθενή, κατά τη διάρκεια της ιατρικής περίθαλψης που λαμβάνει σε κάποιο ιατρικό χώρο, είτε είναι νοσοκομείο είτε απλά ένα μικρό ιατρείο. Αυτό σε γενικές γραμμές επιτυγχάνεται με την καλλιέργεια της σωστής αντίληψης και κατ'επέκταση την εφαρμογή σε πράξεις με απώτερο σκοπό την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση των γεγονότων αυτών. Η γενική ιδέα γύρω από τον όρο, προνοεί την παροχή υψηλής ποιότητας ιατρικής περίθαλψης ως την απόλυτη προτεραιότητα στον τομέα της υγείας, επικεντρώνοντας σε θεωρίες για ιατρικές υπηρεσίες που έχουν ως στόχο την βελτίωσή τους (Cauduro et al., 2015)

Οι Glendon & McKenna (1995), ενίσχυσαν την πιο πάνω θεωρία, στηρίζοντας ότι η κουλτούρα ασφαλείας είναι το άθροισμα της συμπεριφοράς, των ηθικών αξιών, των

αντιλήψεων και των ικανοτήτων όλων των ατόμων και ομάδων που προσδιορίζουν το επίπεδο αφοσίωσης προς ένα οργανισμό και την ικανότητα στη διαχείριση ενός οργανισμού στον τομέα της υγείας και της ασφάλειας.

2.1.5. Ασφάλεια Ασθενή

Η ορολογία «Ασφάλεια Ασθενή» είναι συνυφασμένη με την ποιότητα. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής διατυπώνεται ως η απαλλαγή από τυχαία βλάβη λόγω ιατρικής περίθαλψης ή ιατρικών σφαλμάτων ή ατυχημάτων (Legido et al., 2008)

Μελέτες από το Πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ (Harvard Medical Practice) από το 1991 έδειξαν ότι, από το σύνολο των περιθάλψεων στα νοσοκομεία, το 3.7% δεν είχε θετική κατάληξη. Από το μερίδιο αυτό το 27.6% οφειλόταν σε ιατρικό σφάλμα (Brennan et al., 1991; Leape et al., 1991).

Σημαντικοί παράγοντες για την ενίσχυση της ασφάλειας του ασθενή, είναι η πρόληψη σφάλματος, η αποφυγή επανάληψης του ίδιου σφάλματος και η δημιουργία κουλτούρας ασφαλείας με πρωταγωνιστές τόσο τους επαγγελματίες ιατρούς και νοσηλευτές όσο και τους ασθενείς (Aspden et al., 2014; Clancy et al., 2005).

Η ασφάλεια του ασθενούς μπορεί να διαπιστωθεί από τις αλληλεπιδράσεις στο σύστημα υγείας. Το σύστημα ασφαλείας μπορεί να αξιολογηθεί μέσω της χρησιμοποίησης προληπτικών ή και αντιδραστικών δεικτών. Οι αντιδραστικοί δείκτες αναφέρονται σε συμπεράσματα που εξάγονται από παλαιότερα καταγεγραμμένα γεγονότα και στοιχεία, χειρουργικά σφάλματα, ποσοστά μόλυνσης, πιέσεις στομάχου και υποσιτισμένους ασθενείς. Δεδομένου ότι η ασφάλεια αποτιμάται εκ των υστέρων, απαιτεί τα κατάλληλα συστήματα διαχείρισης της Ασφάλειας που θα είναι σε θέση να καθορίσουν τις αδυναμίες και τις ελλείψεις σε έναν οργανισμό. Από την άλλη, οι προληπτικοί δείκτες αναφέρονται σε εξονυχιστικό έλεγχο και προσδιορισμό παραγόντων που έχουν αντίκτυπο στο επίπεδο ασφαλείας ενός οργανισμού, όπως ο προγραμματισμός, οδηγίες που δίνονται και οι κατευθυντήριες γραμμές, επικοινωνία, συνεργασία, χειρισμός των εγγράφων, συνήθειες και αντιπαραθέσεις ανάμεσα στην παραγωγή και στην ασφάλεια (Reason, 2009; Reiman & Pietikäinen, 2012).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (W.H.O. - World Health Organization), ο οποίος ιδρύθηκε από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (O.H.E.) με κύρια έγνοια την παγκόσμια

δημόσια υγεία, στα πλαίσια της ιδέας «Ασφάλεια του Ασθενή», επισήμανε το 2004 μια σειρά μέτρων για να προωθήσει την ελάττωση σφαλμάτων κατά τη διάρκεια της ιατρικής περίθαλψης. Τα μέτρα αυτά μπορούν να υιοθετηθούν από τα διάφορα ιατρικά κέντρα παγκοσμίως με σκοπό την ενίσχυση της ασφάλειας του ασθενή αλλά και της κουλτούρας ασφαλείας γενικότερα (WHO, 2004).

2.2. Αντιλήψεις για θέματα ασφαλείας στους οργανισμούς υγείας

Η τρέχουσα αντίληψη που επικρατεί γύρω από την ασφάλεια των ασθενών, αναγνωρίζει την όλο και αυξανόμενη ανάγκη για θέσπιση μιας κουλτούρας ασφαλείας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να βελτιωθεί τόσο η ασφάλεια όσο και η ποιότητα φροντίδας του ασθενή. Παρόλα αυτά η δημιουργία ενός περιβάλλοντος ασφαλείας του ασθενή αποτελεί πρόκληση καθώς συνδέεται με μεταβολή στη συμπεριφορά του. Η αντίληψη που αντλεί κανείς από τη βιβλιογραφία είναι ότι, όταν ένας οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης καταφέρει να αλλάξει τις αντιλήψεις των επαγγελματιών φροντίδας υγείας της «πρώτης γραμμής» σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, τότε είναι βέβαιο πως διαθέτει την πιο αξιόπιστη και αποτελεσματική στρατηγική για επίτευξη ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας (Barrow, 2012).

Είναι γεγονός ότι μια θετική κουλτούρα ασφαλείας μειώνει τα ανεπιθύμητα συμβάντα (Mardon, 2008). Σύμφωνα μάλιστα με εμπειρικές έρευνες, νοσοκομεία που εργάζονται προς την εδραίωση μιας κουλτούρας ασφαλείας για τους ασθενείς, εμφανίζουν λιγότερα ατυχήματα και ανεπιθύμητα συμβάντα (Navon et al., 2005). Μια κουλτούρα ασφαλείας έχει επαναληπτικό χαρακτήρα υπό την έννοια ότι επηρεάζει τη συμπεριφορά των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη. Η συμπεριφορά των εργαζομένων αυτών με τη σειρά της, επηρεάζει την κουλτούρα ασφαλείας του οργανισμού. Μια θετική κουλτούρα με λίγα λόγια, κατευθύνει τις διάφορες συμπεριφορές των επαγγελματιών φροντίδας υγείας προς την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών ως μία από τις υψηλότερες προτεραιότητές τους (Smits et al., 2008; Barrow, 2012).

2.3. Αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων

Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι άνθρωποι μπορούν να μάθουν από τα λάθη τους, συνεπώς κοινοποιώντας τα διδάγματα από τις εμπειρίες τους, τότε περισσότεροι άνθρωποι γίνονται γνώστες. Αν οι άνθρωποι μπορούν να μάθουν από τις εμπειρίες των άλλων τότε θα αυξηθεί η αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη παρόμοιων σφαλμάτων. Η ύπαρξη λοιπόν, ενός

αποτελεσματικού συστήματος αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων είναι απαραίτητη για την εδραίωση μιας κουλτούρας ασφαλείας για τους ασθενείς, εφόσον όταν τα λάθη κοινοποιούνται οι άνθρωποι προσπαθούν να εμποδίσουν την επανάληψή τους (Barrow, 2012; Cochrane et al., 2009; El-Jardali et al., 2011).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) από τους Garbutt et al. (2007), οι ερωτηθέντες (παιδίατροι) εξέφρασαν την προθυμία τους για καταγραφή των σφαλμάτων που γίνονται στα νοσοκομεία. Παρόλα αυτά υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την ανεπάρκεια των σημερινών συστημάτων αναφοράς σφαλμάτων και για θέματα εμπιστευτικότητας. Για αυτό, τα νοσοκομεία θα πρέπει να βελτιώσουν τα συστήματα που χρησιμοποιούν και να ενθαρρύνουν το προσωπικό να αναφέρει οποιαδήποτε ανεπιθύμητα περιστατικά. Με τον τρόπο αυτό, θα βελτιωθεί η ποιότητα φροντίδας που θα δέχονται οι ασθενείς (Kaldjian et al., 2008). Θα πρέπει να σημειωθεί όμως, ότι η επίρριψη ευθυνών και το αίσθημα ντροπής χρειάζεται να εκλείψουν από τις αναφορές ανεπιθύμητων συμβάντων.

2.4. Ηγεσία

Η δέσμευση για την ασφάλεια του ασθενή από την ηγεσία αποτελεί το πιο έντονο θετικό χαρακτηριστικό μιας κουλτούρας ασφαλείας (Hughes et al., 2009). Εάν οι ηγέτες ενός οργανισμού υγείας (διευθύνων σύμβουλος, επιθεωρητές, διοίκηση) επικεντρώνονται στην προώθηση μιας κουλτούρας ασφάλειας για τους ασθενείς, τότε υπάρχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να μεταφερθεί το μήνυμα στο προσωπικό ότι η ασφάλεια των ασθενών πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα (Ranson et al., 2010). Η ηγεσία μπορεί να μεταφέρει το μήνυμα για το πόσο σημαντική είναι η ασφάλεια των ασθενών μέσω των προτεραιοτήτων που θέτουν, των αποφάσεων που λαμβάνουν σχετικά με την κατανομή των πόρων και της αξιολόγησης του προσωπικού σε θέματα που αφορούν το βαθμό ασφαλείας που παρέχουν στους ασθενείς (Pronovost et al., 2003).

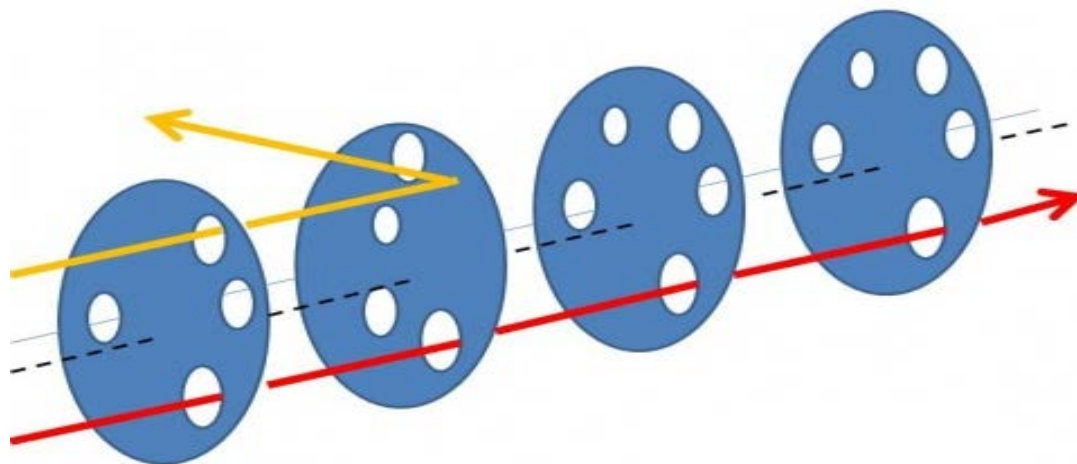
Είναι σημαντικό όμως, το μήνυμα να είναι σαφές και να έχει συνέπεια, όχι μόνο γραπτώς, αλλά και με απευθείας επίσκεψη των στελεχών στο χώρο προκειμένου να συζητούν για τα θέματα ασφαλείας των ασθενών (Barrow, 2012). Η απευθείας προσέγγιση μεταξύ της ηγεσίας και του προσωπικού δεν προωθεί μόνο την ομαδικότητα, αλλά βελτιώνει ταυτόχρονα την αυτοπεποίθηση του προσωπικού για τη βελτίωση της κουλτούρας

ασφαλείας. Από τη στιγμή που θα μεταφερθεί το μήνυμα στο απλό προσωπικό, η διαδικασία αλλαγής της υφιστάμενης κουλτούρας ασφαλείας απλοποιείται (Pronovost et al., 2003).

2.5. Μη τιμωρητική αντιμετώπιση των σφαλμάτων

Είναι πολύ σημαντική η εδραίωση ενός μη τιμωρητικού περιβάλλοντος, εφόσον αυτό μπορεί να ωθήσει το προσωπικό να συζητά ανοικτά για τα όποια σφάλματα διαπράττονται και να γίνεται η αναφορά τους χωρίς ντροπή. *«Η τιμωρία εμποδίζει την αναφορά των λαθών και δεν επιτρέπει στο σύστημα να εξετάζει ό,τι είναι απαραίτητο, για να ανακαλύπτει και να διορθώνει τις γενεσιουργές αιτίες αυτών των λαθών»* (Νταντάνα, 2010 : 16). Στόχος είναι το προσωπικό να μάθει μέσα από τα σφάλματα και να εξευρεθούν λύσεις, και όχι να επιδιώκεται η επίρριψη ευθυνών ή η μήνυση του προσωπικού (Smits et al., 2008).

Ο τρόπος που οι οργανισμοί υγείας ανταποκρίνονται στα ιατρικά λάθη είναι καίριας σημασίας για την επίτευξη της βέλτιστης κουλτούρας ασφάλειας. Το Μοντέλο του Ελβετικού Τυριού (Swiss Cheese Model) δίνει μια καλύτερη εικόνα σχετικά με τα αίτια του ιατρικού σφάλματος (Reason, 1993). Το μοντέλο αυτό, προϋποθέτει ότι ένας οργανισμός φροντίδας υγείας διεξάγει διάφορων τύπων δραστηριότητες (π.χ. ο έλεγχος των φαρμάκων πριν τη χορήγηση, η λίστα πριν την επέμβαση ή η προ-εγχειρητική σήμανση της περιοχής) που αποσκοπούν στην παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ένα ασθενή. Εντούτοις, καθεμιά από αυτές τις δραστηριότητες κρύβει κινδύνους που δύναται να προκαλέσουν βλάβη στον ασθενή. Αυτοί οι κίνδυνοι, ή αλλιώς μικρές «τρύπες», οφείλονται στον τρόπο λήψης αποφάσεων, στις διαδικασίες, στους περιορισμένους πόρους ή και στην έλλειψη εκπαίδευσης (Νταντάνα, 2010; Barrow, 2012) και είναι γνωστές ως «λανθάνουσες συνθήκες». Όταν αυτές οι λανθάνουσες συνθήκες ξεφύγουν μέσα από τις τρύπες των διαφόρων επιπέδων άμυνας, δημιουργείται ένα παράθυρο που αυξάνει την πιθανότητα ύπαρξης αστοχιών στον ασθενή (Εικόνα 2.1).



Εικόνα 2.1: Μοντέλο Ελβετικού Τυριού: (α) με μπλε τα επίπεδα άμυνας, (β) με κόκκινο η πορεία μιας σειράς αστοχιών που ξεφεύγουν μέσα από τις τρύπες των διαφόρων επιπέδων άμυνας, (γ) με κίτρινο οι αστοχίες που αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως (Πηγή: Skybrary, 2016)

Τα νοσοκομεία κάνουν προσπάθειες για εφαρμογή συστημάτων αποφυγής τέτοιων κινδύνων ώστε να αποτρέψουν μια ενδεχόμενη βλάβη να φτάσει στον ασθενή. Σε περίπτωση όμως που κάποια βλάβη φτάσει στον ασθενή, θα πρέπει να θεωρηθεί ως αποτέλεσμα της αποτυχίας του συστήματος και όχι του ατόμου, εφόσον αυτά τα συστήματα δημιουργήθηκαν για την πρόληψη των ανθρωπίνων λαθών, (Sexton et al., 2005).

Για αυτό λοιπόν, ένα περιβάλλον που επικεντρώνεται στην ανάλυση των ιατρικών λαθών και στην κατανόηση των αδυναμιών του συστήματος, αντί να τιμωρήσει το ανθρώπινο λάθος, προάγει την κριτική μάθηση (Carroll & Edmondson, 2002). Εξάλλου, «ένας οργανισμός ποτέ δε θα βελτιώσει τις διαδικασίες του αν πιστεύει ότι οι άνθρωποί του είναι το πρόβλημα» (Νταντάνα, 2010: 17).

2.6. Ανοικτή επικοινωνία και ανατροφοδότηση σε μια κουλτούρα ασφαλείας

Η έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στο προσωπικό ενός νοσοκομείου είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες που ευθύνονται για ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα συμβάντα (Dingley et al., 2009). Ως εκ τούτου, είναι εξαιρετικά σημαντικό για τους οργανισμούς φροντίδας υγείας να ενεργούν με τέτοιο τρόπο ώστε να αφαιρούν συνεχώς οτιδήποτε εμποδίζει την ανοικτή επικοινωνία, όπως για παράδειγμα η επίρριψη ευθυνών, το αίσθημα ντροπής και η έλλειψη μηχανισμών ανατροφοδότησης.

Είναι σημαντικό, οι διευθυντές και γενικά οι μάνατζερ των μονάδων υγείας να προσφέρουν ανατροφοδότηση στο προσωπικό σχετικά με σφάλματα και να ακούνε τις ανησυχίες του.

Μάλιστα, η έλλειψη ανατροφοδότησης αποτελεί τον μεγαλύτερο αποτρεπτικό παράγοντα για την υποβολή εκθέσεων. Όταν το προσωπικό υποβάλει μία έκθεση για κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν και δεν δεκτεί οποιαδήποτε ανατροφοδότηση από τη διοίκηση, τότε θα αρχίσει να αμφισβητεί την αναγκαιότητα της αποστολής έκθεσης για κάποιο άλλο συμβάν στο μέλλον (Huang et al., 2010).

2.7. Δια βίου εκπαίδευση και βελτίωση

Η δια βίου εκπαίδευση και συνεχής βελτίωση είναι επίσης απαραίτητες για την προώθηση μιας κουλτούρας ασφαλείας καθώς ενισχύεται η ευαισθητοποίηση ενώ ταυτόχρονα εμπλουτίζονται οι δεξιότητες των επαγγελματιών φροντίδας υγείας (Garbutt et al., 2010).

Οι οργανισμοί υγείας με υψηλή ικανότητα απόκτησης γνώσης δέχονται ότι πάντα υπάρχει κάτι να μάθουν λόγω της πολυπλοκότητας, της αβεβαιότητας, και της ρευστότητας του χώρου υγείας (Maecham, 1993; Weick, 1993). Θα πρέπει όμως οι οργανισμοί να διαθέτουν ευέλικτη σκέψη ώστε να μπορούν να μαθαίνουν μέσω «...*σχεδιασμού του πώς θα χρησιμοποιήσουν αυτό που ήδη ξέρουν ώστε να προχωρήσουν πέραν αυτού που επί του παρόντος σκέφτονται*» (Νταντάνα, 2010: 17).

Με βάση τα πιο πάνω, τα νοσοκομεία θα πρέπει να προσπαθούν διαρκώς να δημιουργούν περιβάλλοντα μάθησης, μέσα στα οποία θα συζητούνται τα σφάλματα και θα επιδιώκεται η συνεχής βελτίωση.

2.8. Ομαδικό πνεύμα

Κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας, άτομα από διάφορες επαγγελματικές ιατρικές κατευθύνσεις καλούνται να εργαστούν σε ομάδες, θέτοντας συγκεκριμένους και κοινούς στόχους (Brannick & Prince, 1997), και όπου το κάθε άτομο της ομάδας εξαρτάται από το άλλο για την επίλυση προβλημάτων (Reeves et al., 2010). Όταν το προσωπικό εργάζεται σε ομάδες, γίνεται πιο αποτελεσματική η αποφυγή σφαλμάτων αλλά και ο εντοπισμός τους, ενώ διευκολύνεται η συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Manser, 2009). Επίσης, εδραιώνεται ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και κοινών προθέσεων και στόχων. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι οι ομάδες εργασίας υψηλών επιδόσεων χαρακτηρίζονται από επικοινωνία που θεμελιώνεται στη βάση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης» (Thomas et al., 2003; Cooper, 2000).

2.9. Εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφαλείας

Η αυξανόμενη ανάγκη για αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας, έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη διαφόρων εργαλείων μέτρησης της ασφάλειας του ασθενή στους οργανισμούς υγείας.

Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης υποδεικνύουν ότι τα εργαλεία ποικίλουν ως προς την τυποποίηση, τη θεωρία, το σκοπό, το μέγεθος και τις επιστημονικές ιδιότητες. Ορισμένα από τα πιο δημοφιλή εργαλεία είναι τα ακόλουθα:

- **Safety Attitudes Questionnaire (SAQ):**

Το Ερωτηματολόγιο για τις Στάσεις για την Ασφάλεια (Safety Attitudes Questionnaire - SAQ) αναπτύχθηκε από τους Bryan Sexton, Eric Thomas, και Bob Helmreich και περιλαμβάνει έξι (6) διαστάσεις (Sexton et al., 2006):

- το κλίμα ομαδικής εργασίας (teamwork climate)
- το κλίμα ασφαλείας (safety culture)
- την εργασιακή ικανοποίηση (job satisfaction)
- την αναγνώριση του στρες (stress recognition)
- τις αντιλήψεις για τη διαχείριση (perceptions of management)
- τις συνθήκες εργασίας (working conditions)

- **Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)**

Το Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) αναπτύχθηκε από το Ινστιτούτο Έρευνας/Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) και περιλαμβάνει δώδεκα (12) διαστάσεις (Colla et al., 2005; Shingla et al., 2006; Nieva & Sorra, 2003; AHRQ, 2016):

- ομαδικότητα μέσα στα τμήματα (teamwork within units)
- προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών σε ότι αφορά την ασφάλεια του πάσχοντα (supervisor/manager expectations & actions promoting patient safety)
- οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση (organisational learning – continuous improvement)
- υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφαλείας του πάσχοντα (management support for patient safety)
- συνολική αντίληψη της ασφάλειας ασθενή (overall perceptions of patient safety)
- ανάδραση και επικοινωνία για τα λάθη (feedback & communication about error)

- ανοιχτή επικοινωνία (communication openness)
- συχνότητα αναφοράς λαθών (frequency of events reported)
- ομαδικότητα όλων των τμημάτων (teamwork across units)
- στελέχωση (staffing)
- μεταφορές και διακομιδές πασχόντων εντός του νοσοκομείου (handoffs & transitions)
- μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (nonpunitive response to errors).

