



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΘΑΛΑΜΟΥΣ ΓΕΝΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ**

ΕΥΡΥΠΙΔΗΣ ΠΕΤΡΙΔΗΣ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗ
Δρ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΘΑΛΑΜΟΥΣ ΓΕΝΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ**

ΕΥΡΗΠΙΔΗΣ ΠΕΤΡΙΔΗΣ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Δρ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

Ευχαριστίες

Η παρούσα ερευνητική εργασία διεξήχθη με τη σημαντική συμβολή των προισταμένων των τμημάτων τις οποίες και οποίους ευχαριστώ θερμά. Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω κυρίως στους συναδέλφους που συμμετείχαν στην έρευνα θυσιάζοντας από τον ελεύθερο τους χρόνο.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες προς τον επίκουρο καθηγητή Δρ. Βασίλειο Ραφτόπουλο για την παραχώρηση του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας και την αμέριστη, άμεση και συνεχή καθοδήγηση του.

Ευχαριστίες επίσης προς τον Γιάγκο Λαυράνο για την καθοριστική βοήθεια του κατά την επεξεργασία των δεδομένων και τη στατιστική ανάλυση.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ ο φείλω και στην σύζυγο μου υ Ελένη και στα δύο παιδιά μου υ Νατάσα και Γεωργιάνα για την μεγάλη υπομονή και ανοχή που έδειξαν σε όλο αυτό το διάστημα του μεταπτυχιακού.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1.1. Επεξήγηση εννοιών και ορισμών.....	9
II. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
2.1. Η έκταση του προβλήματος της μη ασφαλούς φροντίδας υγείας, και οι συνέπειές του.....	10
2.2. Ευρωβαρόμετρο.....	13
2.3. Παράγοντες που σχετίζονται με την μη ασφαλή παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.....	15
2.4. Οι έννοιες της κουλτούρας ασφαλείας και του κλίματος ασφαλείας.....	18
2.5. Η σημασία μέτρησης του κλίματος ασφαλείας στον τομέα της υγείας και η συμβολή της στην βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών	20
2.6. Εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας.....	22
2.7. Μεθοδολογία Συστηματικής Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης.....	24
2.8. Αποτελέσματα Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης.....	25
III. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	35
3.1. Σκοπός	35
3.2. Σημασία της έρευνας έρευνας.....	35
3.3. Δείγμα και Μέθοδος	35
3.4. Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου.....	36
3.5. Ζητήματα Ηθικής της έρευνας.....	38
3.6. Επεξεργασία των δεδομένων και στατιστική ανάλυση.....	39
3.8. Αποτελέσματα.....	40
3.8.1 Ποσοστά ανταπόκρισης.....	40
3.8.2 Κοινωνικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	42
3.8.3 Ποσοστά των απαντήσεων στις γενικές ερωτήσεις.....	43
3.8.4 Αποτελέσματα κλίμακας SAQ.....	50
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	58
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	65

Περιορισμοί.....	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67
Παράρτημα 1- Ερωτηματολόγιο SAQ Ελληνική Έκδοση.....	75
Παράρτημα 2- Άδεια παραχώρησης άδειας διεξαγωγής έρευνας.....	82

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί προτεραιότητα του ΠΟΥ και είναι ευθύνη των κρατών να αξιολογούν με συστηματικό τρόπο το κλίμα ασφαλείας στις Υπηρεσίες Υγείας

Σκοπός: Η παρούσα εργασία είχε ως στόχο να καταγράψει το κλίμα ασφαλείας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους μεγάλου Γενικού Νοσοκομείου της Κύπρου και να διερευνηθούν οι παράγοντες που το επηρεάζουν.

Δείγμα και Μέθοδος: Το δείγμα της εργασίας αποτέλεσαν 516 επαγγελματίες υγείας στους οποίους επιδόθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιείχε την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου «Πεποιθήσεις για την ασφάλεια» (SAQ).

Αποτελέσματα: Επεξεργάστηκαν 282 (55%), έγκυρα ερωτηματολόγια από ένα σύνολο 516 επαγγελματιών υγείας που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα $34,28 \pm 10,38$ χρόνια. Ο μέσος συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματος ήταν τα $11,56 \pm 10,8$ έτη, ενώ ο μέσος όρος εργασίας στο τμήμα ήταν τα $6,99 \pm 7,27$ έτη. Γενικά το κλίμα ασφαλείας δεν μπορεί να κριθεί θετικό σε καμιά από τις έξι κατηγορίες που εξετάστηκαν, αφού οι βαθμολογίες ήταν πιο χαμηλές από αυτό που έχει οριστεί ως θετικό σκορ (≥ 75). Ειδικότερα οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές βαθμολόγησαν χαμηλότερα όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου με στατιστικά σημαντική διαφορά να εμφανίζεται στην ομαδική εργασία ($p=0,006$) και τις εργασιακές συνθήκες ($p=0,02$). Όσοι απάντησαν ότι το επάγγελμά τους αποτελεί πηγή άγχους και όσοι βαθμολόγησαν την ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα τους και την ασφάλεια των ασθενών κάτω από τη διάμεση τιμή, βαθμολόγησαν στατιστικά σημαντικά πιο χαμηλά τις κατηγορίες του SAQ από αυτούς που απάντησαν πάνω από τη διάμεση τιμή. Όσον αφορά στη σύγκριση μεταξύ χειρουργικών και παθολογικών θαλάμων γενικά δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις αφού στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάστηκε μόνο στο παράγοντα ομαδική εργασία ($p=0,001$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας αναδεικνύουν την ανάγκη παρέμβασης σε όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου ώστε να βελτιωθεί το κλίμα ασφαλείας. Ειδικότερα ο ρόλος της διοίκησης φαίνεται να χρήζει ποιοτικής αναβάθμισης, αφού διαφαίνεται ότι δεν επηρεάζει όσο θα έπρεπε θετικά το κλίμα ασφαλείας. Διαφαίνεται ότι οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη και καλύτερη ένταξη στην λειτουργία της ομάδας, ώστε να αποκτήσουν τις απαιτούμενες εμπειρίες που θα τους επιτρέψουν να ενισχύσουν το κλίμα ασφαλείας και το ομαδικό πνεύμα.

Abstract

Introduction: Patient safety is a priority of WHO and is the responsibility of states to systematically evaluate the safety climate in Health Services

Background: Aim of the study was to document the patient safety cultures in Medical and Surgical wards in a big General Hospital in Cyprus and to explore the factors that affect it.

Methodology: Data was collected by 516 health care professionals working in medical and surgical wards by the Greek version of the genetic version of the Safety Attitudes Questionnaire SAQ-ICU.

Results: There were 218 (55%) fully completed questionnaires from a total of 516 health care professionals who had the qualifications to take part in the survey. The mean age of the participants was $34,28 \pm 10,38$. The mean of the total working years was $11,56 \pm 10,8$ and the mean working years in their ward was $6,99 \pm 7,27$. In general, the safety climate is not market as positive in none of the six factors which were examined because the final scores were lower than the one which was determined as a positive score (≥ 75). Especially the less experienced nurses marked lower all the factors of the questionnaire with a strongly correlated with teamwork ($p=0,006$) and working condition ($p=0,02$). Those who answered that their profession poses stress on themselves and those who evaluated the quality of the services offered in their section and the safety of the patients, below median, also evaluated lower the SAQ categories compared to those who answered above median. Regarding the comparison between surgical and medical wards in general, no significant differences were identified because statistically significant differences occurred in teamwork only ($p=0,001$).

Conclusions: The results of this work show the need for intervention in all the factors of the questionnaire so that the safety standards will be promoted. In particular the role of administration seems to need quality improvement since it seems not to affect positively the safety standards. It is proved that the less experienced nurses need more support and a better integration in the operation of the team, so that they acquire the necessary experiences that will enable them to reinforce the safety standards and teamwork, too.

Ι ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί θέμα παγκοσμίου ενδιαφέροντος αφού επηρεάζει όλες τις χώρες ανεξάρτητα του επιπέδου ανάπτυξης τους. Αν και θεωρείται ότι ο υπολογισμός του μεγέθους του προβλήματος είναι ανεπαρκής, οι σχετικές έρευνες αναφέρουν ότι εκατομμύρια ασθενείς παγκοσμίως υποφέρουν τραυματίζονται ή πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω παροχής μα ασφαλούς φροντίδας[1]. Οι λοιμώξεις που οφείλονται στη φροντίδα υγείας, η ανεπαρκής διάγνωση, η καθυστέρηση στη θεραπεία, τα ανεπιθύμητα περιστατικά που συμβαίνουν λόγω φαρμακευτικών λαθών, παραλείψεις στην ασφαλή χειρουργική διαδικασία, αποτελούν τις πιο συνήθεις αιτίες που βλάπτουν τους ασθενείς και μπορούν να αποφευχθούν [2].

Είναι γεγονός ότι το θέμα αυτό δεν άρχισε να μελετάται μόνο στις μέρες μας. Ο Donabedian[3] πριν από περισσότερο από 40 χρόνια πρότεινε την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και τη συνέδεσε άμεσα με την ασφάλεια των ασθενών. Πρότεινε η αξιολόγηση να γίνεται με κριτήρια δομής, κριτήρια διαδικασιών και αποτελεσμάτων. Με τα κριτήρια δομής αξιολογείται η προσβασιμότητα, η διαθεσιμότητα, η ποιότητα και η επάρκεια των πόρων που χρησιμοποιούνται. Με τα κριτήρια διαδικασιών αξιολογείται η διαδικασία παραγωγής και παροχής της φροντίδας από το κλινικό προσωπικό, π.χ. εάν χρησιμοποιήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες, εάν η διάγνωση ήταν η σωστή, εάν έγιναν οι απαιτούμενες εργαστηριακές εξετάσεις, εάν δόθηκε η σωστή θεραπεία, εάν υπήρξε συντονισμός και οι ενέργειες έγιναν στα σωστά χρονικά πλαίσια κ.τ.λ. Με τα κριτήρια αποτελεσμάτων αξιολογείται η αποτελεσματικότητα της υγειονομικής φροντίδας βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα που παρέχεται σε ένα ασθενή και συγκεκριμένα η βελτίωση ή επιδείνωση της κατάστασης του, ή ικανοποίηση του από τη νοσηλεία, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής ή θνησιμότητα [4].

Είκοσι χρόνια αργότερα οι ηγέτες των υπηρεσιών υγείας, δανείστηκαν από το έργο του Deming [5] που ασχολείται με την αναδόμηση της βιομηχανίας στην μεταπολεμική Ιαπωνία, την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Αποτελεί μια οργανωσιακή προσέγγιση που σκοπός της είναι να προάγει την ομαδικότητα, το συντονισμό, την αποσαφήνιση των διαδικασιών, την προσήλωση στους στόχους του οργανισμού και την αλλαγή, ώστε να συμβάλλει στην δημιουργία περιβάλλοντος συνεχούς ανάπτυξης με τελικό στόχο να προάγεται και να διασφαλίζεται συνεχώς η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών[6]. Αυτή η συνεχής διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας θεωρήθηκε αλληλένδετη με την ολοκληρωμένη εφαρμογή ενός προγράμματος διαχείρισης των κινδύνων και των λαθών [7].

Με τα ιατρικά λάθη άρχισε να ασχολείται εκτενέστερα η επιστημονική βιβλιογραφία προς τα τέλη της δεκαετίας του '90. Συγκεκριμένα, το 1999 το αμερικανικό Ινστιτούτο της Ιατρικής (Institute of Medicine - IOM) δημοσίευσε μια αναφορά με τίτλο "To err is human: building a safer health system"[8]. Η παραπάνω επιστημονική μελέτη, η οποία είναι η μεγαλύτερη που έχει δημοσιευτεί μέχρι σήμερα έδωσε το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα στο τομέα των ιατρικών λαθών [9].

Ως αποτέλεσμα, τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον για τα ιατρικά λάθη και τους κινδύνους στο τομέα της υγείας. Κυρίως την τελευταία δεκαετία έχει δημοσιευτεί μεγάλος αριθμός μελετών [7]. Αναφέρονται αρκετοί λόγοι που ερμήνευαν το μεγάλο ενδιαφέρον σχετικά με τα λάθη στο χώρο των νοσοκομείων. Οι πιο σημαντικοί είναι η αύξηση του ενδιαφέροντος όσον αφορά την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας στο χώρο της υγείας, με τα λάθη να αποτελούν ένα ποσοτικό δείκτη ποιότητας. Επίσης η σύνδεση των λαθών με δικαστικές διεκδικήσεις για αποζημιώσεις, εκ μέρους ασθενών που βίωσαν ανασφαλή φροντίδα [10]. Ακόμα ένας σημαντικός λόγος που ενίσχυσε το ακαδημαϊκό ενδιαφέρον είναι η επισήμανση ότι το κόστος από τα λάθη αυξάνει δραματικά το ήδη υψηλό κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων, είτε λόγω της παράτασης της μέσης διάρκειας νοσηλείας και γενικότερα του κόστους θεραπείας, είτε λόγω των αποζημιώσεων που ήταν υπόχρεο το νοσοκομείο να καταβάλει[11].

Οι διεκδικήσεις αυτές ξεκίνησαν στις Η.Π.Α από τις ασφαλιστικές εταιρείες. Κύριος λόγος ήταν η αύξηση του κόστους των νοσηλείων από την παρατεταμένη παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο, λόγω των ιατρικών λαθών. Ακολούθως επεκτάθηκαν και σε όλη την Ευρώπη αλλά και σε άλλα μέρη του κόσμου και αφορούσαν κυρίως κακή ιατρική και νοσηλευτική πρακτική, αντιεπαγγελματική συμπεριφορά και άλλες βλαπτικές για τους ασθενείς πρακτικές [12].

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία οι όροι «ασφάλεια των ασθενών» και «ιατρικά λάθη» συνδέθηκαν άμεσα με το «κλίμα ασφαλείας» ενός οργανισμού, όρος που αναφέρεται γενικά σε μετρήσιμες συνιστώσες, όπως την «κουλτούρα ασφαλείας», την «οργανωσιακή κουλτούρα» και γενικότερα την αντίληψη των εργαζομένων σε θέματα ασφαλείας. Η δημιουργία θετικής κουλτούρας ασφαλείας θεωρήθηκε απαραίτητη προϋπόθεση για την αποφυγή των λαθών και την ασφάλεια των ασθενών [13,14]. Οι υπηρεσίες υγείας, στα πλαίσια της ανάπτυξης τους, αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο την σημασία της και προσπαθούν να εισάγουν αξίες και πρότυπα, στάσεις και συμπεριφορές, οι οποίες θα οδηγήσουν τον οργανισμό στη καθιέρωση της, αφού αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Γι' αυτούς τους λόγους καθιερώθηκε σε αρκετές

αναπτυγμένες χώρες η χρήση ψυχομετρικών εργαλείων ειδικά κατασκευασμένων για την αξιολόγηση της [15].

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δύο ευδιάκριτα μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει την θεωρητική προσέγγιση του θέματος και το δεύτερο τα αποτελέσματα της έρευνας στα τμήματα μεγάλου νοσοκομείου στην Κύπρο. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών φροντίδας υγείας που εργάζονται στους θαλάμους νοσηλείας του νοσοκομείου και στο ΤΑΕΠ, σε θέματα ασφάλειας των ασθενών. Επίσης προσδοκάται ότι θα διερευνηθούν εκείνοι οι παράγοντες που θα ήταν ικανοί να καλλιεργήσουν και να προάγουν το κλίμα ασφαλείας στους θαλάμους νοσηλείας με προοπτική να εμπεδωθεί ως κουλτούρα ασφαλείας στα τμήματα. Επίσης, θα επιχειρηθεί η διασύνδεση του κλίματος και της κουλτούρας ασφαλείας με την αποδοτικότητα των συντελεστών της φροντίδας και την ομαλότερη λειτουργία των τμημάτων γενικότερα.

1.1 Επεξήγηση εννοιών και ορισμών

Για ευκολότερη κατανόηση του περιεχομένου θα προβούμε σε μία συνοπτική επεξήγηση των βασικότερων εννοιών και ορισμών που αναφέρονται στην παρούσα εργασία βάσει της βιβλιογραφίας.

Ποιότητα στη φροντίδα περιγράφεται ως ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης του επιθυμητού αποτελέσματος, αλλά και συμβαδίζουν με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση [7]. Ως **ασφάλεια** ορίζεται η απουσία κλινικού λάθους είτε μετά από οδηγία (ακούσια εκτέλεση λάθους) είτε από παράλειψη (ακούσια μη εκτέλεση του σωστού) [8], ή απουσία βλάβης ή πιθανής βλάβης που σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας [16]. Ως **λάθος** ορίζεται είτε η αποτυχία να ολοκληρωθεί μια παρέμβαση όπως σχεδιάστηκε, (εκτελεστικό λάθος) ή η επιλογή μιας ακατάλληλης για την περίπτωση (λανθασμένης) θεραπευτικής παρέμβασης, (σχεδιαστικό λάθος) [8].

Σχετική με τα πιο πάνω είναι και η **έννοια του κινδύνου** που υποδηλώνει την πιθανότητα να συμβεί ένα δυσάρεστο γεγονός ως αποτέλεσμα κάποιων καταστάσεων. Σχετίζεται με ορισμένα αποτελέσματα των οποίων ο επιπολασμός αυξάνεται και μειώνεται ανάλογα με την ύπαρξη των παραγόντων κινδύνου [7]. Επισημαίνεται επίσης ότι η συσσώρευση κινδύνων και λαθών οδηγεί σε ατυχήματα και σε απρόβλεπτα γεγονότα και περιγράφεται το πόσο κοινή και συνηθισμένη είναι η αποτυχία να διασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών και κατά συνέπεια η ποιότητα φροντίδα στις υπηρεσίες υγείας [10].

II ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1. Η έκταση του προβλήματος της μη ασφαλούς φροντίδας υγείας και οι συνέπειές του

Είναι φυσικό, οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο να προσδοκούν ότι το πρόβλημα υγείας που τους ταλαιπωρεί θα αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και να δίνουν έμφαση στην αποκατάσταση της υγείας τους. Φυσικά και οι επαγγελματίες υγείας προσδοκούν το ίδιο. Τα λάθη όμως από ελούν πιθανά συμβάντα στο τομέα παροχής φροντίδας υγείας τα οποία μπορεί να έχουν από απλές συνέπειες ως μια θανατηφόρα κατάληξη [7].

Στο National Patient Safety Agency Report 2004 (UK) και στο IOM Report 2000 (USA) υπερτονίζεται ότι τα ιατρικά λάθη προκαλούν κάθε χρόνο ένα μεγάλο αριθμό θανάτων[17]. Υπολογίζεται ότι στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ένα ποσοστό μεταξύ 8% με 12% βιώνουν επίσημες πρακτικές κατά την παροχή φροντίδας υγείας[18,19]. Επιπρόσθετα το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων υπολόγισε ότι 5% των νοσοκομειακών ασθενών υποφέρουν από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Αυτό μεταφράζεται σε 4.1 εκατομμύρια ασθενείς το χρόνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Επίσης υπολογίζεται ότι 37,000 θάνατοι προκαλούνται κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος[20]. Σε παγκόσμιο επίπεδο υπολογίζεται ότι 1.4 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από τις λοιμώξεις που μεταδίδονται στα νοσοκομεία[21].

Κάθε χρόνο στις ΗΠΑ 44.000 με 98.000 ασθενείς πεθαίνουν λόγω κάποιου κλινικού λάθους, που θα μπορούσε να προληφθεί, ενώ προκαλούνται βλάβες σε 1.000.000 ασθενείς, καθιστώντας τα σφάλματα των ιατρών ως τη όγδοη πιο κοινή αιτία θανάτου[7]. Αυτό σημαίνει ότι αποτελούν πιο συχνή αιτία θανάτου από τα αυτοκινητικά ατυχήματα (43.458), τον καρκίνο του μαστού (42.458) και το AIDS (16.516)[8]. Στην Αυστραλία τα λάθη προκαλούν 18.000 θανάτους οι οποίοι θα μπορούσαν να προληφθούν και ανικανότητα σε πάνω από 50.000 ασθενείς [7]. Παρά το γεγονός ότι τα θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της φροντίδας κρίνονται ως σημαντικά, αυτό δε μεταφράζεται σε αντίστοιχη έρευνα που θα μπορούσε να εμπλουτίσει περαιτέρω τη γνώση γύρω από το θέμα [22].

Οι έρευνες στις οποίες προχώρησε το πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ και οι αντίστοιχες μελέτες που έγιναν στη Αυστραλία στον τομέα των ιατρικών λαθών παραμένουν οι μόνες μελέτες που παρέχουν δεδομένα σε επίπεδο πληθυσμού σε ότι αφορά τη συχνότητα των βλαβών στους νοσοκομειακούς ασθενείς και αναφέρουν ένα αξιοσημείωτο ποσοστό

ιατρικών λαθών. Σε έρευνα του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ που αφορούσε τα νοσοκομεία της Νέας Υόρκης ανασκοπήθηκαν 30,121 φάκελοι ασθενών και βρέθηκε ότι ο επιπολασμός των λαθών στους νοσηλευόμενους ασθενείς ήταν 3,7% ενώ το 69% των κακώσεων προκλήθηκαν από λάθη[22].

Σε μία ανάλογη έρευνα σε νοσοκομεία της Βοστώνης διαπιστώθηκε ότι το 6.5% των νοσηλευμένων ασθενών υπέφερε από ανεπιθύμητες δράσεις κάποιου φαρμάκου εκ των οποίων το 28% οφειλόταν σε λάθος. Στο 5,5% των περιπτώσεων οι ανεπιθύμητες δράσεις αποφευχθήκαν από τύχη ή από έγκαιρη αναγνώριση του λάθους[23]. Σε αντίστοιχη έρευνα στην Αυστραλία, ανασκοπήθηκαν 14.179 εισαγωγές σε 28 νοσοκομεία και διαπιστώθηκε ότι συνέβη κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν στα 16.6% των εισαγωγών, προκαλώντας μόνιμη ανικανότητα στο 13.7% των ασθενών και θάνατο στο 4.9% . Θεωρήθηκε ότι το 51% των συμβάντων αυτών θα μπορούσε να αποφευχθούν[22].

Μελέτη σε Πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Ισραήλ έδειξε ότι οι ασθενείς στη ΜΕΘ βιώνουν καθημερινά λάθη με το ένα τρίτο περίπου να είναι δυνητικά απειλητικά για τη ζωή τους [24]. Ο Valentin και οι συνεργάτες τους στη μελέτη που εκπόνησαν για τη διερεύνηση λαθών στην παρεντερική χορήγηση φαρμάκων στις ΜΕΘ (Sentinel Event Evaluation Study, 2009) υπολόγισαν 74,5 συμβάντα ανά 100 ημέρες νοσηλείας. Τα τρία τέταρτα των συμβάντων ταξινομήθηκαν ως λάθη παράληψης, ενώ το 1% του πληθυσμού που μελετήθηκε, υπέστη μόνιμες βλάβες ή πέθανε εξαιτίας του λάθους[25].

Εκτός από τις βλάβες που επιφέρουν στις ανθρώπινες ζωές, οι συνέπειες των ιατρικών λαθών επεκτείνονται και σε άλλους βιοψυχοκοινωνικούς και οικονομικούς τομείς. Υπολογίζεται ότι εάν συμπεριληφθεί η παράταση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, η απώλεια εισοδήματος, η μείωση της παραγωγικότητας και η ανικανότητα που προκαλείται, το κόστος ανεβαίνει μεταξύ \$17-\$27 δισεκατομμυρίων το χρόνο μόνο στις ΗΠΑ [8]. Γενικά η παράταση της μέσης διάρκειας νοσηλείας που προκαλούν κυμαίνεται από 1.9-4.6 ημέρες και η αύξηση του κόστους υπολογίζεται από \$2.262 μέχρι \$4.685 ανά ασθενή [26,27]. Σοβαρές είναι επίσης οι κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες που ακολουθούν τα λάθη, τόσο για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας [8]. Οι συνέπειες αυτές μπορεί να μην αποτιμώνται εύκολα όμως προκαλούν ανυπολόγιστο κόστος προκαλώντας την έλλειψη εμπιστοσύνης του πληθυσμού προς τις υπηρεσίες υγείας, μειώνοντας την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία, αλλά και των νοσηλευτών από την εργασία [28,29].

Όπως διαπιστώνεται, στην Ευρωπαϊκή Ένωση τα αριθμητικά δεδομένα δεν διαχέονται σε ένα κοινό σύστημα επιτήρησης από τα κράτη μέλη, παρά μόνο σπασμωδικά και μέσα από αποσπασματικές έρευνες που γίνονται ξεχωριστά στα διάφορα κράτη ή σχετικών αναφορών

από διάφορους οργανισμούς υγείας. Έτσι η σύγκριση των στατιστικών δεδομένων παρουσιάζεται εάν όχι αδύνατη τουλάχιστον αμφισβητήσιμη όσον αφορά την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Μερικά δεδομένα που προέρχονται από τον Οργανισμό οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης αποτυπώνουν υφιστάμενα δεδομένα σε σχέση με τη θνησιμότητα λόγω ανεπιθύμητων συμβάντων, αλλά και την αποτίμηση των χρόνων ζωής με ανικανότητα (DALYs), σε αναλογία πληθυσμού ανά χώρα ανά 100.000 κατοίκους [30]. Τα δεδομένα που τίθενται αναφέρονται μόνο στη θνησιμότητα αγνοώντας τα ποσοστά νοσηρότητας και τις παραλίγο απώλειες οι οποίοι αποτελούν εξίσου σημαντικούς δείχτες.

Τα δεδομένα που τίθενται στον Πίνακα 2.1 αφορούν το 2003 χρονολογία που έδωσαν δεδομένα περισσότερες χώρες. Όπως φαίνεται στο πιο κάτω πίνακα στις περισσότερες χώρες οι θάνατοι ανά 100.000 ανέρχονται μεταξύ 0 (ελάχιστος), 1 (μέγιστος) και τα DALYs 0 (ελάχιστος), 16 (μέγιστος). Τα αποτελέσματα φυσικά επιδέχονται αμφισβήτησης διότι τα εργαλεία μέτρησης δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως σε διάφορες χώρες και ενδέχεται οι διαδικασίες αναφοράς και καταγραφής λαθών να είναι ελλιπής. Αρκετές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Κύπρου δεν έδωσαν καθόλου δεδομένα.