- **Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey (PSCS)**

Το Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey (PSCS) αποτελείται από εννέα (9) θεματικές ενότητες (Singer et al., 2008; Flin et al., 2006):

- ανώτερα στελέχη (senior manages)
- δέσμευση (engagement)
- πόροι του οργανισμού (organizational resources)
- συνολική έμφαση στην ασφάλεια (overall emphasis on safety)
- πρότυπα ασφαλείας στις μονάδες (unit safety norms)
- μονάδα αναγνώρισης και υποστήριξης για την ασφάλεια (Unit recognition & support for safety)
- φόβος της ντροπής (fear of shame)
- φόβος της επίρριψης ευθυνών (fear of blame)
- εκμάθηση (learning)
- πρόνοια για ασφαλή περίθαλψη (provision of safe care)

- **Veteran Affairs Palo Alto/Stanford PSCI**

Το Ερωτηματολόγιο των Υποθέσεων των Βετεράνων (Veteran Affairs Palo Alto/Stanford PSCI) καλύπτει 18 θεματολογίες, όπως για παράδειγμα την γενικότερη αντίληψη ασφαλείας, την οργάνωση, τον ανθρώπινο παράγοντα, κλπ, και οι οποίες περιλαμβάνουν 89 ερωτήσεις (Shingla et al., 2006).

Άλλα ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς συνοψίζονται στον Πίνακα 2.1:

Πίνακας 2.1: Εργαλεία αξιολόγησης κουλτούρας ασφαλείας

Ερωτηματολόγιο	Αριθμός Ερωτήσεων	Αριθμός Διαστάσεων	Πληθυσμός στόχος
Safety Attitudes Questionnaire ICU	63	19	όλο το προσωπικό
Veterans health Administration Patient Safety Questionnaire	112	18	όλο το προσωπικό
Hospital Safety Culture Questionnaire [ORMAQ]	99	14	όλο το προσωπικό
Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Survey on Patient Safety	44	14	όλο το προσωπικό
Safety Climate Survey	21	11	όλο το προσωπικό
Allina Hospitals and Clinics	20	8	Προσωπικό κλινικών και νοσοκομείων (δύο τύποι)
Culture of Safety Survey	27	8	όλο το προσωπικό
Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire	24	4	όλο το προσωπικό
Τροποποιημένο ORMAQ	60	14	Προσωπικό χειρουργείων

Πηγή: Συγγραφέας (παρμένο από πτυχιακή εργασία με τίτλο: «Αντιλήψεις και συμπεριφορές του προσωπικού για την ασφάλεια των πασχόντων» -2011)

2.10. Παλαιότερες έρευνες σχετικές με τη κουλτούρα ασφαλείας

Τα τελευταία χρόνια εντείνονται σε μεγάλο βαθμό οι επιστημονικές συζητήσεις όσον αφορά την έννοια της κουλτούρας ασφαλείας στο χώρο της υγείας, γεγονός το οποίο αντικατοπτρίζεται στο περιεχόμενο της βιβλιογραφίας.

Ο Πίνακας 2.2 συνοψίζει τις κυριότερες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με το θέμα αναφοράς.

Πίνακας 2.2: Κυριότερες έρευνες σχετικές με την κουλτούρα ασφαλείας

A/A	Συγγραφείς Χρόνος εργασίας	Είδος μελέτης Εργαλείο	Δείγμα	Κύρια ευρήματα
1.	Ραφτόπουλος, 2007	Ανασκόπηση	Δεν υπάρχει	Η ανεπαρκής στελέχωση των νοσοκομείων και η ανεπαρκής ενημέρωση για τους επαγγελματικούς κινδύνους αποτελούν τροχοπέδη στην μετεξέλιξη και την ποιοτική ανάπτυξη των νοσηλευτικών παροχών
2.	Nieva & Sorra, 2003	Ανασκόπηση	Δεν υπάρχει	Η δημιουργία φιλοσοφίας ασφαλείας απαιτεί τη δημιουργία εργαλείων μέτρησής τους.
3.	Donabedian A, 1988	Ανασκόπηση	Δεν υπάρχει	Ανάλυση της αναγκαιότητας εύρεσης μετρήσιμων παραμέτρων για την εκτίμηση της κουλτούρας ασφαλείας και της ποιότητας
4.	Kohn et al., 2000	Αναφορά της Επιτροπής Ποιότητας ΗΠΑ	Δεν υπάρχει	Είναι ανθρώπινα τα ιατρικά σφάλματα και πρέπει να υπάρχουν ασφαλιστικές δικλείδες

Πίνακας 2.2 (Συνέχεια)

A/A	Συγγραφείς Χρόνος εργασίας	Είδος μελέτης Εργαλείο	Δείγμα	Κύρια ευρήματα
5.	Δημητριάδου Α, 2008	Διδακτορική διατριβή	Δεν υπάρχει	Αξιολογείται η θέση του νοσηλευτή στα συστήματα παροχής υγείας
6.	Λιακοπούλου Ε,2008	Διπλωματική εργασία	500 ασθενείς Νοσοκομείο Ιωαννίνων	Μειωμένος έλεγχος στην παροχή φροντίδας υγείας
7.	Νταντάνα Α, 2010	Διπλωματική εργασία	292 επαγγελματίες υγείας	Καλό γενικά κλίμα, πρόβλημα η τιμωρητική αντιμετώπιση του σφάλματος
8.	Aiken LH et al., 1994	Έρευνα	39 νοσοκομεία	Τα νοσοκομεία που προτιμούν οι ασθενείς έχουν 7.7% μικρότερη θνησιμότητα από τα υπόλοιπα
9.	Aiken LH et al., 2003	Έρευνα	10184 νοσηλευτές σε 168 νοσοκομεία Πενσυλβάνια	Όσο περισσότερο τα χρόνια εκπαίδευσης των νοσηλευτών τόσο χαμηλότερα τα ποσοστά θνησιμότητας πασχόντων
10.	El-Jardali et al, 2011	Έρευνα	Δεν υπάρχει	Για την ασφάλεια των πασχόντων σημαντικό είναι η εκπαίδευση όλου του προσωπικού
11.	Groene et al, 2010	Έρευνα	Δεν υπάρχει	Η επιβολή πειθαρχικών μέτρων είναι ένας ορθός τρόπος για την τεκμηριωμένη εφαρμογή πρακτικών από το νοσηλευτικό προσωπικό
12.	Meurier CE, 1997	Έρευνα	129 νοσηλευτές	Η ανάληψη ευθύνης για τα σφάλματα είναι δύσκολη και συνεπώς θα πρέπει να υπάρχει «μη-τιμωρητική» πολιτική αναφοράς
13.	Sexton et al., 2000	Έρευνα	851 μέλη ιατρικού προσωπικού	Σύγκριση των σφαλμάτων στην αεροπορία και την ιατρική. Πρόβλημα αναφοράς σφαλμάτων και στους δυο τομείς
14.	Sexton et al., 2006	Έρευνα	6 κέντρα υγείας, 203 περιοχές σε 3 χώρες	Το εργαλείο SAQ είναι καλό εργαλείο καταμέτρησης ικανοποίησης και κλίματος ασφάλειας
15.	Κάργα Μ, 2008	Έρευνα	565 νοσηλευτές ΠΕ ΤΕ	87% θυμούνται προσωπικό σφάλμα
16.	Χατζημιχαηλίδου, 2010	Έρευνα	287 φοιτήτριες 18-35 ετών, Νοσηλευτικής Μαιευτικής	Η ανεπαρκής γνώση από τους φοιτητές θέτει σε κίνδυνο τους πάσχοντες
17.	Ραφτόπουλος και Παυλάκης 2013	Έρευνα	132 νοσοκόμες, ΜΕΘ στην Κύπρο	Σημαντικές διακυμάνσεις του κλίματος ασφάλειας μεταξύ των ΜΕΘ των περιφερειακών νοσοκομείων της Κύπρου. Η ηλικία, οι υποδομές, η σοβαρότητα των περιπτώσεων, και οι δεξιότητες των νοσοκόμων επηρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών στις ΜΕΘ.

Πηγή: Συγγραφέας

2.11. Σύστημα Υγείας στην Κύπρο

Το σύστημα Υγείας στην Κύπρο αποτελείται από δύο πυλώνες παροχής ιατρικών υπηρεσιών, τον ιδιωτικό και το δημόσιο. Στον ιδιωτικό τομέα, ανεξάρτητοι επαγγελματίες, πολυκλινικές, φαρμακεία, νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα λειτουργούν υπό την αδειοδότηση, εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και εναρμονίζονται με τις νομοθετικές του ρυθμίσεις. Από την άλλη ο δημόσιος ιατρικός τομέας προσφέρει υπηρεσίες στους Κύπριους πολίτες μέσω πέντε (5) νοσοκομείων και ενός (1) παιδιατρικού/γυναικολογικού νοσοκομείου, τριών (3) μικρών αγροτικών νοσοκομείων και τριάντα οκτώ (38) κέντρων

υγείας, μαζί με 230 υπο-κέντρα με περιοδεύουσα ιατρική ομάδα. Όλες οι μονάδες βρίσκονται υπό την πλήρη εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και χρηματοδότηση της κυβέρνησης. Η διασφάλιση της προσβασιμότητας για τους δικαιούχους, η διαχείριση των μονάδων, η διοίκηση, ο προγραμματισμός, η νομοθέτηση και η οργάνωση του κλάδου της Υγείας και η παροχή ιατρικών υπηρεσιών, φαρμακευτικής και νοσοκομειακής φροντίδας συγκαταλέγονται ανάμεσα σε άλλα στις αρμοδιότητες του Υπουργείου (Υπουργείο Υγείας, 2016α).

2.11.1. Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

Το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού άρχισε τη λειτουργία του το 1993 και πλέον είναι το δεύτερο σε μέγεθος νοσοκομείο της Κύπρου (410 κλίνες) προσφέροντας υπηρεσίες σε περίπου 200.000 πολίτες, και καλύπτοντας την επαρχία Λεμεσού και Πάφου (για κάποιους ιατρικούς κλάδους που δεν παρέχονται από το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου) (Υπουργείο Υγείας, 2016β). Παρέχει δευτεροβάθμια και τριβάθμια φροντίδα υγείας σε πληθώρα κλινικών ειδικοτήτων, εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων (Υπουργείο Υγείας, 2016γ).

2.12. Σύνοψη

Η τρέχουσα αντίληψη που επικρατεί στον τομέα της υγείας σχετικά με τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών σε οργανισμούς υγείας επικεντρώνεται κυρίως στη δημιουργία μιας κουλτούρας ασφαλείας. Ιατρικά λάθη μπορούν να συμβούν ακόμα και ανάμεσα στους καλύτερους επαγγελματίες φροντίδας υγείας. Ωστόσο, μια κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών, επηρεάζει ολόκληρο το σύστημα και βελτιώνει την ασφάλειά τους. Η επίδραση μάλιστα μιας θετικής κουλτούρας ασφαλείας στην αλλαγή της συμπεριφοράς μεταξύ των εργαζομένων είναι ισχυρότερη από οποιουδήποτε κανονισμού.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση τα νοσοκομεία που θέλουν να εφαρμόσουν μια αποτελεσματική κουλτούρα ασφαλείας πρέπει να είναι διαφανή και δίκαια με το προσωπικό όταν συμβαίνουν ανεπιθύμητα περιστατικά, να μαθαίνουν από τα λάθη, και, αντί να επιρρίπτουν ευθύνες σε ατομικό επίπεδο, να προσπαθούν να ερευνήσουν τι πήγε λάθος στο σύστημα. Πιστεύεται ότι τα ιατρικά σφάλματα είναι συμπτώματα ενός ανεπαρκούς συστήματος υγείας (Sexton et al., 2005). Ως εκ τούτου, κάθε προσπάθεια πρόληψης ιατρικού λάθους θα πρέπει να επικεντρώνεται κυρίως στις αδυναμίες του συστήματος. Αυτό καταδεικνύει την αναγκαιότητα για τη συνεχή βελτίωση των συστημάτων ώστε να ελαχιστοποιηθεί αποτελεσματικά τη πιθανότητα ιατρικού σφάλματος.

Η δέσμευση επίσης της ηγεσίας των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης σε θέματα ασφάλειας των ασθενών είναι απαραίτητη για τη βέλτιστη εφαρμογή μιας κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Συγκεκριμένα, τα χαρακτηριστικά μιας προληπτικής και ισχυρής κουλτούρας ασφαλείας περιλαμβάνουν τη δέσμευση της ηγεσίας για συζήτηση και εκμάθηση από τα λάθη, καταγράφοντας και αναλύοντας ανεπιθύμητα περιστατικά σε συνδυασμό με την ενθάρρυνση και καλλιέργεια της ομαδικότητας.

Μία ακόμη στρατηγική πρόληψης λαθών στον τομέα της υγείας αποτελεί η ομαδικότητα, εφόσον καλλιεργεί το πνεύμα συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των μελών μιας ομάδας. Είναι αναγκαίο λοιπόν να υιοθετηθεί αυτού του είδους η στρατηγική από όλους τους οργανισμούς υγείας, που στοχεύουν σε μια θετική κουλτούρα ασφαλείας.

Η αυξανόμενη ανάγκη για αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας, έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη διαφόρων εργαλείων μέτρησης της ασφάλειας του ασθενή στους οργανισμούς υγείας. Κατά τη διαδικασία επιλογής ενός εργαλείου λαμβάνονται υπόψη οι προσδοκίες της μελέτης, ο τρόπος που γίνεται αντιληπτή η οργανωσιακή κουλτούρα, η διαθεσιμότητα των πόρων και η πρόθεση χρήσης των αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με αυτά, για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας χρησιμοποιείται το Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).

Κεφάλαιο 3

Μεθοδολογία

3.1. Εισαγωγή

Η επιστημονική μεθοδολογία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της έρευνας αφού συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση των αποτελεσμάτων της (Crotty, 1998). Η όλη διαδικασία συνίσταται στην εφαρμογή επιστημονικών διαδικασιών, προκειμένου να οδηγηθεί κανείς σε ορθές απαντήσεις (Adams & Schvaneveldt, 1991:16).

3.2. Ερευνητικά ερωτήματα

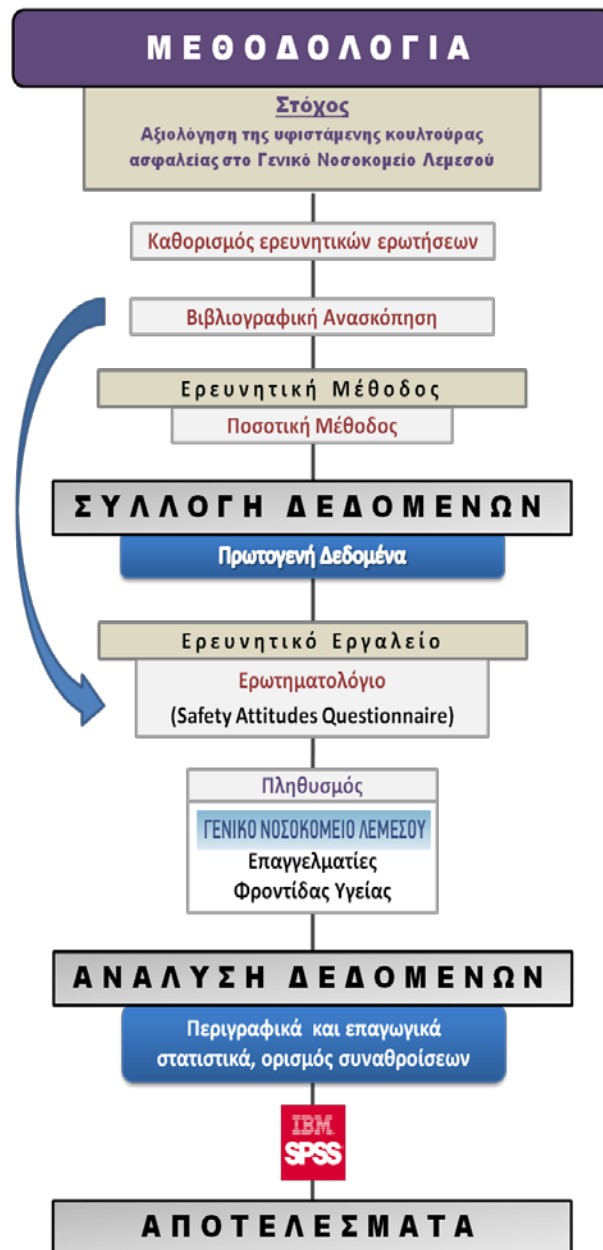
Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι καίριας σημασίας στον καθορισμό τους είδους της έρευνας, των ερευνητικών διαδικασιών και εργαλείων, των πηγών αναζήτησης δεδομένων και της μεθόδου επεξεργασίας δεδομένων. Τα ερωτήματα τα οποία κίνησαν το συγγραφέα στην ανάληψη αυτής της μελέτης και στα οποία στοχεύει να απαντήσει είναι:

1. Ποιες οι έννοιες του κλίματος και κουλτούρας ασφαλείας;
2. Ποια η σημασία της μέτρησης του κλίματος ασφαλείας στον τομέας υγείας;
3. Κατά πόσο υπάρχει ασφαλής παροχή φροντίδας υγείας;
4. Ποιοι είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με την μη ασφαλή παροχή φροντίδας υγείας ;
5. Πως επηρεάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, αρχαιότητα, θέση) την παροχή φροντίδας υγείας αναφορικά με ζητήματα ασφάλειας;

3.3. Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε στην παρούσα έρευνα αποτελείται από τρία (3) στάδια: την επιλογή ερευνητικής μεθόδου, τη συλλογή δεδομένων και την ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Το διάγραμμα ροής των σταδίων αυτών παρουσιάζεται στην Εικόνα 3.1.



Εικόνα 3.1: Ροή μεθοδολογίας που εφαρμόστηκε

3.3.1. Ερευνητική Μέθοδος

Αυτή η ενότητα αναφέρει τα κύρια χαρακτηριστικά, τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα των κύριων ερευνητικών μεθόδων συλλογής υλικού ώστε να καταστεί σαφές το πώς έχει επιλεγεί η μέθοδος που διευκολύνει περισσότερο τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων και συνεπώς την εκπόνηση της έρευνας.

Οι ερευνητικές μέθοδοι διακρίνονται σε ποσοτικές (qualitative) και ποιοτικές (quantitative) και πολυμεθοδολογικές (multimethod) (Kvale, 1996). Η πολυμεθοδολογική προσέγγιση συλλογής δεδομένων είναι ουσιαστικά συνδυασμός των 2 αυτών μεθόδων. Θεωρητικά,

οποιαδήποτε μέθοδος δύναται να εφαρμοστεί στην έρευνα για συλλογή δεδομένων καθώς όλες παρέχουν τη δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει ένα ερευνητικό θέμα και να εστιάσει σε αυτό (Creswell, 2009). Στην πράξη όμως, προκειμένου να γίνει επιλογή για το ποια εξ αυτών είναι η ιδανική για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, λήφθηκαν υπόψη οι ιδιότητες της καθεμιάς.

Οι μελέτες των Lichtman (2006) και Johnson & Christensen (2008) υπήρξαν ιδιαίτερα κατατοπιστικές σε αυτό το σημείο, καθώς συνέβαλαν στη διαμόρφωση μιας πιο σαφούς εικόνας για τους σκοπούς και το περιεχόμενο της κάθε μεθόδου. Συγκεκριμένα, η ποιοτική μέθοδος βρίσκει εφαρμογή σε μελέτες που έχουν ως κύριο σκοπό την ανάλυση μη μετρήσιμων χαρακτηριστικών κάποιου κοινωνικού φαινομένου, απαντώντας κυρίως στα ερωτήματα «γιατί» και «πώς» (Ιωσηφίδης, 2008; Johnson & Christensen, 2008). Ως εκ τούτου μία τέτοια μέθοδος οδηγεί στην αποκάλυψη αιτιακών σχέσεων μεταξύ κοινωνικών ομάδων, στην περιγραφή, ανάλυση και ερμηνεία κοινωνικών διαδικασιών (Lichtman 2006; Φίλιας, 1993; Silverman, 2000).

Στα πλαίσια της ποιοτικής έρευνας γίνεται χρήση συνεντεύξεων, ανοικτού τύπου ερωτήσεων και άλλων σχετικών ποιοτικών δεδομένων ενώ τα αποτελέσματά της είναι αρκετά συγκεκριμένα και δεν επιδέχονται γενικεύσεις. Επιπλέον, εφαρμόζεται σε μικρότερο πληθυσμό, παρόλα αυτά, παρέχει τη δυνατότητα διερεύνησης και εξέτασης των φαινομένων σε εύρος και βάθος (Geertz, 1973; Eisner, 1991; Παπαγεωργίου, 1998).

Από την άλλη μεριά, η ποσοτική έρευνα εφαρμόζεται σε ένα μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού με στόχο τη μελέτη φαινομένων με στατιστικές μεθόδους, μαθηματικά μοντέλα και αριθμητικά δεδομένα (Saunders et al., 2012). Τα προκύπτοντα δεδομένα λοιπόν, μπορούν να υποβληθούν σε ακριβείς μετρήσεις, αλλά και να γενικευτούν σε ευρύτερο πληθυσμό. Ταυτόχρονα, εφόσον ο ερευνητής δεν εμπλέκεται προσωπικά στη συλλογή δεδομένων και με δεδομένο ότι οι συμμετέχοντες αποκρύπτουν τα προσωπικά τους στοιχεία, εξασφαλίζεται η αντικειμενικότητα των αποτελεσμάτων.

Προκειμένου να εκπληρωθεί ο σκοπός της έρευνας, αποφασίστηκε η εφαρμογή της ποσοτικής μεθόδου για τη συλλογή δεδομένων. Συγκεκριμένα, οι κύριοι λόγοι που καθόρισαν την επιλογή αυτή είναι ότι :

- Η εφαρμογή της μεθόδου σε μεγαλύτερο μέγεθος πληθυσμού επιτρέπει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν.

- Τα δεδομένα που απορρέουν έχουν τη μορφή αριθμητικών στοιχείων, καθιστώντας έτσι δυνατή την ακριβή μέτρηση και ανάλυση των μεταβλητών.

3.3.2. Συλλογή Δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων εμπεριέχει όλες τις απαιτούμενες ενέργειες συγκέντρωσης των στοιχείων εκείνων που κρίνονται απαραίτητα για τη μελέτη, και μπορεί να γίνει είτε με δευτερογενή έρευνα είτε με πρωτογενή έρευνα ή ακόμα και με συνδυασμό αυτών.

Στην ουσία, η πρωτογενής έρευνα αφορά τη συλλογή δεδομένων από πρώτο χέρι, όπως παρατηρήσεις, συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια. Αυτό δίνει στον ερευνητή μεγαλύτερο έλεγχο αφού συλλέγονται συγκεκριμένες πληροφορίες, προσαρμοσμένες στις ανάγκες της μελέτης. Η δευτερογενής έρευνα είναι η συλλογή δεδομένων από τα ήδη υπάρχοντα δημοσιευμένα στοιχεία, όπως βιβλία, διατριβές, επιστημονικά άρθρα, κλπ. Τέτοια δεδομένα είναι άμεσα διαθέσιμα, ενώ η εξέτασή τους ενισχύει σημαντικά την κατανόηση του θέματος από τον ερευνητή (Ghauri & Gronhaug, 2005; Kumar, 2011; Saunders et al., 2012).