Πίνακας 2.1 Επιπολασμός και φορτίο θνησιμότητας λόγω ανεπιθύμητων συμβάντων

	Ανεπιθύμητα Συμβάντα			Φαρμακευτικά Λάθη		
	Ολικοί θάνατοι	Θάνατοι ανά 100000	DALYs ανά 100000	Ολικοί θάνατοι	Θάνατοι ανά 100000	DALYs ανά 100000
ΕΕ 27						
Αυστρία	99	1	16	4	0	1
Βέλγιο						
Βουλγαρία						
Κύπρος						
Τσεχία	5	0	0	3	0	0
Δανία	6	0.1	1			
Εσθονία						
Φιλανδία						
Γαλλία	492	0.5	2	848	0.9	3
Γερμανία	635	0.5	5	72	0.1	1
Ελλάδα	128	0.9	11	2	0	0
Ουγγαρία	30	0.2	4	4	0	1
Ιρλανδία	17	0.4	8	3	0.1	2
Ιταλία	347	0.4	4	11	0	0
Λετονία						
Λιθουανία						
Λουξεμβούργο	1	0.2	1	2	0.4	3
Μάλτα						
Ολλανδία	17	0.1	0	3	0	0
Πολωνία	232	0.5	5	22	0.1	1
Πορτογαλία	23	0.2	1	13	0.1	1
Ρουμανία						
Σλοβακία	4	0.1	0	1	0	0
Ισπανία	255	0.5	5	264	0.4	2

Σουηδία	120	0.6	1	9	0.1	0
Ην. Βασίλειο	413	0.5	3	36	0	1
ΔΙΕΘΝΗΣ						
ΗΠΑ	2460	0.7	6	317	0.1	2
Αυστραλία	176	0.7	2	47	0.2	2
Ν. Ζηλανδία	8	0.2	4	5	0.1	3
Καναδάς	197	0.5	4	22	0.1	0
Ιαπωνία	424	0.2	3	76	0	1

Πηγή: OECD, 2003 (τροποποιημένος)

2.2. Ευρωβαρόμετρο

Λόγω της μεγάλης σημασίας που εμπερικλείει το θέμα της ασφάλειας των ασθενών, η έρευνα του Ευρωβαρομέτρου διενεργήθηκε κυρίως για να διερευνήσει τις απόψεις των ευρωπαϊκών πολιτών σχετικά με το θέμα της ασφάλειας των ασθενών και τη θέση τους απέναντι στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στην χώρα τους και διασυνοριακά [20].

Μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα διαφαίνεται ουσιαστικά η έκταση του προβλήματος της ασφάλειας των ασθενών στις 27 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι «νοιώθουν ότι μπορεί να τους συμβεί κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν» κατά τη νοσηλεία στο νοσοκομείο. Ωστόσο το 9% μόνο πιστεύει ότι αυτό είναι πολύ πιθανό να συμβεί. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα δεδομένα από την Κύπρο όπου το 81% νοιώθει αυτόν τον κίνδυνο. Πρώτη κατατάσσεται η Ελλάδα με 83%, δεύτερη η Κύπρος με 81% και ακολούθως η Λετονία με 75%. Οι χώρες όπου οι πολίτες θεωρούν λιγότερο πιθανό να συμβεί κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν είναι η Αυστρία με 19%, η Φινλανδία με 27% και η Γερμανία με 31% (Πίνακας 2.2).

Πίνακας 2.2 Πόσο πιθανό είναι να συμβεί κάποιο ανεπιθύμητο περιστατικό κατά τη νοσηλεία σας σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο της χώρας σας;

Χώρα	Νοσοκομειακή φροντίδα %	Εξωνοσοκομειακή φροντίδα %
Ε.Ε 27	50	46
Ελλάδα	83	78
Κύπρος	81	77
Λετονία	75	71
Πολωνία	69	67
Βουλγαρία	66	72
Γαλλία	65	56
Πορτογαλία	64	64
Δανία	63	60
Λιθουανία	61	67
Ιρλανδία	55	40

Ιταλία	55	51
Ρουμανία	55	55
Σλοβενία	54	56
Λουξεμβούργο	53	48
Βέλγιο	52	47
Τσεχία	48	50
Ουγγαρία	48	43
Ηνωμένο Βασίλειο	47	37
Ολλανδία	46	50
Εσθονία	45	51
Σλοβακία	45	49
Ισπανία	35	32
Γερμανία	31	29
Φιλανδία	27	28
Αυστρία	19	24

Πηγή: European Commission. Special Eurobarometer, 2010 (τροποποιημένος)

Στη συγκεκριμένη έρευνα επίσης, μετρήθηκαν οι αντιλήψεις των Ευρωπαίων πολιτών σχετικά με τις πιθανότερες αιτίες κινδύνου κατά την ενδονοσοκομειακή φροντίδα στα νοσοκομεία της χώρας τους. Οι Κύπριοι πολίτες πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να υποστούν ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη νοσηλεία τους, σε χειρουργικές επεμβάσεις σε ποσοστό (76%), λόγω λαθών από έλλειψη ή κακή χρήση ιατρικού εξοπλισμού (68%). Οι δύο αυτές τιμές είναι οι ψηλότερες ανάμεσα στις απαντήσεις των Ευρωπαίων. Από τα στοιχεία της έρευνας συμπεραίνεται ότι η Ελλάδα και η Κύπρος είναι από τις χώρες που πιστεύουν ότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος αντί να ωφεληθούν από τη χρήση των ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών να βλαφτούν (Πίνακας 2.3).

Πίνακας 2.3 Πιθανότεροι κίνδυνοι κατά την νοσοκομειακή φροντίδα

Χώρα	Νοσοκομειακές Λοιμώξεις	Λανθασμένη/Αργοπορημένη ή παράληψη διάγνωσης	Φαρμακευτικά Λάθη	Χειρουργικά Λάθη	Λάθη λόγω έλλειψης ή κακού χειρισμού ιατρικού εξοπλισμού
Μέσος όρος E.E	59	58	49	46	39
Κύπρος	70	89	77	76	68
Ελλάδα	85	82	68	73	60
Ηνωμένο Βασίλειο	59	49	37	31	29
Αυστρία	18	26	24	17	15

Πηγή: European Commission. Special Eurobarometer, 2010 (τροποποιημένος)

2.3 Παράγοντες που σχετίζονται με τη μη ασφαλή παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα νοσοκομεία στις μέρες μας είναι σύνθετες και πολύπλοκες και προϋποθέτουν αλληλεπίδραση των συντελεστών, όπως ιατρών, νοσηλευτών, φαρμακοποιών και άλλων επαγγελματιών υγείας, αλλά και της τεχνολογίας. Όλοι αυτοί οι φορείς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και κάθε διαγνωστικός χειρισμός και θεραπεία εμπεριέχει την πιθανότητα λάθους [31]. Οι Wu et al [32] από το 1991 υποστήριξαν ότι τα λάθη είναι αναπόφευκτα στον τομέα της υγείας λόγω της πολυπλοκότητας των διαδικασιών, της αβεβαιότητας των κλινικών προβλέψεων, της πίεσης του χρόνου και της αναγκαιότητας λήψης αποφάσεων με περιορισμένα ή επισφαλή δεδομένα. Το ίδιο συμμερίστηκε και ο Cott το 1994 ο οποίος αναφέρει ότι το σύστημα υγείας είναι ένα πολύπλοκο δίκτυο ατόμων, ομάδων, διαδικασιών και κανόνων, επικοινωνιών και εξοπλισμού που λειτουργεί σε ένα μεταβλητό και αβέβαιο περιβάλλον, ενώ ο Π.Ο.Υ σε αρκετές αναφορές του τονίζει την σχέση της πολυπλοκότητας των νοσοκομειακών διαδικασιών με τα ιατρικά λάθη [33].

Κάνοντας μια ανάλυση των αιτιών και των κινδύνων ο Reason (1990) αναφέρει ότι ο άνθρωπος «αλληλεπιδρά» με το ατύχημα είτε διαπράττοντας το λάθος και την παραβίαση των γνωστών σε αυτόν κανόνων και προτύπων με ενεργό τρόπο, είτε ως αποτέλεσμα κάποιων κακοσχεδιασμένων διαδικασιών και μιας κακής διοίκησης. Αυτό που μπορεί κανείς να προλάβει είναι η δεύτερη περίπτωση [7]. Παρόμοια θέση υποστηρίζει και το Institute of Medicine [8], διαχωρίζοντας τα ιατρικά λάθη, σε λάθη που οφείλονται σε ατομικές αποτυχίες ή παραλήψεις και σε λάθη που οφείλονται σε ατέλειες στην οργάνωση και τη διοίκηση του συστήματος υγείας. Υποστηρίζει ότι η πλειοψηφία των λαθών δημιουργείται από τον δεύτερο παράγοντα αφού θεωρείται υπεύθυνος για την πρόληψη των διαδικασιών και των συνθηκών εργασίας οι οποίες οδηγούν τους εργαζομένους στην δημιουργία λαθών. Φυσικά αυτό δεν σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι δεν έχουν καμιά ευθύνη, αντιθέτως πρέπει να επαγρυπνούν και να αναλαμβάνουν την ευθύνη για το έργο τους [34].

Τη σημαντικότητα του παράγοντα της σωστής οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην πρόληψη των λαθών εξηγούν και οι Kohn et al, υποστηρίζοντας ότι συνήθως τα ιατρικά λάθη προκαλούνται λόγω του προβληματικού συστήματος, διαδικασιών και συνθηκών εργασίας τα οποία οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας σε διενέργεια λαθών ή αποτυχία να τα αποτρέψουν [8].

Ο Watcher [35], κινήθηκε στο ίδιο πλαίσιο επιπλέον προσπάθησε να συγκεκριμενοποιήσει τους κύριους παράγοντες που περιορίζουν την ικανότητά να βελτιώσουμε την ασφάλεια των

ασθενών, αποδίδοντας τους σε οργανωτικούς και διοικητικούς. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν α) στο απαρχαιωμένο μοντέλο προσέγγισης των ιατρικών λαθών, β) στη συλλογική αδυναμία προσήλωσης στα θέματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενή, γ) στο σύστημα ανταμοιβής των επαγγελματιών υγείας που δε δίνει κίνητρα για την ασφάλεια του ασθενή και δ) στην οργανωτική δομή των νοσοκομείων.

Σχετική με τη θέση του Watcher είναι και η αναφορά των Sanders et al. [36], που στην προσπάθεια τους να συνοψίσουν τους παράγοντες που σχετίζονται με τη βελτίωση της ασφαλούς φροντίδα υγείας αναφέρουν ως σημαντικότερους τη σωστή επικοινωνία που βασίζεται σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης, τη σωστή διακίνηση των πληροφοριών, την εμπέδωση της σημαντικότητας της ασφάλειας, το πνεύμα συνεχούς μάθησης και εκπαίδευσης, τη σωστή και υπεύθυνη διοίκηση, διαχείριση και ηγεσία στον οργανισμό και την εμπέδωση μιας αντίληψης όχι τιμωρητέας αλλά εποικοδομητικής, κατά την αναφορά λαθών και επικίνδυνων περιστατικών [37]. Η άποψη της μη τιμωρητικής προσέγγισης των λαθών αναφέρεται ευρέως στη βιβλιογραφία υποστηρίζοντας ότι η τιμωρία ενός μεμονωμένου ατόμου, ελάχιστο μπορεί να συνεισφέρει στο να βελτιώσει τις ατέλειες του συστήματος, ώστε να μην επαναληφθεί το ίδιο λάθος [37-39].

Ως επιπρόσθετο παράγοντα που επιβαρύνει περισσότερο τον χώρο της υγείας, ο Reason αναφέρει την παραδοσιακή τάση όλων των βιομηχανιών να εστιάζουν στην παραγωγή και στην πρόοδο παρά στην ασφάλεια [40]. Άποψη την οποία συμμερίζεται και ο Watcher υποστηρίζοντας ότι κυρίαρχη είναι η αντίληψη ότι η σκληρή δουλειά και η ετοιμότητα, που είναι απαραίτητες για τη διασφάλιση της ποιότητας κατά την εκτέλεση των καθηκόντων, πάντα φαίνονται λιγότερο συναρπαστικές από την πρόοδο ακόμη κι αν πρόκειται για μια χειρουργική διαδικασία[35].

Μεγάλη σημασία όπως πάντα έχει η αναφορά της Π.Ο.Υ [33], που τονίζει ότι η πιθανότητα να εκτεθούν οι ασθενείς σε κινδύνους αυξάνεται όταν οι πρακτικές που χρησιμοποιούνται από τα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της φροντίδας παρεκκλίνουν από την επιθυμητή και κλινικά τεκμηριωμένη πρακτική. Έτσι συστήνει το θέμα της ασφάλειας των ασθενών να αποτελέσει προτεραιότητα σε αυτούς που συμμετέχουν στο σχεδιασμό, την οργάνωση και τη διαχείριση της φροντίδας υγείας. Συμπληρώνει τους πιο πάνω συγγραφείς συνοψίζοντας τους παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αποκλίσεις από τη σωστή πρακτική ως εξής:

- Αναποτελεσματικό σύστημα λειτουργίας και το οποίο δεν ευνοεί την εποικοδομητική κριτική αλλά επιμένει στην αναποτελεσματική επίρριψη ευθυνών.
- Πεπαλαιωμένο ή ελλιπές σχεδιασμένο σύστημα που επιμένει σε αναποτελεσματικές διαδικασίες.

- Ασάφεια ρόλων, έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού και προμηθειών, και ελλιπής έλεγχος από τους προϊσταμένους, γεγονός που ευνοεί ηθελημένες ή αθέλητες παραλήψεις.
- Ανεπάρκεια εξειδίκευσης λόγω ανεπαρκούς εκπαίδευσης.
- Κακή διαπροσωπική επικοινωνία και συνεργασία των επαγγελματιών υγείας μεταξύ της και με της ασθενείς οδηγεί σε ασυνεννοησία και λάθη.

Σε αναφορά του το Patient Safety Centre στην Αυστραλία [41] προσθέτει σε όλα τα πιο πάνω την ελλιπή συστηματική ενημέρωση για τους κινδύνους η οποία έχει άμεση σχέση με την ελλιπή διαμόρφωση της κουλτούρας ασφαλείας, η οποία θεωρείται απαραίτητη για να μειωθούν τα ανεπιθύμητα περιστατικά.

Σε μια πιο λεπτομερή ανάλυση, άλλοι συγγραφείς ασχολήθηκαν με τις συνθήκες εργασίας και τις περιπτώσεις οι οποίες σχετίζονται με τα λάθη. Υποστηρίζεται ότι παράγοντες όπως η υποστελέχωση, οι μειωμένες απολαβές, οι επιπλέον ώρες εργασίας και ο τύπος της κουλτούρας του νοσοκομείου αυξάνουν τις πιθανότητες να υποπέσουν οι νοσηλευτές σε λάθη[42,43]. Οι περιπτώσεις κατά τις οποίες συμβαίνουν τα περισσότερα ιατρικά λάθη είναι όταν άπειροι κλινικοί ιατροί ή νοσηλευτές έχουν να ανταπεξέλθουν σε νέες διαδικασίες που εισάγονται, η μεγάλη ηλικία των νοσηλευμένων, η περίπλοκη φροντίδα, η επείγουσα φροντίδα και η παρατεταμένη εισαγωγή στο νοσοκομείο[8,34].

Με τις αιτίες υψηλού κινδύνου ασχολήθηκαν κυρίως μελέτες του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ και άλλες στην Αυστραλία, δείχνοντας ότι τα μισά περίπου δυσμενή περιστατικά συνέβησαν ως συνέπεια χειρουργικής επέμβασης. Οι επιπλοκές από τη φαρμακευτική θεραπεία, η ατυχή θεραπεία και τα λάθη στη διάγνωση αποτέλεσαν τα πιο συχνά λάθη που δεν σχετίζονταν με χειρουργικές επεμβάσεις. Στις Αυστραλιανές έρευνες τα λάθη τα οποία θεωρήθηκε ότι οφείλονται σε ανεπάρκεια γνώσεων όπως η ατυχής διάγνωση και η λάθος θεραπεία, θεωρήθηκαν ότι ήταν αυτά που μπορούσαν πιο εύκολα να προληφθούν ενώ ήταν ικανά να προκαλέσουν μόνιμες και σοβαρότερες βλάβες στους ασθενείς παρά τα τεχνικά λάθη [34].

Γενικά στη βιβλιογραφία εντοπιστήκαν και αναφέρθηκαν μεγάλος αριθμός ιατρικών παρεμβάσεων όπου καταγράφηκαν λάθη, όπως οι νοσηλευτικές και ιατρικές διεργασίες, η φαρμακευτική θεραπεία, οι νοσοκομειακές λοιμώξεις, οι πτώσεις, οι λανθασμένες θεραπείες κ.τ.λ. Τα περιστατικά που καταγράφηκαν ανά τομέα ποικίλουν από έρευνα σε έρευνα. Μεγάλης σημασίας θεωρείται η άποψη ότι το ερώτημα που θα πρέπει να προηγείται σε μια συστηματική ανάλυση- διερεύνηση μιας κρίσης ασφαλείας δεν θα πρέπει να είναι «ποιος έκανε ή δεν έκανε τι», αλλά γιατί συνέβη το σφάλμα, δηλαδή πο υ φαίνεται να νο σεί το σύστημα διοίκησης, σε διαδικαστικό και οργανωτικό επίπεδο [44,12].

2.4. Οι έννοιες της κουλτούρας ασφαλείας και του κλίματος ασφαλείας

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία οι όροι «ασφάλεια των ασθενών» και «ιατρικά λάθη» συνδέθηκαν άμεσα με τις έννοιες «κουλτούρα ασφαλείας και «κλίμα ασφαλείας» ενός οργανισμού[45]. Υποστηρίζεται ότι οι έννοιες αυτές είναι αλληλένδετες και χρησιμοποιούνται κατ' εναλλαγή. Πιο συγκεκριμένα, ο όρος «κλίμα ασφαλείας» αναφέρεται στα ευδιάκριτα στοιχεία της κουλτούρας ασφαλείας τα οποία είναι εμφανή κατά τη λειτουργία του οργανισμού και ισχύουν σε μια συγκεκριμένη στιγμή [46,47]. Επίσης άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το κλίμα ασφαλείας είναι πιο εύκολο να μεταβληθεί λόγω της πίεσης που μπορεί να επιφέρουν οι συνεχείς αλλαγές αλλά και οι εργασιακές απαιτήσεις[48].

Για να μπορέσουμε να προσεγγίσουμε την έννοια της κουλτούρας ασφαλείας και του κλίματος ασφαλείας πρέπει πρώτα να διευκρινίσουμε τις έννοιες της κουλτούρας, της οργανωσιακής κουλτούρας και του οργανωσιακού κλίματος ενός οργανισμού. Η κουλτούρα, λοιπόν, θεωρείται ότι είναι η καρδιά ενός οργανισμού. Είναι μια από τις πιο σταθερές και ουσιώδεις δυνάμεις μέσα σε έναν οργανισμό και διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη του σκέφτονται, συμπεριφέρονται και προσεγγίζουν την εργασία τους. Εν συντομία αντιπροσωπεύει το ιδιαίτερο και μοναδικό στιλ λειτουργίας, που έχει κάθε οργανισμός [13].

Οργανωσιακή κουλτούρα είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγραφούν οι κοινές πεποιθήσεις, οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες των ατόμων μέσα στους οργανισμούς. Είναι ένα σύστημα κοινών προσανατολισμών που κρατούν την ομάδα ενωμένη και της δίνουν μια διακριτική ταυτότητα. Δείχνει ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών φαινομένων, περιλαμβανομένης της ενδυμασίας, της γλώσσας, της συμπεριφοράς, των πεποιθήσεων, των αξιών, των απαιτήσεων, των συμβόλων της θέσης και της εξουσίας, καθώς και των τρόπων του συνήθους σεβασμού και της ανατροπής, από τα οποία όλα βοηθούν στον καθορισμό του χαρακτήρα και των κανόνων ενός οργανισμού[49].

Σύμφωνα με τον Schein [50], οργανωσιακή κουλτούρα είναι «ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές που έχουν εφευρεθεί, ανακαλυφθεί ή αναπτυχθεί από μια ομάδα του οργανισμού, στην προσπάθειά της να αντιμετωπίσει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης. Οι παραδοχές αυτές έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν και, επομένως, μπορούν να διδαχθούν στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης σχετικά με τα συγκεκριμένα προβλήματα». Οι Blake και Mouton [51] καθόρισαν την οργανωσιακή κουλτούρα ως «οι συνηθισμένοι τρόποι που γίνονται τα πράγματα και όπου οι άνθρωποι δέχονται και ζουν με αυτά. Αυτοί οι

τρόποι μπορούν να αποτρέψουν τα μέλη από την μεγιστοποίηση της προσπάθειας τους ή μπορούν να τους ενθαρρύνουν γι' αυτό».

Επομένως, οι κοινοί ορισμοί της κουλτούρας αναφέρονται σε ένα σύστημα κοινών αξιών και πεποιθήσεων που παράγει τους κανόνες της συμπεριφοράς και καθιερώνει έναν οργανωμένο τρόπο ζωής, τις συνήθως διατηρημένες και σχετικά σταθερές πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις αξίες που υπάρχουν μέσα στον οργανισμό και ένα σύνολο γνώσεων, κοινών στα μέλη μιας κοινωνικής μονάδας, που δίνουν περισσότερη έμφαση στις αξίες και τα συμπεριφορικά πρότυπα που φαίνεται ότι μπορούν να εξεταστούν ακίνδυνα με έναν ποσοτικό τρόπο [52,53].

Σχετικό με την κουλτούρα του οργανισμού αποτελεί το «κλίμα οργάνωσης» το οποίο συγκεκριμένα αντιπροσωπεύει τις αντιλήψεις και τις στάσεις οι οποίες διαμορφώνονται με τον τρόπο που το προσωπικό αισθάνεται σχετικά με την ηγεσία και τη διοίκηση, την ανταλλαγή πληροφοριών, την επικοινωνία και την υποστήριξη μέσα στον οργανισμό. Αυτές οι στάσεις και οι αντιλήψεις οι οποίες ενδέχεται να αλλάζουν από καιρό σε καιρό μπορεί να αξιολογηθούν πιο εύκολα και γρήγορα με ποσοτικές μεθόδους [48].

Ο όρος 'κουλτούρα ασφάλειας' εμφανίζεται για πρώτη φορά το 1987 στην αναφορά του Nuclear Agency για τη διερεύνηση του ατυχήματος στο Chernobyl το 1986 [54]. Στην έκθεση του INSAG η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας περιγράφεται ως εξής: *«κουλτούρα ασφάλειας είναι 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 τυγχάνει της δέουσας προσοχής, η οποία απορρέει από το βαθμό σημαντικότητας της»*.

Αυτή η έννοια εισήχθη με σκοπό να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο η έλλειψη γνώσης και κατανόησης του κινδύνου και της ασφάλειας τόσο από τους εργαζόμενους όσο και από τον οργανισμό ως σύνολο, συνέβαλε στην έκβαση της καταστροφής. Από τότε έχει προταθεί ένας μεγάλος αριθμός ορισμών για την κουλτούρα ασφάλειας.

Σύμφωνα με έναν κοινό ορισμό η ασφάλεια ορίζεται σε συνάρτηση με ατομικές και ομαδικές αξίες, στάσεις, ικανότητες και πρότυπα συμπεριφοράς, με τα οποία καθορίζονται οι υποχρεώσεις, το στυλ και η επάρκεια στην αποτελεσματική διαχείριση της υγείας και της ασφάλειας των ασθενών [55]. Η επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου [56] ανέπτυξε έναν από τους περισσότερο χρησιμοποιημένους ορισμούς, ο οποίος την περιγράφει ως εξής: *«Η κουλτούρα ασφάλειας 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»*.

Οι παραπάνω ορισμοί είναι από τους κυρίαρχους, τους πιο χαρακτηριστικούς αλλά και τους περισσότερο χρησιμοποιημένους που μπορεί κανείς να βρει στη βιβλιογραφία. Παρότι όμως, έχουν εκπονηθεί πολλές μελέτες σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας, ομοφωνία σε έναν κοινό ορισμό δεν έχει επιτευχθεί. Συνεπώς, ο όρος ‘κουλτούρα ασφάλειας’ κατακτώντας διεθνή χρήση πια κατά την προηγούμενη δεκαετία, χρησιμοποιείται γενικά, για να περιγράψει την εταιρική ατμόσφαιρα, μέσα στην οποία η ασφάλεια είναι αντιληπτή και αποδεκτή ως η κύρια προτεραιότητα. Άρα, αυτό που είναι σημαντικό να κατανοήσουμε είναι ότι η κουλτούρα ασφάλειας είναι ένα υποσύνολο της συνολικής κουλτούρας του οργανισμού. Αυτό πολύ απλά σημαίνει ότι η απόδοση σε όρους ασφάλειας ενός οργανισμού επηρεάζεται σημαντικά από παραμέτρους της διοίκησης, οι οποίες παραδοσιακά δεν αντιμετωπίζονται ως «κομμάτι της ασφάλειας»[57].

2.5. Η σημασία της αξιολόγησης του κλίματος ασφαλείας στον τομέα της υγείας και η συμβολή της στην βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών

Η αξιολόγηση του κλίματος ασφαλείας θεωρείται ότι παρέχει μια πραγματιστική προσέγγιση όσον αφορά την αντίληψη του προσωπικού σχετικά με το επίπεδο ασφαλείας που κυριαρχεί στον οργανισμό [48]. Αποτελεί ένα ασφαλή δείκτη ο οποίος δίνει σαφείς ενδείξεις για το επίπεδο ασφαλείας, με σκοπό να εντοπίζονται αποτελεσματικά οι κίνδυνοι που υποβόσκουν όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών ώστε να μπορούν να προληφθούν έγκαιρα και όχι να αντιμετωπίζονται μετά το δυσμενές συμβάν [58]. Θεωρήθηκε ως μέσο ώστε να βελτιωθούν οι διαδικασίες στα νοσοκομεία και να καταστούν οργανισμοί υψηλής αξιοπιστίας [59].