Για την υλοποίηση της συγκεκριμένης εργασίας εφαρμόστηκε η πρωτογενής συλλογή ποσοτικών δεδομένων μέσω χρήσης ερωτηματολογίου. Ένα τέτοιο ερευνητικό εργαλείο επιτυγχάνει συλλογή μεγάλων ποσοτήτων δεδομένων από μεγάλο αριθμό ατόμων σε σύντομο χρονικό διάστημα ενώ σε σύγκριση με τις συνεντεύξεις στοιχίζει πολύ φθηνότερα. Ταυτόχρονα, λόγω της έλλειψης άμεσης επικοινωνίας δεν μπορεί ο ερευνητής να επηρεάσει τις απαντήσεις των ερωτώμενων και οι ερωτηθέντες μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα.

Η διαδικασία επιλογής κατάλληλου ερωτηματολογίου αποτελεί καθοριστική σημασία για την επιτυχία μιας στατιστικής έρευνας. Ως εκ τούτου το ερωτηματολόγιο θα πρέπει να είναι αναγνωρισμένο, να διακρίνεται από αξιοπιστία και εγκυρότητα και να καλύπτει μια ευρεία γκάμα από πτυχές που αντιπροσωπεύουν την υφιστάμενη κουλτούρα ασφαλείας στα νοσοκομεία. Αποφασίστηκε λοιπόν, ότι το ερωτηματολόγιο που ανταποκρίνεται πλήρως στα θεμελιώδη αυτά κριτήρια και που εξυπηρετεί με τον καλύτερο τρόπο τους στόχους της παρούσας μελέτης είναι η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου «Πεποιθήσεις για την ασφάλεια» (Safety Attitudes Questionnaire), όπως αυτό διαμορφώθηκε από τους Raftopoulos & Pavlakis (2013). Το SAQ θεωρείται ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο για εκτίμηση του κλίματος ασφαλείας, τόσο σε ομαδικό όσο και σε ατομικό επίπεδο, μεταξύ νοσοκομείων ή/και επαγγελματιών υγείας.

Σημειώνεται ότι στα πλαίσια της συλλογής δεδομένων, πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονα εκτενής ανάλυση δευτερογενών πηγών (περιοδικά, επιστημονικές έρευνες, διπλωματικές και βιβλία) για τον καθορισμό του πλαισίου της μελέτης και στη δημιουργία βιβλιογραφίας στο θέμα. Στην πράξη, η δυνατότητα πρόσβασης σε δεδομένα προγενέστερων μελετών λειτουργεί ως οδηγός για το σχεδιασμό νέων πρωτογενών ερευνών ενώ ταυτόχρονα εντοπίζονται οι ελλείψεις από τις πηγές αυτές.

3.3.2.1. Διανομή ερωτηματολογίου

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν από το συγγραφέα τον Ιούνιο του 2016 σε 4 τμήματα του Νοσοκομείου (Ορθοπεδικό, Χειρουργικό, Εντατική Α, Εντατική Β) κατόπιν προσωπικής επαφής με τους συμμετέχοντες, εφόσον εργάζεται στο Νοσοκομείο Λεμεσού. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό και την προέλευση της έρευνας, ενώ ταυτόχρονα παρέλαβαν και μια ενημερωτική επιστολή (Παράρτημα Α). Μέσω αυτής διαβεβαιώνονταν ότι οι απαντήσεις τους θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικές και πως δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς πέραν από αυτούς της έρευνας. Οι συμμετέχοντες λάμβαναν το ερωτηματολόγιο και το συμπλήρωναν ανώνυμα σε τόπο και χρόνο που οι ίδιοι επιθυμούσαν. Είχαν στη διάθεσή τους 1 μήνα για να το συμπληρώσουν και να το επιστρέψουν.

3.3.2.2. Μέθοδος δειγματοληψίας - Πληθυσμός

Βασική προϋπόθεση για τη διεξαγωγή της έρευνας είναι ο καθορισμός ορισμένων ατόμων από έναν συγκεκριμένο πληθυσμό ως αντιπρόσωποι του συνολικού πληθυσμού. Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε αναφέρεται σε δείγματα πιθανοτήτων (απλή τυχαία δειγματοληψία – simple random sampling) κατά την οποία όλες οι μονάδες του πληθυσμού έχουν την ίδια πιθανότητα επιλογής στο δείγμα (Γαλάνης, 2012).

Η εφαρμογή της απλής τυχαίας δειγματοληψίας απαιτεί την καταγραφή του στατιστικού πληθυσμού σε έναν κατάλογο ο οποίος χρησιμεύει ως δειγματοληπτικό πλαίσιο (Γαλάνης, 2012). Το δειγματοληπτικό πλαίσιο της παρούσας έρευνας αποτελείται από επαγγελματίες φροντίδας υγείας. Αν και στο πεδίο της κουλτούρας ασφαλείας στην Κύπρο έχει ήδη διενεργηθεί έρευνα από τους Ραυτόπουλο & Παυλάκη (2013), εντούτοις είναι η πρώτη φορά που συμπεριλαμβάνονται στον πληθυσμό του δείγματος όχι μόνο νοσηλευτές αλλά γενικότερα επαγγελματίες φροντίδας υγείας.

Στη βιβλιογραφία εντοπίζονται διάφοροι τρόποι σύνταξης ενός απλού τυχαίου δείγματος, για τους σκοπούς όμως της παρούσας έρευνας εφαρμόστηκε η μέθοδος της κλήρωσης (lottery method). Σύμφωνα με αυτή, αρχικά λήφθηκαν οι κατάλογοι με τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας για το Ορθοπαιδικό και Χειρουργικό Τμήμα και τις Εντατικές Μονάδες Α και Β του Νοσοκομείου. Με δεδομένη αυτή την πληροφορία, πραγματοποιήθηκε αντιστοίχιση αριθμών στα άτομα του καταλόγου και έπειτα επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο μέχρι να σχηματιστεί ικανοποιητικό πλήθος δείγματος.

Με λίγα λόγια, η μονάδα δειγματοληψίας που κρίθηκε κατάλληλη για την παρούσα έρευνα αποτελείται από νοσηλευτές και γενικότερα επαγγελματίες φροντίδας υγείας, τόσο άνδρες όσο και γυναίκες που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού. Ο πληθυσμός της μελέτης ανέρχεται στα 141 άτομα και συγκεκριμένα:

- 34 (Ορθοπαιδικό Τμήμα)
- 37 (Χειρουργικό Τμήμα)
- 35 (Εντατική Α)
- 35 (Εντατική Β)

3.3.2.3. Τεχνική περιγραφή ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο προκειμένου να αποτελεί εργαλείο επιτυχημένης και ορθής έρευνας διαθέτει τα πιο κάτω χαρακτηριστικά:

- Πληρότητα: καλύπτει όλες τις πτυχές του ερευνώμενου χαρακτηριστικού σύμφωνα με τους στόχους που τέθηκαν.
- Σαφήνεια: το περιεχόμενο των ερωτήσεων είναι ξεκάθαρο.
- Συνοχή: τα συγγενή ερωτήματα εμφανίζονται ομαδοποιημένα.
- Συντομία: το ερωτηματολόγιο είναι συνοπτικό και περιεκτικό ώστε να είναι όσο το δυνατόν λιγότερο χρονοβόρο και φορτικό ενώ κάθε ερώτηση εξυπηρετεί ένα επιμέρους στόχο.
- Εμφάνιση: το ερωτηματολόγιο διαθέτει άρτια εμφάνιση (όμορφο στην εμφάνιση, εύκολο στη συμπλήρωση, στη χρήση και στην ανάγνωση).
- Παροχή οδηγιών: παρέχονται σύντομες οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτημάτων.
- Κωδικογράφηση: το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι δυνατή η κωδικογράφηση της κάθε απάντησης για να μπορεί να εισαχθεί στον ηλεκτρονικό υπολογιστή υπό μορφή αριθμού για περαιτέρω επεξεργασία

Από τεχνικής πλευράς, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία ευδιάκριτα μέρη (Παράρτημα Α):

A) Εισαγωγικό Σημείωμα

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ένα σύντομο εισαγωγικό σημείωμα, μέσω του οποίου οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό και την προέλευση της έρευνας. Επίσης διαβεβαιώνονταν ότι οι απαντήσεις τους θα παραμείνουν άκρως εμπιστευτικές και πως δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς πέραν από αυτούς της έρευνας. Επιπλέον, τους είχε καταστεί σαφές ότι κάθε ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και έτσι δε μπορούν να συνδεθούν οι απαντήσεις με συγκεκριμένα πρόσωπα και οργανισμούς. Τέλος, υπογράμμισε το γεγονός ότι ο μέσος χρόνος που θα δαπανηθεί για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι περίπου 10 λεπτά.

B) Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια

Το κομμάτι αυτό αποτελεί το κύριο μέρος του ερωτηματολογίου στο οποίο οι ερωτήσεις συστάθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να αντλήσουν πληροφορίες για έξι διαφορετικά θέματα: (α) την ομαδική εργασία - κλίμα, (β) την ασφάλεια – κλίμα στο τμήμα που εργάζονται, (γ) την εργασιακή ικανοποίηση, (δ) την αναγνώριση του άγχους, (ε) τις αντιλήψεις για την διαχείριση και στ) τις συνθήκες εργασίας. Ο Πίνακας 3.1. καταδεικνύει το αντικείμενο μελέτης των πιο πάνω κατηγοριών.

Πίνακας 3.1. Αντικείμενο μελέτης θεματικών ενότητων ερωτηματολογίου

Κατηγορίες SAQ	Αντικείμενο Μελέτης
Ομαδική εργασία - κλίμα	Αντίληψη για την ποιότητα της συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού
Ασφάλεια – κλίμα	Αντίληψη για την ύπαρξη ισχυρής και προληπτικής οργανωτικής δέσμευσης για την ασφάλεια
Εργασιακή ικανοποίηση	Θετική εργασιακή εμπειρία
Αναγνώριση του στρες	Αναγνώριση για το πως επηρεάζεται η απόδοση από στρεσογόνους παράγοντες
Αντιλήψεις για τη διαχείριση	Έγκριση της διαχειριστικής δράσης
Συνθήκες εργασίας	Αντίληψη για την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος και διοικητικής υποστήριξης

Πηγή: Jeong et al., 2015

Κάθε κατηγορία περιλαμβάνει διάφορες σχετικές απόψεις επί του θέματος. Για κάθε άποψη οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν ένα χαρακτηρισμό από κλίμακα διαβάθμισης – Likert:

- 1 – «διαφωνώ απόλυτα».
- 2 – «διαφωνώ μερικώς».
- 3 – «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ».
- 4 – «συμφωνώ μερικώς».
- 5 – «συμφωνώ απόλυτα».

Οι απόψεις για κάθε κατηγορία όπου οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να βαθμονομήσουν, συνοψίζονται πιο κάτω:

I. Ομαδική εργασία - κλίμα

- *«Είναι εύκολο για το προσωπικό στο τμήμα που εργάζεται να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι».*
- *«Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς».*
- *«Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη στο τμήμα που εργάζομαι».*
- *«Σε αυτό το τμήμα που εργάζομαι είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών». (αντίστροφη ερώτηση)*
- *«Οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα που εργάζομαι επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)».*
- *«Οι ιατροί και οι νοσηλευτές σε αυτό το τμήμα (που εργάζομαι) εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα».*

II. Ασφάλεια – κλίμα

- *«Η εργασιακή κουλτούρα στο τμήμα που εργάζομαι διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων».*
- *«Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα (που εργάζομαι)».*
- *«Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα που εργάζομαι».*
- *«Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών».*
- *«Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία».*

- «Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν στο τμήμα που εργάζομαι».
- «Στο τμήμα που εργάζομαι είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη». (αντίστροφη ερώτηση)

III. Εργασιακή ικανοποίηση

- «Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος».
- «Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο».
- «Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια».
- «Το ηθικό στο τμήμα που εργάζομαι είναι υψηλό».
- «Μου αρέσει η δουλειά μου».

IV. Αναγνώριση του στρες

- «Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου».
- «Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου».
- «Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτική κρίση)».
- «Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός/ή στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η».

V. Αντιλήψεις για την διαχείριση

- «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά».
- «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες».
- «Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου».
- «Τα επίπεδα στελέχωσης σε προσωπικό στο τμήμα που εργάζομαι είναι επαρκή για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών».

VI. Συνθήκες εργασίας

- «Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση».
- «Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό».
- «Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς».
- «Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού».

Οι μεταβλητές υπολογίζονται με το ποσοστό των ερωτηθέντων, δηλαδή για 1=0 για 2=25, 3=50,4=75 και 5=100 προστίθεται για κάθε απάντηση και διαιρείται δια το σύνολο των απαντήσεων και βγαίνει το αποτέλεσμα.

Γ) Δημογραφικά Στοιχεία

Το τρίτο και τελευταίο μέρος αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι καθώς δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να μελετήσει τις πιθανές διαφοροποιήσεις των απαντήσεων ανάλογα με τις διάφορες κατηγορίες. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει ερωτήσεις που επιτρέπουν τη συλλογή των πιο κάτω δημογραφικών στοιχείων:

- Προσωπικά
 - Φύλο.
 - Ηλικία.
 - Επίπεδο εκπαίδευσης («Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής», «Κάτοχος Πτυχιακού τίτλου (BSc)», «Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (MSc,MA)», «Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου (PhD)» και «Άλλο»).
 - Οικογενειακή κατάσταση («Παντρεμένος/η», «Ανύπαντρος/η», «Χωρισμένος/η», «Χήρος/α», «Συμβίωση»).

- Εργασία
 - Τμήμα («Ορθοπαιδικό», «Χειρουργικό», «Εντατική Α», «Εντατική Β»).
 - Καθεστώς εργασίας («Μόνιμος/η», «Συμβασιούχος/α»).
 - Χρόνος συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας.
 - Χρόνος προϋπηρεσίας στο παρόν νοσοκομείο.
 - Παρούσα θέση («Νοσηλευτικός Λειτουργός», «Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός», «Άλλο»).
 - Χρόνος συνολικής εργασίας στο τμήμα.

3.3.3. Ανάλυση δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια περιέχουν πολλές λεπτομέρειες, ενώ ταυτόχρονα τα δεδομένα τους είναι ανοργάνωτα και ανεπεξέργαστα. Αυτή η έλλειψη οργάνωσης ή ομαδοποίησης μπορεί να καταστήσει δύσκολη την ανεύρεση μοτίβων, ειδικά σε μεγάλα πληθυσμιακά δεδομένα.

Επομένως, μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων τα δεδομένα εισάγονται στο πρόγραμμα της IBM SPSS statistics v.20 και αναλύονται με τη μορφή τόσο της περιγραφικής όσο και της επαγωγικής στατιστικής. Πιο συγκεκριμένα, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας σε περιγραφικό επίπεδο περιλαμβάνει πίνακες κατανομής συχνοτήτων των απαντήσεων των ερωτηθέντων όταν οι μεταβλητές είναι ονομαστικές και μέσους όρους (τυπική απόκλιση) όταν οι μεταβλητές είναι συνεχείς. Για την ανάλυση των παραγόντων του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν νέες μεταβλητές από την πρόσθεση των επιμέρους ερωτήσεων του κάθε παράγοντα. Επιπλέον, τυχόν διαφορές μελετήθηκαν με παραμετρικά τεστ προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για τις ανεξάρτητες μεταβλητές με δυο παραμέτρους εφαρμόστηκε το τεστ Κριτήριο t, ενώ για ανεξάρτητες μεταβλητές πέραν των δυο παραμέτρων, η Ανάλυση Διασποράς μονής κατεύθυνσης (one – way ANOVA). Στις περιπτώσεις που συγκρίνονταν περισσότερα από δυο ανεξάρτητα δείγματα και αναγνωριζόταν στατιστικά σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης τιμής στην εξαρτημένη, εφαρμόστηκαν εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεις (post hoc).

3.4. Εγκυρότητα και αξιοπιστία

Η αναζήτηση της εγκυρότητας (validity) και της αξιοπιστίας (reliability) του ερευνητικού εργαλείου είναι 2 βασικοί παράγοντες για εξασφάλιση έγκυρων αποτελεσμάτων, ειδικά σε μελέτες που αφορούν το χώρο της υγείας. Πρόκειται για ένα σημαντικό κομμάτι της έρευνας καθώς χωρίς ικανοποιητικό επίπεδο εγκυρότητας και αξιοπιστίας, το εργαλείο μέτρησης δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί (Γαλάνης, 2013; Ουζούνη & Νακάκης, 2011).

Η αξιοπιστία αφορά τη συνοχή και τη σταθερότητα που εμφανίζει το ερευνητικό εργαλείο σε διαδοχικές μετρήσεις. Με απλά λόγια, ένα ερωτηματολόγιο θεωρείται αξιόπιστο όταν «σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις σε ίδιο δείγμα και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, εμφανίζει σταθερά τα ίδια αποτελέσματα, εκτός εάν έχει συμβεί μια σημαντική αλλαγή μεταξύ των μετρήσεων» (Ουζούνη & Νακάκης, 2011: 232). Η εγκυρότητα από την άλλη, αφορά το βαθμό στον οποίο το όργανο μέτρησης μετρά την έννοια ή μεταβλητή για την οποία διατείνεται ότι μετρά.

Για την εκτίμηση τόσο της αξιοπιστίας όσο και της εγκυρότητας υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις, π.χ. με τον έλεγχο-επανάλεγχο, την εσωτερική συνοχή, την αξιοπιστία

εναλλακτικών τύπων, κλπ για τη μεν αξιοπιστία και με έλεγχο εγκυρότητας «περιεχομένου», «εννοιολογικής κατασκευής», «όψης», κλπ για τη δε εγκυρότητα.

Στην περίπτωση της παρούσας έρευνας χρησιμοποιείται η ελληνική εκδοχή του Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), όπως αυτό διαμορφώθηκε από τους Raftopoulos & Pavlakis (2013), το οποίο ήδη εφαρμόστηκε και δοκιμάστηκε σε επίσημη έρευνα, και ως εκ τούτου η αξιοπιστία και εγκυρότητά του είναι ήδη ελεγμένες.

Πέρα από αυτό, ο πληθυσμός ανέρχεται στα 141 άτομα. Δεδομένου του ότι το προσωπικό του νοσοκομείου ανέρχεται στα 700 περίπου άτομα, ο αριθμός αυτός, που ουσιαστικά αντιστοιχεί στο 1/5 του συνόλου, κρίνεται ικανοποιητικός, ώστε να επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ολόκληρο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού.

Τέλος, η συμπερίληψη όλων των επαγγελματιών φροντίδας υγείας στον πληθυσμό του δείγματος σε συνδυασμό με την κάλυψη διαφόρων ηλικιακών κατηγοριών, θέσεων και χρόνου προϋπηρεσίας του προσωπικού αυξάνει περαιτέρω το επίπεδο εγκυρότητας του εργαλείου, άρα και των αποτελεσμάτων.

3.5. Ηθικά Ζητήματα

Όταν μία έρευνα περιλαμβάνει ανθρώπινα υποκείμενα, είναι σημαντικό να υπάρχει μια κατανόηση των βασικών ζητημάτων που διέπουν την ηθική στην έρευνα και το πως αυτή θα μπορούσε να έχει αντίκτυπο στη μελέτη. Εντοπίζοντας αυτά τα πιθανά ηθικά ζητήματα, συγκεκριμένες διαδικασίες τίθενται σε εφαρμογή προκειμένου να αποφευχθούν (Drew J. et al, 2008; Polonsky and Waller, 2010).

Μετά από προσεκτική αξιολόγηση, τα ηθικά ζητήματα που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη είναι:

- Πρόσβαση σε δεδομένα

Η τελική δήλωση θέματος μαζί με τα ερωτηματολόγια υποβλήθηκαν στα αρμόδια τμήματα ώστε να αποκτηθεί σχετική έγκριση εκ των προτέρων. Συγκεκριμένα, το πρωτόκολλο της έρευνας κατατέθηκε στην αρμόδια επιτροπή βιοηθικής και στο γραφείο επιτρόπου προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Ακολούθως εξασφαλίστηκε σχετική άδεια από το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου. Επίσης εξασφαλίστηκε σχετική

άδεια από τους Raftopoulos et al. (2011) με δήλωση της χρήσης του ερωτηματολογίου στον ιστότοπο του Sexton.

- **Εμπιστευτικότητα και Ανωνυμία**

Η εμπιστευτικότητα αφορά την προστασία των πληροφοριών που συλλέγονται. Ως εκ τούτου, έχει γίνει κάθε προσπάθεια για την αποφυγή πρόσβασης στα δεδομένα από οποιονδήποτε εκτός του προγράμματος. Μερικές από αυτές τις προσπάθειες περιλαμβάνουν: α) αποθήκευση των ερωτηματολογίων μέσα σε ειδικές θυρίδες, β) οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε καμία περίπτωση δεν συζητήθηκαν με άλλους συναδέλφους.

Επιπλέον, επιστρατεύτηκαν ορισμένες τεχνικές ώστε να είναι δυνατή η παροχή ανωνυμίας. Για παράδειγμα, το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε προσεκτικά ώστε να αποφευχθεί τόσο η συλλογή ταυτοποιών στοιχείων (π.χ. όνομα, διεύθυνση, κλπ) όσο και η σύνδεση των απαντήσεων με συγκεκριμένα πρόσωπα και οργανισμούς.

- **Συγκατάθεση και προθυμία συμμετοχής**

Πριν οι συμμετέχοντες συμφωνήσουν να λάβουν μέρος, είχαν ενημερωθεί πλήρως για τα εξής:

- Δεν υπάρχει κανένα όφελος ή κόστος για την ολοκλήρωση της έρευνας.
- Σκοπός της έρευνας.
- Χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση της έρευνας.
- Επίπεδο εμπιστευτικότητας και ανωνυμίας.

Να σημειωθεί ότι η υπερβολική πίεση στους συμμετέχοντες αποφεύχθηκε και η άρνηση συμμετοχής ήταν πλήρως σεβαστή. Ως αποτέλεσμα, όλοι οι συμμετέχοντες έδωσαν τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή στην έρευνα.