Η αξιολόγηση του κλίματος ασφαλείας έχει πολλαπλά οφέλη τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο σε επίπεδο ομάδας εργασίας, επίπεδο φροντίδας αλλά και σε γενικότερο επίπεδο οργανισμού. Συγκεκριμένα σε ατομικό επίπεδο μπορεί να αυξήσει την ενημέρωση για τις συνθήκες και τους παράγοντες και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών. Στις διάφορες εργασιακές ομάδες μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικό και εκπαιδευτικό εργαλείο αφού αξιολογεί το κλίμα ασφαλείας, εντοπίζει τις αδυναμίες και συντελεί ώστε να αναπτυχθούν πρωτοβουλίες για δημιουργία ενός ασφαλέστερου κλίματος. Στη δευτεροβάθμια φροντίδα το κλίμα ασφαλείας είναι συνδεδεμένο με την αποτελεσματική φροντίδα υγείας. Διαφάνηκε ότι η συνεχής αξιολόγηση του συνέτεινε στη μείωση των φαρμακευτικών λαθών, μείωση των πτώσεων, μείωση των νοσοκομειακών λοιμώξεων, την υιοθέτηση ασφαλέστερων εργασιακών πρακτικών και στην βελτίωση της εργασιακής

ικανοποίησης. Τέλος σε επίπεδο οργανισμού δίδει την ευκαιρία αξιολόγησης και συγκρίσεων ώστε να εντοπιστούν οι τομείς που χρήζουν αλλαγών και παρεμβάσεων [45].

Η θετική κουλτούρα ασφαλείας χαρακτηρίζεται από αποδοτική επικοινωνία και αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών του οργανισμού. Διαχέεται η άποψη περί της μεγάλης σημασίας της ασφάλειας με αποτέλεσμα να κυριαρχεί ένα ισχυρό κλίμα που να την προωθεί. Η ασφάλεια αποτελεί προτεραιότητα σε όλες τις λειτουργίες του οργανισμού αλλά και στην καθημερινή ρουτίνα των ατόμων και ομάδων που εργάζονται σε αυτόν [55]. Επίσης το κλίμα αυτό ενδυναμώνει τους εργαζομένους παρέχοντας τους αυτοπεποίθηση, εργασιακή και ψυχολογική ασφάλεια και ικανοποίηση. Το προσωπικό καθίσταται ικανό να προλαμβάνει και να επιλύει προβλήματα γενικότερα, αλλά και να δρα συλλογικά και να μαθαίνει από αυτά. Έχει τις γνώσεις, την επάρκεια και την ικανότητα να αντιλαμβάνεται τους κινδύνους και να λαμβάνει προληπτικά μέτρα για τη διαφύλαξη και την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών [60].

Η κουλτούρα ασφαλείας αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως μια σημαντικότερη στρατηγική αλλά και ένας απαραίτητος οδηγός για την βελτίωση των πιο ευρέως διαδεδομένων ελλειμμάτων στην ασφάλεια των ασθενών. Η εμπέδωση της κουλτούρας ασφαλείας θεωρείται απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και της μείωση του επιπολασμού των λαθών [61]. Διεθνείς οργανισμοί όπως το The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) στους στόχους του για την βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών περιλαμβάνεται η ετήσια αξιολόγηση για την κουλτούρα ασφαλείας ενώ το The Institute of Medicine (IOM) ενθαρρύνει τους οργανισμούς παροχής υγείας να εφαρμόσουν πρωτοβουλίες για να βελτιώσουν την κουλτούρα ασφαλείας ως απαραίτητη προϋπόθεση βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας [8]. Επιπλέον στις ΗΠΑ το Agency of healthcare research and quality (AHRQ), από το 2004 καθιέρωσε τη μέτρηση της κουλτούρας ασφαλείας σε εκατοντάδες νοσοκομεία της χώρας προβαίνοντας σε συγκριτικές αξιολογήσεις [55].

Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας περιλαμβάνει τη διερεύνηση των αντιλήψεων του ανθρώπινου δυναμικού σχετικά με την έννοια της ασφάλειας και δίδεται ένας συνολικός βαθμός από τα μέλη του προσωπικού στην μονάδα τους. Συνήθως αξιολογείται με δομημένα ερωτηματολόγια που διανέμονται στο ανθρώπινο δυναμικό με σκοπό να αξιολογήσουν αυτό που ονομάζουμε «κλίμα ασφαλείας»[62]. Το κλίμα ασφαλείας μπορεί να θεωρηθεί ως τα χαρακτηριστικά της κουλτούρας ασφαλείας τα οποία βγαίνουν στην επιφάνεια και μπορούν να αξιολογηθούν [63]. Η αξιολόγηση μπορεί να συμπεριλάβει τις αντιλήψεις του ανθρώπινου δυναμικού για τις διαδικασίες που χρησιμοποιούνται και τη συμπεριφορά στο εργασιακό τους περιβάλλον, τα οποία μπορούν να αναδείξουν κατά πόσο η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί

προτεραιότητα στον οργανισμό, σε σύγκριση με άλλους στόχους. Έτσι με την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να προκύψει ανάγκη γενικότερου επανασχεδιασμού πολλών διαδικασιών που χρησιμοποιούνται αλλά και να βελτιωθούν οι παράγοντες που κάνουν τους επαγγελματίες υγείας πιο επιρρεπείς στα λάθη [64,65]. Οι μετρήσεις όσον αφορά το κλίμα ασφαλείας συνηθίζεται να συλλέγονται σε ατομικό επίπεδο και ακολούθως να γενικεύονται σε συλλογικό επίπεδο[66].

2.6 Εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας

Η συνεχής αύξηση του ενδιαφέροντος για την αποτίμηση της κουλτούρας ασφαλείας έδωσε ώθηση στη ανάπτυξη αρκετών ερευνητικών εργαλείων αξιολόγησης της. Η επιλογή ενός εργαλείου θα πρέπει να καθορίζεται από το σκοπό της έρευνας, από τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η οργανωσιακή κουλτούρα, από την πρόθεση χρήσης των αποτελεσμάτων και από τη διαθεσιμότητα των πόρων [67].

Σε μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση οι Singla et al [68], προσπάθησαν να εντοπίσουν τα εργαλεία αυτά, τις παραμέτρους που αξιολογούν, αλλά και την αξιοπιστία και εγκυρότητα τους. Κατέληξαν σε 13 εργαλεία στα οποία τα περιγραφικά χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται πιο κάτω (Πίνακας 2.4).

Πίνακας 2.4. Ερευνητικά εργαλεία για την αξιολόγηση του κλίματος ασφαλείας και η περιγραφή τους

Ερευνητικό Εργαλείο	Αριθμός στοιχείων και είδος	Πληθυσμός Στόχος	Αριθμός παραμέτρων	Γενικό ή εξειδικευμένο
Safety Attitudes Questionnaire,* ICU version ¹⁷	63 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου	19	Γενικό
Veteran Affairs Palo Alto/Stanford Patient Safety Center for Inquiry	89 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου	18	Γενικό
Veterans Health Administration Patient Safety Questionnaire [†]	112 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου	18	Γενικό
Hospital Safety Culture Questionnaire ¹⁹ (modified from Operating Room Management Attitudes Questionnaire[ORMAQ])	99 ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις. Κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	14	Γενικό
Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Survey on Patient Safety	44 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	14	Γενικό
Safety Climate Survey	21 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	11	Γενικό
Allina Hospitals and Clinics [‡]	20 ανοιχτές και κλειστές	Προσωπικό του νοσοκομείου	8	Γενικό

	ερωτήσεις. Κλίμακα Likert			
Culture of Safety Survey	27 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	8	Γενικό
Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire ⁷	24 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του νοσοκομείου	4	Γενικό
Modified ORMAQ	60 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Προσωπικό του χειρουργείου	14	Εξειδίκευσης
Patient Safety Climate in Anesthesia [§]	54 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Αναισθησιολόγοι και νοσηλευτές	13	Εξειδίκευσης
Trainee Supplemental Survey (Children's Hospital Boston)	41 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Συμμετέχοντες σε πρόγραμμα εκπαίδευσης	6	Εξειδίκευσης
Safety Climate Scale ⁸	10 κλειστές ερωτήσεις με την κλίμακα Likert	Ιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί	4	Εξειδίκευσης

Σε όλα μαζί συμπεριλαμβάνονται 657 ερωτήσεις. Αξιολογούνται συνολικά 23 διαφορετικοί παράγοντες που σχετίζονται με την κουλτούρα ασφαλείας και η κάθε ερώτηση συμπεριλαμβάνεται σε ένα από τους 23 παράγοντες που εξετάζονται. Οι 23 παράγοντες που αξιολογούνται με τα πιο πάνω ερωτηματολόγια είναι οι εξής: η διοίκηση και η στάση του οργανισμού σε σχέση με την ασφάλεια, επάρκεια εκπαίδευσης και εποπτείας, η αντίδραση του οργανισμού στα λάθη, η μη τιμωρητέα προσέγγιση, το σύστημα ασφαλείας, υποδομή σε θέματα ασφαλείας, η μεταβίβαση και ο συντονισμός της φροντίδας, ο σχεδιασμός του συστήματος ασφαλείας των ασθενών, επάρκεια προσωπικού, επάρκεια εξοπλισμού, διακίνηση πληροφοριών, η ανάληψη κινδύνου, η προθυμία αναζήτησης βοήθειας, η πίεση στην εργασία, ικανότητα διαχείρισης κρίσεων, τι πρέπει να αναφέρεται και σε ποιον όσον αφορά τις διαδικασίες και τους κανόνες, η συμμόρφωση με τους κανόνες και τις διαδικασίες, ομαδική εργασία, επικοινωνία, οργανωσιακή μάθηση, ανάδραση και επικοινωνία, οι αντιλήψεις σχετικά με τις αιτίες των λαθών, εργασιακή ικανοποίηση, η συνολική αντίληψη για την ασφάλεια.

Όλα τα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν για ατομική χρήση και χρησιμοποιούν κυρίως κλειστού τύπου ερωτήσεις και η απάντηση σε κάθε ένα από τα στοιχεία αντιστοιχεί σε μια κλίμακα τύπου Likert. Ορισμένα επίσης περιλαμβάνουν και μια ή περισσότερες ανοιχτού τύπου ερωτήσεις. Σε κανένα δεν ζητείται να βαθμολογήσει ο ερωτώμενος αριθμητικά την συνολική κουλτούρα ασφαλείας είτε κάποια διάσταση της.

Τα ερωτηματολόγια ομαδοποιούνται ανάλογα με τον πληθυσμό στόχο. Εννέα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν για να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών υγείας όπως ιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς, κ.α. Τα υπόλοιπα τέσσερα

σχεδιάστηκαν για συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας (πίνακας 1). Όλα όμως σχεδιάστηκαν έχοντας ως πληθυσμό στόχο επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής.

Φυσικά υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ τους. Δεν αξιολογούν όλα τους ίδιους παράγοντες αν και μερικοί είναι κοινοί σε κάποια ερωτηματολόγια. Παρουσιάζουν επίσης διαφορές στο περιεχόμενο, στους τομείς της κουλτούρας που δίδουν έμφαση, στην έκταση τους, αφού κυμαίνονται μεταξύ 10 και 112 ερωτήσεων, αλλά και στους στόχους που θέτουν κατά τις μετρήσεις. Κυριαρχεί πάντως κάποια αβεβαιότητα στο κατά πόσο κάποιο ερωτηματολόγιο καλύπτει όλες τις σχετικές παραμέτρους της κουλτούρας ασφαλείας. Διαφαίνεται όμως ότι κοινό στόχο έχουν να προσδώσουν μια συνολική αίσθηση του κλίματος ασφαλείας που επικρατεί.

2.7. Μεθοδολογία συστηματικής Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Ακολουθήθηκε μια στρατηγική αναδίφησης της προϋπάρχουσας βιβλιογραφίας που αφορούσε κατά το πλείστον ποσοτικές έρευνες ή και συνδυασμένες με ποιοτικές σε σχέση με την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας σε νοσοκομεία. Αναδείχθηκαν οι λέξεις κλειδιά και ακολούθησε η αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων. Έγινε χρήση των εξής Αγγλικών λέξεων κλειδιά : Patient safety

Hospital patient safety SAQ
Hospital safety climate
Hospital patient culture
Surveys hospital safety SAQ
Sexton, SAQ

Με τους πιο πάνω συνδυασμούς έγινε αναζήτηση σχετικών επιστημονικών άρθρων και ερευνητικών εργασιών σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: Cinahl, Ebscohost, Medline. Κατά την αναζήτηση τέθηκαν φίλτρα που να περιορίζουν την αναζήτηση σε πλήρη κείμενα, ποσοτικές έρευνες, νοσοκομειακές έρευνες και με την χρήση του ερωτηματολογίου SAQ.

Η αναζήτηση ανέδειξε δέκα πέντε ερευνητικές εργασίες οι περισσότερες από τις οποίες αφορούσαν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, χειρουργεία και μαιευτικά τμήματα. Τέσσερις εργασίες μόνο ανευρέθηκαν να συμπεριλαμβάνουν το σύνολο των τμημάτων του νοσοκομείου. Επιλέγηκαν όσες θεωρήθηκε ότι σχετίζονταν περισσότερο με τα ερευνητικά ερωτήματα αυτής της εργασίας. Ακολούθως επιχειρήθηκε να γίνει μία σύνθεση των ερευνών και να ομαδοποιηθούν ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας

2.8 Αποτελέσματα Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι διερευνήθηκαν εκτεταμένα τα αποτελέσματα των παραγόντων του ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα ποικίλουν από έρευνα σε έρευνα και από περιοχή σε περιοχή. Μια σύνοψη των αποτελεσμάτων των κυριότερων ερευνών παρουσιάζεται πιο κάτω (Πίνακας 2.5).

Πίνακας 2.5 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση των ερευνών που χρησιμοποίησαν το SAQ.

Συγγραφέας	Sexton et al 2005	Relihan et al 2011	Siassakos et al 2011
Τίτλος	Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians	Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit	Attitudes Toward Safety and Teamwork in a Maternity Unit With Embedded Team Training.
Χώρος που διεξήχθη	Ηνωμένο Βασίλειο, Νέα Ζηλανδία, ΗΠΑ. Σε 203 διαφορετικές κλινικές περιοχές- μονάδες εντατικής θεραπείας, χειρουργεία, θαλάμους νοσηλείας και κλινικές ημερήσιας φροντίδας	Μονάδα εισαγωγής οξέων περιστατικών πανεπιστημιακού νοσοκομείου στην Ιρλανδία	Σε μαιευτική μονάδα στην Αγγλία
Δείγμα	16,184 επαγγελματίες υγείας	92 επαγγελματίες υγείας	132 επαγγελματίες υγείας
Μεθοδολογία	Ποσοτική με χρήση του ερωτηματολογίου SAQ	Ποσοτική με βάση το ερωτηματολόγιο SAQ	Ποσοτική με βάση το ερωτηματολόγιο SAQ
Αποτελέσματα	<p>ICU-UK</p> <p>TW 74.3± 18.3 SC 67.7± 16.7 JS 44.6 ±19.0 POM 60.7 ±21.2 SR 59.6 ±19.9 WC 64.2±19.6</p> <p>ICU-NZ</p> <p>TW 67.9±18.8 SC 63. ±17.4 JS 45.3± 20.0 POM 59.9±21.8 SR 53.7± 19.9 WC 71.7±19.6</p> <p>ICU-USA</p> <p>TW 65.7±19.0 SC 68.8 /17.4 JS 54.1 /22.4 POM 68.6 /22.3 SR 58.3 ±21.4 WC 67.2 /21.2</p> <p>Inpatient-USA</p> <p>TW 64.3 ± 16.6 SC 60.5 ±16.0 JS 38.3 ± 18.7 POM 59.6 ± 20.5 SR 49.2± 19.5 WC 74.4± 20.2</p> <p>OR-UK</p> <p>TW 71.7± 22.6 SC 69.6± 18.9 JS 47.6± 22.2 POM 70.1± 22.1 SR 57.5± 25.4 WC 54.7 ± 26.6</p>	<p>TW 73.7± 14.9</p> <p>SC 71.0± 15.8</p> <p>JS 48.0 ± 19.2</p> <p>POM 67.9± 19.4</p> <p>SR 58.2± 21.9</p> <p>WC 74.7 ± 17.1</p>	<p>TW 76.1± 12.5</p> <p>JS 71.9± 16.1</p> <p>POW 47.0± 16.8</p> <p>SC 74.0± 13.4</p> <p>WC 62.6± 14.6</p> <p>SR 65.0± 17.6</p>

Συγγραφέας	Pronovost et al 2008	Huang et al 2007		Wui-Chiang Lee et al 2008
Τίτλος	Improving patient safety in intensive care units in Michigan	Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution		Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire
Χώρος που διεξήχθη	77 ΜΕΘ στην πολιτεία Μίσιγκαν των ΗΠΑ	Σε τέσσερις εντατικές μονάδες ενός μεγάλου νοσοκομείου 700 κλινών στις ΗΠΑ		Εθνική έρευνα στη Ταϊβάν όπου συμπεριέλαβε 200 νοσοκομεία
Δείγμα	3876 επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων	453 επαγγελματίες υγείας		42,242 επαγγελματίες υγείας
Μεθοδολογία	Ποσοτική με βάση το ερωτηματολόγιο SAQ	Ποσοτική με βάση το ερωτηματολόγιο SAQ		Κινέζικη προσαρμογή του SAQ
Αποτελέσματα	TW=84,00±7,00 θετικά αποτελέσματα με ευρεία διακύμανση τους μεταξύ των 77 ΜΕΘ της πολιτείας που κυμαίνονταν (16%-92%).	Νοσηλ. TW 68.78+46.19 JS 63.21+36.39 POW 48.92 + 17.69 SC 67.67 + 36.39 WC 53.94+ 19.64 SR 66.66+ 38.59	Ιατροί TW 75.44+57.88 JS 68.95+53.93 POW 58.29+30.20 SC 71.36+46.08 WC 68.88+49.56 SR 69.10+46.09	TW 48.9 ± 11.8 SC 37.2 ± 11.4 JS 42.1 ± 12.9 POM 45.2 ± 13.9 WC 31.8 ± 13.5 SR Δεν εξετάστηκε

Συγγραφέας	Κάργα, Μ 2009	Raftopoulos et al 2011	Raftopoulos and Pavlakis	Abdou and Sabe 2010
Τίτλος	Διαχείριση των λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική	Safety Culture in the Maternity Units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire	Ασφαλείας στις ΜΕΘ των δημόσιων Νοσοκομείων της Κύπρου	A Baseline Assessment of Patient Safety Culture among Nurses at Student University Hospital
Χώρος που διεξήχθη	Επτά νοσοκομεία στους νομούς Αχαΐας, Αττικής και Αιτωλοακαρνανίας	Στα δημόσια μαιευτήρια της Κύπρου	Πέντε ΜΕΘ που εδρεύουν στα πέντε μεγάλα νοσοκομεία της Κύπρου.	Πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Αλεξάνδρεια στην Αίγυπτο
Δείγμα	661 νοσηλευτές	106 μαιέες	172 νοσηλευτές	165 νοσηλευτές

Μεθοδολογία	Περιγραφική μελέτη 28 ερωτήσεων και SAQ	SAQ	SAQ	SAQ
Αποτελέσματα	TW 38.36 ± 8.6 SC 36.87± 9.1 JS 34.68 ± 11.2 POM 24.87 ± 8.8 SR 38.9 ± 10.2 WC 26.72 ± 10.7	TW 57.9 ± 21.17 SC 55.82±18.97 JS 66.20±22.64 POM52.14±19.69 SR 50.64±18.77 WC55.03±20.83	TW 74,15± 14,46 SC 73,19 ± 13,80 JS 82,44± 12,91 POM 52,22±28,58 SR 28,43±15,82 WC 67,23±20,46	TW 3.09±0.78 SC 2.85±0.97 JS 3.27±0.61 POM 2.16±0.59 SR 3.08±1.02 WC 2.19±0.79

TW= team work
SC= safety culture
JS= job satisfaction

POM= perceptions of management
SR= stress recognition
WC= working conditions

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας καταγράφηκε μια έντονη προσπάθεια των ερευνητών για τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας. Οι κυριότεροι παράγοντες που διερευνήθηκαν και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται πιο κάτω.

Εμπειρία

Οι Raftopoulos et al [69], διενέργησαν έρευνα με σκοπό να διερευνήσουν το κλίμα ασφαλείας που επικρατεί στα δημόσια μαιευτήρια της Κύπρου και να αναδείξουν την κουλτούρα ασφαλείας και το κλίμα ομαδικότητας που επικρατεί. Το δείγμα αποτελείτο από 106 μαιές (n=106). Τα αποτελέσματα των έξι παραγόντων του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.7

Στα συμπεράσματα αναφέρεται ότι αν και οι βαθμολογίες γενικά δεν είναι ικανοποιητικές, η υψηλή μέση συνολική βαθμολογία για την ομαδική εργασία και το κλίμα ασφαλείας μεταξύ των πιο έμπειρων μαιών αποτελεί κυρίαρχο εύρημα για τις μονάδες μητρότητας της Κύπρου. Οι επαγγελματίες που εργάζονται σε μονάδες με μικρή δύναμη κλινών όπως τα μαιευτικά τμήματα της Κύπρου, όπου εργάζονται και αρκετά χρόνια μαζί, γνωρίζονται καλύτερα, οι εργασίες και οι ευθύνες είναι λιγότερο ασαφείς και έχουν περισσότερη ευθύνη έναντι της ασφάλειας των ασθενών.

Τον παράγοντα εμπειρία διερεύνησαν και οι Abdou και Sabe [70] το 2010 που διεξήγαγαν έρευνα σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Αλεξάνδρεια στην Αίγυπτο και συμπεριέλαβαν 12 τμήματα του νοσοκομείου (γενικούς θαλάμους, ICU, CCU). Το δείγμα αποτέλεσαν 165 νοσηλευτές οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το SAQ. Σε αντίθεση με την πιο πάνω εργασία η 5-point Likert δεν μετατράπηκε σε 100-point scale αλλά παρέμεινε η βαθμολόγηση ως είχε. Η μέση συνολική βαθμολογία των 6 κύριων παραγόντων ήταν 3.33±0.58 Τα γενικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.7

Διαφάνηκε ότι όσο αυξάνουν τα χρόνια υπηρεσίας αυξάνεται και η βαθμολογία που δίνει το προσωπικό στις έξι κατηγορίες του ερωτηματολογίου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι

ειδικά στην κατηγορία του κλίματος ασφαλείας την πιο υψηλή βαθμολογία παρουσιάζει η ομάδα με προϋπηρεσία τα 11 – 15 χρόνια, αφού στα άτομα πάνω από τα 15 έτη υπηρεσίας η βαθμολογία στον παράγοντα αυτό αρχίζει να φθίνει.

Σύμφωνα με τα πιο πάνω ευρήματα παρουσιάζονται και οι Ramanujam et al [71] σε έρευνα τους που διεξήγαγαν το 2004 σε δύο νοσοκομεία στο Midwestern στις ΗΠΑ. Συμπεριέλαβαν για δείγμα 850 νοσηλευτές από όλα τα επίπεδα όπου τους δόθηκε ερωτηματολόγιο σε 5-βαθμη κλίμακα Likert. Προσπάθησαν να διερευνήσουν εάν διάφορες μεταβλητές επηρεάζουν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα τους. Τα χρόνια υπηρεσίας φάνηκε οριακά να παρουσιάζουν σημαντικά θετική συσχέτιση με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα τους ή το νοσοκομείο γενικότερα ($p < .052$).

Επιπλέον, την εμπειρία με την ασφάλεια των ασθενών συνέδεσε στην έρευνα της η Κάργα το 2009 [72]. Κυρίως προέβη σε εξέταση των λαθών στην κλινική πρακτική από τους Έλληνες νοσηλευτές. Διερευνήθηκε η συχνότητα και τα είδη των κλινικών λαθών και επίσης οι απόψεις των νοσηλευτών για το κλίμα ασφαλείας που επικρατούσε στο νοσοκομείο τους. Έγινε χρήση του SAQ και συμπεριλήφθησαν επτά νοσοκομεία στους νομούς Αχαΐας, Αττικής και Αιτωλοακαρνανίας. Το δείγμα αποτέλεσαν 661 νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε μέσες τιμές και σταθερή απόκλιση στον (Πίνακα 2.7).

Εμφανίζεται μια θετική συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και των βαθμολογιών του SAQ. Το 78,8% του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην μελέτη ανακάλεσαν στην μνήμη τους κάποιο λάθος που είχαν κάνει, με το 50% του προσωπικού να αναφέρει ότι έκανε το πιο σοβαρό λάθος τα πρώτα τρία χρόνια της υπηρεσίας του και το 85% στο πρώτα δέκα, γεγονός που αποδεικνύει την επιρρέπεια των νεοτέρων στα λάθη.

Ασυμφωνία με τα πιο πάνω αποτελέσματα που αφορούν την εμπειρία αποκάλυψε η έρευνα των Raftopoulos and Pavlakis [73.] Διεξήγαγε έρευνα με το SAQ- ICU και συμπεριέλαβε τις πέντε ΜΕΘ που εδρεύουν στα πέντε μεγάλα νοσοκομεία της Κύπρου. Σκοπός του συγγραφέα ήταν να αξιολογήσει και να συγκρίνει το κλίμα ασφαλείας μεταξύ των ΜΕΘ, αλλά και τις μεταβλητές που επηρεάζουν την κουλτούρα ασφαλείας σε αυτές. Τα αποτελέσματα στις κατηγορίες του SAQ παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.7

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ νοσηλευτών με μεγαλύτερη και μικρότερη εμπειρία όσον αφορά το κλίμα ασφαλείας, αν και στην κατηγορία της εργασιακής ικανοποίησης οι νοσηλευτές με μικρότερη εμπειρία την βαθμολόγησαν υψηλότερα με σημαντικά στατιστική διαφορά.