3.6. Σύνοψη

Σύμφωνα με τους στόχους και τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας, εφαρμόζεται η πρωτογενής συλλογή ποσοτικών δεδομένων. Με βάση τα πλεονεκτήματα που παρουσιάστηκαν, αλλά και του περιορισμένου χρόνου που απαιτεί η μελέτη, μιας και πρόκειται για μεταπτυχιακή εργασία, κρίθηκε ότι το ερωτηματολόγιο είναι το πιο κατάλληλο ερευνητικό εργαλείο για την διεκπεραίωση αυτής της έρευνας. Συγκεκριμένα

χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου «Πεποιθήσεις για την ασφάλεια» (Safety Attitudes Questionnaire), όπως αυτό διαμορφώθηκε από τους Raftopoulos & Pavlakis (2013). Το δείγμα του πληθυσμού του ερωτηματολογίου (141 άτομα) επιλέχθηκε με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας (μέθοδος κλήρωσης) και αποτελείται από νοσηλευτές και γενικότερα επαγγελματίες φροντίδας υγείας, τόσο άνδρες όσο και γυναίκες που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού. Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων τα δεδομένα εισάγονται στο πρόγραμμα της IBM SPSS Statistics v.20 και αναλύονται με κατάλληλες στατιστικές μεθόδους. Κατά τη διάρκεια της έρευνας λήφθηκαν υπόψη ηθικά ζητήματα, κυρίως η εξασφάλιση σχετικής άδειας από τα αρμόδια τμήματα, η διατήρηση της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας όπως επίσης και η εξασφάλιση της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων. Τέλος αποδεικνύεται ότι με βάση τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται, το δείγμα της μελέτης και τα ερωτήματα που τίθενται στους συμμετέχοντες, τα αποτελέσματα είναι αρκετά αξιόπιστα για την εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων.

Κεφάλαιο 4

Αποτελέσματα

4.1. Εισαγωγή

Το όργανο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή δεδομένων μετρά τις αντιλήψεις των επαγγελματιών φροντίδας υγείας σε έξι (6) τομείς (ομαδική εργασία - κλίμα, ασφάλεια – κλίμα, εργασιακή ικανοποίηση, αναγνώριση του άγχους, αντιλήψεις για τη διαχείριση και συνθήκες εργασίας).

Για κάθε απάντηση οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν ένα χαρακτηρισμό από κλίμακα διαβάθμισης – Likert (1 – «διαφωνώ απόλυτα», 2 – «διαφωνώ μερικώς», 3 – «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», 4 – «συμφωνώ μερικώς», 5 – «συμφωνώ απόλυτα»).

Όλα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου κωδικοποιήθηκαν και βαθμονομήθηκαν ανάλογα με την απάντηση που δόθηκε. Για τον υπολογισμό της εκατοστιαίας κλίμακας κάθε συμμετέχοντα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος που προτάθηκε από τους Sexton et al. (2006). Πιο συγκεκριμένα, οι βαθμολογίες παίρνουν τιμές από 0 έως 100 (Πίνακας 4.1).

Πίνακας 4.1: Υπολογισμός εκατοστιαίας κλίμακας για κάθε απάντηση

	Βαθμός συμφωνίας/διαφωνίας	Βαθμολογία
1	«Διαφωνώ απόλυτα»	0
2	«Διαφωνώ μερικώς»	25
3	«Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ»	50
4	«Συμφωνώ μερικώς»	75
5	«Συμφωνώ απόλυτα»	100

Οι βαθμολογίες που προκύπτουν αντιπροσωπεύουν τις αντιλήψεις κάθε συμμετέχοντα, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν πιο θετικές απαντήσεις για κάθε άποψη. Αν δηλαδή η βαθμολογία είναι 75 ή μεγαλύτερη, αυτό υποδηλώνει ότι ο συμμετέχοντας κρατά μια θετική στάση σε μια συγκεκριμένη διάσταση.

Επομένως, μετά την βαθμονόμηση των απαντήσεων, τα δεδομένα εισάγονται στο πρόγραμμα της IBM SPSS statistics v.20 και αναλύονται με τη μορφή τόσο της περιγραφικής όσο και της επαγωγικής στατιστικής.

4.2. Περιγραφικά στατιστικά

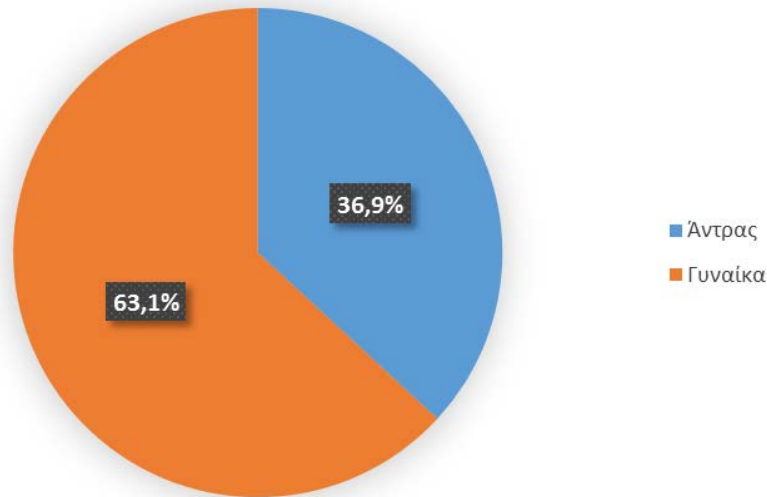
4.2.1. Προφίλ Δείγματος

Ο Πίνακας 4.2 παρουσιάζει συνοπτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος με κριτήριο το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή κατάσταση, το τμήμα που εργάζονται, το καθεστώς εργασίας και την παρούσα θέση. Ο πίνακας επίσης δείχνει το μέσο όρος ηλικίας, το χρόνο συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας, το χρόνο προϋπηρεσίας στον παρόν νοσοκομείο και το χρόνο συνολικής εργασίας στο τμήμα που εργάζονται.

Πίνακας 4.2 Κοινωνικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτηθέντων

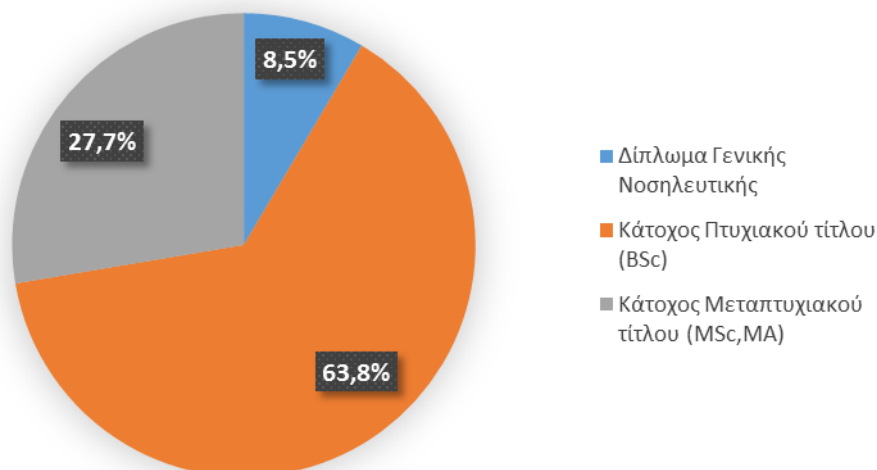
Κατηγορία	N	Ποσοστό
Φύλο (n=141)		
Αντρας	52	36.9%
Γυναίκα	89	63.1%
Επίπεδο Εκπαίδευσης (n=141)		
Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής	12	8.5%
Κάτοχος Πτυχιακού τίτλου (BSc)	90	63.8%
Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (MSc,MA)	39	27.7%
Οικογενειακή κατάσταση (n=139)		
Παντρεμένος/η	103	74.1%
Ανύπαντρος/η	22	15.8%
Χωρισμένος/η	6	4.3%
Συμβίωση	8	5.8%
Εργάζομαι στο τμήμα (n=141)		
Χειρουργικό	37	26.2%
Εντατική Α	35	24.8%
Εντατική Β	35	24.8%
Ορθοπαιδικό	34	24.1%
Το καθεστώς εργασίας σας (n=141)		
Μόνιμος/η	100	70.9%
Συμβασιούχος/α	41	29.1%
Παρούσα Θέση (n=141)		
Νοσηλευτικός Λειτουργός	130	92.2%
Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	7	5.0%
Άλλο	4	2.8%
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία	33.87	6.43
Χρόνος συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας	10.67	6.43
Χρόνος προϋπηρεσίας στον παρόν νοσοκομείο	8.78	6.70
Χρόνος συνολικής εργασίας σας στο τμήμα που εργάζεστε	4.81	4.91

Σύμφωνα με την Εικόνα 4.1, το προφίλ των συμμετέχοντων χαρακτηρίστηκε από ανομοιογενή κατανομή μεταξύ αντρών και γυναικών, καθώς η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες με ένα ποσοστό της τάξης του 63.1% (89), ενώ οι άντρες 36.9% (52).



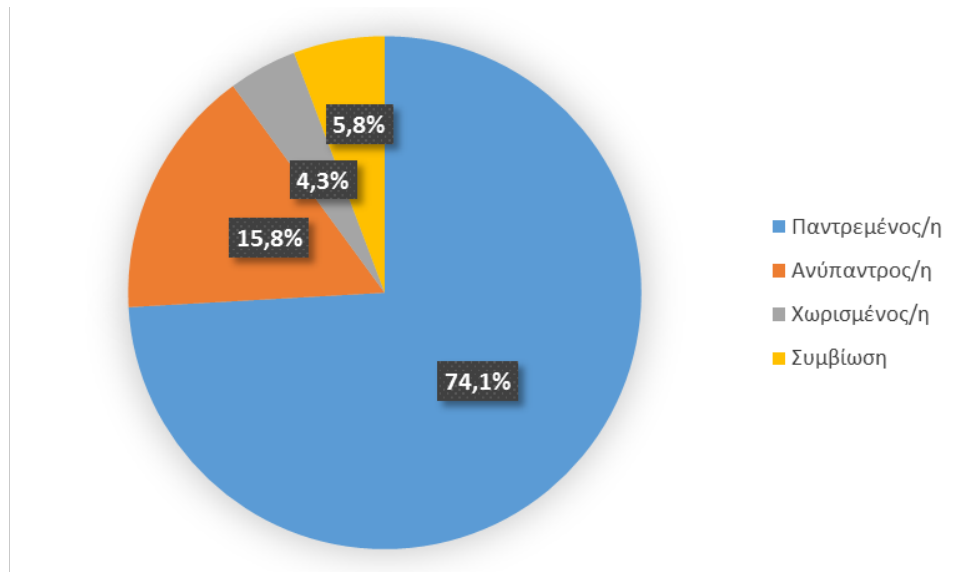
Εικόνα 4.1: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο το φύλο

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων, περίπου 2 στους 3 είναι κατόχοι πτυχιακού τίτλου με ποσοστό της τάξης του 63.8% (90). Οι κατόχοι μεταπτυχιακού τίτλου είναι 27.7% (39), ενώ οι υπόλοιποι 12 είναι κατόχοι διπλώματος Γενικής Νοσηλευτικής (8.5%) (Εικόνα 4.2).



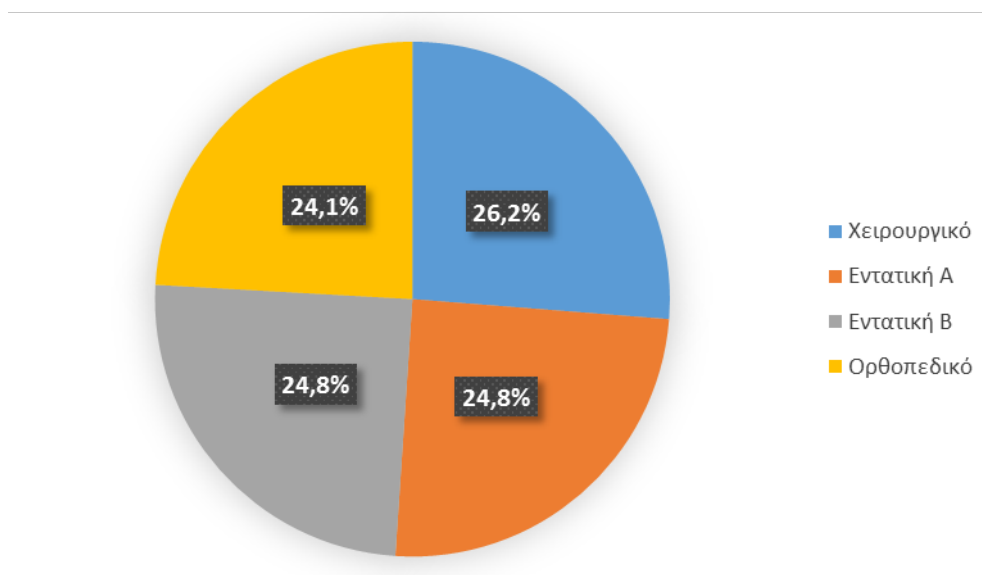
Εικόνα 4.2: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο το επίπεδο εκπαίδευσης

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (74.1%) δήλωσαν παντρεμένοι, τη στιγμή που το 15.8%, το 4.3% και το 5.8% δηλώνουν ανύπαντροι, χωρισμένοι ή ότι απλά συμβιώνουν, αντίστοιχα (Εικόνα 4.3). Δύο (2) άτομα δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση.

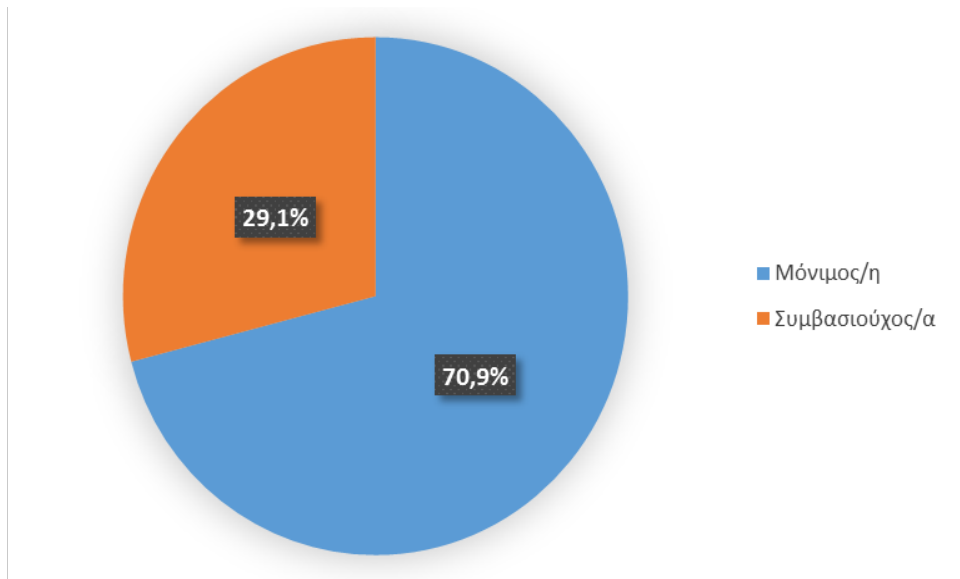


Εικόνα 4.3: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο την οικογενειακή κατάσταση

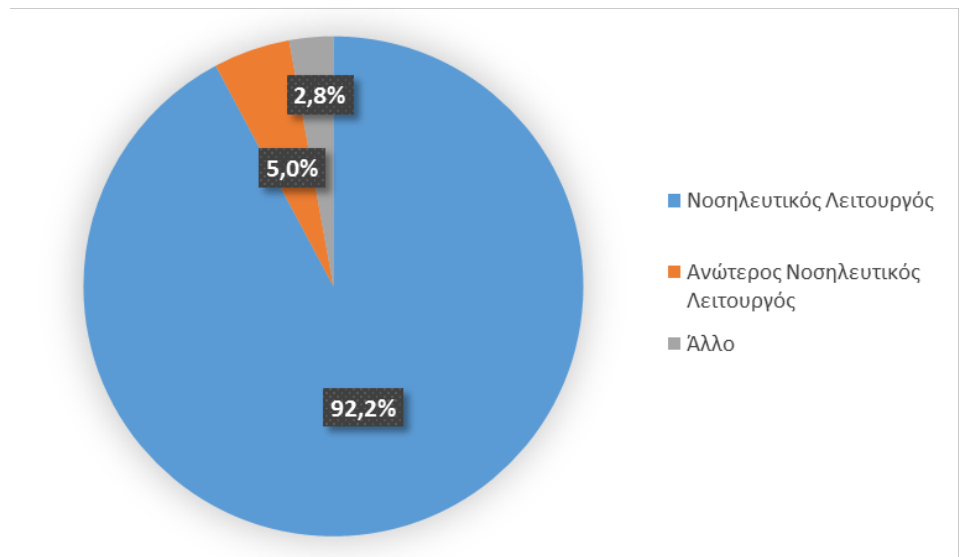
Αναφορικά με το τμήμα που εργάζονται, παρατηρείται μια ομοιογενής κατανομή καθώς το 26.2% (37) εργάζεται στο Χειρουργικό Τμήμα, το 24.8% (35) στην Εντατική Α, το 24.8% (35) στην Εντατική Β και το υπόλοιπο 24.1% (34) στο Ορθοπεδικό Τμήμα (Εικόνα 4.4). Από αυτούς, οι 100 (70.9%) είναι μόνιμοι και οι υπόλοιποι 41 (29.1%) συμβασιούχοι (Εικόνα 4.5). Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, με ποσοστό της τάξης του 92.2% (130). Οι υπόλοιποι 7 από τους 11 είναι Ανώτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί (5%), ενώ 4 άτομα δήλωσαν πως η παρούσα θέση που κάτεχουν είναι κάτι άλλο (2.8%) (Εικόνα 4.6).



Εικόνα 4.4: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο το τμήμα που εργάζονται



Εικόνα 4.5: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο το καθεστώς εργασίας



Εικόνα 4.6: Κατανομή των συμμετέχοντων με κριτήριο την παρούσα θέση

Όσο αφορά την ηλικία, ο Μέσος Όρος ήταν $33,87 \pm 6,43$ έτη. Αντίστοιχα ο Μέσος Όρος επαγγελματικής εμπειρίας ήταν $10,67 \pm 6,43$ έτη, ενώ ο χρόνος προϋπηρεσίας στο παρόν νοσοκομείο $8,78 \pm 6,70$ έτη. Τέλος, ο μέσος χρόνος συνολικής εργασίας στο τμήμα που εργάζονται είναι τα $4,81$ έτη ($T.A \pm 4,91$) (Πίνακας 4.2).

4.2.2. Μέσος όρος και δείκτης εσωτερικής συνοχής για κάθε διάσταση

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4.3, η συνολική βαθμολογία του SAQ κυμάνθηκε από 22.83 με 63.66 για κάθε κατηγορία, με μέσο όρο 50.64. Η κατηγορία Ομαδική εργασία - κλίμα έχει τον υψηλότερο μέσο όρο, 63.66 ($T.A \pm 18,25$), σε αντίθεση με τις Αντιλήψεις για την

διαχείριση η οποία συγκέντρωσε το χειρότερο μέσο όρο, 22.83 (T.A ± 21.33). Η Αναγνώριση τους στρες και η Ασφάλεια – κλίμα συγκέντρωσαν το δεύτερο και τρίτο υψηλότερο μέσο όρο αντίστοιχα, δηλαδή 63.25 (T.A ± 20.79) και 60.94 (T.A ± 19.26). Η κατηγορία Εργασιακή ικανοποίηση έρχεται τέταρτη, 49.96 (T.A ± 22.88), και οι Συνθήκες εργασίας πέμπτη με μέσο όρο 43.22 (T.A ± 18.44).

Πίνακας 4.3: Μέσος Όρος (T.A) και δείκτης εσωτερικής συνοχής υποκατηγοριών

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ομαδική εργασία - κλίμα	63.66	18.25	62.50	10.00	95.83
Ασφάλεια – κλίμα	60.94	19.26	62.50	7.14	100.00
Εργασιακή ικανοποίηση	49.96	22.88	50.00	0.00	100.00
Αναγνώριση του στρες	63.25	20.79	62.50	0.00	100.00
Αντιλήψεις για τη διαχείριση	22.83	21.33	18.75	0.00	75.00
Συνθήκες εργασίας	43.22	18.44	43.75	0.00	87.50

Στην παρούσα ενότητα υπολογίστηκε επίσης ο δείκτης εσωτερικής συνοχής (Cronbach's α) για κάθε διάσταση. Ο δείκτης αυτός αποτελεί την πιο κοινή μέθοδο μέτρησης της «αξιοπιστίας» (reliability) και χρησιμοποιείται συνήθως στην ανάλυση ερωτηματολογίων που περιέχει ερωτήσεις κλίμακας διαβάθμισης – Likert προκειμένου να διαπιστωθεί αν η κλίμακα είναι αξιόπιστη. Σύμφωνα με τον Πίνακα 4.4. ο δείκτης για την Ομαδική εργασία – κλίμα είναι 0.766; για την Ασφάλεια – κλίμα 0.846; για την Εργασιακή Ικανοποίηση 0.826; για την Αναγνώριση του στρες 0.744; για τις Αντιλήψεις για τη διαχείριση 0.894; και για τις Συνθήκες εργασίας 0.742.

Πίνακας 4.4: Συνοπτικός πίνακας Cronbach's alpha κάθε διάστασης

Κατηγορία	Cronbach's Alpha
Ομαδική εργασία - κλίμα	0.766
Αναγνώριση του στρες	0.744
Ασφάλεια – κλίμα	0.846
Εργασιακή ικανοποίηση	0.826
Συνθήκες εργασίας	0.742
Αντιλήψεις για τη διαχείριση	0.894

**> 0.7
(Acceptable)**

4.2.3. Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων για κάθε άποψη

Οι Πίνακες 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9 και 4.10 δείχνουν τη μέση βαθμολογία που έδωσαν οι ερωτηθέντες για όλες τις απόψεις κάθε κατηγορίας, καθώς επίσης και το ποσοστό των

θετικών απαντήσεων. Θετικές απαντήσεις θεωρούνται όσες πήραν βαθμό 75 και άνω, δηλαδή αυτές που απαντήθηκαν ως «Συμφωνώ μερικώς» και «Συμφωνώ απόλυτα».

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4.5, ο μέσος όρος των απόψεων σχετικά με την κατηγορία Ομαδική εργασία - κλίμα κυμάνθηκε από 54.61 (T.A ± 24.93) μέχρι 77.14 (T.A ± 23.13). Το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων αφορά τις απόψεις ότι «είναι εύκολο για το προσωπικό στο τμήμα που εργάζεται να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι» (80.1%) και «έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς» (77.1%).

Από την άλλη, η άποψη «οι ιατροί και οι νοσηλευτές σε αυτό το τμήμα (που εργάζομαι) εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα» είχε τις πιο χαμηλές θετικές απαντήσεις (41.8%). Στα ίδια χαμηλά επίπεδα κυμάνθηκαν και οι απόψεις, «οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη στο τμήμα που εργάζομαι», «σε αυτό το τμήμα που εργάζομαι είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών» και «οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα που εργάζομαι επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)», με ποσοστό θετικών απαντήσεων 50.0%, 43.3% και 44.0%, αντίστοιχα.

Πίνακας 4.5: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Ομαδική εργασία – κλίμα)

Απόψεις (Ομαδική εργασία – κλίμα)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Θετικές Απαντήσεις
<i>Είναι εύκολο για το προσωπικό στο τμήμα που εργάζεται να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι.</i>	77.13	21.44	80.1%
<i>Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς.</i>	77.14	23.13	77.1%
<i>Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη στο τμήμα που εργάζομαι.</i>	61.79	25.17	50.0%
<i>Σε αυτό το τμήμα που εργάζομαι είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών.</i>	55.67	31.67	43.3%
<i>Οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα που εργάζομαι επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή).</i>	54.61	24.93	44.0%
<i>Οι ιατροί και οι νοσηλευτές σε αυτό το τμήμα (που εργάζομαι) εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα.</i>	55.85	29.68	41.8%

Ο μέσος όρος των απόψεων σχετικά με την κατηγορία Ασφάλεια – κλίμα κυμάνθηκε από 56.47 (T.A ± 28.13) μέχρι 73.05 (T.A ± 26.06) (Πίνακας 4.6). Το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων αφορά την άποψη «θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν

στο τμήμα που εργάζομαι» (73.8%), σε αντίθεση με την άποψη ότι «η εργασιακή κουλτούρα στο τμήμα που εργάζομαι διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων» η οποία σύγκεντρωσε το χαμηλότερο ποσοστό (41.4%). Η δεύτερη άποψη με τις χαμηλότερες θετικές απαντήσεις είναι «λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία» (43.2%). Γενικά όμως στα ίδια χαμηλά επίπεδα κυμάνθηκαν και οι απόψεις, «γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα που εργάζομαι», «ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών» και «τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα (που εργάζομαι)», με ποσοστό θετικών απαντήσεων 53.2%, 54.6% και 56%, αντίστοιχα.

Πίνακας 4.6: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Ασφάλεια – κλίμα)

Απόψεις (Ασφάλεια – κλίμα)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Θετικές Απαντήσεις
<i>Η εργασιακή κουλτούρα στο τμήμα που εργάζομαι διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων.</i>	56.61	24.66	41.4%
<i>Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα (που εργάζομαι).</i>	60.46	26.42	56.0%
<i>Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα που εργάζομαι.</i>	59.93	27.37	53.2%
<i>Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών.</i>	61.17	26.29	54.6%
<i>Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία.</i>	56.47	28.13	43.2%
<i>Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν στο τμήμα που εργάζομαι.</i>	73.05	26.06	73.8%
<i>Στο τμήμα που εργάζομαι είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη.</i>	58.87	28.99	44.7%

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4.7, ο μέσος όρος των απόψεων σχετικά με την κατηγορία Εργασιακή ικανοποίηση κυμάνθηκε από 36.88 (T.A ± 27.64) μέχρι 75.35 (T.A ± 29.43). Τα αποτελέσματα αυτής της κατηγορίας δείχνουν γενικά χαμηλές θετικές απαντήσεις, με την άποψη «αυτό το νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος» να συγκεντρώνει τις πιο χαμηλές θετικές απαντήσεις (18.4%). Σε αυτό το επίπεδο κυμαίνονται και οι απόψεις «είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο» και «όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια», με ποσοστά 21.3% και 25.7%. Το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων αφορά την άποψη «Μου αρέσει η δουλειά μου» (71.6%), ενώ δεύτερη άποψη από πλευράς ποσοστού είναι «το ηθικό στο τμήμα που εργάζομαι είναι υψηλό» (46.1%).

Πίνακας 4.7: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Εργασιακή ικανοποίηση)

Απόψεις (Εργασιακή ικανοποίηση)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Θετικές Απαντήσεις
<i>Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος.</i>	36.88	27.64	18.4%
<i>Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο.</i>	40.96	27.75	21.3%
<i>Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια.</i>	40.71	32.21	25.7%
<i>Το ηθικό στο τμήμα που εργάζομαι είναι υψηλό.</i>	55.67	31.53	46.1%
<i>Μου αρέσει η δουλειά μου.</i>	75.35	29.43	71.6%

Ο μέσος όρος των απόψεων σχετικά με την κατηγορία Αναγνώριση του στρες κυμάνθηκε από 54.26 (T.A ± 31.19) μέχρι 74.47 (T.A ± 24.54) (Πίνακας 4.8). Το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων αφορά την άποψη «είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου» (76.6%), σε αντίθεση με την άποψη ότι «η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών» η οποία σύγκεντρωσε το χαμηλότερο ποσοστό (46.1%). Αναφορικά με τις εναπομείναντες απόψεις παρατηρείται σχεδόν μια ομοιογενής κατανομή θετικών απαντήσεων. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των θετικών απαντήσεων για τις απόψεις «όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου» και «είμαι λιγότερο αποτελεσματικός/ή στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η», είναι 53.9% και 54.6% αντίστοιχα.

Πίνακας 4.8: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Αναγνώριση του στρες)

Απόψεις (Αναγνώριση του στρες)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Θετικές Απαντήσεις
<i>Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου.</i>	61.35	30.69	53.9%
<i>Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου.</i>	74.47	24.54	76.6%
<i>Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών</i>	54.26	31.19	46.1%
<i>Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός/ή στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η.</i>	62.94	23.26	54.6%

Οι απόψεις που αφορούν τις Αντιλήψεις για την διαχείριση συγκέντρωσαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες από όλες τις κατηγορίες. Σύμφωνα με τον Πίνακα 4.9 ο μέσος όρος των απόψεων αυτής της κατηγορίας κυμάνθηκε από 17.20 (T.A ± 22.98) μέχρι 31.38 (T.A ± 26.96). Η άποψη «ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που

συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου» είχε το πιο υψηλό ποσοστό με τις θετικές απαντήσεις (14.2%), ενώ η άποψη ότι «η διοίκηση του νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες» είχε τις πιο χαμηλές θετικές απαντήσεις (2.8%). Τα ποσοστά θετικών απαντήσεων που καταγράφηκαν για τις απόψεις «τα επίπεδα στελέχωσης σε προσωπικό στο τμήμα που εργάζομαι είναι επαρκή για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών» και «η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά», είναι 5.0% και 6.4% αντίστοιχα.

Πίνακας 4.9: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Αντιλήψεις για την διαχείριση)

Απόψεις (Αντιλήψεις για την διαχείριση)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Θετικές Απαντήσεις
<i>Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά.</i>	17.38	23.52	6.4%
<i>Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες.</i>	17.20	22.98	2.8%
<i>Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου.</i>	31.38	26.96	14.2%
<i>Τα επίπεδα στελέχωσης σε προσωπικό στο τμήμα που εργάζομαι είναι επαρκή για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών.</i>	25.35	24.27	5.0%

Ο μέσος όρος των απόψεων σχετικά με την κατηγορία Συνθήκες Εργασίας κυμάνθηκε από 23.94 (T.A ± 23.88) μέχρι 61.17 (T.A ± 22.64) (Πίνακας 4.10). Το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων αφορά την άποψη «οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς» (50.4%). Έπειτα ακολουθούν οι απόψεις ότι «όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση» και «αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού», με ποσοστά της τάξης του 36.2% και 18.4% αντίστοιχα. Από την άλλη μεριά, η άποψη ότι «αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό» σύγκεντρωσε το χαμηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων (5.7%).

Πίνακας 4.10: Μέσος Όρος και ποσοστό θετικών απαντήσεων (Συνθήκες Εργασίας)

Απόψεις (Συνθήκες Εργασίας)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Θετικές Απαντήσεις
<i>Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση.</i>	52.84	24.48	36.2%
<i>Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό.</i>	23.94	23.88	5.7%
<i>Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς.</i>	61.17	22.64	50.4%
<i>Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού.</i>	34.93	27.04	18.4%

4.3. Επαγωγικά στατιστικά

Το t-test χρησιμοποιείται για την σύγκριση των μέσων τιμών ανεξάρτητων ομάδων και συγκεκριμένα για να αποφανθεί στο αν είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά των μέσων τιμών. Προκειμένου να εξακριβωθεί το αν δύο δείγματα συνδέονται μεταξύ τους, έχει οριστεί ένα επίπεδο σημαντικότητας (α), η τιμή του οποίου ορίζεται στο 0.05. Σημειώνεται ότι, ανεξάρτητες ομάδες είναι οι ομάδες στις οποίες οι συμμετέχοντες σε κάθε ομάδα είναι διαφορετικοί. Συχνά στις μελέτες, ερευνώνται διαφορές σε άτομα, πράγμα που σημαίνει ότι κατά τη σύγκριση των δύο ομάδων, άτομο της μιας ομάδας δεν μπορεί να είναι μέλος της άλλης και το αντίστροφο.

Οι Πίνακες, 4.11, 4.12, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19 παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των παραμετρικών τεστ για κάθε κατηγορία.

Πιο συγκεκριμένα, ο Πίνακας 4.11, έχοντας ως ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο, δείχνει ότι το p-value σε όλες τις κατηγορίες του SAQ είναι μεγαλύτερο του 0.05 (κυμαίνεται από 0.248 μέχρι 0.613).

Πίνακας 4.11: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το Φύλο

	Φύλο	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	p-value
Ομαδική εργασία - κλίμα	Άντρας	52	61.94	18.12	-0.854	0.395
	Γυναίκα	89	64.66	18.36		
Ασφάλεια – κλίμα	Άντρας	52	58.88	18.57	-0.970	0.334
	Γυναίκα	89	62.15	19.66		
Εργασιακή ικανοποίηση	Άντρας	52	48.46	23.80	-0.595	0.553
	Γυναίκα	89	50.84	22.41		
Αναγνώριση του στρες	Άντρας	52	65.14	19.74	0.825	0.411
	Γυναίκα	89	62.15	21.41		
Αντιλήψεις για την διαχείριση	Άντρας	52	21.63	20.95	-0.507	0.613
	Γυναίκα	89	23.53	21.63		
Συνθήκες εργασίας	Άντρας	52	40.87	17.13	-1.159	0.248
	Γυναίκα	89	44.59	19.13		

Ο Πίνακας 4.12, έχοντας ως ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία, δείχνει ότι το p-value σε όλες τις κατηγορίες του SAQ είναι μεγαλύτερο του 0.05 (κυμαίνεται από 0.202 μέχρι 0.828).

Πίνακας 4.12: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με την Ηλικία

	Ηλικία	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	p-value
Ομαδική εργασία - κλίμα	<= 32	76	64.22	18.05	0.410	0.682
	33+	64	62.94	18.75	0.409	
Ασφάλεια – κλίμα	<= 32	76	62.37	19.56	0.937	0.350
	33+	64	59.29	19.07	0.939	
Εργασιακή ικανοποίηση	<= 32	76	47.37	21.78	-1.282	0.202
	33+	64	52.27	23.35	-1.275	
Αναγνώριση του στρες	<= 32	76	63.73	20.26	0.238	0.812
	33+	64	62.89	21.65	0.236	
Αντιλήψεις για την διαχείριση	<= 32	76	20.72	20.14	-1.067	0.288
	33+	64	24.51	21.83	-1.060	
Συνθήκες εργασίας	<= 32	76	42.68	16.53	-0.218	0.828
	33+	64	43.36	20.35	-0.214	

Ο Πίνακας 4.13, έχοντας ως ανεξάρτητη μεταβλητή το επίπεδο εκπαίδευσης, δείχνει ότι το p-value για τις κατηγορίες Ομαδική εργασία – κλίμα (0.124), Ασφάλεια – κλίμα (0.718), Εργασιακή ικανοποίηση (0.370), Αναγνώριση του στρες (0.165) και Συνθήκες εργασίας (0.081) είναι μεγαλύτερο από 0.05. Από την άλλη το p-value για την κατηγορία Αντιλήψεις για την διαχείριση (0.043) είναι μικρότερο από 0.05. Οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου έχουν τον χαμηλότερο Μέσο Όρο (15.71 ± 20.12) και διαφέρει σε σχέση με το μέσο όρο για τους κατόχους διπλώματος Γενικής Νοσηλευτικής (22.92 ± 21.71) ή πτυχίου (25.90 ± 21.27).

Πίνακας 4.13: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το Επίπεδο Εκπαίδευσης

	Εκπαίδευση	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	p-value
Ομαδική εργασία - κλίμα	Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής	12	66.32	16.80	2.123	0.124
	Κάτοχος Πτυχιακού τίτλου (BSc)	90	65.50	17.53		
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (MSc,MA)	39	58.59	19.73		
Ασφάλεια – κλίμα	Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής	12	58.33	21.28	.333	0.718
	Κάτοχος Πτυχιακού τίτλου (BSc)	90	61.92	16.33		
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (MSc,MA)	39	59.49	24.59		
Εργασιακή ικανοποίηση	Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής	12	53.33	27.99	1.001	0.370
	Κάτοχος Πτυχιακού τίτλου (BSc)	90	51.39	21.96		
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (MSc,MA)	39	45.64	23.34		

Πίνακας 4.13 (Συνέχεια)

	Εκπαίδευση	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	p-value
Αναγνώριση του στρες	Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής	12	59.90	19.49	1.825	0.165
	Κάτοχος Πτυχιακού τίτλου (BSc)	90	61.39	19.82		
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (MSc,MA)	39	68.59	22.83		
Αντιλήψεις για την διαχείριση	Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής	12	22.92	21.71	3.209	0.043
	Κάτοχος Πτυχιακού τίτλου (BSc)	90	25.90	21.27		
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (MSc,MA)	39	15.71	20.12		
Συνθήκες εργασίας	Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής	12	48.44	22.00	2.564	0.081
	Κάτοχος Πτυχιακού τίτλου (BSc)	90	44.86	17.91		
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (MSc,MA)	39	37.82	17.79		

Ο Πίνακας 4.14, έχοντας ως ανεξάρτητη μεταβλητή την οικογενειακή κατάσταση, δείχνει ότι το p-value για τις κατηγορίες Ομαδική εργασία – κλίμα (0.485), Ασφάλεια – κλίμα (0.411) και Αναγνώριση του στρες (0.821) είναι μεγαλύτερο από 0.05. Από την άλλη το p-value για τις κατηγορίες Εργασιακή ικανοποίηση (0.014), Αντιλήψεις για την διαχείριση (0.030) και Συνθήκες εργασίας (0.032) είναι μικρότερο από 0.05. Ο μέσος όρος των παντρεμένων σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση είναι μεγαλύτερος από ότι οι ανύπαντροι, 51.75 ± 23.43 και 38.18 ± 21.47 αντίστοιχα. Το ίδιο ισχύει και για το μέσο όρο των παντρεμένων αναφορικά με τις Αντιλήψεις για την διαχείριση και τις Συνθήκες εργασίας σε σχέση με τον αντίστοιχο των ανύπαντρων. Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των κατηγοριών Αντιλήψεις για την διαχείριση και Συνθήκες εργασίας των παντρεμένων είναι 24.88 ± 22.04 και 45.27 ± 19.28 αντίστοιχα, ο οποίος είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο για τους ανύπαντρους, 15.91 ± 15.76 και 35.80 ± 14.84 .

Πίνακας 4.14: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με την Οικογενειακή κατάσταση

	Οικογενειακή κατάσταση	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	p-value
Ομαδική εργασία - κλίμα	Παντρεμένος/η	103	64.25	18.98	0.700	0.485
	Ανύπαντρος/η	22	61.17	17.22		
Ασφάλεια – κλίμα	Παντρεμένος/η	103	60.47	19.44	0.824	0.411
	Ανύπαντρος/η	22	56.82	15.82		
Εργασιακή ικανοποίηση	Παντρεμένος/η	103	51.75	23.43	2.500	0.014
	Ανύπαντρος/η	22	38.18	21.47		
Αναγνώριση του στρες	Παντρεμένος/η	103	63.29	20.14	0.227	0.821
	Ανύπαντρος/η	22	62.22	20.00		
Αντιλήψεις για την διαχείριση	Παντρεμένος/η	103	24.88	22.04	2.243	0.030
	Ανύπαντρος/η	22	15.91	15.76		
Συνθήκες εργασίας	Παντρεμένος/η	103	45.27	19.28	2.168	0.032
	Ανύπαντρος/η	22	35.80	14.84		

Ο Πίνακας 4.15, έχοντας ως ανεξάρτητη μεταβλητή το τμήμα που εργάζονται, δείχνει ότι το p-value για τις κατηγορίες Αναγνώριση του στρες (0.479) και Συνθήκες εργασίας (0.114) είναι μεγαλύτερο από 0.05. Από την άλλη το p-value για τις υπόλοιπες κατηγορίες, δηλαδή Ομαδική εργασία – κλίμα (0.000), Ασφάλεια – κλίμα (0.000), Εργασιακή ικανοποίηση (0.002) και Αντιλήψεις για την διαχείριση (0.000), είναι μικρότερο από 0.05.

Τα άτομα που εργάζονται στην Εντατική Β βαθμολόγησαν την Ομαδική εργασία – κλίμα (81.40 ± 10.09), Ασφάλεια – κλίμα (75.97 ± 12.57) και Εργασιακή ικανοποίηση (60.57 ± 15.89) πιο ψηλά σε σχέση με τα άτομα που δουλεύουν στα υπόλοιπα τμήματα. Επίσης, ο μέσος όρος των ατόμων που εργάζονται στην Εντατική Α αναφορικά με τις Αντιλήψεις για την διαχείριση (35.54 ± 22.21) είναι μεγαλύτερος συγκριτικά με τους αντίστοιχους των ατόμων άλλων τμημάτων. Οι εργαζόμενοι στο χειρουργικό τμήμα μάλιστα δηλώνουν την χειρότερη διαχείριση.

Πίνακας 4.15: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το τμήμα που εργάζονται

	Τμήμα	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	F	p-value
Ομαδική εργασία - κλίμα	Χειρουργικό ⁽³⁾	37	55.34	13.79	25.010	0.000
	Εντατική Α ^(3,4)	35	54.52	15.96		
	Εντατική Β ^(1,2,4)	35	81.40	10.09		
	Ορθοπεδικό ^(2,3)	34	63.85	18.40		
Ασφάλεια – κλίμα	Χειρουργικό ⁽³⁾	37	52.75	13.90	13.705	0.000
	Εντατική Α ⁽³⁾	35	54.18	22.94		
	Εντατική Β ^(1,2,4)	35	75.97	12.57		
	Ορθοπεδικό ⁽³⁾	34	61.34	17.17		
Εργασιακή ικανοποίηση	Χειρουργικό ⁽³⁾	37	45.68	17.92	5.174	0.002
	Εντατική Α	35	52.43	24.39		
	Εντατική Β ^(1,4)	35	60.57	15.89		
	Ορθοπεδικό ⁽³⁾	34	41.18	27.77		
Αναγνώριση του στρες	Χειρουργικό	37	59.63	22.75	0.831	0.479
	Εντατική Α	35	62.68	24.84		
	Εντατική Β	35	67.32	16.68		
	Ορθοπεδικό	34	63.60	17.71		
Αντιλήψεις για την διαχείριση	Χειρουργικό ⁽²⁾	37	15.20	13.54	7.553	0.000
	Εντατική Α ^(1,4)	35	35.54	22.21		
	Εντατική Β	35	23.93	22.91		
	Ορθοπεδικό ⁽²⁾	34	16.91	20.15		
Συνθήκες εργασίας	Χειρουργικό	37	38.18	14.11	2.021	0.114
	Εντατική Α	35	43.39	20.84		
	Εντατική Β	35	48.75	16.80		
	Ορθοπεδικό	34	42.83	20.65		

* Ο αριθμός στη παρένθεση υποδηλώνει στατιστικά σημαντική διαφορά με τον αντίστοιχο θάλαμο

Ο Πίνακας 4.16, έχοντας ως ανεξάρτητη μεταβλητή το καθεστώς εργασίας, δείχνει ότι το p-value για τις κατηγορίες Ομαδική εργασία – κλίμα (0.572), Ασφάλεια – κλίμα (0.935) Αναγνώριση του στρες (0.655), Αντιλήψεις για την διαχείριση (0.147) και Συνθήκες εργασίας (0.301) είναι μεγαλύτερο από 0.05. Από την άλλη το p-value για την Εργασιακή ικανοποίηση (0.038) είναι μικρότερο από 0.05. Το μόνιμο προσωπικό είναι πιο ικανοποιημένο με την εργασία (52.35 ± 23.68) παρά οι συμβασιούχοι (44.15 ± 19.87).

Πίνακας 4.16: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το καθεστώς εργασίας

	Καθεστώς εργασίας	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	p-value
Ομαδική εργασία - κλίμα	Μόνιμος/η	100	64.22	18.98	0.566	0.572
	Συμβασιούχος/α	41	62.30	16.48		
Ασφάλεια – κλίμα	Μόνιμος/η	100	60.86	20.97	-0.082	0.935
	Συμβασιούχος/α	41	61.15	14.51		
Εργασιακή ικανοποίηση	Μόνιμος/η	100	52.35	23.68	2.101	0.038
	Συμβασιούχος/α	41	44.15	19.87		
Αναγνώριση του στρες	Μόνιμος/η	100	62.75	20.77	-0.448	0.655
	Συμβασιούχος/α	41	64.48	21.03		
Αντιλήψεις για την διαχείριση	Μόνιμος/η	100	24.50	22.04	1.460	0.147
	Συμβασιούχος/α	41	18.75	19.11		
Συνθήκες εργασίας	Μόνιμος/η	100	44.25	20.00	1.038	0.301
	Συμβασιούχος/α	41	40.70	13.84		

Ο Πίνακας 4.17, έχοντας ως ανεξάρτητη μεταβλητή το χρόνο συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας, δείχνει ότι το p-value σε όλες τις κατηγορίες του SAQ είναι μεγαλύτερο του 0.05 (κυμαίνεται από 0.158 μέχρι 0.900).

Πίνακας 4.17: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το χρόνο συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας

	Χρόνος συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	T	p-value
Ομαδική εργασία - κλίμα	<= 9	76	63.84	17.43	0.126	0.900
	10+	65	63.45	19.31		
Ασφάλεια – κλίμα	<= 9	76	62.92	17.78	1.324	0.188
	10+	65	58.63	20.77		
Εργασιακή ικανοποίηση	<= 9	76	48.22	21.87	-0.977	0.330
	10+	65	52.00	24.01		
Αναγνώριση του στρες	<= 9	76	65.54	18.58	1.419	0.158
	10+	65	60.58	22.96		
Αντιλήψεις για την διαχείριση	<= 9	76	21.96	20.88	-0.523	0.602
	10+	65	23.85	21.96		
Συνθήκες εργασίας	<= 9	76	42.76	16.58	-0.316	0.753
	10+	65	43.75	20.52		

Ο Πίνακας 4.18, έχοντας ως ανεξάρτητη μεταβλητή τον χρόνο προϋπηρεσίας στο παρόν νοσοκομείο, δείχνει ότι το p-value σε όλες τις κατηγορίες του SAQ είναι μεγαλύτερο του 0.05 (κυμαίνεται από 0.111 μέχρι 0.836).