Οι Patterson et al [74], σε έρευνα τους συμπεριέλαβαν 61 μονάδες επείγουσας καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στην Βόρεια Αμερική. Οι βαθμολογίες των

επαγγελματιών υγείας με μεγαλύτερη εμπειρία στις κατηγορίες του ερωτηματολογίου δεν παρουσιάζουν αξιοσημείωτες διαφορές με τους λιγότερο έμπειρους και δεν προκύπτει οποιαδήποτε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Ηλικία

Στην έρευνα των Raftopoulos et al [69] με διάμεση ηλικία τα 35 έτη, όσοι βρίσκονταν πάνω από την διάμεσο βαθμολόγησαν υψηλότερα όλες τις κατηγορίες του SAQ, με σημαντικά στατιστική διαφορά στο κλίμα ασφαλείας, γεγονός που υποδηλώνει περισσότερη υπευθυνότητα στην ασφάλεια των ασθενών από τους μεγαλύτερους σε ηλικία.

Σε έρευνα των Abdou και Sabe [70] στην συνολική κουλτούρα ασφαλείας παραδόξως οι ηλικιακές ομάδες των >40 αλλά και <25 παρουσιάζουν την ίδια υψηλότερη βαθμολογία γεγονός που δεν συνδέει θετικά την αύξηση της ηλικίας με την κουλτούρα ασφαλείας.

Επίσης στην έρευνα των ο Raftopoulos and Pavlakis [73] με διάμεσο τα 32 έτη δεν παρουσιάζει οποιαδήποτε σημαντική διαφορά μεταξύ ηλικίας και κουλτούρας ασφαλείας αφού στις κατηγορίες του ερωτηματολογίου στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται μόνο στον παράγοντα ομαδική εργασία .

Οι Patterson et al [75] διαπίστωσαν ότι η αύξηση της ηλικίας ειδικά πάνω από τα 40 έτη συνδέεται με υψηλότερη βαθμολόγηση όλων των κατηγοριών του ερωτηματολογίου εκτός από την αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων, παρουσιάζοντας μάλιστα στατιστικά σημαντική διαφορά. Επίσης οι Patterson et al [74], στην άλλη πολύ μεγαλύτερη έρευνα τους όπου συμπεριέλαβαν 61 μονάδες επείγουσας καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στην Βόρεια Αμερική, οι βαθμολογίες των μεγαλύτερων ηλικιακά ομάδων στις κατηγορίες του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται να είναι αμυδρά υψηλότερες χωρίς όμως να προκύπτει οποιαδήποτε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Φύλο

Οι Siassakos et al [76] σε έρευνα που διεξήγαγαν σε μαιευτική μονάδα στην Αγγλία χρησιμοποιώντας την αγγλική έκδοση του SAQ, διερεύνησαν την επίδραση παράγοντα φύλο στο κλίμα ασφαλείας. Η έρευνα έγινε μετά την εφαρμογή προγράμματος κλινικής εκπαίδευσης προσωπικού για να διαφανούν πιθανές ελλείψεις που παραμένουν. Το δείγμα αποτέλεσαν 132 άτομα συμπεριλαμβανομένου όλου του προσωπικού που εμπλέκονταν με το τμήμα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε μέση τιμές επί % \pm SD στον Πίνακα 2.5

Οι άντρες παρουσιάζονται να δίδουν υψηλότερη βαθμολογία στις πέντε από τις έξι κατηγορίες του ερωτηματολογίου από τις γυναίκες συναδέλφους τους, εκτός από την

αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων. Μάλιστα παρουσιάζεται και στατιστικά σημαντική διαφορά, γεγονός που υποδηλώνει μια πιο υπεύθυνη στάση από τους άντρες στα θέματα που αφορούν το κλίμα ασφαλείας.

Συμφωνία με τα πιο πάνω αποτελέσματα παρουσιάζουν και αυτά της έρευνας των Patterson et al [74], στη μεγάλη έρευνα όπου συμπεριέλαβαν 61 μονάδες επείγουσας καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στην Βόρεια Αμερική. Οι άντρες παρουσιάζονται να δίδουν υψηλότερη βαθμολογία στις πέντε από τις έξι κατηγορίες του ερωτηματολογίου από τις γυναίκες συναδέλφους τους εκτός από την αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων που οι γυναίκες υπερτερούν.

Αντίθετα όμως είναι τα αποτελέσματα στην άλλη έρευνα των Patterson et al [75] σε έρευνα τους σε τρεις επείγουσες μονάδες καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στην Πενσυλβανία. Εδώ οι γυναίκες να δίδουν υψηλότερη βαθμολογία στις πέντε από τις έξι κατηγορίες του ερωτηματολογίου από τους άντρες συναδέλφους τους εκτός από την αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων που σε αντίθεση από τις πιο πάνω μελέτες υπερτερούν οι άντρες.

Επίπεδο Εκπαίδευσης

Οι Relihan et al [77] σε έρευνα που διεξήγαγαν σε μονάδα οξέων περιστατικών πανεπιστημιακού νοσοκομείου στην Ιρλανδία μεταξύ άλλων προσπάθησαν να συγκρίνουν την βαθμολογία που έδωσαν οι νοσηλευτές (staff nurse) στις κατηγορίες του ερωτηματολογίου με αυτή που έδωσαν οι βοηθοί (nursing assistant) οι οποίοι είχαν πολύ χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Η εργασία συμπεριέλαβε δείγμα 92 επαγγελματιών υγείας (n=92) που αποτελείτο από ιατρούς, νοσηλευτές, βοηθητικό προσωπικό και προσωπικό συναφών με την υγεία επαγγελμάτων. Αξιολογήθηκαν οι ίδιοι έξι κύριοι παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ μετατρέποντας την 5-βαθμών κλίμακα Likert σε 100-εκατοντάβαθμη. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον (Πίνακα 2.5)

Οι νοσηλευτές βαθμολογούν ψηλότερα όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου παρουσιάζοντας μια καλύτερη αντίληψη όσο αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας. Παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές όσο αφορά τις συνολικές μέσες τιμές του «κλίματος ασφαλείας», στις «απόψεις για την διοίκηση» και τις «συνθήκες εργασίας». Στα συμπεράσματα αναφέρεται ότι το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στις περισσότερες ευθύνες που επωμίζονται, γεγονός που τους κάνει να αισθάνονται πιο υπεύθυνοι για την ασφάλεια των ασθενών.

Οι Abdou και Saber [70] στην έρευνα τους το 2010 αναζήτησαν συσχέτιση του επιπέδου εκπαίδευσης με το κλίμα ασφαλείας στις μονάδες νοσηλείας. Σύγκριναν τη βαθμολογία που

έδωσαν στις έξι κατηγορίες του ερωτηματολογίου οι νοσηλευτές με απλό διπλώμα με αυτούς που κατείχαν πανεπιστημιακό. Βρέθηκε ότι οι πτυχιούχοι νοσηλευτές βαθμολόγησαν υψηλότερα τους παράγοντες του ερωτηματολογίου εκτός από τις συνθήκες εργασίας. Στο κλίμα ασφαλείας, την εργασιακή ικανοποίηση αλλά και στον βαθμό που αφορά την συνολική αντίληψη για την κουλτούρα ασφαλείας υπήρξε σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο κατηγοριών.

Σε συμφωνία με τα πιο πάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και τα αποτελέσματα της έρευνας των Ramanujam et al [71] που διεξήγαγαν το 2004 σε δύο νοσοκομεία στο Midwestern στις ΗΠΑ. Βρέθηκε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης και γενικότερα τα προσόντα επηρεάζουν θετικά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών.

Στην έρευνα της η Κάργα το 2009 [72], συμφώνησε με τα πιο πάνω ευρήματα αφού η μέση τιμή του ερωτηματολογίου SAQ βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του προσωπικού δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης, με τους δεύτερους να συγκεντρώνουν υψηλότερη βαθμολογία. Δεν παρουσιάστηκε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το ποσοστό των αναφερόμενων λαθών μεταξύ των δύο ομάδων. Βρέθηκε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των βοηθών και των νοσηλευτών όσον αφορά το αίσθημα πανικού κατά την διάρκεια των καθηκόντων, αλλά και των ενοχών που αισθάνονται (υψηλότερα στους βοηθούς).

Αντιθέτως στην έρευνα των Patterson et al [74], δεν παρουσιάζεται οποιαδήποτε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επαγγελματιών με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης όσο αφορά την βαθμολόγηση των παραγόντων του ερωτηματολογίου.

Τμήμα- Τομέας Εργασίας

Οι Deilkås and Hofoss [78] το 2006 σε έρευνα τους, διένειμαν 1911 ερωτηματολόγια SAQ σε όλο το κλινικό προσωπικό ιατρούς, νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτές, ακτινογράφους, τεχνικούς διαγνωστικών εργαστηρίων, μαίες, κλητήρες. Συμπεριελήφθησαν 27 τμήματα νοσηλείας ασθενών, 14 τμήματα φροντίδας εξωτερικών ασθενών, 4 διαγνωστικά εργαστήρια.

Η Νορβηγική έκδοση του SAQ περιλάμβανε 41 ερωτήσεις από τις οποίες οι 36 αντανακλούν σε επτά κύριους παράγοντες της κουλτούρας ασφαλείας. Μετρήθηκαν ξεχωριστά οι αντιλήψεις σε επίπεδο διοίκησης νοσοκομείου από αυτές σε επίπεδο τμήματος. Διαπιστώθηκαν σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των διαφόρων τμημάτων αλλά και θαλάμων νοσηλείας. Μεγαλύτερες διακυμάνσεις έχουν να κάνουν με το επίπεδο οργάνωσης μεταξύ των θαλάμων.

Στα συμπεράσματα της έρευνας αναφέρεται ότι η κουλτούρα ασφαλείας εξαρτάται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, την συγκέντρωση και την υπευθυνότητα του προσωπικού, αλλά και από το οργανωτικό επίπεδο γενικότερα. Συστήνεται η προσπάθεια μέτρησης της να συνεχιστεί και να περιλαμβάνει συστηματικές συγκρίσεις μεταξύ των θαλάμων αφού διαφάνηκε ότι παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ τους.

Τον ίδιο στόχο έθεσαν και οι Huang et al [79] οι οποίοι συμπεριέλαβαν το προσωπικό τεσσάρων μονάδων εντατικής νοσηλείας ενός μεγάλου νοσοκομείου 700 κλινών, ώστε με την χρήση του SAQ να εντοπιστεί κατά πόσο ποικίλουν τα αποτελέσματα μεταξύ των έξι κύριων παραγόντων του ερωτηματολογίου μεταξύ των τεσσάρων μονάδων εντατικής νοσηλείας. Το δείγμα αποτέλεσαν 453 επαγγελματίες υγείας ενώ παρελήφθησαν 318 έγκυρα ερωτηματολόγια .

Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν ως χαμηλά μέχρι μέτρια. Κυμαίνονταν μεταξύ 43.4% - 74.9% μεταξύ των τεσσάρων μονάδων με το ποσοστό θετικών τιμών να είναι μεταξύ 8.6% - 69.4%. Οι μέσες τιμές αλλά και το ποσοστό θετικού σκορ ποικίλουν και διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των μονάδων, εκτός από την αναγνώριση στρεσογόνων παραγόντων η οποία ήταν ομοιόμορφα χαμηλή. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στις διαφορές στο επίπεδο οργάνωσης μεταξύ των μονάδων, αλλά και σε διαπροσωπικούς παράγοντες.

Τα πιο πάνω αποτελέσματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα της έρευνας των Ramanujam et al [71], που διεξήγαγαν το 2004 σε δύο νοσοκομεία στο Midwestern στις ΗΠΑ. Στην διερεύνηση που έκαναν για να εντοπιστεί εάν υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις του προσωπικού όσο αφορά την ασφάλεια των ασθενών σε κάθε τμήμα ξεχωριστά, αναφέρουν ότι διαπροσωπικοί παράγοντες όπως η εμπειρία, τα χρόνια υπηρεσίας και το εργασιακό καθεστώς (ολική ή μερική απασχόληση), σχετίζονται με τις αντιλήψεις του προσωπικού για την ασφάλεια των ασθενών και συντείνουν ώστε αυτές να διαφέρουν από τμήμα σε τμήμα.

Διαφορές μεταξύ των τομέων εργασίας στο ίδιο νοσοκομείο εντόπισαν και οι Abdou και Saber [70] στην ερευνά τους. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι όσο αφορά τις παραμέτρους που αφορούν τις αντιλήψεις του προσωπικού για την κουλτούρα ασφαλείας οι νοσηλευτές που εργάζονταν στις μονάδες εντατικής θεραπείας παρουσιάζουν την υψηλότερη συνολική μέση βαθμολογία (3.38 ± 0.51). Ακολουθούν οι νοσηλευτές της εντατικής καρδιολογικής μονάδας (3.34 ± 0.46), και των γενικών θαλάμων (3.32 ± 0.60), χωρίς όμως να παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά.

Βάρδια

Την επίδραση του ωραρίου εργασίας του προσωπικού ή της βάρδιας στην ασφάλεια των ασθενών προσπάθησαν να διερευνήσουν ορισμένοι συγγραφείς. Οι Abdou και Sabe [70]

στην έρευνα που διεξήγαγαν το 2010 σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Αλεξάνδρεια στην Αίγυπτο παρουσιάζουν τους νοσηλευτές που εργάζονται στην νυχτερινή βάρδια να έχουν υψηλότερη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών σε σύγκριση με αυτούς στις ημερήσιες βάρδιες.

Επίσης η Κάργα το 2009 [72] βρήκε στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με την επιδείνωση της υγείας των ασθενών σε σύγκριση με τη βάρδια κατά την οποία έλαβε χώρα το λάθος. Συγκεκριμένα βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της πρωινής (περισσότερη επιδείνωση) και της απογευματινής και μεταξύ της πρωινής (περισσότερη επιδείνωση) και της νυχτερινής.

Επίπεδο συνεργασίας-Επικοινωνία

Κυρίαρχο εύρημα σε αρκετές έρευνες αποτελεί η θετική συσχέτιση του επιπέδου συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού με τις αντιλήψεις που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών. Οι Wu i-Chiang Lee et al το 2008 [80] διεξήγαγαν μια μεγάλης έκτασης εθνική έρευνα στη Ταϊβάν όπου συμπερίλαβαν επαγγελματίες υγείας από 200 νοσοκομεία και χρησιμοποίησαν την Κινέζικη προσαρμογή του Safety Attitude Questionnaire. Συλλέχτηκαν τελικά 42,242 έγκυρα ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε ποσοστά επί % \pm SD στον Πίνακα 2.6

Στην έρευνα οι επαγγελματίες υγείας που είχαν μια πιο θετική στάση στους παράγοντες του SAQ παρουσιάζονται να έχουν και πιο θετικές αντιλήψεις όσο αφορά το επίπεδο επικοινωνίας και συνεργασίας με τους συναδέλφους τους.

Σε έρευνα τους σε χειρουργεία στις ΗΠΑ οι Davenport et al [81] συμπεριέλαβαν δείγμα 6083 επαγγελματιών και χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο OCSF. Παρουσιάζουν μια συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου επικοινωνίας και συνεργασίας που αναφέρουν οι συμμετέχοντες και της θνησιμότητας και νοσηρότητας μετεγχειρητικά τονίζοντας στην εργασία τους την μεγάλη σημασία της επικοινωνιακής συνεργασίας και επικοινωνίας.

Οι Sexton et al [82] σε μεγάλης έκτασης διεθνή έρευνα συμπεριέλαβαν 1033 ιατρούς και νοσηλευτές από χειρουργεία και εντατικές μονάδες από το Ισραήλ, Γερμανία, Ελβετία και Ιταλία. Το 80% των συμμετεχόντων συνδέει θετικά παράγοντες όπως η αναποτελεσματική επικοινωνία και η συνεργασία με την παρουσία συμβάντων κατά την διάρκεια των καθηκόντων τους.

Στο ίδιο πλαίσιο κινείται και η έρευνα των Thomas et al [83] όπου συμπεριλήφθησαν οκτώ μη χειρουργικές εντατικές μονάδες σε δύο διαφορετικά νοσοκομεία στο Χιούστον του Τέξας και στόχος ήταν να διερευνηθούν κυρίως οι στάσεις του προσωπικού ως προς την ομαδική εργασία. Το δείγμα αποτελείται από 320 ιατρούς και νοσηλευτές. Αναγνωρίζεται ότι

το υψηλό επίπεδο συνεργασίας και επικοινωνίας συνδέεται θετικά με τη μείωση των λαθών και την καλύτερη έκβαση στην θεραπεία των ασθενών

Τέλος οι Siassakos et al [76] στην έρευνα που διεξήγαγαν σε μαιευτική μονάδα στην Αγγλία χρησιμοποιώντας την αγγλική έκδοση του SAQ συμφωνούν για την σημασία του επικοινωνιακού κλίματος συνεργασίας και επικοινωνίας, αφού διαφάνηκε ότι καθιστά το προσωπικό ικανό να αμβλύνει το πρόβλημα της ανεπάρκειας του προσωπικού.

III. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1. Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών φροντίδας υγείας σε θέματα ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται στους Παθολογικούς και Χειρουργικούς θαλάμους νοσηλείας μεγάλου Γενικού Νοσοκομείου της Κύπρου. Επιπρόσθετος στόχος είναι να διερευνηθούν εκείνοι οι παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας σε ένα τμήμα νοσηλείας.

3.2. Σημασία της έρευνας

Παρά την έμφαση που έχει δοθεί διεθνώς στα θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, πολύ λίγοι οργανισμοί υγείας έχουν αποτιμήσει το βαθμό στον οποίο η ασφάλεια αποτελεί στρατηγική προτεραιότητα ή τον βαθμό στον οποίο η κουλτούρα που επικρατεί δίνει έμφαση στην ασφάλεια του ασθενή. Στην Ελλάδα το ερευνητικό ενδιαφέρον της ασφαλείας των ασθενών κρίνεται ως εξαιρετικά χαμηλό [10,67].

Όσο αφορά την Κύπρο οι μέχρι τώρα δημοσιευμένες έρευνες που αφορούν σε θέματα ασφαλείας των ασθενών περιορίζονται σε δύο. Στην τελευταία έκθεση της η EUNetPas τονίζει ότι η Κύπρος δεν έχει ακόμα υιοθετήσει ένα εργαλείο αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας στην υγεία, με αποτέλεσμα η διενέργεια αυτού του είδους ερευνητικών εργασιών να αποτελεί προτεραιότητα στον τομέα[84].

3.3. Δείγμα και Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Το Γενικό Νοσοκομείο που επιλέχθηκε είναι από τα μεγαλύτερα σε μέγεθος στην Κύπρο. Ξεκίνησε την λειτουργία του το 2006, παρέχοντας πολύπλευρες και πολυεπίπεδες υπηρεσίες υγείας. Το Νοσοκομείο απασχολεί συνολικά 2118 εργαζομένους από τους οποίους οι 181 είναι ειδικοί ιατροί όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών, οι 70 ειδικευόμενοι ιατροί και οι 14 ασκούμενοι ιατροί, 840 είναι νοσηλευτές και 36 φυσιοθεραπευτές. Τον Ιανουάριο του 2012 διανεμήθηκε στους νοσηλευτές, ειδικευόμενους και ασκούμενους ιατρούς και φυσιοθεραπευτές που εργάζονταν στους χειρουργικούς και παθολογικούς θαλάμους νοσηλείας του Νοσοκομείου, η Ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου SAQ που έχει σταθμιστεί στην Κύπρο από τους Raftopoulos et al (2011). Οι ειδικοί ιατροί δεν έδειξαν πρόθυμοι να συμμετάσχουν.

Οι θάλαμοι που συμπεριλήφθησαν είναι για την Χειρουργική Ειδικότητα: Γενική Χειρουργική Α, Γενική Χειρουργική Β, Ορθοπεδικό Α, Ορθοπεδικό Β, Ουρολογικό, Πλαστική Χειρουργική, Αγγειοθωρακοχειρουργικό, Νευροχειρουργικό, Ωτορινολαρυγγολογικό. Για την Παθολογική Ειδικότητα: Παραπληγικό, Ογκολογικό, Νεφρολογικό, Καρδιολογικό, Αιματολογικό, Πνευμονολογικό, Παθολογικό Α, Παθολογικό Β.

Τα κριτήρια επιλογής των ατόμων του δείγματος ήταν:

- Να είναι νοσηλευτές, ιατροί ή φυσιοθεραπευτές
- Να έχουν τουλάχιστον ένα έτος εργασιακή εμπειρία και τουλάχιστο ένα χρόνο προϋπηρεσία στο τμήμα που εργάζονται τώρα.
- Να μην απουσιάζουν με μακράς διάρκειας άδεια ασθενείας
- Να θέλουν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Προσεγγίσθηκε η διεύθυνση του νοσοκομείου και οι προϊσταμένες των θαλάμων και τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας και ο τρόπος διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων. Για κάθε τμήμα ορίστηκε ένα υπεύθυνο άτομο για την διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων. Μαζί με το ερωτηματολόγιο παρεχόταν μία σύντομη περιγραφή του σκοπού της έρευνας.

Τα τρία κύρια πλεονεκτήματα της δειγματοληψίας είναι το χαμηλότερο κόστος, η ταχύτερη συλλογή των δεδομένων και δεδομένου του μικρότερου συνόλου των δεδομένων διασφαλίζεται η ομοιογένεια και βελτιώνεται η ακρίβεια και η ποιότητα των δεδομένων [85]. Παρόλα αυτά στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να συμπεριληφθεί το σύνολο των νοσηλευτών, ιατρών και φυσιοθεραπευτών που εργάζονται στους θαλάμους νοσηλείας του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και τηρούσαν τα πιο πάνω κριτήρια. Ο λόγος ήταν ότι υπήρχε ευχέρεια προσέγγισης του δείγματος, ενώ από άποψη κόστους αυτό δεν θεωρήθηκε απαγορευτικό.

3.4. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο από την πρωτότυπη εργασία των Sexton και συν.[86], το οποίο έχει τροποποιηθεί ώστε να εναρμονιστεί με την πραγματικότητα στα Κυπριακά Νοσοκομεία.

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

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο ευδιάκριτα μέρη: στο πρώτο περιλαμβάνονται κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και στο δεύτερο το Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια (SAQ-ειδική έκδοση για νοσηλευτικά τμήματα). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου αναφέρονται σε δύο έρευνες (Raftopoulos et al, Raftopoulos and Pavlakis). Σε αυτές τις δύο έρευνες αναφέρεται ότι η μετάφραση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε με μετάφραση κατ' αρχή από την ελληνική στην αγγλική και από την αγγλική στην ελληνική από δύο δίγλωσσα άτομα. Αποφεύχθηκε η μετάφραση λέξη προς λέξη καθώς δεν ενδείκνυται σε περιπτώσεις πολιτισμικής προσαρμογής ενός ερωτηματολογίου. Γι αυτό το λόγο έγινε απόδοση των ερωτήσεων και όχι μετάφραση τους. [87]. Τα μεταφρασμένα κείμενα ανασκοπήθηκαν από μία ομάδα ειδικών. Την ομάδα αποτέλεσαν ένα νοσηλευτής και ένας φιλόλογός οι οποίοι συνέβαλαν στην τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου.

Για την αξιολόγηση της εγκυρότητα προσώπου του ερωτηματολογίου (face validity) ζητήθηκε από μία ομάδα ερευνητών νοσηλευτών να γράψουν τα σχόλια τους για τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, τα οποία λήφθηκαν υπόψη στην διαμόρφωση της τελικής μορφής του [88]. Η εγκυρότητα προσώπου είναι μία μορφή εγκυρότητας περιεχομένου η οποία συνίσταται στην αξιολόγησης της γλωσσικής προσαρμογής του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως ο ελάχιστος αριθμός ειδικών που απαιτείται να είναι πέντε [89]. Στην περίπτωση μας, την ομάδα των ειδικών αποτελούσαν τρεις νοσηλευτές και δύο ακαδημαϊκοί με ερευνητική εμπειρία. Η ομάδα αξιολόγησε τη σαφήνεια, την πληρότητα και την σπουδαιότητα κάθε στοιχείου του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιώντας μία κλίμακα τριών διαβαθμίσεων του τύπου 1=όχι σαφές, 2=σαφές και 3=απολύτως σαφές. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου θεωρήθηκαν κατάλληλες από την στιγμή που υπήρχε συμφωνία μεταξύ των ειδικών μεγαλύτερη του 80%. Τα σχόλια τους αξιοποιήθηκαν για την βελτίωση της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου.

Το SAQ θεωρείται ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση των αντιλήψεων που αφορούν το θέμα της ασφάλειας, τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο, ανάμεσα σε νοσοκομεία και μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών υγείας[86]. Χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη. Στο πρώτο μέρος εμπεριέχονται πληροφορίες σχετικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και ερωτήσεις που αφορούν την αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων και την επαγγελματική εξουθένωση. Επιπρόσθετα αξιολογεί τις αντιλήψεις που επικρατούν σε σχέση με το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας, την

ικανοποίηση από την εργασία, αντιλήψεις που αφορούν την συνεργασία των επαγγελματιών υγείας και την επίδραση της στην παρεχόμενη φροντίδα, με τη χρήση μιας συνεχούς κλίμακας που κυμαίνεται από 0-10. Το δεύτερο περιλαμβάνει το «Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια», ειδική έκδοση για νοσηλευτικά τμήματα. Αυτό εξετάζει τις πεποιθήσεις του προσωπικού μέσα από έξι κύριους παράγοντες που προκύπτουν από τις ερωτήσεις:

- Ομαδική εργασία (Ερωτήσεις: 3, 26, 32, 36, 37, 40)
- Κλίμα ασφαλείας (Ερωτήσεις: 4, 5, 11, 12, 22, 23, 30)
- Ικανοποίηση από την εργασία (Ερωτήσεις: 2, 8, 15, 31, 44)
- Αναγνώριση του στρες (Ερωτήσεις: 27, 33, 34, 49)
- Αντιλήψεις για την διοίκηση (Ερωτήσεις: (18, 10, 19, 28)
- Εργασιακές συνθήκες (Ερωτήσεις: 6, 7, 24, 45)

Η απάντηση σε κάθε ένα από τα στοιχεία αντιστοιχεί σε μία πεντάβαθμη κλίμακα Likert (1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ κάπως, 3=ουδέτερος, 4=συμφωνώ κάπως, 5=συμφωνώ απόλυτα). Οι απαντήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του Sexton μετατρέπονται σε βαθμιαία κλίμακα 0-100, (1=0%, 2=25%, 3=50%, 4=75% και 5=100%). Θετικά αποτελέσματα θεωρούνται αυτά που είναι μεγαλύτερα από 75%. [57] Θετική βαθμολογία σε μία από τις κύριες κατηγορίες θεωρείται όταν ο ερωτώμενος απαντήσει κατά μέσω όρο «Συμφωνώ κάπως» ή «Συμφωνώ απόλυτα». Η βαθμολογία σε ποσοστά επί τοις εκατό θεωρείται ότι καταδεικνύει με ακρίβεια την ομοιογένεια των αντιλήψεων του προσωπικού στα συγκεκριμένα τμήματα του νοσοκομείου. Οι ερωτήσεις 12, 26, 27, 33 και 34 σύμφωνα με Sexton είναι αρνητικά διατυπωμένες και έγινε μετατροπή της βαθμολογίας σύμφωνα με τις οδηγίες του πρωτότυπου ερωτηματολογίου. (5=0%, 4=25%, 3=50%, 2=75% και 1=100%).