Πίνακας 4.18: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το χρόνο προϋπηρεσίας στο παρόν νοσοκομείο

	Χρόνος προϋπηρεσίας στο παρόν νοσοκομείο	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	p-value
Ομαδική εργασία - κλίμα	<= 7	72	64.09	17.42	0.219	0.827
	8+	68	63.41	19.28		
Ασφάλεια – κλίμα	<= 7	72	63.64	17.82	1.605	0.111
	8+	68	58.46	20.38		
Εργασιακή ικανοποίηση	<= 7	72	48.47	22.45	-0.910	0.364
	8+	68	51.99	23.23		
Αναγνώριση του στρες	<= 7	72	65.10	18.61	1.104	0.272
	8+	68	61.21	22.97		
Αντιλήψεις για την διαχείριση	<= 7	72	22.57	21.20	-0.240	0.811
	8+	68	23.44	21.58		
Συνθήκες εργασίας	<= 7	72	43.66	16.54	0.207	0.836
	8+	68	43.01	20.39		

Ο Πίνακας 4.19, έχοντας ως ανεξάρτητη μεταβλητή το χρόνο της συνολικής εργασίας τους στο τμήμα, δείχνει ότι το p-value για τις κατηγορίες Ασφάλεια – κλίμα (0.296), Αναγνώριση του στρες (0.107) και Συνθήκες εργασίας (0,266) είναι μεγαλύτερο από 0.05. Από την άλλη το p-value για τις κατηγορίες Ομαδική εργασία – κλίμα (0.016), Εργασιακή ικανοποίηση (0.012) και Αντιλήψεις για την διαχείριση (0.024) είναι μικρότερο από 0.05. Τα άτομα με περισσότερα από 4 χρόνια εμπειρίας στο τμήμα βαθμολόγησαν την Ομαδική εργασία – κλίμα (67.70 ± 17.95), την Εργασιακή ικανοποίηση (55.23 ± 23.07) και τις αντιλήψεις για την διαχείριση (27.25 ± 22.00) πιο ψηλά σε σχέση με τα άτομα που εργάζονται 3 χρόνια ή λιγότερα στο τμήμα (60.30 ± 17.93 ; 45.58 ± 21.91 ; 19.16 ± 20.16 αντίστοιχα).

Πίνακας 4.19: Μέσοι όροι κατηγοριών ερωτηματολογίου σε σχέση με το χρόνο συνολικής εργασίας τους στο τμήμα

	Χρόνος συνολικής εργασίας στο τμήμα	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	t	p-value
Ομαδική εργασία - κλίμα	<=3	77	60.30	17.93	-2.436	0.016
	4+	64	67.70	17.95		
Ασφάλεια – κλίμα	<=3	77	59.39	19.68	-1.048	0.296
	4+	64	62.81	18.73		
Εργασιακή ικανοποίηση	<=3	77	45.58	21.91	-2.542	0.012
	4+	64	55.23	23.07		
Αναγνώριση του στρες	<=3	77	65.83	19.04	1.622	0.107
	4+	64	60.16	22.48		
Αντιλήψεις για την διαχείριση	<=3	77	19.16	20.16	-2.276	0.024
	4+	64	27.25	22.00		
Συνθήκες εργασίας	<=3	77	41.64	17.75	-1.116	0.266
	4+	64	45.12	19.21		

Κεφάλαιο 5

Συζήτηση, Συμπεράσματα και Μελλοντικές Προτάσεις

5.1. Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα αξιολογήθηκε η παρούσα κουλτούρα ασφαλείας μέσω του εργαλείου SAQ, σε συγκεκριμένα τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, από την οπτική των επαγγελματιών φροντίδας υγείας που εργάζονται εκεί. Η δύναμη της μελέτης έγκειται στο υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης γεγονός το οποίο διασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα αντανακλούν τις απόψεις των ατόμων που εργάζονται στο νοσοκομείο.

Αναφορικά με την ανάλυση αξιοπιστίας της κλίμακας, ο δείκτης εσωτερικής συνοχής κυμάνθηκε από 0.74 (Αναγνώριση του στρες) μέχρι 0.89 (Αντίληψεις για τη διαχείριση). Παρόμοιες τιμές εμφανίστηκαν σε παρόμοιες μελέτες επικύρωσης του SAQ, όπως για παράδειγμα στην Ταϊβάν όπου ο δείκτης κυμάνθηκε από 0.78 μέχρι 0.91 (Lee et al., 2010) και στην Σουηδία από 0.72 μέχρι 0.89 (Nordén-Hägg et al., 2010). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα αποτελέσματα των μετρήσεων εμφανίζουν αποδεκτή εσωτερική συνοχή μεταξύ των στοιχείων του εργαλείου, δηλαδή τιμές μεγαλύτερες από 0.7, γεγονός το οποίο εξασφαλίζει την αξιοπιστία της κλίμακας.

Γενικά, η συνολική βαθμολογία του SAQ κυμάνθηκε από 22.83 μέχρι 63.66 για κάθε κατηγορία, με μέσο όρο 50.64. Με βάση αυτά, ο μέσος όρος, άρα και η αντίληψη της κουλτούρας ασφάλειας από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας, είναι κάτω από τις διεθνείς συστάσεις, η οποία είναι 75 για μια καλή αντίληψη της κουλτούρας ασφάλειας. Μελέτες μάλιστα που χρησιμοποίησαν αυτό το εργαλείο υποδεικνύουν ότι, για να υπάρχει ισχυρή αντίληψη της κουλτούρας ασφάλειας μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα, θα πρέπει ο μέσος όρος να είναι πάνω από 80 (Carney et al., 2011). Από την άλλη μεριά, βαθμολογίες κάτω από 60 θα πρέπει να αποτελέσουν προειδοποιητικό σημάδι για τα θεσμικά όργανα, καθώς υποδεικνύουν την ανάγκη για δράσεις εφαρμογής μιας κουλτούρας ασφάλειας (Lee et al., 2010). Στη σχετική βιβλιογραφία, τα αποτελέσματα συμφωνούν με παρόμοιες μελέτες,

όπως για παράδειγμα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δημόσιο νοσοκομείο, σε περιοχή της Βραζιλίας, με 226 συμμετέχοντες, και η οποία είχε μέσο όρο 53.5 (Lee et al., 2010).

Ο Πίνακας 5.1, ο οποίος πάρθηκε από τους Raftoroulo & Pavlaki (2013), κάνει σύγκριση των μέσων όρων βαθμολογιών των συμμετεχόντων για τους 6 τομείς σε παρόμοιες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν. Η 1η γραμμή παρουσιάζει τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και η 2η τα αποτελέσματα των Raftoroulo & Pavlaki (ICU-CY).

Πίνακας 5.1: Σύγκριση βαθμολογιών των διαστάσεων με τη διεθνή βιβλιογραφία

Μελέτη	Κατηγορία SAQ					
	I	II	III	IV	V	VI
Παρούσα	63.7 ± 18.3	61.0 ± 19.3	50.0 ± 22.9	63.3 ± 20.8	22.8 ± 21.3	43.2 ± 18.4
ICU-CY ^α	74.1 ± 14.4	73.1 ± 13.7	82.4 ± 12.9	30.6 ± 14.4	54.6 ± 27.0	67.0 ± 20.4
ICU-UK ^β	74.3 ± 18.3	67.7 ± 16.7	60.7 ± 21.2	64.2 ± 19.6	44.6 ± 19.0	59.6 ± 19.9
ICU-NZ ^β	67.9 ± 18.8	63.8 ± 17.4	59.9 ± 21.8	71.7 ± 19.6	45.3 ± 20.0	53.7 ± 19.9
ICU-USA ^β	65.7 ± 19.0	68.8 ± 17.4	68.6 ± 22.3	67.2 ± 21.2	54.1 ± 22.4	58.3 ± 21.4
ICU (nurses) ^γ	68.78	67.67	63.21	66.66	48.92	53.94
ICU (nurses) ^δ	67.9 ± 25.6	66.5 ± 25.1	-	-	-	-
ICU-RI ^ε	68.9	71.2	67.5	63.1	49.2	55.3
ICU ^ζ	62.8	62.4	68	34.8	48.7	46.4
* I. Ομαδική εργασία – κλίμα; II. Ασφάλεια – κλίμα; III. Εργασιακή Ικανοποίηση; IV: Αναγνώριση του στρες; V. Αντιλήψεις για την διαχείριση; VI. Συνθήκες εργασίας						
^α Raftoroulo & Pavlaki (2003)						
^β Krogstad et al. (2004)						
^γ Huang et al. (2007)						
^δ Sexton et al. (2006)						
^ε McNicoll et al. (2009)						
^ζ Chu-Weininger et al. (2010)						

Πηγή: Raftoroulo & Pavlakis (2013) όπως προσαρμόστηκε από τον Α. Αθανάση (2016)

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης δεν επιβεβαιώνουν πλήρως τα αποτελέσματα της ICU-CY. Σύμφωνα με τους Raftoroulo & Pavlaki (2013) ο μέσος όρος των απαντήσεων σχετικά με την ομαδική εργασία – κλίμα (74.1 ± 14.4), την ασφάλεια κλίμα (73.1 ± 13.7) και την εργασιακή ικανοποίηση (82.4 ± 12.9) στις 5 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας κρίνεται καλός σχετικά. Παρόλα αυτά στην παρούσα μελέτη η βαθμολογία όλων των διαστάσεων είναι κάτω από τις διεθνείς συστάσεις.

Επίσης, στην ICU-CY, η εργασιακή ικανοποίηση είναι αυτή που συγκέντρωσε την υψηλότερη βαθμολογία (82.4 ± 12.9) και η Αναγνώριση του στρες την πιο χαμηλή (30.6 ± 14.4), τη στιγμή που στην παρούσα έρευνα η υψηλότερη βαθμολογία ανήκει στην Ομαδική

εργασία – κλίμα (63.7 ± 18.3) και η χαμηλότερη στις Αντιλήψεις για τη διαχείριση (22.8 ± 21.3).

Οι ICU-USA, ICU-NZ και ICU-RI είναι και αυτές κάτω από τις διεθνείς συστάσεις, παρόλα αυτά διαφέρουν από την παρούσα έρευνα υπό την άποψη ότι έχουν διαφορετική κατηγορία υψηλότερης βαθμολογίας. Για παράδειγμα στην ICU-USA και ICU-RI, η υψηλότερη βαθμολογία ανήκει στην κατηγορία Ασφάλεια – κλίμα (68.8 και 71.2 αντίστοιχα), ενώ στη Νέα Ζηλανδία η Αναγνώριση του στρες (71.7). Στα ίδια επίπεδα κυμαίνεται και η έρευνα που διεξήχθη από τους Chu-Weininger et al. (2010), η οποία κατέγραψε υψηλότερη βαθμολογία την Εργασιακή Ικανοποίηση (68) και χειρότερη την Αναγνώριση του στρες (34.8).

Στην πραγματικότητα, τα αποτελέσματα αυτά είναι πιο κοντά στην μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο (ICU-UK) και στην μελέτη των Huang et al. (2007) (ICU nurses). Συγκεκριμένα, και στις 2 μελέτες η υψηλότερη βαθμολογία ανήκει στην Ομαδική εργασία – κλίμα και η χαμηλότερη στις Αντιλήψεις για τη διαχείριση, ακριβώς όπως και στην παρούσα έρευνα. Στη μεν ICU-UK τα αποτελέσματα κυμάνθηκαν από 44.6 μέχρι 74.1, ενώ στη δε ICU (nurses) από 48.92 μέχρι 68.78. Επίσης, και στις 2 περιπτώσεις ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι και πάλι κάτω από τις διεθνείς συστάσεις.

Συνοψίζοντας τα πιο πάνω, το γενικό μοτίβο που επικρατεί συγκρίνοντας την παρούσα έρευνα με τις διεθνείς έρευνες, είναι ότι σε διεθνές επίπεδο οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας διατηρούν πιο συντονισμένες ομάδες με καλύτερη επικοινωνία και συνεργασία, έχουν καλύτερη αντίληψη σχετικά με το κλίμα ασφαλείας, είναι πιο ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους, έχουν σχεδόν την ίδια αντίληψη για το στρες, εργάζονται κάτω από καλύτερες συνθήκες εργασίας και έχουν πιο καλή αντίληψη για τη διαχείριση.

Στα πλαίσια της έρευνας υπολογίστηκε επίσης ο μέσος όρος και το ποσοστό θετικών απαντήσεων για κάθε άποψη, δηλαδή αυτών που απαντήθηκαν ως «Συμφωνώ μερικώς» και «Συμφωνώ απόλυτα». Με βάση αυτά, προκύπτουν τα πιο κάτω για κάθε κατηγορία:

I. Ομαδική εργασία – κλίμα

Οι συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι του είναι εύκολο για το προσωπικό να κάνει ερωτήσεις στο τμήμα που εργάζεται όταν δεν κατανοεί κάτι, ενώ ταυτόχρονα έχουν την υποστήριξη που χρειάζονται από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζουν τους ασθενείς. Ταυτόχρονα

διαφωνούν μερικώς με την άποψη ότι είναι δύσκολο να μιλήσουν εάν αντιληφθούν κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών. Οι απαντήσεις αυτές δείχνουν ικανοποιητικά επίπεδα συνεργασίας και καλή ανοικτή επικοινωνία στα συγκεκριμένα παραδείγματα.

Υπάρχουν περιπτώσεις όμως, όπου δεν έχει καλλιεργηθεί και τόσο καλά η ομαδικότητα μεταξύ των επαγγελματιών παροχής φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα, υπάρχει μια διαφωνία στο κατά πόσον οι ιατροί και οι νοσηλευτές του τμήματος εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας, τη στιγμή που οι διαφωνίες στο τμήμα δεν επιλύονται με κατάλληλο τρόπο. Το ποσοστό των θετικών απαντήσεων δείχνει επίσης ότι οι εισηγήσεις των νοσηλευτών δεν λαμβάνονται και τόσο σοβαρά υπόψη, γεγονός το οποίο υποδηλώνει έλλειψη επαρκούς ανατροφοδότησης.

Συνοψίζοντας, παρόλο που υπάρχει καλή συνεργασία και ανοικτή επικοινωνία σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν την ανάγκη για προώθηση του ομαδικού πνεύματος και για δημιουργία επαρκούς παροχής ανατροφοδότησης.

II. Ασφάλεια – κλίμα

Παρόλο που η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θα ένιωθε ασφαλής αν νοσηλευόταν ως ασθενής στο τμήμα εργασίας τους, υπάρχει μια ουδετερότητα στις απαντήσεις για το αν τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα στο τμήμα που εργάζονται. Ουδετερότητα υπάρχει επίσης στο κατά πόσον γνωρίζουν τις κατάλληλες διαδικασίες υποβολής ερωτημάτων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών. Αρνητικό κάπως, θεωρείται και το γεγονός ότι δεν ενθαρρύνονται και τόσο από τους συναδέλφους τους προκειμένου να αναφέρουν οποιεσδήποτε ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών.

Η έλλειψη επαρκούς παροχής ανατροφοδότησης αναδεικνύεται και σε αυτό το κομμάτι, καθώς το ποσοστό θετικών απαντήσεων για το αν λαμβάνουν την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή τους στην εργασία είναι σχετικά χαμηλό. Το νέο στοιχείο που αναδεικνύεται αφορά την ανεπάρκεια μιας κουλτούρας ασφαλείας που καλλιεργεί τη διαβίου εκπαίδευση και βελτίωση. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες διαφωνούν μερικώς για το αν η εργασιακή κουλτούρα στο τμήμα που εργάζονται διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων.

Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι υπάρχει ανάγκη προώθησης ενός κλίματος ασφαλείας γεγονός που μπορεί να επιτευχθεί με επαρκή παροχή ανατροφοδότησης και με δημιουργία περιβάλλοντων μάθησης, μέσα στα οποία θα συζητιούνται τα σφάλματα και θα επιδιώκεται η συνεχής βελτίωση.

III. Εργασιακή Ικανοποίηση

Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τους αρέσει η δουλειά που κάνουν, παρόλα αυτά δηλώνουν την αντίθεσή τους με την άποψη ότι είναι περήφανοι που εργάζονται σε αυτό το νοσοκομείο, ενώ μάλιστα υποστηρίζουν ότι αυτό το νοσοκομείο δεν είναι καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος. Ταυτόχρονα, όταν εργάζονται σε αυτό το νοσοκομείο δεν νιώθουν πως είναι μέλη αυτής της οικογένειας. Πέρα από αυτά εκφράζουν μια ουδετερότητα σχετικά με την άποψη ότι το ηθικό στο τμήμα που εργάζονται είναι υψηλό.

Με βάση τα πιο πάνω, συμπεραίνεται ότι οι εργαζομένοι δεν είναι καθόλου ευχαριστημένοι, ούτε ικανοποιημένοι με το εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου.

IV. Αναγνώριση του στρες

Ένα μέρος του ποσοστού των προβλημάτων ασφαλείας οφείλονται σε ανθρώπινο λάθος, και κάποια από αυτά σχετίζονται με το στρες. Για αυτό άλλωστε οι συμμετέχοντες συμφωνούν με το ότι είναι πιο πιθανό να κάνουν λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία τους. Επίσης ούτε συμφωνούν αλλά ούτε και διαφωνούν με την άποψη ότι είναι λιγότερο αποτελεσματικοί όταν είναι κουρασμένοι. Ουδετερότητα στις αντιλήψεις τους υπάρχει και για το αν επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή τους λόγω κούρασης ή αυξημένου φόρτου εργασίας.

V. Αντιλήψεις για την διαχείριση

Το ποσοστό των θετικών απαντήσεων αναφορικά με τις Αντιλήψεις για την διαχείριση συγκέντρωσε την πιο χαμηλή βαθμολογία από όλους τους τομείς. Οι συμμετέχοντες διαφωνούν πλήρως με το ότι η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά και με το ότι στηρίζει τις καθημερινές τους προσπάθειες. Επιπρόσθετα, δηλώνουν ότι δεν ενημερώνονται επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο που μπορούν να επηρεάσουν την εργασία τους, και ακόμα χειρότερα υποστηρίζουν ότι τα επίπεδα στελέχωσης σε προσωπικό στο τμήμα που εργάζονται δεν είναι επαρκή για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών.

Οι χαμηλές βαθμολογίες όσον αφορά την αντίληψη των επαγγελματιών σχετικά με τη διαχείριση του νοσοκομείου δείχνουν ότι υπάρχει χάσμα μεταξύ του προσωπικού και των προϊσταμένων. Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να υπάρξουν εμπόδια αναφορικά στο διάλογο σε θέματα ασφαλείας των ασθενών, για αυτό υπάρχει μεγάλη ανάγκη για παρεμβάσεις ώστε να αλλάξει αυτή η κουλτούρα.

VI. Συνθήκες εργασίας

Αναφορικά με τις συνθήκες εργασίας, το Νοσοκομείο δεν αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό και ούτε κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού. Επίσης, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις δεν τους είναι πάντα διαθέσιμες επί καθημερινής βάσεως. Τέλος, υπάρχει μια ουδετερότητα για το κατά πόσον οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη των επαγγελματιών υγείας επιτηρούνται επαρκώς.

Όπως φαίνεται, οι συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών φροντίδας υγείας στο νοσοκομείο είναι κακές, για αυτό υπάρχει ανάγκη βελτίωσης του τομέα αυτού προκειμένου να εμποδιστούν πιθανά ατυχήματα.

Ο Πίνακας 5.2, κάνει σύγκριση των μέσων όρων της βαθμολογίας όλων των απόψεων για όλες τις διαστάσεις και των ποσοστών θετικών απαντήσεων της παρούσας έρευνας με την αντίστοιχη από τους Raftopoulos & Pavlaki (2013).

Πίνακας 5.2: Σύγκριση μέσων όρων και ποσοστών θετικών απαντήσεων με αυτή από τους Raftopoulos & Pavlaki (2013)

Απόψεις	Μέσος Όρος (ΓΑ)		Θετικές Απαντήσεις	
I. Ομαδική εργασία – κλίμα				
<i>Είναι εύκολο για το προσωπικό στο τμήμα που εργάζεται να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι.</i>	77.13 (21.44)	84.07 (20.49)	80.1%	93.5%
<i>Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς.</i>	77.14 (23.13)	80.89 (21.96)	77.1%	91.1%
<i>Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη στο τμήμα που εργάζομαι.</i>	61.79 (25.17)	72.00 (27.05)	50.0%	80.8%
<i>Σε αυτό το τμήμα που εργάζομαι είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών.</i>	55.67 (31.67)	69.20 (26.96)	43.3%	66.4%

Πίνακας 5.2 (Συνέχεια)

Απόψεις	Μέσος Όρος (ΤΑ)		Θετικές Απαντήσεις	
Οι διαφανείς σε αυτό το τμήμα που εργάζομαι επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή).	54.61 (24.93)	69.51 (33.95)	44.0%	74.0%
Οι ιατροί και οι νοσηλευτές σε αυτό το τμήμα (που εργάζομαι) εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα.	55.85 (29.68)	69.15 (27.62)	41.8%	76.6%
II. Ασφάλεια – κλίμα				
Η εργασιακή κουλτούρα στο τμήμα που εργάζομαι διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων.	56.61 (24.66)	77.66 (28.89)	41.4%	82.8%
Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα (που εργάζομαι).	60.46 (26.42)	84.00 (18.89)	56.0%	94.4%
Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα που εργάζομαι.	59.93 (27.37)	74.80 (30.15)	53.2%	80.6%
Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών.	61.17 (26.29)	77.82 (27.08)	54.6%	83.1%
Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία.	56.47 (28.13)	56.45 (37.15)	43.2%	55.6%
Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν στο τμήμα που εργάζομαι.	73.05 (26.06)	82.32 (22.34)	73.8%	91.9%
Στο τμήμα που εργάζομαι είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη.	58.87 (28.99)	56.80 (28.28)	44.7%	44.8%
III. Εργασιακή ικανοποίηση				
Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος.	36.88 (27.64)	85.98 (20.02)	18.4%	95.9%
Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο.	40.96 (27.75)	81.40 (23.31)	21.3%	89.6%
Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια.	40.71 (32.21)	77.20 (29.44)	25.7%	82.4%
Το ηθικό στο τμήμα που εργάζομαι είναι υψηλό.	55.67 (31.53)	75.82 (29.79)	46.1%	79.5%
Μου αρέσει η δουλειά μου.	75.35 (29.43)	92.93 (14.54)	71.6%	98.4%
IV. Αναγνώριση του στρες				
Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου.	61.35 (30.69)	27.80 (27.90)	53.9%	17.6%
Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου.	74.47 (24.54)	22.98 (25.62)	76.6%	8.9%
Η κόπωση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών	54.26 (31.19)	39.31 (37.20)	46.1%	36.3%
Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός/ή στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η.	62.94 (23.26)	24.18 (23.38)	54.6%	10.7%
V. Αντιλήψεις για την διαχείριση				
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά.	17.38 (23.52)	48.00 (41.59)	6.4%	44.8%
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες.	17.20 (22.98)	42.80 (41.00)	2.8%	39.2%
Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου.	31.38 (26.96)	58.40 (37.97)	14.2%	59.8%
Τα επίπεδα στελέχωσης σε προσωπικό στο τμήμα που εργάζομαι είναι επαρκή για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών.	25.35 (24.27)	58.40 (36.88)	5.0%	60.0%
VI. Συνθήκες Εργασίας				
Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση.	52.84 (24.48)	78.17 (28.10)	36.2%	81.7%
Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό.	23.94 (23.88)	49.60 (40.82)	5.7%	45.2%
Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς.	61.17 (22.64)	83.54 (22.80)	50.4%	90.0%
Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού.	34.93 (27.04)	58.53 (38.36)	18.4%	58.7%
*	Αποτελέσματα έρευνας ICU-CY (Raftopoulos & Pavlakis, 2013)			

Μελετώντας τον Πίνακα 5.2, το γενικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι ο μέσος όρος των βαθμολογιών για όλες τις απόψεις είναι μεγαλύτερος στην εργασία των Raftopoulos & Pavlakis (2013) από ότι αυτός της παρούσας έρευνας. Το ίδιο ισχύει και για το ποσοστό των θετικών απαντήσεων.

Αναφορικά με τις απαντήσεις περί Ομαδικής εργασίας – κλίμα, στην ICU-CY συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία (Μέσος όρος = 76.54 και ποσοστό θετικών απαντήσεων = 82.95%), σε σχέση με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας που δεν είναι τόσο ψηλά (Μέσος όρος = 67.93 και ποσοστό θετικών απαντήσεων = 62.63%). Ουσιαστικά αυτό δείχνει ότι στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού υπάρχει σχετικά χαμηλό επίπεδο συνεργασίας και ομαδικού πνεύματος μεταξύ των ομάδων, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την κουλτούρα ασφαλείας στο νοσοκομείο αυξάνοντας τον κίνδυνο για τον ασθενή.

Σχετικά με τις αντιλήψεις περί κλίματος ασφαλείας, και οι 2 έρευνες δείχνουν ότι το κλίμα ενισχύεται υπό την άποψη ότι οι συμμετέχοντες θα ένιωθαν ασφαλείς αν νοσηλεύονταν ως ασθενείς στο τμήμα εργασίας τους. Επίσης και στις 2 περιπτώσεις τα αποτελέσματα συμφωνούν στο ότι υπάρχει έλλειψη επαρκούς ανατροφοδότησης. Συγκρίνοντας τα νούμερα μεταξύ τους όμως, λόγω του γεγονότος ότι στην ICU-CY οι βαθμολογίες είναι πιο υψηλές, αναδεικνύεται η ανάγκη για επιβολή μέτρων προώθησης της ασφάλειας του ασθενή στο νοσοκομείο.

Οι συμμετέχοντες και στις 2 έρευνες συμφωνούν ότι τους αρέσει η δουλειά που κάνουν, παρόλα αυτά υπάρχει μεγάλο χάσμα στην ικανοποίησή τους με το εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου. Οι συμμετέχοντες της ICU-CU είναι φανερά ευχαριστημένοι και ικανοποιημένοι με το εργασιακό περιβάλλον, καθώς ο Μέσος Όρος όλων των απαντήσεων είναι 82.67 και το ποσοστό όλων των θετικών απαντήσεων 89.16%, εν αντιθέσει με τους συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας, όπου τα αντίστοιχα νούμερα είναι 49.91 και 36.62%. Το αποτέλεσμα αυτό δεν είναι και τόσο ευνοϊκό καθώς η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζει την κουλτούρα ασφαλείας και συνδέεται με περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα.

Ο τομέας Αναγνώριση του στρες κατά τους Raftoroulo & Pavlaki (2013) συγκέντρωσε τις πιο χαμηλές βαθμολογίες από όλους τους τομείς (Μέσος όρος = 28.57 και ποσοστό θετικών απαντήσεων = 18.38%). Παρόλα αυτά, όπως είναι διαμορφωμένες οι ερωτήσεις, τα αποτελέσματα θεωρούνται πιο θετικά σε σχέση με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας καθώς ναι μεν αναγνωρίζουν την επίδραση του παράγοντα κούρασης κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών, όμως δεν θεωρούν ότι είναι λιγότερο αποτελεσματικοί όταν είναι κουρασμένοι. Απεναντίας, οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού είναι πιο ουδέτερες (Μέσος όρος = 63.26 και ποσοστό θετικών απαντήσεων = 57.80%). Με δεδομένο ότι το άγχος δημιουργείται από την ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων που τοποθετούνται επάνω σε ένα επαγγελματία φροντίδας υγείας σε σχέση με το

κατά πόσο κρίνει ότι διαθέτει τους απαιτούμενους πόρους για να αντιμετωπίσει ένα περιστατικό, τότε υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας του Γεν. Νοσοκ. Λεμεσού να βιώσουν δυσάρεστες συνέπειες (π.χ. άγχος, αδιαθεσία, έλλειψη συγκέντρωσης) παρά της ICU-CY. Για αυτό θα πρέπει να βρεθούν άμεσα τρόποι για διαχείριση του άγχους στον εργασιακό χώρο.

Οι Αντιλήψεις για τη διαχείριση είναι πολύ πιο θετικές στην ICU-CY, καθώς υπάρχει ένα πολύ πιο ψηλό επίπεδο συμφωνίας στο ότι η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές τους προσπάθειες και ότι γενικά η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά. Από την άλλη μεριά, οι βαθμολογίες που δώσανε οι συμμετέχοντες του Γεν. Νοσοκομείου Λεμεσού είναι οι πιο χαμηλές σε όλους τους τομείς. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ο μέσος όρος και το ποσοστό των θετικών απαντήσεων της ICU-CY είναι 51.9 και 50.95% αντίστοιχα, τη στιγμή που στην παρούσα έρευνα είναι 22.83 και 7.1%. Πέρα από την ICU-CY, τα αποτελέσματα συμβαδίζουν με προηγούμενες έρευνες, όπως των Pronovost et al. (2007) και Sexton et al. (2006). Γενικά, οι χαμηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν ότι υπάρχουν εμπόδια μεταξύ των επαγγελματιών φροντίδας υγείας του Γεν. Νοσοκ. Λεμεσού με τη διοίκηση σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια ασθενών.

Τα αποτελέσματα της ICU-CY για τις Συνθήκες εργασίας είναι θετικότερα όσον αφορά την επιτήρηση των εκπαιδευομένων σε σχέση με τα αντίστοιχα της παρούσας μελέτης, ενώ επίσης υπάρχει συμφωνία στο ότι οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε καθημερινή βάση, αντίθετα με του Γεν. Νοσοκομείου Λεμεσού που δεν είναι πάντα διαθέσιμες επί καθημερινής βάσεως. Γενικά, ο μέσος όρος και το ποσοστό των θετικών απαντήσεων της ICU-CY είναι 67.46 και 68.9% αντίστοιχα, τη στιγμή που στην παρούσα έρευνα είναι 43.22 και 27.68%. Συγκριτικά, λόγω της αντίληψης για χειρότερες συνθήκες εργασίας στο Γεν. Νοσοκ. Λεμεσού αναδεικνύεται και πάλι η ανάγκη δημιουργίας καλύτερων συνθηκών εργασίας.

Το τελευταίο κομμάτι της έρευνας ασχολήθηκε με το πώς επηρεάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, αρχαιότητα, θέση, κλπ) την παροχή φροντίδας υγείας αναφορικά με ζητήματα ασφάλειας. Για το σκοπό αυτό τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μορφή επαγωγικών στατιστικών μέσω του t-test.

Η βασική μορφή του t-test που προέκυψε μέσω του SPSS δείχνει τον πληθυσμό (N), το μέσο όρο (MO) και τυπική απόκλιση (TA) και για τα δύο δείγματα, την τιμή t και την τιμή p (p-

value). Η p-value είναι αυτή που καθορίζει αν είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά των μέσων τιμών των ανεξάρτητων δειγμάτων.

Για λόγους ευκολίας, δημιουργήθηκε ο Πίνακας 5.3, ο οποίος δείχνει τις p-values κάθε κατηγορίας για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή. Τα σκιασμένα κελιά αφορούν όλες τις τιμές που είναι μικρότερες από 0.05.

Πίνακας 5.3: p-values για κάθε κατηγορία και ανεξάρτητη μεταβλητή

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Κατηγορία SAQ (p-values)					
	I	II	III	IV	V	VI
Φύλο	0.395	0.334	0.553	0.411	0.613	0.248
Ηλικία	0.682	0.350	0.202	0.812	0.288	0.828
Επίπεδο εκπαίδευσης	0.124	0.718	0.370	0.165	0.043	0.081
Οικογενειακή κατάσταση	0.485	0.411	0.014	0.821	0.030	0.032
Τμήμα που εργάζονται	0.000	0.000	0.002	0.479	0.000	0.114
Καθεστώς εργασίας	0.572	0.935	0.038	0.655	0.147	0.301
Χρόνος συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας	0.900	0.188	0.330	0.158	0.602	0.753
Χρόνος προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο	0.827	0.111	0.364	0.272	0.811	0.836
Χρόνος συνολικής εργασίας στο τμήμα	0.016	0.296	0.012	0.107	0.024	0.266
I. Ομαδική εργασία – κλίμα; II. Ασφάλεια – κλίμα; III. Εργασιακή Ικανοποίηση; IV. Αναγνώριση του στρες; V. Αντιλήψεις για την διαχείριση; VI. Συνθήκες εργασίας						

Η Μηδενική υπόθεση (H_0) του ελέγχου t-test είναι ότι οι μέσοι όροι των δυο ανεξάρτητων δειγμάτων είναι ίδιοι μεταξύ τους ($H_0: u_1 = u_2$). Στις πλείστες όμως περιπτώσεις, ένας ερευνητής προσπαθεί να ελέγξει αν μπορεί να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση και να γίνει δεκτή η εναλλακτική υπόθεση (H_1), η οποία υποστηρίζει ότι οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους ($H_1: u_1 \neq u_2$).

Προκειμένου να εξακριβωθεί το κατά πόσον πρέπει να απορριφθεί ή να αποδεχτεί η εναλλακτική υπόθεση υπόθεση, έχει οριστεί ένα επίπεδο σημαντικότητας (α), η τιμή του οποίου ορίζεται στο 0.05. Ο Πίνακας 5.4 δείχνει το πως ερμηνεύονται τα αποτελέσματα του t-test.

Πίνακας 5.4: Ερμηνεία αποτελεσμάτων t-test

p-value	Ερμηνεία
Εάν $p > 0.05$	Αποτυχία απόρριψης μηδενικής υπόθεσης
	Ισχύει η μηδενική υπόθεση (H_0)
	$u_1 = u_2$
	Η διαφορά των μέσων όρων είναι στατιστικά ασήμαντη
	Δεν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ των δύο δειγμάτων

Εάν $p \leq 0.05$	Απόρριψη μηδενικής υπόθεσης
	Αποτυχία απόρριψης μηδενικής υπόθεσης
	Η διαφορά των μέσων όρων είναι στατιστικά σημαντική
	Τα δύο δείγματα συνδεόνται μεταξύ τους

Συνδυάζοντας τον Πίνακα 5.3 και 5.3 προκύπτει ότι το φύλο δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις για την ασφάλεια, καθώς οι τιμές του p-value (όλες >0.05) δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και τις 6 κατηγορίες του SAQ. Το ίδιο ισχύει και για την ηλικία καθώς και πάλι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ηλικία και τις κατηγορίες του SAQ.

Αναφορικά με το **επίπεδο εκπαίδευσης**, δεν έχει υπάρξει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και τις κατηγορίες Ομαδική εργασία – κλίμα, Ασφάλεια – κλίμα, Εργασιακή ικανοποίηση, Αναγνώριση του στρες και Συνθήκες εργασίας, δηλαδή το επίπεδο εκπαίδευσης δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις για αυτές τις κατηγορίες SAQ. Από την άλλη μεριά όμως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης με τις Αντιλήψεις για την διαχείριση, γεγονός που σημαίνει ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει τις Αντιλήψεις για την διαχείριση. Η αποφυγή πιθανών ιατρικών λαθών εξαρτάται από τις δυνατότητες των επαγγελματιών υγείας στο να αναγνωρίζουν και να αναλύουν τα ανεπιθύμητα συμβάντα και τα λάθη και να μαθαίνει από αυτά. Ως εκ τούτου είναι αναγκαία η ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ τμημάτων, προσωπικού και διαχείρισης. Με λίγα λόγια τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης αναγνωρίζουν ότι η διαχείριση του νοσοκομείου διαδραματίζει ένα μεγάλο ρόλο, στην περαιτέρω ενίσχυση των προσπαθειών προς αυτή την κατεύθυνση.

Η οικογενειακή κατάσταση κάθε συμμετέχοντα δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις για την Ομαδική εργασία – κλίμα, Ασφάλεια – κλίμα και Αναγνώριση του στρες, καθώς δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην **οικογενειακή κατάσταση** και τις κατηγορίες αυτές. Αντίθετα έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στην οικογενειακή κατάσταση και την εργασιακή ικανοποίηση με τους παντρεμένους να είναι περισσότεροι ικανοποιημένοι από ότι οι ανύπαντροι. Παρομοίως έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στην οικογενειακή κατάσταση και τις συνθήκες εργασίας με τους παντρεμένους να είναι περισσότεροι ικανοποιημένοι από ότι οι ανύπαντροι. Δηλαδή η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει τις αντιληψεις περί Εργασιακής ικανοποίησης και Συνθήκες εργασίας.

Αναφορικά με το **τμήμα που εργάζονται**, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τις κατηγορίες Ομαδική εργασία – κλίμα, Ασφάλεια – κλίμα, Εργασιακή ικανοποίηση και Αντιλήψεις για την διαχείριση, δηλαδή το τμήμα που εργάζεται ο κάθε ένας επηρεάζει τις αντιλήψεις για τις προαναφερθείσες κατηγορίες SAQ. Για παράδειγμα οι επαγγελματίες που εργάζονται στις εντατικές μονάδες πιθανόν να νιώθουν ένα κύρος, γεγονός το οποίο προσφέρει υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση. Επίσης, τα άτομα των εντατικών μονάδων είναι πιο πιθανόν να εκτίμησαν την ανάγκη της ομαδικής εργασίας, ασφάλειας και συντονισμού από τη διαχείριση προκειμένου να αποφευχθούν ιατρικά λάθη.

κύρος του προσωπικού. Από την άλλη, το γεγονός ότι δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο τμήμα εργασίας και τις κατηγορίες Αναγνώριση του στρες και Συνθήκες εργασίας, δείχνει ότι το τμήμα εργασίας δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις για αυτές τις κατηγορίες.

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο αν κάποιος είναι μόνιμος ή συμβασιούχος με τις απόψεις περί Ομαδικής εργασίας – κλίμα, Ασφάλειας – κλίμα, Αναγνώρισης του στρες, Αντιλήψεων για την διαχείριση και Συνθηκών εργασίας, δηλαδή το **καθεστώς εργασίας** δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις για αυτές τις κατηγορίες SAQ. Από την άλλη μεριά όμως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με τις αντιλήψεις περί Εργασιακής ικανοποίησης, γεγονός που σημαίνει ότι το καθεστώς εργασίας επηρεάζει την κατηγορία αυτή.

Σχετικά με το χρόνο συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας και το χρόνο προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά με τις 6 κατηγορίες του SAQ, δηλαδή οι μεταβλητές αυτές δεν επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την ασφάλεια. Το ίδιο ισχύει και το χρόνο συνολικής εργασίας στο τμήμα σε σχέση με τις απόψεις περί Ασφάλειας – κλίμα, Αναγνώρισης του στρες και Συνθηκών εργασίας. Από την άλλη μεριά όμως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ομαδική εργασία – κλίμα, την εργασιακή ικανοποίηση και τις αντιλήψεις για την διαχείριση, γεγονός που σημαίνει ότι ο χρόνος της συνολικής εργασίας τους στο τμήμα επηρεάζει τις κατηγορίες αυτές. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι το προσωπικό που δουλεύει περισσότερο καιρό στο τμήμα έχει ήδη αναπτύξει κοινωνικές αρετές όπως το ομαδικό πνεύμα και η συνεργασία. Επίσης, οι πιο παλιοί έχουν περάσει αρκετό χρόνο με τους συνάδελφούς τους, γεγονός που συμβάλλει στην ενίσχυση των προσωπικών δεσμών, άρα και της εργασιακής ικανοποίησης και τις αντιλήψεις για την διαχείριση.

5.2. Συμπεράσματα

Κάθε φάση της διαδικασίας παροχής φροντίδας ενέχει κίνδυνο σε κάποιο βαθμό για την ποιότητά της. Συνεπώς, η εδραίωση μιας κουλτούρας ασφαλείας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία και βελτίωση του συστήματος παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Διεθνώς έχει δοθεί έμφαση στα θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, παρόλα αυτά το ερευνητικό ενδιαφέρον στην Κύπρο κρίνεται ως εξαιρετικά χαμηλό. Επίσης δεν έχει υιοθετηθεί εργαλείο αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας στην υγεία, με αποτέλεσμα αυτού του είδους μελέτες να έχουν προτεραιότητα.

Η παρούσα εργασία καλύπτει έστω εν μέρει το κενό που υπάρχει σε ό,τι αφορά την ασφάλεια των ασθενών στην Κύπρο. Για αυτό, η έρευνα είναι σχεδιασμένη με τέτοιο τρόπο ώστε να αξιολογηθεί η παρούσα κουλτούρα ασφαλείας στα χειρουργικά, ορθοπεδικά τμήματα και στις εντατικές μονάδες Α και Β του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού από την οπτική των επαγγελματιών φροντίδας υγείας που εργάζονται εκεί.

Στα πλαίσια αυτά εφαρμόστηκε ποσοτική έρευνα με βασικό ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο (SAQ) και με εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση. Μέσω του SAQ αντλήθηκαν πληροφορίες για έξι διαφορετικές διαστάσεις του κλίματος ασφαλείας: (α) την ομαδική εργασία - κλίμα, (β) την ασφάλεια – κλίμα στο τμήμα που εργάζονται, (γ) την εργασιακή ικανοποίηση, (δ) την αναγνώριση του άγχους, (ε) τις αντιλήψεις για την διαχείριση και στ) τις συνθήκες εργασίας.

Το δείγμα του πληθυσμού του ερωτηματολογίου (141 άτομα) επιλέχθηκε με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας (μέθοδος κλήρωσης) και αποτελείται γενικότερα από επαγγελματίες φροντίδας υγείας που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού.

Επομένως, μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων τα δεδομένα εισήχθησαν στο πρόγραμμα IBM SPSS statistics v.20 και αναλύθηκαν με τη μορφή τόσο της περιγραφικής όσο και της επαγωγικής στατιστικής.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι, στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού δεν έχει αποτιμηθεί στο βαθμό που πρέπει η σημαντικότητα της εδραίωσης μιας κουλτούρας ασφαλείας έτσι ώστε η ασφάλεια να αποτελεί στρατηγική προτεραιότητα για την ασφάλεια

του ασθενή. Συμπέρασμα το οποίο εντοπίζεται αναλύοντας το μέσο όρο όλων των κατηγοριών, και ο οποίος είναι κάτω από τις διεθνείς συστάσεις.

Από την οπτική γωνία των επαγγελματικών φροντίδας υγείας, υπάρχει μια αποστασιοποίηση από τη διοίκηση του νοσοκομείου και τη διαχείριση της μονάδας, έλλειψη επαρκούς ανατροφοδότησης χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, κακές σχετικά συνθήκες εργασίας και ανεπαρκές προσωπικό. Όλες αυτές οι αδυναμίες επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας σε ένα τμήμα νοσηλείας και αποτελούν σημάδια μιας αρνητικής κουλτούρας ασφαλείας.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίζεται στις αντιλήψεις για τη διαχείριση. Η επιτυχία ή η αποτυχία μιας κουλτούρας ασφαλείας βρίσκεται πρωτίστως στα χέρια της ηγεσίας, για αυτό υπάρχει μεγάλη ανάγκη για παρεμβάσεις ώστε να αλλάξει αυτή η κουλτούρα. Η διοίκηση θα πρέπει να είναι πιο υποστηρικτική και να αποδείξει τη δέσμευσή της για δημιουργία μιας θετικής κουλτούρας ασφαλείας με την ανάπτυξη ενός κοινού οράματος και συγκεκριμένων στόχων. Εάν οι εργαζόμενοι πιστέψουν ότι ο οργανισμός που δουλεύουν είναι υποστηρικτικός, ενώ ταυτόχρονα είναι ικανοποιημένοι με την οργανωτική δομή που υπάρχει, είναι πιο πιθανό να αναγνωρίσουν ότι το νοσοκομείο εκτιμά την ασφάλεια και τη γενική ευημερία. Όταν ικανοποιούνται δηλαδή οι βασικές τους ανάγκες και όταν υπάρχει υψηλή εργασιακή ικανοποίηση, τότε εμφανίζεται μεγαλύτερη συναισθηματική σύνδεση με τον οργανισμό. Έτσι, θα δημιουργηθούν στους επαγγελματίες φροντίδας υγείας αισθήματα ισχυρότερα από την εκτίμηση όπως αφοσίωση και βαθύς σεβασμός, που με τη σειρά του ά δύναται να επηρεάσει θετικά τις αντιλήψεις τους περί ασφάλειας ασθενών.

Ταυτόχρονα, η κατηγορία Ομαδική εργασία – κλίμα παρά το ότι είναι κάτω από τις διεθνείς συστάσεις, συγκέντρωσε την πιο υψηλή βαθμολογία. Αυτό αποτελεί στοιχείο που δείχνει ότι η συγκεκριμένη κατηγορία έχει μεγάλες δυνατότητες που αν αξιοποιηθούν μπορεί να αποτελέσει τη βάση δημιουργίας αποτελεσματικής κουλτούρας ασφαλείας.

Τέλος, αποδεικνύεται ότι πέρα από τους οργανωτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, ατομικοί παράγοντες που σχετίζονται με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, τμήμα που εργάζονται, καθεστώς εργασίας και χρόνος συνολικής εργασίας στο τμήμα) επηρεάζουν τις αντιλήψεις των επαγγελματιών φροντίδας υγείας που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών. Για αυτό η σωστή διαχείριση των ανθρώπινων πόρων είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης.

Τα ευρήματα της μελέτης θα πρέπει να αποτελέσουν προειδοποιητικό σημάδι για τα θεσμικά όργανα, καθώς υποδεικνύουν την ανάγκη για έγκαιρο εντοπισμό των προβλημάτων και για δράσεις εφαρμογής μιας κουλτούρας ασφάλειας.

5.3. Περιορισμοί Έρευνας και Μελλοντικές Επεκτάσεις

Λόγω του αυστηρού ακαδημαϊκού προγράμματος για την υποβολή της διατριβής, η έρευνα αυτή ήταν οριζόντια. Τα ερωτηματολόγια τέθηκαν στη διάθεση των συμμετεχόντων σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Έτσι, κανείς δεν μπορεί να εγγυηθεί ότι τα αποτελέσματα θα είναι τα ίδια εάν τα ερωτηματολόγια γίνουν διαθέσιμα σε κάποια άλλη στιγμή. Πιθανοί λόγοι για αυτό μπορεί να είναι η συναισθηματική κατάσταση ενός συμμετέχοντος σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, ή μια πιθανή αλλαγή στην οργανωτική δομή του νοσοκομείου.