Η αναπαραγωγή των τυποποιημένων μεθόδων όπως η παρούσα αποτελεί συνήθη πρακτική σε ποσοτικές έρευνες ώστε να προσπαθήσει να επαληθεύσει παρόμοια αποτελέσματα, εξασφαλίζοντας την συνέπια προς τις μεθόδους ανάλυσης δεδομένων και την δημιουργία αξιόπιστων και συγκρίσιμων αποτελεσμάτων[89].

3.5. Ζητήματα Ηθικής της έρευνας

Το πρωτόκολλο της έρευνας κατατέθηκε στην αρμόδια επιτροπή βιοηθικής (παράρτημα). Ακολούθως εξασφαλίστηκε σχετική άδεια από το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου. Στους επαγγελματίες υγείας που επιλέγηκαν να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο επιδόθηκαν γραπτώς εξηγήσεις για το σκοπό της έρευνας αλλά και για το δικαίωμα άρνησης συμμετοχής

τους. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συνεπαγόταν τη συναίνεση του επαγγελματία υγείας να συμμετάσχει στην έρευνα.

3.6. Επεξεργασία των δεδομένων και στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν σε λογιστικά φύλλα του προγράμματος Microsoft Excel 2007 με βάση αλφαριθμητικό κώδικα, σύμφωνα με τον οποίο η απάντηση όχι αντιστοιχεί στο 0 και η απάντηση ναι στο 1. Για τις μεταβλητές με ημιποσοτική εκτίμηση με βάση την πεντάβαθμη κλίμακα Likert ακολουθήθηκε κωδικοποίηση από 1-5 αντίστοιχα. Για τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ ακολουθήθηκε αναγωγή βαθμολογίας στα 100 (με κλιμάκωση βαθμολογίας 0-25-50-75-100). Σε όσες ερωτήσεις προβλεπόταν από τις οδηγίες ερμηνείας του ερωτηματολογίου, έγινε αναστροφή βαθμολογίας πριν την ανάλυση.

Για όλες τις ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν τα σταθμισμένα ελληνικά ερωτηματολόγια, όπως έχουν προκύψει μετά την εφαρμογή τους σε δείγμα πληθυσμού της Κύπρου. Σε περίπτωση άρνησης / απουσίας απάντησης σε συγκεκριμένη ερώτηση, το ερωτηματολόγιο αποκλείστηκε από την ανάλυση για τη συγκεκριμένη παράμετρο. Σε όλες τις κωδικοποιημένες ερωτήσεις υπολογίστηκε αρχικά η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, το μέγιστο και το ελάχιστο για το σύνολο του δείγματος. Ακολούθως, η κατανομή διαχωρίστηκε σε 2 ομάδες για έκαστη των μεταβλητών που συγκρίθηκαν, δηλαδή: φύλο, ηλικία, τομέας εργασίας (παθολογικός-χειρουργικός), επιλογή εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα, έτη εργασίας, έτη υπηρεσίας στο τμήμα, ποιότητα εργασίας, ασφάλεια στο τμήμα, άγχος από την εργασία, βαθμός κόπωσης. Οι μεταβλητές επιλέχθηκαν με βάση τη διαθέσιμη βιβλιογραφία για τις παραμέτρους που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας στο χώρο της υγείας.

Για κάθε μεταβλητή συγκρίθηκαν οι μέσες τιμές όλων των ερωτήσεων μεταξύ των 2 ομάδων, καθώς και οι μέσοι βαθμοί συμφωνίας για τα 6 SAQ scores με βάση τη δοκιμασία του t-test. Το ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης τέθηκε στο 5% ($p < 0.05$), με μία επιφύλαξη για οριακές τιμές p μεταξύ 0.5 και 0.1 (που θεωρούνται ενδεικτικές και όχι επιβεβαιωτικές στατιστικά σημαντικής διαφοράς λόγω του κινδύνου σφάλματος πολλαπλών επαναλήψεων). Για τις διχοτομικές ποιοτικές μεταβλητές (π.χ. γενική κόπωση) η σύγκριση ανάμεσα στις υποομάδες του δείγματος βασίστηκε στη δοκιμασία X^2 για τετράπτυχους πίνακες.

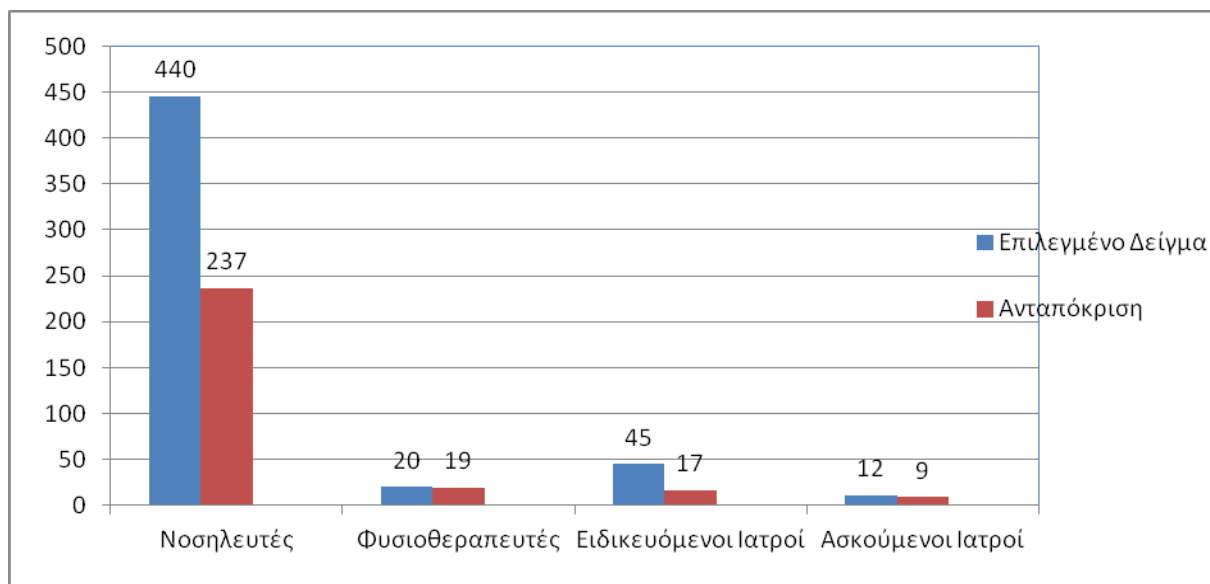
3.7. Αποτελέσματα

3.7.1 Ποσοστά ανταπόκρισης

Συγκεντρώθηκαν 282 έγκυρα ερωτηματολόγια, από το σύνολο 516 ερωτηματολόγιων με ποσοστό ανταπόκρισης (55%). Από τους 498 νοσηλευτές που εργάζονται στους θαλάμους εσωτερικής νοσηλείας 440 πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής. Από τους 55 ειδικευμένους ιατρούς που εργάζονται στους θαλάμους εσωτερικής νοσηλείας οι 45 πληρούσαν τα κριτήρια, ενώ από τους 12 ασκούμενους και 20 φυσιοθεραπευτές οι οποίοι εργάζονταν σε τακτική βάση στους θαλάμους νοσηλείας, όλοι πληρούσαν τα κριτήρια. Οι υπόλοιποι είτε δεν είχαν συμπληρώσει διάστημα ενός έτους στο τμήμα είτε βρίσκονταν σε άδεια μακράς διάρκειας κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Αξιοσημείωτη είναι η υψηλή ανταπόκριση των φυσιοθεραπευτών και ασκούμενων ιατρών που εργάζονται στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα. Ενώ μειωμένο ήταν το ενδιαφέρον από τους ειδικευμένους ιατρούς, μερικοί από τους οποίους αρνήθηκαν ευγενικά να συμμετάσχουν.

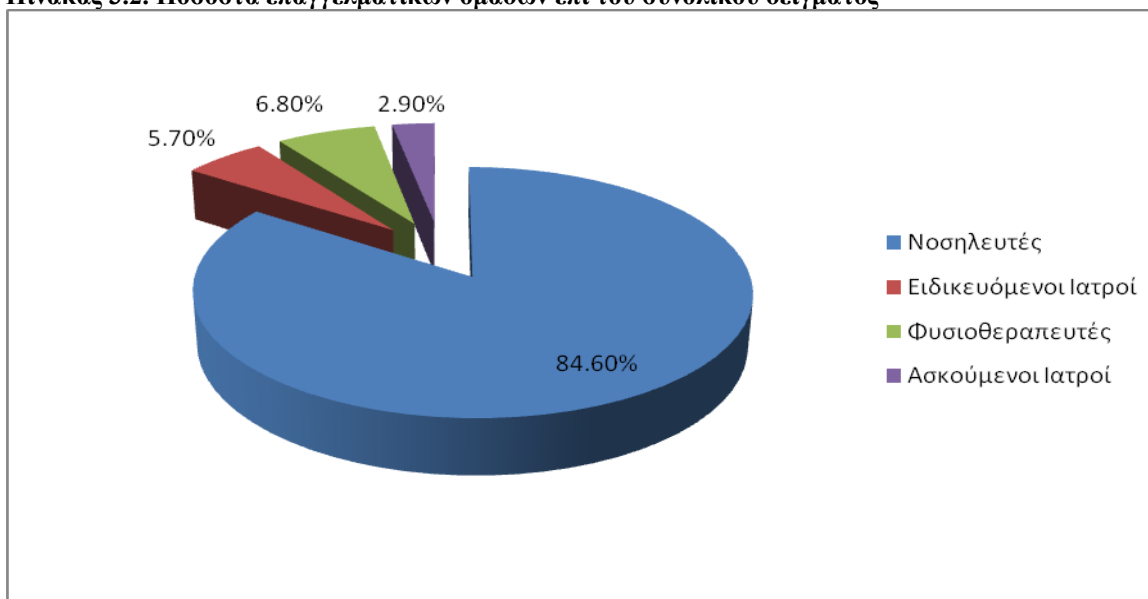
Το ποσοστό της ανταπόκρισης ανά επαγγελματική ομάδα παρουσιάζεται στο πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 3.1).

Πίνακας 3.1. Ανταπόκριση ανά επαγγελματική ομάδα



Ακολούθως παρουσιάζεται το ποσοστό που καλύπτει η κάθε επαγγελματική ομάδα έναντι του συνολικού δείγματος (Πίνακας 3.2).

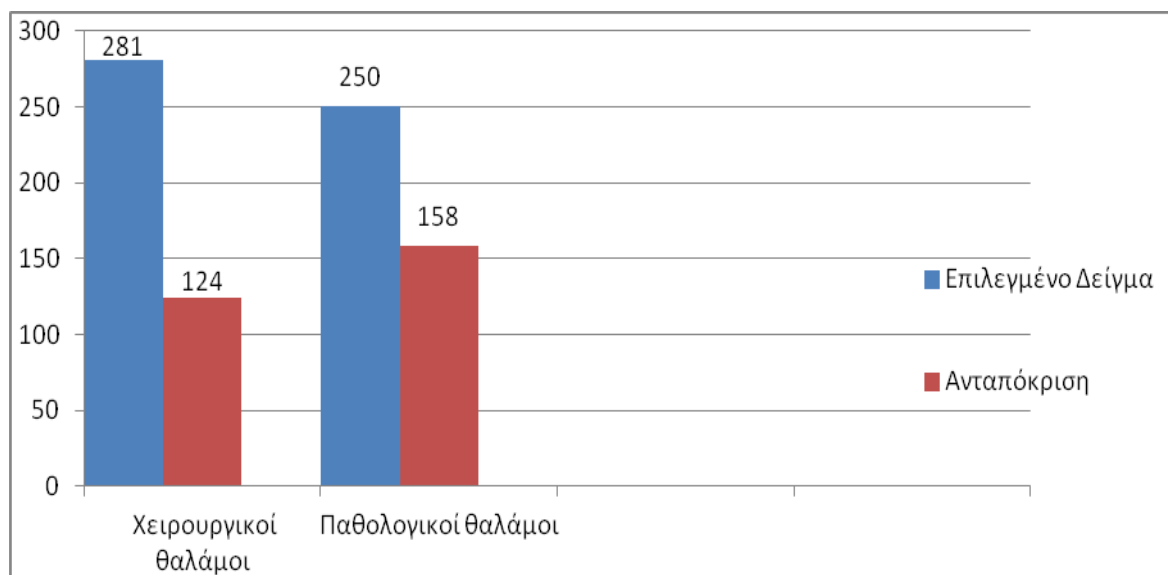
Πίνακας 3.2. Ποσοστά επαγγελματικών ομάδων επί του συνολικού δείγματος



Όπως παρατηρούμε, τη συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελούν οι νοσηλεύτες, αφού αποτελούν και την μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα στις υπηρεσίες υγείας και συνήθως παρουσιάζονται πρόθυμοι να συμμετέχουν σε ερευνητικές εργασίες.

Πιο κάτω παρουσιάζεται το ποσοστό ανταπόκρισης ανά ιατρικό τομέα. Δηλαδή από τους παθολογικούς θαλάμους νοσηλείας και τους χειρουργικούς θαλάμους (Πίνακας 3.3).

Πίνακας 3.3. Ανταπόκριση ανά ιατρικό τομέα



Παρατηρούμε ότι στους Παθολογικούς θαλάμους υπήρξε εμφανώς υψηλότερη ανταπόκριση (63.2%), από τα χειρουργικά τμήματα (44.1%), πιθανών λόγω της στενότερης επαγγελματικής σχέσης του ερευνητή με το προσωπικό που εργάζεται στους εν λόγω θαλάμους.

3.7.2 Κοινωνικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Η μέση τιμή για την ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα $34,28 \pm 10,38$ έτη, με εύρος τιμών 22 με 52 έτη. Ο μέσος όρος χρόνου άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν τα $11,56 \pm 10,8$ έτη, ενώ ο μέσος χρόνος εργασίας στο τμήμα ήταν τα $6,99 \pm 7,27$ έτη με μέγιστο τα 31 έτη και ελάχιστο το 1 έτος.

Το δείγμα αποτελείται από 207 (73,7%) γυναίκες και 74 (26,3%) άνδρες. Από αυτούς 186 ήταν μόνιμοι (66%). Οι έκτακτοι ήταν 96 και αποτελούν το 34%. Από το πιο πάνω δείγμα

παντρεμένοι ήταν οι 158 (56,4%), ελεύθεροι οι 83 (29,6%), με συμβίωση οι 25 (8,9%), 10 ήταν χωρισμένοι (3,6%) και 4 χήροι (1,4%) (Πίνακας 3.4).

Πίνακας 3.4 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητή	N	%
Άντρες	74	26,3%
Γυναίκες	207	73,7%
Μόνιμος	186	66%
Έκτακτος	96	34%
Οικογενειακή Κατάσταση:		
Έγγαμοι	158	56,4%
Άγαμοι	83	29,6%
Με συμβίωση	25	8,9%
Χωρισμένοι	10	3,6%
Χήροι	4	1,4%

Επιπλέον υπολογίστηκε η διαφορά στην μέση ηλικία μεταξύ αντρών και γυναικών, μόνιμων και εκτάκτων και ιατρών και νοσηλευτών και παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα. (Πίνακας 3.5)

Πίνακας 3.5. Διαφορές στην μέση ηλικία

Παράμετρος	Μέση Τιμή Ηλικίας	Τυπική Απόκλιση(SD)
Άντρες	32.6	10.32
Γυναίκες	36	10.68
Μόνιμοι	42.86	7.58
Έκτακτοι	26.12	4.86
Ιατροί	30.38	4.27
Νοσηλευτές	34.86	10.32

Παρατηρούμε ότι οι άντρες του δείγματος έχουν χαμηλότερη μέση ηλικία από τις γυναίκες. Οι έκτακτοι επαγγελματίες υγείας όπως αναμενόταν παρουσιάζουν χαμηλότερη μέση ηλικία από τους μόνιμους, ενώ οι ιατροί έχουν μικρότερη μέση ηλικία από τους νοσηλευτές. Σε αυτό συντέμνει το γεγονός ότι στην έρευνα συμμετείχαν μόνο αριθμός ειδικευομένων και ασκούμενων ιατρών ενώ οι ειδικοί ιατροί δεν συμμετείχαν.

3.7.3 Ποσοστά των απαντήσεων στις γενικές ερωτήσεις

Προτού προβούμε στο υπολογισμό των βαθμολογιών στους έξι παράγοντες του SAQ θα παρουσιαστούν σε ποσοστά οι απαντήσεις που έδωσε το δείγμα στις γενικές ερωτήσεις που αποτελούν το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου. Ακολούθως με τη χρήση του t-test θα διερευνηθεί κατά πόσο η εμπειρία, η ηλικία, το φύλο και ο τομέας εργασίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην βαθμολογία που έδωσε το δείγμα στις ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση από την εργασία, την κόπωση, τον βαθμό του στρες, την ικανοποίηση από την διοίκηση και την προσωπική ποιότητα των υπηρεσιών. Στους Πίνακες 3.6, 3.7, 3.8 παρουσιάζονται τα ποσοστά των απαντήσεων στις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Πίνακας 3.6 Ποσοστά των απαντήσεων στις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Παράμετρος	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση(SD)
Έτη Υπηρεσίας	11.56	10.8
Έτη στο Τμήμα	6.99	7.27
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα σας;	7.78	1.3

Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στο τμήμα;	8.27	1.19
Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την εργασία σας στο τμήμα;	7.58	1.55
Ηλικία	34.28	10.58
Βαθμός Άγχους(0-10)	6.44	1.81
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχετε εργαστεί;	7.03	1.57
Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές;	7.74	1.42
Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς;	7.17	1.45
Από 0 έως 10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας;	8.03	1.41
Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη Διοίκηση;	6.56	2.18
Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το Υπουργείο Υγείας;	5.99	2.08

Από το πιο πάνω Πίνακα 3.4 παρατηρούμε ότι η μέση τιμή ετών υπηρεσίας (11.56), που παρουσιάζει το δείγμα μας αποδεικνύει ότι το Νοσοκομείο στελεχώνεται από σχετικά νέο προσωπικό, εάν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι οι αφυπηρετήσεις γίνονται περίπου στα 35 έτη υπηρεσίας. Το γεγονός αυτό ενισχύει και η μέση τιμή της ηλικίας (34.28).

Η ποιότητα της φροντίδας ατομικά με ελάχιστο το μηδέν και μέγιστο το δέκα παίρνει μέση τιμή (8.27) και βαθμολογείται υψηλότερα από την ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα (7.78), ενώ υψηλός θεωρείται και ο βαθμός ασφάλειας των ασθενών στο τμήμα (8.03). Ικανοποιητική βαθμολογία παίρνει και η ικανοποίηση από τη εργασία (7.58). Αντίθετα, αρκετά χαμηλή βαθμολογία παίρνει η ικανοποίηση από τη διοίκηση (6.56) και ακόμα χαμηλότερη η ικανοποίηση από το Υπουργείο Υγείας (5.99).

Στον Πίνακα 3.5 παρατηρούμε ότι το 72.56% του προσωπικού υποστηρίζει ότι εργάζεται στο τμήμα του από δική του επιλογή. Υψηλό είναι το ποσοστό που αναφέρει ότι η εργασία του προκαλεί άγχος (70.50%), ενώ ακόμη υψηλότερο είναι το ποσοστό που αναφέρει μια γενικότερη κόπωση(84.53).

Πίνακας 3.7 Ποσοστά των απαντήσεων στις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Ερώτηση	Ναι	Όχι
Η εργασία σας στο συγκεκριμένο Τμήμα υπήρξε δική σας επιλογή;	N=201	N=76
Ποσοστό(%)	72.56	27.43
Έχετε εργαστεί σε άλλο Νοσοκομείο;	N=154	N=125
Ποσοστό(%)	55.19	44.80
Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς;	N=196	N=82
Ποσοστό(%)	70.50	29.49
Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση;	N=235	N=43
Ποσοστό(%)	84.53	15.46

Στον πιο κάτω Πίνακα 3.6, το 60.57% αναφέρει ότι αισθάνεται συχνά κόπωση ενώ το 22.93% πολύ συχνά. Μεγάλο επίσης ποσοστό του δείγματος παρουσιάζεται να συμφωνεί κάπως μέχρι απόλυτα ότι μετά το ωράριο εργασίας νοιώθει ψυχικά και σωματικά κουρασμένο. Τέλος το συντριπτικά μεγαλύτερο ποσοστό υποστηρίζει ότι θα συνιστούσε σε γνωστό ή συγγενή να νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο τμήμα.

Πίνακας 3.8 Ποσοστά των απαντήσεων στις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Ερώτηση	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Κάπως	Συμφωνώ	Συμφωνώ Κάπως	Συμφωνώ Απόλυτα
Σύσταση σε συγγενή για Νοσηλεία (N)	3	14	21	90	52	96

Ποσοστό %	1	5	8	33	19	34
Μετά το ωράριο χωρίς όρεξη (N)	6	38	64	77	54	38
Ποσοστό %	2	14	23	28	19	14
Συχνότητα Κόπωσης	Πολύ Σπάνια		Σπάνια		Συχνά	Πολύ Συχνά
	8		38		169	64
Ποσοστό(%)	3		14		60	23

Στη συνέχεια τέθηκαν και εξετάστηκαν διάφορα ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις. Καταρχήν εξετάστηκε η υπόθεση ότι η εμπειρία παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση από την εργασία, την κόπωση, τον βαθμό του στρες και την ικανοποίηση από την διοίκηση.

Για να εξεταστούν οι πιο πάνω υποθέσεις χρησιμοποιήθηκε το παραμετρικό t-test με το οποίο ελέγχεται η διαφορά δύο ανεξάρτητων ομάδων ως προς τη μέση τιμή. Το δείγμα κατηγοριοποιήθηκε σύμφωνα με τον συνολικό χρόνο άσκησης του επαγγέλματος. Υπολογίστηκε η διάμεσος των ετών συνολικής εμπειρίας η οποία ήταν τα 7 έτη (median =7 έτη). Τα χρόνια κωδικοποιήθηκαν σε 1= μέχρι 7 έτη και 2= πάνω από 7 έτη όσο αφορά την συνολική εμπειρία. Στο Πίνακα 3.9 παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,004) στην βαθμολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν προσωπικά, με τους πιο έμπειρους να βαθμολογούν υψηλότερα (8,45±1,07) την ποιότητα των υπηρεσιών τους από τους νεότερους επαγγελματίες υγείας (8,07±1,27).

Πίνακας 3.9. Εμπειρία και μέσες βαθμολογίες

	Βαθμός Ικανοποίησης (0-10) mean(+SD)	Βαθμός στρες (0-10) mean(+SD)	Βαθμός Ικανοποίησης από την διοίκηση(0-10) mean(+SD)	Ποιότητα προσωπική (0-10) mean(+SD)
Λιγότερη Εμπειρία<7 έτη	7,56(1,57)	6,23(1,87)	6,63(2,28)	8,07(1,27)
Περισσότερη Εμπειρία>7έτη	7,57(1,52)	6,59(1,73)	6,52(2,07)	8,45(1,07)
	P=0,48	P=0,07	P= 0,33	P=0,004

Όσον αφορά την ηλικία, υπολογίστηκε η διάμεσος που ήταν τα 30 έτη (median=30) και τα δεδομένα για την ηλικία κωδικοποιήθηκαν σε 1=(-median), 2=(median και άνω). Παρατηρούμε, όπως και στην εμπειρία μια στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,017) μόνο στην βαθμολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν προσωπικά, με τους πιο έμπειρους να βαθμολογούν υψηλότερα (8,41±1,02) την ποιότητα των υπηρεσιών τους από τους νεότερους επαγγελματίες (8,1±1,27) (Πίνακας 3.9.1).

Πίνακας 3.9.1. Ηλικία και μέσες βαθμολογίες

	Βαθμός Ικανοποίησης (0-10) mean(+SD)	Βαθμός στρες (0-10) mean(+SD)	Βαθμός Ικανοποίησης από την διοίκηση(0-10) mean(+SD)	Ποιότητα προσωπική (0-10) mean(+SD)
Ηλικία				
>30 (n=125)	7,54(1,57)	6,45(1,74)	6,45(2,05)	8,41(1,02)
<30(n=135)	7,59(1,54)	6,38(1,89)	6,58(2,23)	8,1(1,27)
	P=0,40	P=0,38	P=0,31	P=0,017

Στον πιο κάτω πίνακα παρατηρούμε ότι οι γυναίκες βαθμολογούν καταφανώς πιο ψηλά και το στρες, χωρίς όμως να προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις υποθέσεις (Πίνακας 3.9.2)

Πίνακας 3.9.2 Φύλο και συνολική βαθμολογία

	Βαθμός Ικανοποίησης (0-10) mean(+SD)	Βαθμός στρες (0-10) mean(+SD)	Βαθμός Ικανοποίησης από την διοίκηση(0-10) mean(+SD)	Ποιότητα προσωπική (0-10) mean(+SD)
Φύλο				
Άντρες (n=74)	7,56(1,68)	6,11(1,97)	6,63(2,24)	8,17 (1,28)
Γυναίκες (n=207)	7,58(1,51)	6,53(1,75)	6,53 (2,16)	8,29(1,16)
	P=0,47	P=0,08	P=0,36	P=0,22

Πιο κάτω επιχειρείται μέσω του t-test μια σύγκριση μεταξύ των παθολογικών θαλάμων εσωτερικής νοσηλείας με τους χειρουργικούς θαλάμους στους ίδιους παράγοντες. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται μόνο στον βαθμό ικανοποίησης, με το χειρουργικό τομέα να παρουσιάζει υψηλότερο βαθμό (7,8±1,48), έναντι του παθολογικού (7,37±1,56) (p=0.013).

Στις υπόλοιπες κατηγορίες οι μέσες τιμές παρουσιάζονται χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πίνακας 3.9.3).

Πίνακας 3.9.3. Τομέας

	Βαθμός Ικανοποίησης (0-10) mean(+SD)	Βαθμός στρες (0-10) mean(+SD)	Βαθμός Ικανοποίησης από την διοίκηση(0-10) mean(+SD)	Ποιότητα προσωπική (0-10) mean(+SD)
Τομέας				
Παθολογικός Τομέας N=139	7,37(1,56)	6,41(1,78)	6,55(2,16)	8,13(1,16)
Χειρουργικός Τομέας N=115	7,8(1,48)	6,5(1,87)	6,56(2,36)	8,35(1,22)
	P= 0,013	P= 0,37	P= 0,48	P=0,07

Για την αξιολόγηση του βαθμού γενικής κόπωσης σε σχέση με τις δημογραφικές παραμέτρους του φύλου, της ηλικίας, της εμπειρίας και του τομέα εργασίας χρησιμοποιήθηκε επιπλέον η μέθοδος X – τετράγωνο για τετράπτυχους πίνακες, η οποία ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο για το φύλο (Πίνακας 3.9.4)

Πίνακας 3.9.4. Γενική Κόπωση

ΓΕΝΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ	ΦΥΛΟ (θήλυ- άρρεν)	ΗΛΙΚΙΑ (<30 - >30)	ΕΜΠΕΙΡΙΑ (<7 - >7)	ΤΟΜΕΑΣ (Παθολογικός- Χειρουργικός)
ΝΑΙ (Αριθμός)	178-57	135-100	120-115	118-95
ΟΧΙ (Αριθμός)	27-16	26-17	25-18	19-18
p	0.002	0.63	0.26	0.53

Τέλος με τη βοήθεια του παραμετρικού t-test και του χ^2 έγινε προσπάθεια να γίνει σύγκριση μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων των φυσιοθεραπευτών, των ιατρών και των νοσηλευτών όσο αφορά το στρες στην εργασία, την κόπωση, το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία, την ποιότητα υπηρεσιών στο τμήμα και προσωπικά και τον βαθμό του στρες που βιώνουν

γενικότερα. Στους πιο κάτω πίνακες (3.9.5 και 3.9.6) παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσο αφορά την κόπωση με τους νοσηλευτές να παρουσιάζονται πιο κουρασμένοι από τις άλλες επαγγελματικές ομάδες. Στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει επίσης και στην βαθμολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών στο τμήμα τους μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών, με του πρώτους να την βαθμολογούν πιο ψηλά.

Πίνακας 3.9.5. Σύγκριση εργασιακών ομάδων

χ^2	Στρες στην εργασία Ναι-Όχι (Αριθμός)	Κόπωση Ναι-Όχι (Αριθμός)
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ	6-14	6-14
ΙΑΤΡΟΙ	7-18	7-18
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	67-165	30-202
p	0.989	0.025

Πίνακας 3.9.6. Σύγκριση εργασιακών ομάδων

T-TEST	Βαθμός Ικανοποίησης (0-10) mean+SD	Βαθμός στρες (0-10) mean+SD	Ποιότητα τμήματος(0-10) mean+SD	Ποιότητα προσωπική (0-10) mean+SD
Φυσιοθεραπευτές	7,55	6,47	7,55	8,40
Ιατροί	7,08	6,50	6,88	8,00
Νοσηλευτές	7,64	6,46	7,86	8,29
p	0.314	0.572	0.001	0.265

3.7.4 Αποτελέσματα κλίμακας SAQ

Για τον υπολογισμό των 6 παραγόντων της κλίμακας SAQ, έγινε ταξινόμηση των ερωτήσεων που ανήκαν στην κάθε κατηγορία και το άθροισμα των ερωτήσεων της κάθε κατηγορίας διαιρέθηκε με τον αριθμό των ερωτήσεων για να βρεθεί η μέση τιμή του παράγοντα. Αν πάρουμε για παράδειγμα το Κλίμα ασφαλείας, το άθροισμα των ερωτήσεων: 4, 5, 11, 12, 22, 23, 30, διαιρέθηκε με το 7.

Ακολούθως έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί η επίδραση της εμπειρίας στους έξι παράγοντες του SAQ. Λήφθησαν υπόψη τόσο ο συνολικός χρόνος άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος όσο και ο συνολικός χρόνος εργασίας στο τμήμα που ήταν τοποθετημένος ο κάθε νοσηλευτής.

Πίνακας 3.9.7 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις στους 6 παράγοντες του SAQ

Κατηγορία SAQ	Μέση Τιμή + Τυπική Απόκλιση	Συνολικός Χρόνος Άσκησης του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος		P	Συνολικός Χρόνος Εργασίας στο Τμήμα		P
		Λιγότερη Εμπειρία ≤7	Περισσότερη Εμπειρία >7		Λιγότερη Εμπειρία ≤3	Περισσότερη Εμπειρία >3	
Ομαδική εργασία	64,01(26,03)	61,36(16,76)	66,75(18,84)	0,006	62,46(17,62)	65,38(18,26)	0,09
Κλίμα ασφαλείας	61,60(26,65)	60,35(15,75)	62,75(17,45)	0,11	60,55(15,63)	62,38(17,44)	0,18
Ικανοποίηση από την εργασία	68,76(24,56)	68,23(16,55)	69,65(18,10)	0,24	67,64(17,28)	70,05(17,33)	0,12
Αναγνώριση του στρες	65,50(27,67)	65,84(16,66)	65,91(21,51)	0,48	65,65(21,46)	64,23(21,2)	0,29
Αντιλήψεις για την διοίκηση	53,94(27,08)	52,56(17,39)	55,80(20,82)	0,08	52,31(18,90)	55,25(20,44)	0,10
Εργασιακές συνθήκες	54,98(27,69)	52,97(17,45)	57,32(19,60)	0,02	52,49(19,99)	56,33(19,49)	0,05

Από το πιο πάνω πίνακα παρατηρούμε κανένας από τους έξι παράγοντες του SAQ δεν ξεπερνά το 75 που θεωρείται θετικό σκορ. Η αξιολόγηση της Ικανοποίησης από την εργασία λαμβάνει την πιο ψηλή τιμή (68,76±24,56), ακολουθεί η αναγνώριση του στρες (65,50±27,67), η Ομαδική Εργασία (64,01±26,03) και η το Κλίμα Ασφαλείας (61,60±26,65). Οι πιο πάνω βαθμολογίες κρίνονται ως μέτριες. Χαμηλή βαθμολογία έλαβαν οι Εργασιακές

Συνθήκες (54,98±27,69) και ακόμα πιο χαμηλή οι Αντιλήψεις για την Διοίκηση (53,94±27,08). (Πίνακας 3.9.7)

Το δείγμα κατηγοριοποιήθηκε σύμφωνα με το συνολικό χρόνο άσκησης του επαγγέλματος και το συνολικό χρόνο εργασίας του στο τμήμα. Υπολογίστηκε η διάμεσος των ετών συνολικής εμπειρίας η οποία ήταν τα 7 έτη (median =7 έτη) και η διάμεσος των ετών συνολικής εμπειρίας στο τμήμα που υπολογίστηκε στα 3 έτη (median =3 έτη). Τα χρόνια κωδικοποιήθηκαν σε 1= μέχρι 3 έτη και 2= πάνω από 3 έτη όσο αφορά την εμπειρία στο τμήμα και σε 1= μέχρι 7 έτη και 2= πάνω από 7 έτη όσον αφορά την συνολική εμπειρία. Τα κωδικοποιημένα δεδομένα συγκρίθηκαν ως προς τα αποτελέσματα των έξι παραγόντων του SAQ.

Παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εμπειρία τόσο συνολικά όσο και στο χρόνο που εργάζονται στο τμήμα τους δίνουν υψηλότερη βαθμολογία στους παράγοντες του SAQ. Στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει στους παράγοντες «Ομαδική εργασία» (p=0,006), όπου οι μεγαλύτεροι σε εμπειρία βαθμολόγησαν (66,75±18,84) σε σύγκριση με τους νεότερους (61,36±16,76). Επίσης στον παράγοντα «Εργασιακές συνθήκες» (p=0,02), όπου οι μεγαλύτεροι βαθμολόγησαν (57,32±19,60), σε σύγκριση με τους νεότερους (52,97±17,45), ενώ στον ίδιο παράγοντα όσο αφορά τον χρόνο εργασίας στο τμήμα (p=0,05) με του νεότερους (52,49±19,99) και τους παλαιότερους (56,33±19,49). Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων παρουσιάζεται εκτενέστερα στο κεφάλαιο της συζήτησης.

Υπολογίστηκε η διάμεση ηλικία του δείγματος που ήταν τα 30 έτη (median=30) και τα δεδομένα για την ηλικία κωδικοποιήθηκαν σε 1=(0-median), 2= (median και άνω). Τα κωδικοποιημένα δεδομένα συγκρίθηκαν ως προς τα αποτελέσματα των έξι παραγόντων του SAQ. Διαφάνηκε ότι τα άτομα πάνω από την διάμεση ηλικία βαθμολόγησαν πιο υψηλά τους παράγοντες του SAQ με εξαίρεση την «Αναγνώριση του στρες». Στατιστικά σημαντική διαφορά διαφάνηκε στις κατηγορίες «Ομαδική εργασία» με (66,19±17,96) έναντι (61,33±16,93) και p= 0,014 και «Εργασιακές συνθήκες» με (57,77±18,58) έναντι (51,71±16,94) και P= 0,003. (Πίνακας 3.9.8)

Στην συνέχεια με τη χρήση του t-test εξετάστηκε η διπολική ερώτηση «Η εργασία σας στο συγκεκριμένο Τμήμα υπήρξε δική σας επιλογή». Στο σημείο αυτό τα άτομα που απάντησαν ότι δεν ήταν δική τους επιλογή, απάντησαν θετικότερα σε όλες τις κατηγορίες του SAQ. Στις κατηγορίες μάλιστα «Κλίμα ασφαλείας» και «Αντιλήψεις για την διοίκηση» βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Στην πρώτη (62,71±16,06) έναντι (58,37±17,82) με p= 0,02 και στην δεύτερη (55,36±19,5) έναντι (49,58±19,98) με p= 0,01

Πίνακας 3.9.8 T-test δημογραφικών και άλλων στοιχείων με τις κατηγορίες του SAQ

Μεταβλητή	Ομαδική εργασία	Κλίμα ασφαλείας	Ικανοποίηση από την εργασία	Αναγνώριση του στρες	Αντιλήψεις για την διοίκηση	Εργασιακές συνθήκες
Ηλικιακή Ομάδα						
>30 (n=125)	66,19(17,96)	61,82(16,57)	68,75(18,77)	64,94(22,58)	55,04(20,67)	57,77(18,58)
≤30 (n=135)	61,33(16,93)	60,37(15,31)	67,36(15,51)	66,89(16,4)	52,17(17,29)	51,71(16,94)
	P= 0,014	P= 0,23	P= 0,26	P= 0,21	P= 0,11	P= 0,003
Η εργασία σας στο συγκεκριμένο Τμήμα υπήρξε δική σας επιλογή;						
Ναι(n=76)	63,82(18,55)	58,37(17,82)	68,43(15,85)	64,44(21,22)	49,58(19,98)	51,89(19,27)
Όχι(n=201)	64,12(17,88)	62,71(16,06)	69,03(18,11)	66,08(19,42)	55,36(19,5)	55,75(19,17)
	P= 0,45	P= 0,02	P= 0,39	P= 0,27	P= 0,01	P= 0,06
Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση;						
Ναι(n=235)	63,40(18,45)	60,86(17,05)	67,22(17,40)	65,01(20,44)	53(20,12)	54,24(19,51)
Όχι(n=43)	66,50(15,67)	63,87(14,96)	76,36(16,41)	65,77(21,17)	58,18(16,62)	55,25(17,89)
	P= 0,15	P= 0,14	P= 0,0007	P= 0,41	P= 0,058	P= 0,37

Στην διπολική ερώτηση που αφορά το ερώτημα «Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση;», ακολουθήθηκε ο ίδιος τρόπος βαθμολόγησης και αντιπαραβολής με τους παράγοντες του SAQ. Η υπόθεση ότι αυτοί που αισθάνονται γενικότερη κόπωση θα βαθμολογούσαν χαμηλότερα τους παράγοντες του ερωτηματολογίου επαληθεύτηκε. Μάλιστα στην κατηγορία «Ικανοποίηση από την εργασία», υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, αφού από όσους απάντησαν ότι αισθάνονται μια γενικότερη κόπωση παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την εργασία $67,22 \pm (17,40)$, ενώ από όσους δεν αισθάνονται εμφανίζεται ικανοποιημένο $(76,36 \pm 16,41)$ με $p= 0,0007$.

Εξαιρετικά μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ερώτηση «Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς;». Όσοι απάντησαν αρνητικά βαθμολόγησαν υψηλότερα όλους τους παράγοντες του SAQ από αυτούς που απάντησαν θετικά, παρουσιάζοντας μάλιστα σε όλους τους παράγοντες στατιστικά σημαντική διαφορά, επαληθεύοντας την υπόθεσή μας ότι το άγχος επιδρά αρνητικά στους παράγοντες του ερωτηματολογίου. (Πίνακας 3.9.9)

Επίσης στην ερώτηση: «Από 0 έως 10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας;», με διάμεσο το 8 (median =8), όσοι απάντησαν 0-8 παρουσίασαν χαμηλότερη βαθμολογία σε όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου από αυτούς που απάντησαν 9-10, με στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις κατηγορίες, επαληθεύοντας επίσης την υπόθεση μας ότι η αίσθηση της ασφάλεια των ασθενών συνδέεται θετικά με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου μας.

Πίνακας 3.9.9 T-test δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών με τους παράγοντες του SAQ

Μεταβλητή	Ομαδική εργασία	Κλίμα ασφαλείας	Ικανοποίηση από την εργασία	Αναγνώριση του στρες	Αντιλήψεις για την διοίκηση	Εργασιακές συνθήκες
Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς;						
Ναι(n=196)	62,26(17,97)	60,24(17,07)	66,39(17,93)	67,43(19,05)	52,22(19,75)	53,01(19,46)
Όχι(n=82)	67,78(17,77)	63,96(15,79)	74,34(15,29)	59,72(22,90)	57,5(19,0)	58,05(18,46)
	P= 0,009	P= 0,04	P= 0,0002	P= 0,002	P= 0,02	P= 0,024
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα σας;						
<Διάμεσος (0-7)	57,04(16,73)	54,33(16,85)	61,44(15,29)	67,87(16,40)	47,63(18,86)	48,9(17,01)
>Διάμεσος(8-10)	67,49(17,65)	65,12(15,41)	72,57(17,33)	63,79(22,22)	56,95(19,38)	57,63(19,64)
	p<0.0001	p<0.0001	p<0.0001	P= 0,057	p<0.0001	P= 0,00014
Από 0 έως 10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας;						
<Διάμεσος(0-8)	60,04(17,31)	56,76(15,64)	64,5(17,22)	69,02(19,28)	49,29(18,36)	50,39(17,40)
>Διάμεσος(9-10)	69,61(17,59)	68,81(15,11)	74,91(15,76)	58,96(20,95)	59,86(19,89)	60,16(19,75)
	p<0.0001	p<0.0001	p<0.0001	p<0.0001	p<0.0001	p<0.0001
Φύλο						
Άντρες(n74)	61,45(18,12)	61,1(16,73)	67,07(20,10)	66,80(18,41)	53,43(19,92)	54,13(19,58)
Γυναίκες(n207)	64,75(17,87)	61,46(16,70)	69,27(16,46)	65,58(19,33)	54,38(18,88)	55,15(18,37)
	P= 0,08	P= 0,43	P= 0,17	P= 0,31	P= 0,35	P= 0,34

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η ερώτηση για το πώς θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα σας. Εδώ με διάμεσο το 7 (median =7) όσοι απάντησαν 0-7 παρουσίασαν επίσης χαμηλότερη βαθμολογία σε όλους τους παράγοντες του

ερωτηματολογίου από αυτούς που απάντησαν 8-10. Παρατηρείται οριακά και πάλι στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις κατηγορίες εκτός από την αναγνώριση του στρες.

Το φύλο δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τους έξι παράγοντες. Παρατηρούμε όμως ότι σε όλους τους παράγοντες εκτός από την αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων, οι γυναίκες να βαθμολογούν ελαφρώς υψηλότερα .

Ακολούθως επιχειρείται μέσω του t-test μια σύγκριση μεταξύ των παθολογικών θαλάμων εσωτερικής νοσηλείας με τους χειρουργικούς θαλάμους σε σχέση με τις απαντήσεις τους στους παράγοντες του SAQ. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται μόνο στην κατηγορία της ομαδικής εργασίας με τον παθολογικό τομέα να παρουσιάζει υψηλότερη μέση βαθμολογία (67,89±16,63), έναντι του χειρουργικού (61,09±19,15). Στις υπόλοιπες κατηγορίες τα νούμερα παρουσιάζονται παραπλήσια χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές. (Πίνακας 3.9.9.1)

Πίνακας 3.9.9.1 T-test παθολογικού και χειρουργικού τομέα σε σχέση με τους παράγοντες του SAQ

Μεταβλητή	Ομαδική εργασία	Κλίμα ασφαλείας	Ικανοποίηση από την εργασία	Αναγνώριση του στρες	Αντιλήψεις για την διοίκηση	Εργασιακές συνθήκες
Παθολογικός Τομέας N=139	67,89(16,63)	62,74(17,20)	68,45(17,05)	64,94(19,93)	54,92(18,05)	55,19(17,67)
Χειρουργικός Τομέας N=115	61,09(19,15)	61,81(16,58)	70,32(18,01)	66,13(19,651)	54,23(21,23)	55,19(20,14)
	P= 0,001	P= 0,33	P= 0,19	P= 0,31	P= 0,39	P= 0,49

Ακολούθως υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές και η τυπική απόκλιση (mean / SD) και τα % θετικά σκορ των ερωτήσεων στις έξι κατηγορίες του SAQ ξεχωριστά.

Πίνακας 3.9.9.2. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ερωτήσεων του παράγοντα «Ομαδική Εργασία»

Ομαδική Εργασία	Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)	% Θετικά Σκορ
37.Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	74,09(23,77)	72,34
36.Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	66,87(24,66)	65,60
3. Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το τμήμα	61,54(25,01)	56,38
26. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών	61,82(27,79)	54,96

32. Οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	58,72(28,35)	47,51
40. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές σε αυτό το τμήμα εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	60,90(26,57)	52,48

Στον πιο πάνω πίνακα η μόνη πρόταση που συγκέντρωσε ικανοποιητική βαθμολογία ήταν : «Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι», αφού έλαβε θετική βαθμολογία 72,34 % και μέση τιμή (74,09±23,77), πολύ κοντά στο 75 που θεωρείται ικανοποιητική βαθμολογία. Η βαθμολογία στις υπόλοιπες προτάσεις παρουσιάζεται μέτρια, με χαμηλότερη στην πρόταση «οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα επιλύονται κατάλληλα» με θετική βαθμολογία 47,51 και μέση τιμή (58,72±28,35) (Πίνακας 3.9.9.2).

Ακολουθώς παρατίθενται τα αποτελέσματα των μέσων τιμών και θετικών βαθμολογιών για τον παράγοντα «Κλίμα Ασφαλείας». Την υψηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνει η ερώτηση «Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το τμήμα» (74,45±24,16) με θετικά σκορ 74,47%, η οποία θεωρείται ικανοποιητική. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον συγκεντρώνουν τα αποτελέσματα των ερωτήσεων «Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία» (51,18 ±28,90) με θετική βαθμολογία 41,13% και «Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη» με θετική βαθμολογία μόνο 35,46% και (50,54±28,3), οι οποίες συγκέντρωσαν την πιο χαμηλή βαθμολογία (Πίνακας 3.9.9.3)

Πίνακας 3.9.9.3. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ερωτήσεων του παράγοντα «Κλίμα Ασφαλείας»

Κλίμα Ασφαλείας	Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)	% Θετικά Σκορ
5. Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα	69(25,45)	65,60
23. Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το τμήμα διευκολύνει την μάθηση από τα λάθη των άλλων	60,09(25,55)	51,41
30. Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα	62,4(26,73)	53
22. Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	63,53(27,45)	54,96
11. Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία	51,18(28,90)	41,13
4.Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το τμήμα	74,45(24,16)	74,47
12. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη	50,54(28,3)	35,46

Ακολουθεί η αναφορά στα αποτελέσματα του παράγοντα «Εργασιακή Ικανοποίηση». Ιδιαίτερο ενδιαφέρον συγκεντρώνει η ερώτηση «Μου αρέσει η δουλειά μου» η οποία συγκεντρώνει την υψηλότερη βαθμολογία με μεγάλη διαφορά. Παρουσιάζει μέση τιμή $85,61 \pm 19,81$ και θετική βαθμολογία 87,58% και είναι η ερώτηση με την υψηλότερη βαθμολογία από όλες τις ερωτήσεις του S.A.Q. Την χαμηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνει η πρόταση «Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια» με μέση τιμή $59,32 \pm 27,49$ και θετικά σκορ 51,77 %. (Πίνακας 3.9.9.4)

Πίνακας 3.9.9.4 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ερωτήσεων του παράγοντα «Εργασιακή Ικανοποίηση»

Εργασιακή Ικανοποίηση	Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)	% Θετικά Σκορ
2. Μου αρέσει η δουλειά μου	85,61(19,81)	87,58
8. Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	59,32(27,49)	51,77
15. Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	69,33(24,44)	65,95
31. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο	65,61(24,12)	57,44
44. Το ηθικό σε αυτό το τμήμα είναι υψηλό	62,45(26,96)	53,90

Ακολουθεί η κατηγορία του ερωτηματολογίου «Αναγνώριση Στρεσογόνων Παραγόντων» Παρατηρούμε ότι οι προτάσεις «Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου» ($74,91 \pm 24,95$), με θετική βαθμολογία 78,72% και «Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η» ($74,45 \pm 22,71$) με θετική βαθμολογία 80,85%, να συγκεντρώνουν την υψηλότερη βαθμολογία και προσεγγίζουν τη θετική (75). Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρόταση « Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών» η οποία συγκεντρώνει πολύ μικρότερο ποσοστό από τις άλλες τρεις ($45,03 \pm 35$), με θετική βαθμολογία μόνο 39 %. (Πίνακας 3.9.9.5).

Πίνακας 3.9.9.5 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ερωτήσεων του παράγοντα «Αναγνώριση Στρεσογόνων Παραγόντων»

Αναγνώριση Στρεσογόνων Παραγόντων	Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)	% Θετικά Σκορ
27. Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου	67,62(28,01386)	69,14
33. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	74,45(22,71585)	80,85
34. Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	74,91(24,95417)	78,72
49. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτική κρίση)	45,03(35,0)	39,00

Στον παράγοντα αντιλήψεις για τη διοίκηση που ακολουθεί, οι νοσηλευτές έδωσαν συνολικά την χαμηλότερη βαθμολογία. Την υψηλότερη βαθμολογία συμπλήρωσε η ερώτηση «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δε διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών» με μέση τιμή (68,63±26,94) και θετική βαθμολογία 61,34%. Η ερώτηση «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες», συγκέντρωσε την χαμηλότερη βαθμολογία (40,63±26,86), με θετική βαθμολογία μόνο 21,27% (Πίνακας 3.9.9.6).

Πίνακας 3.9.9.6 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ερωτήσεων του παράγοντα «Αντιλήψεις που αφορούν την Διοίκηση»

Αντιλήψεις που αφορούν την Διοίκηση	Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)	% Θετικά Σκορ
19. Τα επίπεδα του προσωπικού σε αυτό το τμήμα είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών	52,71(33,73)	47,51
10. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	40,63(26,86)	21,27
18. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	68,63(26,94)	61,34
28. Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	54,27(27,55)	42,55

Πιο κάτω παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και η θετική βαθμολογία για την παράμετρο «Εργασιακές Συνθήκες». Παρατηρούμε ότι η ερώτηση «Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς» συγκεντρώνει την υψηλότερη μέση τιμή (65,93±25,59) με θετική βαθμολογία 54,61%, που κρίνεται ως μέτρια. Οι ερωτήσεις 6 και 24 που αφορούν τις εργασιακές συνθήκες από την σκοπιά της διοίκησης βαθμολογήθηκαν σαφώς χαμηλότερα. Ειδικά η ερώτηση «Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό», βαθμολογήθηκε αρκετά χαμηλά (40,36±29,63) με θετική βαθμολογία μόνο 24,82 %. (Πίνακας 3.9.9.7)

Πίνακας 3.9.9.7 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ερωτήσεων του παράγοντα «Εργασιακές Συνθήκες»

Εργασιακές Συνθήκες	Μέση Τιμή / Τυπική Απόκλιση	% Θετικά Σκορ
6. Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού	53,35(28,44612)	42,19
7. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση	60,31(27,08)	52,13
24. Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	40,36(29,63)	24,82
45. Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	65,93407(25,59)	54,61

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να διερευνηθούν οι παράγοντες που επιδρούν στο κλίμα ασφαλείας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους νοσηλείας του Γενικού Νοσοκομείου. Ο δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach's έφθασε το 0,78 που θεωρείται αποδεκτός.