Οι ερωτήσεις που απαντώνται με χρήση κλίμακας Likert παρουσιάζουν επίσης κάποιους περιορισμούς που δύναται να οδηγήσουν σε αδυναμία καταγραφής των πιθανών απόψεων. Για παράδειγμα ο τρόπος διατύπωσης των προτάσεων, ο οποίος είναι πολύ πιθανόν να επηρεάσει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Επίσης, η ύπαρξη απάντησης που δηλώνει ουδετερότητα, μπορεί να οδηγήσει τους συμμετέχοντες στην επιλογή αυτής της απάντησης, για να αποφύγουν την επιλογή μιας ακραίας απάντησης.

Έτσι λοιπόν, παρόλο που το SAQ αποτέλεσε χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης των στάσεων ασφαλείας των επαγγελματιών φροντίδας υγείας στο Γεν. Νοσοκομείο Λεμεσού, υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί η ίδια μελέτη σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και μάλιστα συνδυάζοντάς την με συνεντεύξεις, προκειμένου να γίνει διασταύρωση των αποτελεσμάτων.

Επίσης, μελλοντικά η μελέτη θα μπορούσε να διεξαχθεί τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία της Κύπρου, ώστε να δημιουργηθεί μια πιο ολοκληρωμένη στρατηγική εφαρμογής αποτελεσματικής κουλτούρας ασφαλείας σε εθνικό επίπεδο.

Βιβλιογραφία

1. Ελληνική

- Αθανάση, Α. (2011). Αντιλήψεις και συμπεριφορές του προσωπικού για την ασφάλεια των πασχόντων. Προπτυχιακό Επίπεδο. Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Γαλάνης, Π. (2012). ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ: Μεθοδολογία δειγματοληψίας στις επιδημιολογικές μελέτες. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, [online] 29(5), pp.632-637. Available at: <http://www.mednet.gr/archives/2012-5/pdf/632.pdf>
- Γαλάνης, Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, [online] 30(1), pp.97-110. Available at: <http://www.mednet.gr/archives/2013-1/pdf/97.pdf>.
- Δημητριάδου, Α (2008), Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και το ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του. Διδακτορική Διατριβή. Ιατρική Σχολή ΑΠΘ.
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, (2009). ΕΚΘΕΣΗ σχετικά με την πρόταση σύστασης του Συμβουλίου που αφορά την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη - Α6-0239/2009. [online] [Europarl.europa.eu](http://www.europarl.europa.eu). Available at: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A6-2009-0239&language=EL>
- Ιωσηφίδης, Θ. (2008). Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες. Αθήνα: Κριτική
- Κάργα, Μ (2008), Η διαχείριση των λαθών από τους Έλληνες νοσηλευτές, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 2 σελ7-21.
- Λιακοπούλου, Ε (2008), Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Νοσοκομείο «Χατζηκώστα». Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών.
- Νταντανα, Α. (2010). Μέτρηση του Κλίματος Ασφαλείας των Ασθενών στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου με τη Χρήση Ερωτηματολογίου. Μεταπτυχιακό επίπεδο. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Ουζούνη, Χ. & Νακάκης, Κ. (2011). Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2011, 50(2): 231–239. [online] Available at: <http://knakakis.advancednursing.teiste.gr/wp-content/uploads/2014/01/07.pdf>.
- Παπαγεωργίου Γ. (1998). Μέθοδοι στην Κοινωνιολογική Έρευνα. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Ραφτόπουλος, Β (2007), Ωφελέειν ή μη Βλάπτειν: Ασφαλή Περιβάλλοντα Εργασίας και Ποιότητα Φροντίδας. Νοσηλευτική Τόμος 46 Τεύχος 2: Απρίλιος-Ιούνιος 2007

Υπουργείο Υγείας, (2016α). ΕΘΝΙΚΟ ΣΗΜΕΙΟ ΕΠΑΦΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - Σύστημα Υγείας στην Κύπρο. [online] Moh.gov.cy. Available at:

http://www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page01_gr/page01_gr?OpenDocument

Υπουργείο Υγείας, (2016β). Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού - Ιστορικό. [online] Moh.gov.cy. Available at:

http://www.moh.gov.cy/moh/llgh/llgh.nsf/ngh02_gr/ngh02_gr?OpenDocument

Υπουργείο Υγείας, (2016γ). Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού - Τρόπος Λειτουργίας. [online] Moh.gov.cy. Available at:

http://www.moh.gov.cy/moh/llgh/llgh.nsf/ngh04_gr/ngh04_gr?OpenDocument

Φίλιας, Β. (1993). Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τεχνικές των κοινωνικών ερευνών

2. Αγγλική

Adams, G.R. and Schvaneveldt, J.D. (1991). Understanding Research Methods, Second Edition, Longman

AHRQ, (2016). Hospital Survey on Patient Safety Culture | Agency for Healthcare Research & Quality. [online] Ahrq.gov. Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>

Aiken, LH Clarke, SP Cheung, RB Sloane, DM Silber, JH (2003), Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality, JAMA, 290(12):1617-1623.

Aiken, LH Smith, HL Lake, ET (1994), Lower medicine mortality among a set of hospitals known for good nursing care, Med Care 32:771-787.

Aspden, P., Corrigan, J., Wolcott, J. & Erickson, S. (2014). Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington: National Academies Press.

Barrow, M. (2012). Measuring the Current Patient Safety Culture in the Gambian Public Hospitals. Postgraduate. Taipei Medical University.

Brannick, M. T., & Prince, C. (1997). An overview of team performance measurement. In Brannick, M. T., Salas, E., & Prince, C. (Eds.), Team performance assessment and measurement (pp. 3-16). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. Qual Saf Health Care 2004 Apr;13(2):145-51.

Carroll J. & Edmondson A., (2002): "Leading organizational learning in healthcare". Quality and Safety in Healthcare. 11:51-56

- Castellheim, A. (2010). How to Improve Patient Safety in Intensive Care Units. Postgraduate. University of Oslo.
- Cauduro, F., Sarquis, L., Sarquis, L. and Cruz, E. (2015). SAFETY CULTURE AMONG SURGICAL CENTER PROFESSIONALS. *Cogitare Enferm*, 20(1):128-37.
- Chu-Weininger, M., Wueste, L., Lucke, J., Weavind, L., Mazabob, J. and Thomas, E. (2010). The impact of a tele-ICU on provider attitudes about teamwork and safety climate. *BMJ Quality & Safety*, 19(6), pp.e39-e39.
- Clancy, C., Farquhar, M. & Collins Sharp, B. (2005). Patient Safety in Nursing Practice. *Journal of Nursing Care Quality*; 20: 193-197.
- Cochrane, D., Annemarie, T., Georgene, M., Valoria, H., Irene, M., Manish, B. & Patrick, D. (2009). Establishing a Provincial Patient Safety and Learning System: Pilot Project Results and Lessons Learned. *Healthcare Quarterly*, 12 (Sp): 147-153
- Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual SafHealth Care*;14:364-6.
- Cooper, M. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36(2), pp.111-136.
- Cox, S & Cox T. (1991). The Structure of Employee Attitudes to Safety: a European Example. *Work & Stress*, 5: 93-106.
- Creswell, John W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3rd Edition. Los Angeles: Sage Publications, Inc.
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. London ; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Davis, H., Nutley, S. & Mannion, R. (2000). Organisational Culture and Quality of Health Care. *Quality in Health Care*; 9: 111-119.
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M.K., Persing, R. (2009). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. Available at: http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol3/advances-dingley_14.pdf
- Donabedian, A (1988),The quality of care.How can it be assessed?. *JAMA* 26:1743-8
- Drew J. et al, (2008). *Designing and Conducting Research in Education: Chapter 3: Ethical Issues in Conducting Research*; Retrieved from: https://www.sagepub.com/sites/default/files/upmbinaries/26094_3.pdf
- Eisner, W. E. (1991). *The enlightened eye, qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*. New York: Macmillan.
- El-Jardali, F Dimassi, H Jamal, D Jaafar, M Hemadeh, N (2011), Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals, *BMC Health Serv Res*.24:11-45.

- EUNetPas, (2010). Patient Safety Culture Instruments used in Member States. Work Package 1: Promoting Patient Safety Culture. [online] Denmark. Available at: <http://www.vaspvt.gov.lt/files/files/eunetpas-catalogue-use-of-psci-in-ms-april-13-2010.pdf>
- European Commission, (2008). DIRECTIVE OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Brussels. [online] Available at: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_en.pdf
- European Commission, (2016). High Level Group on health services and medical care - European Commission. [online] Ec.europa.eu. Available at: http://ec.europa.eu/health/strategy/implementation/hlg/index_en.htm
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S. & Robertson, EM (2006). Measuring Safety Climate in Health Care. *Quality and Safety in Health Care*; 15: 109-115.
- Garbutt, J., Brownstein, D.R., Klein, E.J., Waterman, A., Krauss, M.J., Marcuse, E.K., Hazel, E., et al. (2007). Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. *Pubmed/17283304*
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic books
- Ghauri, P.N., & Grønhaug, K., (2005), *Research Methods in Business Studies (3rd Edition)*, Prentice Hall: London
- Glendon, A. & McKenna, E. (1995) *Human Safety and Risk Management*. London:
- Groene, O., Klazinga, N., Wagner, C., Arah, O., Thompson, A., Bruneau, C. and Suñol, R. (2010). Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project. *BMC Health Services Research*, 10(1).
- Guldenmund, F. (2010) *Understanding and Exploring Safety Culture*. Doctoral thesis. Delft University.
- Hansen L., (2000): "The Architecture of Safety Excellence". *Professional Safety Management*. 45:26-29
- Health and Safety Executive, (2005). A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. RESEARCH REPORT 367. [online] Bristol: Health and Safety Executive. Available at: <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>
- Hendee, W. (2001). To Err is Human: Building a Safer Health System. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 12(1), pp.P112-P113.

- Howard, L. W. (1998). Validating the Competing Values Model as a Representation of Organizational Cultures. *International Journal of Organizational Analysis*, 6(3), 231-250.
- Huang, D., Clermont, G., Kong, L., Weissfeld, L., Sexton, J., Rowan, K. and Angus, D. (2010). Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(3), pp.151-161.
- Huang, D., Clermont, G., Sexton, J., Karlo, C., Miller, R., Weissfeld, L., Rowan, K. and Angus, D. (2007). Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution*. *Critical Care Medicine*, 35(1), pp.165-176.
- Hughes, L.C., Chang Y., & Mark, B.A. (2009). Quality and strength of patient safety climate on Medical-surgical units
- International Nuclear Safety Advisory Group, (1991). Safety Culture. Safety Series No. 75-INSAG-4. [online] Vienna: International Nuclear Safety Advisory Group. Available at: http://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/Pub882_web.pdf
- Jeong, H. (2015). Development of the Safety Attitudes Questionnaire - Korean Version (SAQ-K) and Its Novel Analysis Methods or Safety Managers. *BBIJ*, 2(1)
- Johnson, B. & Christensen, L., (2008). Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches (p. 34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kaldjian, L.C., Jones E.W., Wu, B.J., Hoffman, V.L.F., Levi, B.H. & Rosenthal, G.E. (2008). Reporting Medical Errors to improving Patient Safety. A Survey of Physicians in Teaching Hospitals. 168 (1)
- Kohn, L. T., Corrigan, J., & Donaldson, M. S. (2000). To err is human: building a safer health system. Washington, D.C., National Academy Press.
- Krogstad, U., Hofoss, D. and Hjortdahl, P. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), pp.491-497.
- Kumar, R. (2011). *Research Methodology: A step-by-step Guide*, 3rd Edition. London: Sage
- Kvale, S. (1996). *InterViews—An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage
- 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
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*;324(6):377-84.

- Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. (2010). Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. *BMC Health Serv Res*.10:234.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. and Glinos, I. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action*. MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall, UK.
- Lichtman, M. (2006). *Qualitative research in education: A user's guide* (pp. 7-8). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Maechem J., (1993): "Wisdom and the context of knowledge". In: Kuhn D., Maechem J., (eds.), *Contributions in Human Development*. 8:111-134. Basel: Karger
- Manser, T. (2009) *Teamwork and Patient Safety in Dynamic Domains of Healthcare: A Review of the Literature*. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*; 53:143-151.
- Mardon, R. (2008). *Survey of Patient Safety Culture in U.S. Hospitals: External Validity Analyses*. CAHPS SOPS Annual Conference
- McNicoll, L., DePalo, V., Cornell, M., Rocha, J. and Adams, L. (2009). The Rhode Island ICU Collaborative: the first statewide collaborative four years later. *Med Health*, 92(8), pp.272-3, 276.
- Meurier, CE (1997), *Learning from errors in nursing practice*, *JAdv Nurs*.26:111-119.
- Navon, T., Naveh, E. & Stem, Z. (2005). Safety climate in healthcare organisations: a Multidimensional approach. *Academy of Management*, 48, 1075-1089.
- Nieva V, Sorra J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:17-23.
- Nordén-Hägg A, Sexton JB, Källemark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. (2010) *Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden*. *Clin Pharmacol*. 10(8):1-12.
- Polonsky and Waller, (2010). *Designing and Managing a Research Project: A Business Student's Guide Second Edition*. Chapter 5: Ethical considerations; Retrieved from: http://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/4999_Polonski_Chapter_5.pdf
- Pronovost, P. et al., (2003). Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Quality and Safety in Health Care*, 12(6), pp.405-410.
- Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M. (2011) *Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire*. *BMC Health Serv Res*, 11(1):238.

- Raftopoulos, V. & Pavlakis, A. (2013). Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *Journal of Critical Care*, 28(1), pp.51-61.
- Ransom, S. B., Joshi, M., & Nash, D. B. (2010). *The healthcare quality book: Vision, strategy, and tools*. Second edition. Chicago, IL: Health Administration Press.
- Reason, J (1993), *Managing the management risk: New approaches to organisational safety*. In B. Wilpert and T. Qvale (Eds.), *Reliability and safety in hazardous work systems*. Lawrence Erlbaum Associates, Hove.
- Reason, J. (2009). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. and Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. 1st ed. Chichester, West Sussex: Blackwell Pub.
- Reiman, T. & Pietikäinen, E. (2012) *Leading Indicators of System Safety: Monitoring and Driving the Organizational Safety Potential*. *Safety Science*; 50: 1993-2000
- Saunders, M., Lewis, P. and Thornhill, A. (2012). *Research Methods for Business Students*, 6th Edition.
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. *BMC Health Services Research*;6:44
- Sexton, J., Holzmueller, C., Pronovost, P., Thomas, E., McFerran, S., Nunes, J., Thompson, D., Knight, A., Penning, D. and Fox, H. (2006). Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. *Journal of Perinatology*, 26(8), pp.463-470.
- Sexton, J., Thomas, E. and Helmreich, R. (2001). Error, Stress, and Teamwork in Medicine and Aviation: Cross Sectional Surveys. *Journal of Human Performance in Extreme Environments*, 6(1).
- Shingla, AK Kitch, BT Weissman, JS Campell, EG (2006), *Assessing patient safety culture: A review and synthesis of the measurement tools*, *J Patient Saf*, 2:105-115.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research, a practical handbook*. London:SAGE publications.
- Singer, S., Falwell, A., Gaba, D. & Baker, L. (2008) *Patient Safety Climate in US Hospitals: Variation by Management Level*. *Medical Care*; 46: 1149-1156.
- Skybrary, (2016). James Reason HF Model - SKYbrary Aviation Safety. [online] Skybrary.aero. Available at: http://www.skybrary.aero/index.php/James_Reason_HF_Model
- Smits, M., Cristianns-Dingelhoff, I., Wagner, C. van der Wal, G., & Groenewegen, W.P. (2008). The Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res*, 8:230

Thomas, E.J., Sexton, J.B., Helmerich, R.L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians, *Crit Care Med*, 31 (3)

Weick K., (1993): "The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Man Gulch Disaster". *Administrative Science Quarterly*. 38:628-652

WHO, (2004). WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. FORWARD PROGRAMME. [online] Available at:
http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf

Παράρτημα Α

Ερωτηματολόγιο Έρευνας



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ "ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ"

Αθανάση Αρτέμης

Σάρδεων 5^α Κάτω Πολεμίδα, 4152

Λεμεσός

+357 99358781

artemis_athanasi@yahoo.gr

Ιανουάριος 2016

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σας παρακαλώ να αφιερώσετε λίγα λεπτά από το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου. Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί την διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών φροντίδας υγείας αναφορικά με θέματα ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε χειρουργικά, ορθοπεδικά τμήματα και στις εντατικές μονάδες. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα χρειαστείτε περίπου 10 λεπτά. Παρακαλώ όπως το συμπληρώσετε στον ελεύθερο σας χρόνο και να απαντήσετε **(όσοι εργάζεσθε)** με ειλικρίνεια σε **όλες** τις ερωτήσεις, λαμβάνοντας υπόψη ότι **δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις**.

Οι απαντήσεις σας είναι **αυστηρά εμπιστευτικές** και δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς πέραν από αυτούς της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο** και έτσι δε μπορούν να συνδεθούν οι απαντήσεις με συγκεκριμένα πρόσωπα και οργανισμούς.

Ευχαριστώ πολύ για τη συνεργασία σας!!

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Παρακαλώ κυκλώστε το τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στο βαθμό συμφωνίας/διαφωνίας σας με τις παρακάτω διατυπώσεις που αφορούν την ομαδική εργασία - κλίμα.

	1	2	3	4	5
	διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μερικώς	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ μερικώς	συμφωνώ απόλυτα
Απόψεις	1= Διαφωνώ απόλυτα		5= Συμφωνώ απόλυτα		
Είναι εύκολο για το προσωπικό στο τμήμα που εργάζεται να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι.	1	2	3	4	5
Έχω την υποστήριξη που χρειαζόμαστε από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς.	1	2	3	4	5
Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη στο τμήμα που εργάζομαι.	1	2	3	4	5
Σε αυτό το τμήμα που εργάζομαι είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών.	1	2	3	4	5
Οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα που εργάζομαι επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή).	1	2	3	4	5
Οι ιατροί και οι νοσηλευτές σε αυτό το τμήμα (που εργάζομαι) εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα.	1	2	3	4	5

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Στις παρακάτω απόψεις κυκλώστε το τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στο βαθμό συμφωνίας/διαφωνίας που αφορούν την ασφάλεια- κλίμα στο τμήμα που εργάζεστε.

	1	2	3	4	5
	διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μερικώς	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ μερικώς	συμφωνώ απόλυτα
Απόψεις	1= Διαφωνώ απόλυτα		5= Συμφωνώ απόλυτα		
Η εργασιακή κουλτούρα στο τμήμα που εργάζομαι διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων.	1	2	3	4	5
Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα (που εργάζομαι).	1	2	3	4	5
Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα που εργάζομαι.	1	2	3	4	5
Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιοδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την	1	2	3	4	5

ασφάλεια των ασθενών.					
Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή μου στην εργασία.	1	2	3	4	5
Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν στο τμήμα που εργάζομαι.	1	2	3	4	5
Στο τμήμα που εργάζομαι είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη.	1	2	3	4	5

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Παρακαλώ κυκλώστε το τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στο βαθμό συμφωνίας/διαφωνίας σας με τις παρακάτω απόψεις που αφορούν την εργασιακή ικανοποίηση.

1	2	3	4	5
διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μερικώς	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ μερικώς	συμφωνώ απόλυτα

Απόψεις	1= Διαφωνώ απόλυτα			5= Συμφωνώ απόλυτα	
	1	2	3	4	5
Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος.	1	2	3	4	5
Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο.	1	2	3	4	5
Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια.	1	2	3	4	5
Το ηθικό στο τμήμα που εργάζομαι είναι υψηλό.	1	2	3	4	5
Μου αρέσει η δουλειά μου.	1	2	3	4	5

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Παρακαλώ κυκλώστε το τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στο βαθμό συμφωνίας/διαφωνίας σας με τις παρακάτω απόψεις που αφορούν την αναγνώριση του στρες.

1	2	3	4	5
διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μερικώς	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ μερικώς	συμφωνώ απόλυτα

Απόψεις	1= Διαφωνώ απόλυτα			5= Συμφωνώ απόλυτα	
	1	2	3	4	5
Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου.	1	2	3	4	5
Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου.	1	2	3	4	5
Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη	1	2	3	4	5

διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτική κρίση).					
Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός/ή στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η.	1	2	3	4	5

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Παρακαλώ κυκλώστε το τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στο βαθμό συμφωνίας/διαφωνίας σας με τις παρακάτω απόψεις που αφορούν της αντιλήψεις για την διαχείριση.

	1	2	3	4	5
	διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μερικώς	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ μερικώς	συμφωνώ απόλυτα
Απόψεις	1= Διαφωνώ απόλυτα			5= Συμφωνώ απόλυτα	
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά.	1	2	3	4	5
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες.	1	2	3	4	5
Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου.	1	2	3	4	5
Τα επίπεδα στελέχωσης σε προσωπικό στο τμήμα που εργάζομαι είναι επαρκή για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών.	1	2	3	4	5

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Παρακαλώ κυκλώστε το τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στο βαθμό συμφωνίας/διαφωνίας σας με τις παρακάτω απόψεις που αφορούν τις συνθήκες εργασίας.

	1	2	3	4	5
	διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μερικώς	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ μερικώς	συμφωνώ απόλυτα
Απόψεις	1= Διαφωνώ απόλυτα			5= Συμφωνώ απόλυτα	
Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση.	1	2	3	4	5

Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό.	1	2	3	4	5
Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς.	1	2	3	4	5
Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού.	1	2	3	4	5

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία.
Βάλτε ένα (x) στο αντίστοιχο τετραγωνάκι.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ

- Φύλο**
 Άντρας Γυναίκα
- Ηλικία :** _____
- Επίπεδο Εκπαίδευσης**
 Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής Κάτοχος Πτυχιακού τίτλου (BSc)
 Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (MSc, MA) Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου (PhD)
 Άλλο: _____
- Οικογενειακή κατάσταση**
 Παντρεμένος/η Ανύπαντρος/η
 Χωρισμένος/η Χήρος/η
 Συμβίωση

ΕΡΓΑΣΙΑ

- Εργάζομαι στο τμήμα:**
 Χειρουργικό
 Εντατική Α
 Εντατική Β
- Το καθεστώς εργασίας σας:**

- Μόνιμος/η Συμβασιούχος/α
7. Χρόνος συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας
_____ χρόνια
8. Χρόνος προϋπηρεσίας στον παρόν νοσοκομείο
_____ χρόνια
9. Παρούσα Θέση: Νοσηλευτικός Λειτουργός
 Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός
 Άλλο (διευκρινίστε) : _____
10. Χρόνος συνολικής εργασίας σας στο τμήμα που εργάζεστε
_____ χρόνια