Η ανταπόκριση έφτασε στο 55%, ποσοστό το οποίο κυμαίνεται παραπλήσια του μέσου όρου σε σύγκριση με έρευνες του εξωτερικού στο ίδιο θέμα, αλλά αρκετά πιο κάτω από τις δύο έρευνες που έγιναν με το ίδιο θέμα στη χώρα μας [69,73]. Μια πρώτη παρατήρηση είναι ότι η μέση τιμή που αφορά την ηλικία, όσο και τα χρόνια συνολικής εμπειρίας του δείγματος είναι αρκετά χαμηλή γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η μεγαλύτερη μερίδα του προσωπικού του Νοσοκομείου είναι νεαρότερης ηλικίας. Αυτό πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι είναι ένα

καινούργιο και νέο-στελεχωμένο νοσοκομείο. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν διαφάνηκε ξεκάθαρα εάν ο πιο πάνω παράγοντας σχετίζεται με το κλίμα ασφαλείας στα νοσοκομεία, αφού τα αποτελέσματα των ερευνών δίστανται [69,70,73-75].

Το σχετικά χαμηλό ποσοστό συμμετοχής πιθανόν να οφείλεται στην πολύ συχνή συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας του Νοσοκομείου σε ποσοτικές έρευνες, ιδίως μετά και την αύξηση των πανεπιστημιακών ιδρυμάτων στην χώρα μας. Το γεγονός αυτό φαίνεται να έχει φθείρει τον αρχικό ενθουσιασμό τους για συμμετοχή σε τέτοιου είδους έρευνες. Ένας άλλος λόγος είναι ότι ο μεγάλος αριθμός των νοσηλευτών που αποτελούσαν το δείγμα, καθιστούσε αδύνατη την διαπροσωπική επαφή του συγγραφέα με όλους όσους τους επιδόθηκε ερωτηματολόγιο.

Μια σημαντική διαπίστωση όσον αφορά τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, είναι ότι όλες οι βαθμολογίες είναι αρκετά κάτω από το όριο των 75 βαθμών, πάνω από το οποίο θεωρείται θετική βαθμολογία. Αυτά τα αποτελέσματα δεν είναι ενδεικτικά ενός θετικού κλίματος ασφαλείας. Στην προσπάθεια να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα μας με σχετικές έρευνες που έγιναν σε νοσοκομεία άλλων χωρών, παρατηρούμε ότι αν και δεν εντοπίστηκε κάποια που διερεύνησε μόνο τους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους νοσηλείας, υπάρχουν αρκετές που αφορούν όλα τα νοσοκομειακά τμήματα και έγιναν με τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου. Αντιπαραβάλλοντας τα αποτελέσματα της εργασίας μας με αυτά της βιβλιογραφίας, συμπεραίνουμε ότι τα αποτελέσματα στους παράγοντες του SAQ βρίσκονται περίπου στον μέσο όρο. Αντίθετα συγκρίνοντας τα αποτελέσματα με αυτά της έρευνας της Κάργα [72] σε επτά νοσοκομεία στον ελλαδικό χώρο παρατηρούμε ότι είναι αρκετά υψηλότερα σε όλες τις κατηγορίες.

Όσον αφορά τους παράγοντες του ερωτηματολογίου, για την «Ομαδική εργασία» η μέση τιμή ήταν 64,01, η οποία δεν θεωρείται ικανοποιητική αφού δεν προσεγγίζει το θετικό σκορ που είναι το 75. Συγκρίνοντας την με τα αποτελέσματα της έρευνας των Sexton et. al. σε τμήματα εσωτερικής νοσηλείας στις ΗΠΑ τα αποτελέσματα είναι παραπλήσια [82]. Το ίδιο και με τα αποτελέσματα της έρευνας των Abdou και Sabe στην Αλεξάνδρεια [70]. Αντίθετα αρκετά υψηλότερα εμφανίζονται να είναι από την έρευνα των Wui-Chiang Lee et al [80]. Εμφανώς υψηλότερα είναι επίσης από τα αποτελέσματα της Κάργα στον ελλαδικό χώρο και από αυτά των δημοσίων μαιευτηρίων στην Κύπρο [69,72]. Αντίθετα τα αποτελέσματα της έρευνας που αφορούσε τις εντατικές μονάδες στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου παρουσιάζονται αρκετά υψηλότερα [73]. Υψηλότερη γενικά βαθμολογία στις κατηγορίες του SAQ, αλλά κυρίως στον παράγοντα της ομαδικής εργασίας συγκεντρώνουν γενικότερα οι έρευνες που αφορούν στις μονάδες εντατικής θεραπείας, τόσο στην βόρεια Ευρώπη όσο και στην Αμερική [74,75,79,82].

Επισημαίνεται ότι το καλό κλίμα ομαδικής εργασίας συμβάλλει καθοριστικά στην δημιουργία ασφαλέστερου περιβάλλοντος φροντίδας στα νοσοκομεία, με λιγότερα λάθη και ανεπιθύμητα συμβάντα [74,82,90]. Όπως διαφάνηκε και από την βιβλιογραφική ανασκόπηση η θετική συσχέτιση του επιπέδου συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού με τις αντιλήψεις που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, αποτελεί κυρίαρχο εύρημα.

Βάσει όμως των αποτελεσμάτων το προσωπικό χρειάζεται περισσότερη στήριξη στην εργασία και περισσότερο ομαδικό πνεύμα. Οι βαθμολογίες στις ερωτήσεις, δείχνουν ότι ζητούν η άποψη τους να έχει μεγαλύτερη απήχηση στα πλαίσια της ομάδας, αλλά και καλύτερο συντονισμό με τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες. Το γεγονός αυτό κάνει πιο επιτακτική την ανάγκη περισσότερης διερεύνησης των προβλημάτων στον τομέα αυτό. Ενθαρρυντικό στοιχείο στον παράγοντα είναι ότι το 74,09% του δείγματος απάντησε πως είναι εύκολο στο τμήμα του να ρωτά όταν δεν καταλαβαίνει κάτι γεγονός που υποβοηθά στην διάχυση της γνώσης και την αποφυγή λαθών. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις ακολουθούν με πολύ χαμηλότερη βαθμολογία. Γενικά ο παράγοντας αυτός χρήζει βελτίωσης στα τμήματα εσωτερικής νοσηλείας.

Εξετάζοντας τον παράγοντα «Κλίμα Ασφαλείας», η μέση τιμή ήταν 61,6, η οποία επίσης δεν θεωρείται ικανοποιητική αφού δεν προσεγγίζει τη θετική βαθμολογία. Συγκριτικά με τη διεθνή βιβλιογραφία που αφορά ενδονοσοκομειακά τμήματα τα αποτελέσματα είναι παρόμοια [70,71,78,80]. Είναι όμως αρκετά πιο κάτω από διεθνής έρευνες που αφορούν μονάδες εντατικής θεραπείας, όπως και από τη σχετική έρευνα στις μονάδες εντατικής θεραπείας της Κύπρου [73-75,79,82]. Σαφώς υψηλότερα όμως τοποθετείται το κλίμα ασφαλείας από την έρευνα της Κάργα όπως και από την έρευνα που αφορούσε τα μαιευτικά τμήματα στην Κύπρο [69,72].

Η μέτρια αυτή βαθμολόγηση του κλίματος ασφαλείας αντανακλά στις απόψεις του προσωπικού όσο αφορά την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα τους, τον τρόπο που καταγράφονται τα ανεπιθύμητα περιστατικά αλλά και γενικότερα τον τρόπο που διαχειρίζονται τα θέματα ασφαλείας. Βρέθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό αμφισβητεί το κλίμα ασφαλείας που επικρατεί στο τμήμα του και ενδεχομένως να τίθεται θέμα ασφαλείας των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα το προσωπικό χρειάζεται ένα αποδοτικότερο σύστημα ανατροφοδότησης για την απόδοσή του και επίσης δημιουργία ενός συστήματος αναφοράς λαθών με ορθό τρόπο διαχείρισης του και μηχανισμούς μέσω των οποίων να διασφαλίζεται η ποιότητα. Η ύπαρξη κατευθυντήριων οδηγιών και ενός αποτελεσματικού συστήματος επικοινωνίας σίγουρα επίσης θα επιδρούσε θετικά στο κλίμα ασφαλείας[91].

Ενθαρρυντικό στοιχείο αποτελεί το ποσοστό που συγκεντρώνει η ερώτηση «Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλεύομαι σε αυτό το τμήμα» το οποίο είναι πολύ κοντά στη θετική βαθμολογία.

Ο παράγοντας «Εργασιακή Ικανοποίηση» βαθμολογήθηκε υψηλότερα από όλους τους παράγοντες με μέση τιμή 68,76. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στις περισσότερες διεθνείς έρευνες που ανασκοπήθηκαν [72-75,78,79,80], ως επίσης και στην έρευνα της Κάργα που έγινε στην Ελλάδα ο παράγοντας αυτός δεν παίρνει την υψηλότερη βαθμολογία.

Αντίθετα, στις δύο έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στα μαιευτικά τμήματα και στις εντατικές μονάδες της Κύπρου, όπως και στην δική μας έρευνα, ο παράγοντας αυτός λαμβάνει την πιο υψηλή βαθμολογία [69,73]. Το γεγονός αυτό ίσως να ενισχύει την άποψη ότι το αίσθημα της εργασιακής ικανοποίησης αποτελεί κοινή συνισταμένη στους νοσηλευτές των νοσηλευτικών τμημάτων στην Κύπρο και οφείλεται μάλλον σε ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Αποτελεί δε μια δυνατή βάση για βελτίωση των υπόλοιπων παραγόντων που σχετίζονται με την κουλτούρα ασφαλείας

Μεγάλη σημασία έχει ότι η πρόταση «Μου αρέσει η δουλειά μου» που συγκέντρωσε με μεγάλη διαφορά την υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο με μέση τιμή 85,61 και 87,58% θετική βαθμολογία. Την μεγαλύτερη τιμή συγκέντρωσε και στις άλλες δύο έρευνες που έγιναν στην Κύπρο [69,73]. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η φύση του επαγγέλματος, ικανοποιεί τους νοσηλευτές και το γεγονός αυτό πρέπει να αξιοποιηθεί κατάλληλα για την βελτίωση της κουλτούρας ασφαλείας. Κάποιοι άλλοι, ίσως να είναι οι παράγοντες που μειώνουν την ικανοποίηση τους από την εργασία, όπως η έλλειψη οικογενειακού κλίματος το οποίο έλαβε αρκετά χαμηλή βαθμολογία ή το χαμηλό ηθικό στο τμήμα που επίσης βαθμολογήθηκε χαμηλά.

Σύμφωνα πάντως με αρκετούς συγγραφείς που διερεύνησαν τον τομέα της εργασιακής ικανοποίησης [92-94], τη σχετίζουν θετικά με τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και την πορεία της υγείας των ασθενών. Επίσης υποστηρίζεται πως, το γεγονός ότι αρέσει σε κάποιον επαγγελματία η φύση της εργασίας του, παρέχει ένα ισχυρό υπόβαθρο για βελτίωση των υπόλοιπων παραγόντων που συντελούν στην εργασιακή ικανοποίηση. Το θέμα χρήζει περισσότερης διερεύνησης για καθορισμό των παραγόντων αυτών.

Όσον αφορά την «Αναγνώριση του Στρες» η μέση τιμή ήταν 65,50 η οποία είναι κοντά στο μέσο όρο των διεθνών ερευνών αλλά σαφώς υψηλότερη από την έρευνα της Κάργα στην Ελλάδα. Σε σύγκριση με τις δύο δημοσιευμένες έρευνες που διεξήχθησαν στην Κύπρο, οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν καλύτερα τους στρεσογόνους παράγοντες οι οποίοι είναι ικανοί να επηρεάσουν την απόδοσή τους [69,73]. Η πρόταση η οποία συγκέντρωσε πολύ χαμηλή βαθμολογία είναι: «Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια

επειγόντων περιστατικών» με μέση τιμή 45,03 και 39% θετική βαθμολογία. Το γεγονός αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι στην συγκεκριμένη έρευνα οι πλείστοι συμμετέχοντες αρνήθηκαν ότι σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού η κούραση μειώνει την απόδοσή τους, θεωρώντας ότι σε τέτοιο ενδεχόμενο χρησιμοποιούν όλα τα αποθέματα δυνάμεων τους ώστε να κάνουν το καλύτερο για τον ασθενή.

Οι «Συνθήκες Εργασίας» δεν αφήνουν καθόλου ικανοποιημένο το προσωπικό που εργάζεται στους θαλάμους εσωτερικής νοσηλείας, αφού συγκεντρώνουν τη δεύτερη χαμηλότερη βαθμολογία με μέση τιμή 54,98. Η βαθμολογία αυτή είναι χαμηλότερη συγκρινόμενη με αρκετές έρευνες που έλαβαν χώρα στο εξωτερικό [70,71,75,78,79], αλλά υψηλότερη από την ελληνική έρευνα [72]. Όσο αφορά τις δύο έρευνες που διεξήχθησαν στην Κύπρο, τα αποτελέσματα είναι παραπλήσια με την έρευνα στα μαιευτικά τμήματα, αλλά χαμηλότερα από την έρευνα στις ΜΕΘ [69,73].

Η πολύ χαμηλή βαθμολογία που συγκεντρώνουν οι συνθήκες εργασίας αποτελεί αντικείμενο περαιτέρω διερεύνησης. Στη βιβλιογραφία, με τις συνθήκες εργασίας συνδέονται και άλλοι παράγοντες όπως η παραγωγική επικοινωνία, η σωστή εκπαίδευση και εποπτεία [95]. Οι παράγοντες αυτοί διερευνήθηκαν στην εργασία μας και βαθμολογήθηκαν χαμηλά.

Ειδικά οι ερωτήσεις 6 και 24 που αφορούν τις συνθήκες εργασίας από την σκοπιά της διοίκησης συγκέντρωσαν χαμηλότερη βαθμολογία, με την πρώτη να συγκεντρώνει μέση τιμή 53,35 και η δεύτερη 40,36. Η χαμηλή αυτή βαθμολογία μπορεί να εκληφθεί ως αιχμή προς την διοίκηση. Οι νοσηλευτές απαντώντας στην ερώτηση 6, «Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού» πιστεύουν ότι η κατάρτιση που τυγχάνουν οι νεοεισερχόμενοι εντός του νοσοκομείου δεν επαρκεί για να αντεπεξέλθουν στις μεγάλες απαιτήσεις του επαγγέλματος, παραπέμποντας στην δημιουργία πιο αποτελεσματικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Ενώ στην ερώτηση 24, «Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό», βαθμολόγησαν με το πιο χαμηλό σκορ σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ($40,36 \pm 29,63$) με θετικά σκορ μόνο 24,82 %, δείχνοντας την έντονη διαφωνία τους για τον τρόπο που χειρίζεται η διοίκηση το προβληματικό προσωπικό.

Ένα επίσης ηχηρό μήνυμα από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στη πρώτη γραμμή προς τη διοίκηση, αποτελεί η παράμετρος «Αντιλήψεις για την διοίκηση» η οποία συγκέντρωσε τη χαμηλότερη βαθμολογία από όλες τις παραμέτρους με μέση τιμή 53,94. Στην παράμετρο αυτή υπάρχει μια διεθνής σύγκλιση, αφού σε αρκετές έρευνες παίρνει χαμηλή βαθμολογία, και σε ορισμένες χαμηλότερη και από την δική μας [70,71,75,78-80]. Στην έρευνα της Κάργα στα νοσοκομεία της Αττικής η βαθμολογία είναι πολύ πιο χαμηλή, με μέση τιμή $24,87 \pm 8,8$ [72]. Εξαιρετικά ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι η δική μας βαθμολογία

είναι παραπλήσια με τις άλλες δυο έρευνες που έγιναν στην Κύπρο αφού και οι τρεις κυμαίνονται με μέσες τιμές από 52-55 [69,73].

Παράγοντες όπως τα μη ικανοποιητικά επίπεδα στελέχωσης του προσωπικού, η εξουθένωση, η ελλιπής ενημέρωση, η μη συμμετοχή των ανθρώπων της πρώτης γραμμής στις αποφάσεις και η αίσθηση της ελλιπούς στήριξη του προσωπικού από τη διοίκηση, οδηγούν στο πολύ χαμηλό σκορ. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το σκορ στην ερώτηση «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες» με μέση τιμή 40,63. Είναι εμφανές ότι το προσωπικό θέλει να στείλει το μήνυμα ότι χρειάζεται περισσότερη διοικητική στήριξη στις προσπάθειες του. Τα ευρήματα αυτά πρέπει να παρακινήσουν την διοίκηση να τους ακούσει, να τους στηρίξει και να τους δώσει κίνητρα να διατηρήσουν την απόδοσή τους σε υψηλά επίπεδα, δίνοντας τους την κατάλληλη ανατροφοδότηση για το έργο που προσφέρουν.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι πιο έμπειροι νοσηλευτές βαθμολόγησαν πιο υψηλά και τις έξι κατηγορίες του SAQ με στατιστικά σημαντική διαφορά να υπάρχει στις κατηγορίες ομαδική εργασία και εργασιακές συνθήκες. Το γεγονός αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα της έρευνας στα μαιευτικά τμήματα της Κύπρου, αλλά όχι απόλυτα με τα ευρήματα της έρευνας που έγινε στις εντατικές μονάδες [69,73].

Στην παρούσα έρευνα, όσον αφορά τον παράγοντα συνθήκες εργασίας μια εξήγηση που μπορούμε να δώσουμε με βάση τις απαντήσεις είναι ότι ίσως η έλλειψη αποτελεσματικής στήριξης και ομαδικού πνεύματος από τους πιο έμπειρους νοσηλευτές, η αναποτελεσματική εποπτεία από τους προϊσταμένους και η ελλιπής ενημέρωση τους σε θέματα ασφάλειας των ασθενών να οδήγησε τους νεότερους να σημειώσουν χαμηλότερη βαθμολογία.

Όσον αφορά την «ομαδική εργασία» μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι πιο νέοι βαθμολογούν χαμηλότερα επειδή λόγω της έλλειψης εμπειρίας είναι πιο δύσκολο να αντιληφθούν επαρκώς τη δυναμική μιας ομάδας και να λειτουργήσουν αποτελεσματικά μέσα σε αυτή, ιδιαίτερα στα επείγοντα περιστατικά. Χρειάζεται πολύ χρόνο και εμπειρία για να βελτιωθεί το επίπεδο και η ποιότητα της συνεργασίας μεγαλύτερων και νεότερων εντός της ομάδας [69]. Άλλη εξήγηση μπορεί να είναι ότι οι παλαιότεροι ίσως να αποφεύγουν να θεωρούν πάντοτε τους νεότερους ως ισότιμα μέλη της ομάδας γεγονός που τους δυσαρεστεί. Γεγονός πάντως είναι ότι χρειάζεται καλύτερη διαπροσωπική επικοινωνία και μεγαλύτερη εξοικείωση μεταξύ τους προκειμένου να λειτουργήσουν ως μια συνεκτική ομάδα. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσουν εκπαιδευτικά προγράμματα που προάγουν την ομαδική εργασία και το ομαδικό πνεύμα, αλλά και η κατάλληλη υποστήριξη και ανατροφοδότηση των νεοτέρων, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν πιο εποικοδομητικά ως ισότιμα μέλη της ομάδας.

Όσοι απάντησαν ότι το επάγγελμα τους αποτελεί πηγή άγχους για αυτούς βαθμολόγησαν πιο χαμηλά τους παράγοντες του SAQ από αυτούς που απάντησαν αρνητικά με στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις κατηγορίες. Αντίθετα, στις άλλες δυο έρευνες που έγιναν στην Κύπρο αν και οι περισσότερες κατηγορίες βαθμολογήθηκαν υψηλότερα από αυτούς που απάντησαν αρνητικά, δεν παρουσιάστηκε οποιαδήποτε στατιστικά σημαντική διαφορά[69,73].

Στην παρούσα έρευνα, βρέθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα στρες επιδρούν αρνητικά στο κλίμα ασφαλείας που επικρατεί στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους νοσηλείας, με αρνητικές επιπτώσεις στην ασφάλεια των ασθενών. Το γεγονός ότι το 70.5% του δείγματος απάντησε ότι νοιώθει στρες αυξάνει την σημασία του. Την αρνητική συσχέτιση του στρες με την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών υποστήριξαν και αρκετοί συγγραφείς που ασχολήθηκαν με τις επιδράσεις του. Υποστήριξαν την ανάγκη δημιουργίας παρεμβατικών προγραμμάτων για αποσυμφόρηση από το στρες και πρόληψη της εργασιακής εξουθένωση, την δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς, τη προώθηση των μεθόδων υποκίνησης των εργαζομένων και την δυνατότητα εναλλαγής καθηκόντων [96,97]. Αυτά τα μέτρα θα ήταν εποικοδομητικό να τα μελετήσει η διοίκηση του νοσοκομείου.

Στις ερωτήσεις στις οποίες ζητήθηκε να βαθμολογηθεί από το 0-10 η ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα τους και από 0-10 πόσο ασφαλές θεωρούν ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα τους, όσοι απάντησαν κάτω από τη διάμεσο βαθμολόγησαν πιο χαμηλά τους παράγοντες του SAQ από αυτούς που απάντησαν πάνω από τον διάμεσο με στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις κατηγορίες. Το γεγονός αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι το προσωπικό συνδέει την ποιότητα των υπηρεσιών με την ασφάλεια των ασθενών θεωρώντας την αλληλένδετη.

Επίσης σημαντικά θετική σχέση με όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου φαίνεται να έχει η παροχή ποιότητας φροντίδας μέσα σε ένα κλίμα ασφαλείας για τους ασθενείς. Το γεγονός αυτό μπορεί να προσδώσει στο προσωπικό περισσότερο ομαδικό πνεύμα, εργασιακή ικανοποίηση, καλύτερες συνθήκες εργασίας και καλύτερη σχέση με την διοίκηση, γεγονός που δείχνει την μεγάλη σημασία της παραμέτρου αυτής.

Τέλος όσο αφορά τη σύγκριση μεταξύ των παθολογικών θαλάμων νοσηλείας με τους χειρουργικούς σε σχέση με τις απαντήσεις στις κατηγορίες του SAQ, στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζετε μόνο στην κατηγορία της ομαδικής εργασίας με τον παθολογικό τομέα να παρουσιάζει υψηλότερο ποσοστό έναντι του χειρουργικού. Κατά την βιβλιογραφική μας ανασκόπηση πάντως υπήρξε σύγκλιση των ερευνών στο ότι η καλή συνεργασία και το ομαδικό πνεύμα συμβάλουν στην ασφάλεια των ασθενών (76,82,83,93). Στην έρευνα μας, αν

και η βαθμολογία στο κλίμα ασφαλείας παρουσιάζεται ελαφρώς υψηλότερη στα παθολογικά τμήματα δεν υπάρχει οποιαδήποτε στατιστικά σημαντική διάφορα.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα έρευνα γενικά το κλίμα ασφαλείας δεν μπορεί να κριθεί θετικό σε κανένα από τους έξι παράγοντες που εξετάστηκαν, αφού οι βαθμολογίες ήταν πιο χαμηλές από αυτή που ορίστηκε ως θετικό σκορ. Ενθαρρυντικό στοιχείο μπορεί να θεωρηθεί το υψηλό επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης, ενώ οι βαθμολογίες για την αναγνώριση του στρες, την ομαδική εργασία και το κλίμα ασφαλείας παρουσιάζονται λιγότερο ενθαρρυντικές. Πολύ μέτρια βαθμολογία συγκέντρωσαν οι εργασιακές συνθήκες και οι αντιλήψεις για την διοίκηση.

Το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών παρουσιάζονται να τους «αρέσει η δουλειά τους» θεωρήθηκε ενθαρρυντικό διότι μπορεί να αποτελέσει μια δυνατή βάση για να σχεδιαστούν παρεμβάσεις για την βελτίωση του κλίματος ασφαλείας. Οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές διαφαίνεται ότι χρήζουν περισσότερης υποστήριξης από τους πιο έμπειρους αλλά και από την διοίκηση.

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας αναδεικνύουν την ανάγκη παρέμβασης σε όλες της κατηγορίες του ερωτηματολογίου ώστε να προαχθεί το κλίμα ασφαλείας και να επιτευχθεί ο στόχος της μείωσης των λαθών και των συνεπειών τους. Ειδικότερα ο ρόλος της διοίκησης φαίνεται να χρήζει ποιοτικής αναβάθμισης, αφού ένα μεγάλο ποσοστό θεωρεί ότι το κλίμα ασφαλείας δεν επηρεάζεται όσο θα έπρεπε θετικά από την διοίκηση των νοσοκομείων και των θαλάμων ειδικότερα.

Γίνεται αντιληπτό ότι επιβάλλεται η ασφάλεια των ασθενών να περάσει ως κουλτούρα ξεκινώντας από το στάδιο της εκπαίδευσης των νέων επαγγελματιών σε πτυχιακό επίπεδο και ακολούθως μέσα από προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

Συμπεραίνεται επίσης ότι επείγει η δημιουργία ενός εθνικού προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας που θα αρχίσει με την δημιουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος αναφοράς λαθών και συνεχή επιτήρηση τους. Σίγουρα δεν είναι δυνατό να εξαλειφθούν τελείως τα λάθη. Στόχος θα πρέπει να είναι όμως η έγκαιρη αναγνώριση των λαθών, ο μετριασμός των συνεπειών τους, η ανάδειξη των βαθύτερων αιτιών που οδηγούν σε αυτά και η βελτίωση των διαδικασιών για αποφυγή τους. Επίσης η εισαγωγή του θεσμού του λειτουργού ασφαλείας θα μπορούσε να θεωρηθεί ως βήμα προς την ορθή κατεύθυνση. Ο λειτουργός θα μπορούσε να βοηθήσει στην αναγνώριση των προβλημάτων που σχετίζονται

με την ασφάλεια των ασθενών, να εισηγηθεί διορθωτικά μέτρα, να επιβλέψει την εφαρμογή τους και να επανεκτιμήσει την αποτελεσματικότητά τους.

Φυσικά για την επιτυχία των πιο πάνω χρειάζεται πρώτα απ' όλα πολιτική βούληση αλλά και συναίνεση και συνεργασία όλων των φορέων όπως του Υπουργείου Υγείας, Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Διοικήσεων Νοσοκομείων, αλλά και συναίνεση και εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας της πρώτης γραμμής. Θεωρείται ότι η προαγωγή του κλίματος ασφαλείας στα νοσοκομεία θα λειτουργούσε ευεργετικά στην πορεία της υγείας των ασθενών και στην μείωση όλων των ψυχοκοινωνικών αλλά και οικονομικών συνεπειών που επιφέρουν τα λάθη και ανεπιθύμητα περιστατικά.

Περιορισμοί

Στην παρούσα έρευνα προέκυψαν ορισμένοι περιορισμοί. Καταρχήν δείγμα λήφθηκε μόνο από τους χειρουργικούς και παθολογικούς θαλάμους νοσηλείας και τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε όλο το νοσοκομείο. Το μεγάλο μέγεθος του νοσοκομείου σε σύγκριση με τα κυπριακά δεδομένα και τα περιορισμένα μέσα που είχαμε στην διάθεση μας καθιστούσαν δύσκολη την συμπερίληψη όλων των τμημάτων του νοσοκομείου.

Στην έρευνα συμμετείχαν ιατροί, νοσηλευτές και φυσιοθεραπευτές οι οποίοι έχουν άμεση επαφή με την φροντίδα των ασθενών στο τμήμα τους και τα αποτελέσματα δεν μπορεί να γενικευτούν πέραν αυτών των εργασιακών ομάδων. Επιλέχθηκαν αυτές οι ομάδες επαγγελματιών διότι λόγω της φύσης του ερωτηματολογίου, στόχος ήταν να ληφθεί δείγμα από τους προσοντούχους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έχουν τοποθέτηση σε συγκεκριμένο θάλαμο και συμμετέχουν ενεργά στην φροντίδα των ασθενών. Δυστυχώς οι ειδικευόμενοι ιατροί είχαν μειωμένη συμμετοχή στην έρευνα, ενώ δεν κατέστη δυνατό να έχουμε δείγμα από ειδικούς. Οι ιατροί γενικότερα φαίνεται να έχουν μια προκατάληψη για συμμετοχή σε έρευνες που διεξάγονται από νοσηλευτές. Τα πιο πάνω δεν μας επέτρεψαν να προβούμε σε συγκρίσεις μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων.

Αν και ο αριθμός του δείγματος μπορεί να θεωρηθεί μεγάλος η συμμετοχή του 55% θεωρείται μειωμένη σε σύγκριση με άλλες έρευνες που έγιναν στην Κύπρο γύρω από το ίδιο θέμα. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί ότι οφείλεται στην πολύ συχνή συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου σε ποσοτικές έρευνες, ιδίως μετά και την αύξηση των πανεπιστημιακών ιδρυμάτων στην χώρα μας. Άλλος λόγος είναι ότι οι παθολογικοί και χειρουργικοί θάλαμοι νοσηλείας αριθμούν πέραν των 500 νοσηλευτών και ήταν πολύ δύσκολο να προσεγγιστούν όλοι με τον κατάλληλο τρόπο για να πεισθούν να συμμετέχουν στην έρευνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] World Health Organization. Global Priorities for Patient Safety Research. Geneva; 2009
- [2] World Health Organization. Patient Safety Research. Assessing and tackling patient harm. Geneva; 2010
- [3] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem. Fund Quart.* 1983; 44:166-206.
- [4] Αλεξιάκης Α, Σιγάλας Ι. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές. Τόμος Δ. Πάτρα: ΕΑΠ; 1999
- [5] Deming E. *Out of the Crisis.* Cambridge: MA. Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study; 1982
- [6] Ronda H. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services; 2008
- [7] Ραφτόπουλος Β. Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας Λευκωσία: Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΠΙΑΚ;2009
- [8] Kohn T, Corigan M, Donaldson S. *To err is human: building a safer health system.* Washington: National, Academy Press; 2000
- [9] Lilford R, Mohammed A, Spiegelhalter D, Thomson R. Use and measure of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *The Lancet*: 2004; 363:1147-1154
- [10] Κάργα Μ, Καλαφάτη Μ, Γιαννακοπούλου Μ. Διαχείριση λαθών από Έλληνες νοσηλευτές. *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία.* 2008; 2:7-21
- [11] Rigby D. Errors in health care management what do they cost? *Quality Healthcare.* 2000; 9:216-221
- [12] Troyen B, Nan L, Russel L, Newhouse J, Weiler M. Incidence of Adverse events and Negligence in Hospitalized Patient. *The new England Journal of Medicine* 1991; 324 (6): 370-376
- [13] Sammer C, Lykens K, Mains D, Lackan N. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42 (2):156–165.
- [14] Armellino D, Griffin M. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. *Journal of Nursing Management* 2010; 18:796–803

- [15]. Guldenmund F. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety science* 2000; 34:315-257
- [16] Rand Europ. Improving patient safety in the E.U. Assessing the expected effects of three policy areas for future action. RAND Corporation; 2007.
http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf [πρόσβαση Σεπ.2011]
- [17] Williams P. Medication errors. Royal College of Physicians of Edinburgh 2007; 37: 343–346
- [18] European Commition. Council Recommendations on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Brussels; 2009.
http://ec.europa.eu/health/ph_systems/patient_safety_en.htm [πρόσβαση Σεπ.2011]
- [19] European Commition. Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe. Brussels; 2009.
http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_en.pdf [πρόσβαση Σεπ.2011]
- [20] European Commission. Special Eurobarometer. Patient safety and quality of healthcare. Full report. Brussels; 2010
- [21] World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. ISBN:9789241598552. Geneva; 2009
http://www.who.int/topics/patient_safety/en/www.who.int/topics/patient_safety/en/
[πρόσβαση Οκτ.2011]
- [22] Altman E, Clancy C, Blendon J. Improving patient safety – five years after the IOM report. *New England Journal of Medicine* 2004; 351:2041-2043
- [23] NPSF: Death by Medicine . Boston; 1997.
<http://www.npsf.org> [πρόσβαση Οκτ.2011]
- [24] Donchin Y. A Look into the Nature and Causes of Human Errors in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*. 1995; 23 (2): 294-300
- [25] Valentin A, Capuzzo M, Guitied B, Moreno R, Metnitz B, Bauer P. Errors in the administration of parenteral drugs – an urgent safety issue in Intensive Care Units: results from a multinational prospective study. *BMJ*. 2009; 338:b814
- [26] Brennan A, Leape L, Laird M. Inccidence of Adnerse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of medicine*. 1991; 48:2137-2145
- [27] Bates W, Spell N, Cullen J, Burdick E, Laird N, Petersen A. The cost of adverse drug events in hospitalized patient. *JAMA*. 1997; 277:307-311

- [28] Hilfiker D. Facing our mistakes. *New England Journal of Medicine* 1984; 310 (2): 11822
- [29] Wu W. Medical error the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000; 320 (7237): 726–737
- [30] OECD. Dada on mortality due to adverse care events and that due to adverse drug events, are additive measures based on the ICD – 10 Indexes. Paris; 2003.
www.oecd.org. [πρόσβαση Νοέμβριος 2011].
- [31] The National Steering Committee on Patient Safety: Building a Safer System. Canada; 2002
- [32] Wu A, Folkman S, McPhee J, Lo. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA* 1991; 265:2089-2094.
- [33] W.H.O. Factors leading to patient harm. Eastern Mediterranean Regional office; 2004
- [34] Weingart S, Wilson R, Gibberd R, Harrison. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320: 774-777
- [35] Wachter M, (2004). “The End of the Beginning: Patient Safety Five Years After ‘To Err is Human’”. *Quality of Care; Health Affairs – Web Exclusive*, w4-534- W4-545
- [36] Sanders J, Cook G. *ABC of Patient Safety*. Oxford: Blackwell; 2007.
- [37] Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*. 2011; 11:45-57
- [38] National Steering Committee on Patient Safety. *A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care: Building a Safer System*. Ottawa;2002.
- [39] World Health Organization: Factors leading to patient harm. Eastern Mediterranean Regional office; 2004.
- [40] Reason J. *Managing the risks of Organizational Accident*. U.K: Aldershot,Hampshire; 1997
- [41] Centre for Healthcare Improvement: **From Learning to Action IV. Fourth Queensland Health Report on Clinical Incidents and Sentinel Events in the Queensland Public Health System 2008/09. Queensland;2011.**
- [42] Stone P, Kane C, Larson E, Horan T, Glance L, Zwanziger J, Dick A. Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes, *Med Care* 2007; 45: 571–578
- [43] Rogers A, Hwang W, Scott L, Aiken L, Dinges D. The Working Hours Of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. *Health Affaire* 2007; 23 (4): 202-212
- [44] Landrigan C, Parry G, Catherine B, Hackbarth A, Goldmann D, Sharek P.

Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care. *New England Journal of Medicine* 2010; 363:2124-2134.

[45] NHS: Education for Scotland. *An introduction to Safety Climate*. Scotland; 2010.

[46] Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson M. Measuring safety climate in health care. *Quality & Safety in Health Care* 2006; 15(2):109-115.

[47] Hann M, Bower P, Campbell S, Marshall M, Reeves D. The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. *Fam. Pract* 2007; 24(4): 323-329

[48] Cui-fie L, Watterson L. Measuring the safety climate in NHS organisations *Art and Science . Nursing Standard*. 2010; 24 (24): 35-38.

[49] Hoy K, Tarter J, Kottkamp B. *The nature of the workplace in open schools/healthy schools measuring organizational climate*. Columbus: Arlington Writers Ltd; 1997

[50] Schein E. *Organizational Psychology*. (3rd Edition) Prentice Hall: Englewood Cliffs; 2009

[51] Blake R, Mouton S. *Building a dynamic corporation through grid organization development*. Addison-Wesley Publishing Compan;1969.

[52] Koberg S, Chusmir H. Organizational culture relationships with creativity and other job-related variables. *J Busn Re* 1987; 15:397–409

[53] Williams L, Dobson P, Walters M. *Changing culture*. London: Institute of Personnel Management; 1989

[54] International Nuclear Safety Advisory Group –INSAG. *Safety Culture*. Report 75-INSAG 4- International Atomic Energy Agency. Vienna;1989

[55] Agency for Healthcare Research and Quality. U. S: Department of Health and Human Services. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville; 2004

[56] Human Engineering for the Health and Safety Executive. *A review on safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit*. Bristol; 2005

[57] The Institution of Engineering and Technology. *Health & Safety Policy Statement*. Health & Safety Briefing No. 08. England; 2009.

www.theiet.org/factfiles [πρόσβαση Νοεμ.2011]

[58] NHS. National Patient Safety Agency Foresight Training. *Resource Pack* . London; 2008.

[59] Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-770.

[60] Edmondson C. Psychological Safety and Learning Behavior in WorkTeams. *Administrative Science Quarterly*. 1999; 44 (2): 350–383.

- [61] Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Quality and Safety in Health Care* 2005; 14:231–233.
- [62] Ashkanasy N, Wilderom C, Peterson M. *Handbook of organizational culture and climate*. London: Sage publications Inc; 2011
- [63] Flin R, Mearns K, O'Connor P. Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science*. 2000; 34:177–192.
- [64] Zohar D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*. 1980; 65: 96–102
- [65] Neal A, Griffin A: Safety climate and safety at work. In: Barling J, Frone M,. *The psychology of workplace safety*. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
- [66] Zohar D. A group-level model of safety climate: testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs. . *Journal of Applied Psychology*. 2000; 85:587–596.
- [67] Ασημένια Ν. Μέτρηση του Κλίματος Ασφαλείας των Ασθενών στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου με τη χρήση Ερωτηματολογίου. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Διοίκηση Επιχειρήσεων, με εξειδίκευση στη Στρατηγική διοίκηση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας;2010
- [68] Singla A, Kitch B, Weissman J, Campbell E. Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. *Journal of Patient Safety* 2006; 2 (3): 105-115
- [69] Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M. Safety Culture in the Maternity Units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Services Research*. 2011; 11:238
- [70] Abdou H, Saber K. A Baseline Assessment of Patient Safety Culture among Nurses at Student University Hospital. *World Journal of Medical Sciences* 2011; 6 (1):17-26,
- [71] Ramanujam R, Abrahamson K, Anderson J: Influences on Nurse Perception of Hospital Unit Safety Climate: an HLM Approach. *Regenstrief Center for Healthcare Engineering: RCHE Publications*; 2007
[http://docs.lib.purdue.edu/rche rp/34](http://docs.lib.purdue.edu/rche_rp/34) [πρόσβαση Νοεμ.2011]
- [72] Κάργα Μ. Διαχείριση των λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, με εξειδίκευση στη Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής; 2009 .

- [73] Raftopoulos V, Pavlakis A. 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*. 2012; xx:xxx-xxxx
- [74] Patterson D, Huang D, Fairbanks R, Simeone S, Weaver M, Wang H. Variation in Emergency Medical Services Workplace Safety Culture. NIH Public Access. *Pre-hospital Emergency Care*. 2010; 14(4): 448–460
- [75] Patterson D, Huang D, Fairbanks R, Wang H. The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire. *American Journal of Medical Quality*. 2010; XX(X) 1–7
- [76] Siassakos D, Fox R, Hunt L, Farey J, Laxton C. Attitudes Toward Safety and Teamwork in a Maternity Unit With Embedded Team Training. *American Journal of Medical Quality* 2011; 26: 132-137.
- [77] Relihan E, Glynn S, Daly D, Silke B, Ryder S. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. *Ireland Journal Medicine Science*. 2009; 178:433–439
- [78] Deilkes E, Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Services Research*. 2010; 10:85-90.
- [79] Huang D, Clermont G, Sexton J, Karlo C. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Critical Care Med*. 2007; 35(1):165-176
- [80] Lee W, Wung H, Liao H, Lo C, Chang F, Wang P, Fan A, Chen H, Yang H, Hou S. Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Services Research* 2010; 10:234-41.
- [81] Davenport D, Henderson W, Mosca C, Khuri S, Mentzer R. Risk-Adjusted Morbidity in Teaching Hospitals Correlates with Reported Levels of Communication and Collaboration on Surgical Teams but Not with Scale Measures of Teamwork Climate, Safety Climate, or Working Conditions. *J AmColl Surg* 2007; 205:778–784.
- [82] Sexton B, Thomas E, Helmreich R. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Med*. 2003; 31(3): 956-959
- [83] Thomas E, Sexton B, Helmreich R. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000; 320:745–9
- [84] EuNetPas. Patient Safety Culture instruments used in Member States EuNetPas, 2009 http://90plan.ovh.net/~extranetn/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-catalogue-use-of-psi-in-ms-april-13-2010.pdf [πρόσβαση Νοέμβριος 2011].

- [85] Ραφτόπουλος Β. Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2002; 19(5): 577-589
- [86] Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts P, Thomas E. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Services Research. 2006; 6:44.
- [87] Hilton A, Skrutkofski M. Traslating instruments into other languages: development and testing processes, Cancer Nursing 2002; 25:1-7
- [88] Lynn M. Determination and quantification of content validity. Nursing Research 1986; 35:382-385
- [89] Polid D. Statistic and dada analysis for nursing research, 2nd edition, M., C. (ed.), Pearson; 2010
- [90] Pronovost P, Berenholtz S, Goeschel C, Thom I, Watson S. Improving patient safety in intensive care units in Michigan. Journal of Critical Care 2005; 23 (2): 207-221
- [91] Pettker M, Thung F, Norwitz R, Buhimschi S, Raab A, Copel A. Impact of a Comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. American Journal Obstetric Gynecology. 2009; 200:492.
- [92] Αλετράς Β, Καραθάνου Α. Μέτρηση της ικανοποίησης από την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας; 2007
- [93] Χαραλαμπίδου Ε. Επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών: Τμήμα Νοσηλευτικής; 1996
- [94] Gruneberg M.M. Understanding Job Satisfaction. London: The Macmillan Press Ltd; 1979
- [95] Siassakos D, Fox R, Hunt L, Farey J, Laxton C, Winter C, Draycott T. Attitudes toward Safety and Teamwork in a Maternity Unit with Embedded Team Training. American Journal of Medical Quality 2011; 26(2):132-137
- [96] Δημητρόπουλος Χ, Φιλίππου Ν. Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008; 25(5):642-647
- [97] Παππά Ε, Αναγνωστόπουλος Φ, Νιάκας Δ. Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008; 25(1):94-101

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1- Ερωτηματολόγιο SAQ Ελληνική Έκδοση

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι απολύτως προσωπικό και **ανώνυμο**. Σκοπός του είναι να εκτιμηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την ασφάλεια στους θαλάμους νοσηλείας και το ΤΑΕΠ. Η βοήθειά σας είναι πολύτιμη και τα αποτελέσματα θα συμβάλουν στην αύξηση της γνώσης. Δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λανθασμένες» απαντήσεις ή τοποθετήσεις. Απλώς, δώστε τη δική σας απάντηση όπως εσείς αισθάνεστε και όχι σύμφωνα με το τι θα έπρεπε να απαντήσει κάποιος/α. Παρακαλούμε να το συμπληρώσετε μόνοι/ες σας και να το επιστρέψετε.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας.

Εργάζομαι στο Τμήμα

Παθολογικό
Χειρουργικό

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

Είμαι :

Έκτακτος /η 1

Μόνιμος /η 0

1. ΦΥΛΟ:

Άνδρας 1

Γυναίκα 0

2. ΗΛΙΚΙΑ: _____ (χρόνια)

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ανύπαντρος/η 5

Παντρεμένος/η 4

Χωρισμένος/η 3

Χήρος/η 2

Συμβίωση 1

4. Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματός σας: _____ (χρόνια)

5. Συνολικός χρόνος εργασίας σας στο συγκεκριμένο τμήμα: _____ (χρόνια)

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

8. Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα σας; _____

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

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

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

6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

12. Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση; ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Πόσο συχνά αισθάνεστε κόπωση; ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ

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

18. Εάν ναι πόσο θα βαθμολογούσατε το άγχος σας από 0 – 10; _____

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

6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

20. Ιδιότητα:

Νοσηλευτικός Λειτουργός (ΝΛ)	<input type="checkbox"/>	5
ΝΛ ειδικότητας	<input type="checkbox"/>	4
Ιατρός	<input type="checkbox"/>	3
Ειδικευόμενος ιατρός	<input type="checkbox"/>	2
Ασκούμενος ιατρός	<input type="checkbox"/>	1
Φυσιοθεραπεύτρια/της	<input type="checkbox"/>	0

21. Έχετε εργαστεί σε άλλο Νοσοκομείο; ΝΑΙ ΟΧΙ

22. Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχετε εργαστεί;

23. Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές;

24. Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς; _____

25. Από 0 έως 10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας; _____

26. Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη Διοίκηση; _____

27. Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το Υπουργείο Υγείας; _____

Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια

Έκδοση για νοσηλευτικά τμήματα

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

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερος /η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
1. Τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Μου αρέσει η δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Η ενημέρωση (πχ η αναφορά της κατάστασης του κάθε ασθενή στο τέλος κάθε βάρδιας) είναι σημαντική για την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Σε αυτό το τμήμα γίνονται εμπεριστατωμένες αναφορές για την κατάσταση του κάθε ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Όταν με διακόπτουν από την εργασία μου η ασφάλεια των ασθενών μου δεν επηρεάζεται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Όλο το προσωπικό στην δικό μου τμήμα αναλαμβάνει την ευθύνη για την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Τα επίπεδα του προσωπικού σε αυτό το τμήμα είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Οι αποφάσεις σε αυτό το τμήμα λαμβάνονται μετά από συμβουλές από τους κατάλληλους ανθρώπους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Το Νοσοκομείο προάγει την ομαδική εργασία και τη συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το τμήμα διευκολύνει την μάθηση από τα λάθη των άλλων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ο εξοπλισμός σε αυτό το τμήμα είναι επαρκής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Έχω δει άλλους να κάνουν λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τους ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Το άγχος από προσωπικά μου προβλήματα επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Οι διακοπές στη συνεχόμενη παροχή φροντίδας των ασθενών (π.χ. αλλαγή βάρδιας, μεταφορά ασθενών) μπορεί να είναι επιζήμιες για την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Κατά την αντιμετώπιση ενός επείγοντος περιστατικού μπορώ να προβλέψω τις επόμενες ενέργειες του υπόλοιπου προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Οι ιατροί και το οι νοσηλεύτες σε αυτό το τμήμα εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Συχνά δεν μπορώ να εκφράσω τη διαφωνία μου προς τους Ιατρούς σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Τα πολύ ψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας με ενεργοποιούν και βελτιώνουν την απόδοσή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Οι σωστοί επαγγελματίες μπορούν να αφήσουν τα προσωπικά τους προβλήματα στο περιθώριο όταν εργάζονται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Το ηθικό σε αυτό το τμήμα είναι υψηλό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Γνωρίζω το όνομα και το επίθετο όλων των συναδέλφων που εργάστηκαν μαζί μου στην τελευταία βάρδια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Έχω κάνει λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Οι ιατροί σε αυτό το τμήμα κάνουν καλή δουλειά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτική κρίση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας (π.χ. έλεγχος φαρμάκων, έλεγχος αναπνευστήρων, άλλες εντολές)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Αν χρειαστεί, γνωρίζω τον τρόπο να αναφέρω λάθη που μπορεί να συμβούν σε αυτό το τμήμα					
52. Η ασφάλεια των ασθενών ενισχύεται συνεχώς ως προτεραιότητα σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Η διαπροσωπική επικοινωνία σε αυτό το τμήμα είναι περισσότερο φιλική παρά τυπικά ιεραρχική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Όλα τα σημαντικά θέματα μεταφέρονται πολύ καλά κατά τη διάρκεια της αλλαγής βάρδιας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Υπάρχει καθολική συμμόρφωση σε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τεκμηριωμένα κριτήρια σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Το προσωπικό δεν τιμωρείται για λάθη που αναφέρθηκαν μέσω της διαδικασίας αναφοράς συμβάντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Η αναφορά λαθών ανταμείβεται σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τις αναφορές συμβάντων χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. επείγουσας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης) η απόδοσή μου δεν επηρεάζεται όταν συνεργάζομαι με άπειρο ή λιγότερο ικανό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Το προσωπικό συχνά αγνοεί κανόνες ή κατευθυντήριες οδηγίες (π.χ. πλύσιμο χεριών, θεραπευτικά πρωτόκολλα, ασηψία) οι οποίες ισχύουν σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία οδηγούν σε καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας υγείας, είναι συχνά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών, είναι συχνά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Ένα εμπιστευτικό σύστημα αναφοράς το οποίο τεκμηριώνει ιατρικά συμβάντα είναι χρήσιμο για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Μπορεί να διστάζω να χρησιμοποιήσω ένα σύστημα αναφοράς για ιατρικά συμβάντα διότι ανησυχώ μήπως κάποιος με αναγνωρίσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Έχετε συμπληρώσει αυτό το ερωτηματολόγιο στο παρελθόν; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>					

28. Πιστεύω ότι η αναφορά των λαθών σε αυτό το τμήμα πρέπει να είναι:

1 Εθελοντική 2 Υποχρεωτική 3 Δε χρειάζεται

29. Εάν έπεφτε στην αντίληψή μου κάποιο λάθος συναδέλφου μου που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε ένα ασθενή θα:

1 Το ανέφερα στον ανώτερό μου 2 Το έλεγα σε κάποιον άλλο συναδέλφό μου 3 Θα το έλεγα στον ίδιο 4 Το απέκρυπτα

30. Εάν έπεφτε στην αντίληψή μου κάποιο λάθος συναδέλφου μου που προκάλεσε το θάνατο σε ένα ασθενή θα:

1 Το ανέφερα στον ανώτερό μου 2 Το έλεγα σε κάποιον άλλο συναδέλφό μου 3 Θα το έλεγα στον ίδιο 4 Το απέκρυπτα

Χρησιμοποιείστε την κλίμακα που ακολουθεί για να περιγράψετε τη συνεργασία / επικοινωνία που έχετε με τους πιο κάτω:

	Πολύ Κακή	Κακή	Επαρκής	Καλή	Πολύ Καλή	Δεν υφίσταται
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανώτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Νοσηλευτικοί Λειτουργοί Ειδικότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ιατροί Εντατικολόγοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ιατροί Παθολόγοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ιατροί Χειρουργοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ιατροί Καρδιολόγοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ειδικευόμενοι Ιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ασκούμενοι Ιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φαρμακοποιοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αναισθησιολόγοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κλητήρες Μονάδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παραϊατρικό Προσωπικό Μονάδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φυσιοθεραπευτές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τους χειρισμούς της Διοίκησης μετά την αναφορά κάποιου λάθους;

6 Πάρα πολύ 5 Πολύ 4 Αρκετά 3 Λίγο 2 Πολύ λίγο 1 Καθόλου

32. Έχετε κάνει κάποιο λάθος; ΝΑΙ ΟΧΙ

33. Εάν ΝΑΙ σε ποια βάρδια συνέβη; Πρωινή Απογευματινή Βραδινή

34. Πόσο επηρεάστηκε η κατάσταση της υγείας του ασθενή; Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ Δε Ξέρω

Παράρτημα 2- Άδεια παραχώρησης άδειας διεξαγωγής έρευνας.

23 Νοεμβρίου 2011

Δρ. Βασίλειο Ραφτόπουλο
Επίκουρο Καθηγητή
Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΠΑΚ
Σχολή Επιστημών Υγείας
215 Παλαιός Δρόμος Λευκωσίας-Λεμεσού
2029 Στρόβολος
Λευκωσία

Θέμα: Αίτημα για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην επιστολή σας με ημερομηνία 22/11/2011 σχετικά με αίτημα σας για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας σας με τίτλο :

« Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας »

και να σας πληροφορήσω ότι η Επιτροπή Αξιολόγησης Ερευνητικών Προτάσεων της Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα και τονίζεται το γεγονός ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο στον **ελεύθερο τους χρόνο**. Εννοείται ότι οι Προϊστάμενοι των τμημάτων θα τύχουν της δέουσας ενημέρωσης για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας από τον ερευνητή.

Επιπλέον, προϋποθέτει και την αυτόματη δέσμευση σας για κοινοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων στη Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών.



Προδρόμου 1 Χίλωνος 17 Υπουργείο Υγείας, 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605740 Φαξ: 22772246 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>

Η Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σας εύχεται κάθε επιτυχία στην εκπόνηση της έρευνας σας.



(Χριστίνα Ιωαννίδου-Ευσταθίου)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.
Προϊστάμενη Νοσηλευτικό Λειτουργό γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας



Προδρόμος 7 Χίλωνος 17 Υπουργείο Υγείας, 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605740 Φαξ: 22772246 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>