



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Διερεύνηση των στάσεων προς την ασφάλεια των εργαζομένων στα ΤΕΠ των
δημοσίων νοσοκομείων της περιφέρειας Ηπείρου*

Ελεονώρα Διαμάντη

Επιβλέπων Καθηγητής
Μαριάννα Χαραλάμπους

Δεκέμβριος, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Διερεύνηση των στάσεων προς την ασφάλεια των εργαζομένων στα ΤΕΠ των δημοσίων νοσοκομείων της περιφέρειας Ηπείρου

Ελεονώρα Διαμάντη

Επιβλέπων Καθηγητής
Μαριάννα Χαραλάμους

Δεκέμβριος, 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρώτα απ' όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου για την καθοδήγηση, την υπομονή της, την ευγένεια και την άμεση ανταπόκρισή της σε οποιαδήποτε απορία είχα. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δρα Βασίλειο Ραφτόπουλο για την καθοδήγησή του στα αρχικά στάδια της εργασίας, καθώς και για την παραχώρηση του ερωτηματολογίου SAQ.

Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους εργαζόμενους που συμμετείχαν στην έρευνα και στήριξαν τις προσπάθειές μου.

Την οικογένειά μου για την εμπιστοσύνη και την ενθάρρυνση να τελειώσω την εργασία. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον άντρα μου και τα παιδιά μου Βασιλική και Μιχαήλ Άγγελο. Συγγνώμη για τις ώρες οικογενειακής γαλήνης και παιχνιδιού που πιθανόν σας στέρησα. Σας λατρεύω!

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί μείζον πρόβλημα των προηγμένων συστημάτων υγείας. Η ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας θεωρείται ευρέως ότι συντελεί στη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, ωστόσο καμία έρευνα δεν έχει γίνει στην Ελλάδα για την αξιολόγησή του σε τμήματα υψηλής έντασης εργασίας και υψηλού κινδύνου για την παραγωγή λαθών όπως είναι τα ΤΕΠ.

Σκοπός: Η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας για την ασφάλεια σε σχέση με το επίπεδο συναισθηματικής νοημοσύνης τους στα ΤΕΠ των δημοσίων νοσοκομείων της Περιφέρειας Ηπείρου.

Δείγμα και Μεθοδολογία: Το δείγμα αποτέλεσαν όλοι οι επαγγελματίες υγείας στα 5 ΤΕΠ δημοσίων νοσοκομείων της Ηπείρου που κλήθηκαν να απαντήσουν το ανώνυμο και αυτό-συμπληρούμενο «Ερωτηματολόγιο των Στάσεων για την Ασφάλεια» - Safety Attitudes Questionnaire και την κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS). Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του πακέτου SPSS version 21.0.

Αποτελέσματα: Επιστράφηκαν 169 ερωτηματολόγια εκ των οποίων εκατόν σαράντα δύο ήταν πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Στην πλειοψηφία τους οι επαγγελματίες υγείας ήταν γυναίκες (53,6%), μόνιμοι υπάλληλοι (52,9%), ειδικευόμενοι (46,1%) και νοσηλευτές (38,3%). Μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 37,85 έτη (SD=7.79), ο συνολικός χρόνος εργασίας στο ΤΕΠ ήταν 6,9έτη (SD=6.64), ενώ ο συνολικός χρόνος εργασίας ήταν τα 12,15 έτη (SD=8.78). Το συνολικό κλίμα ασφάλειας δεν κρίνεται θετικό (mean: teamwork climate=62.27, safety climate=54.16, job satisfaction=64.43, stress recognition=67.41, perceptions of management=43.26, working conditions=53.36). Ικανοποιητικό κρίνεται το επίπεδο της ΣΝ με διακύμανση μέσης τιμής από 5,5 έως 5,9. Επίσης θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ υψηλότερων τιμών ΣΝ και υψηλότερων σκορ σε όλους τους παράγοντες SAQ πλην της αναγνώρισης του στρες. Στατιστικά σημαντικές διαφορές για διαστάσεις και των δύο ερωτηματολογίων παρατηρήθηκαν ως προς το φύλο, ηλικία, επαγγελματική ιδιότητα, βάρδια, το καθεστώς εργασίας και την επιλογή εργασίας στο ΤΕΠ. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές για το SAQ ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, προηγούμενης προϋπηρεσίας σε άλλο νοσοκομείο ή ΤΕΠ, ενώ για το WLEIS ως προς συνολικό χρόνο εργασίας και το νοσοκομείο. Διακύμανση παρατηρήθηκε μεταξύ των παραγόντων του SAQ και των νοσοκομείων.

Συμπεράσματα: Το συνολικό κλίμα ασφάλειας δεν κρίνεται ικανοποιητικό. Οργανωμένες προσπάθειες παρέμβασης της διοίκησης σε εθνικό και νοσοκομειακό επίπεδο για ενίσχυση των επιμέρους παραγόντων κρίνεται αναγκαία για την ασφάλεια του ασθενούς. Επίσης προσανατολισμός σε πολιτικές παρέμβασης για την ενίσχυση παραμέτρων της ΣΝ βάση επαγγελματικής ιδιότητας και προϋπηρεσίας. Περισσότερες μελλοντικές έρευνες χρειάζονται στο συγκεκριμένο πεδίο.

Λέξεις- Κλειδιά: κλίμα ασφάλειας, ΤΕΠ, συναισθηματική νοημοσύνη, SAQ, WLEIS, ασφάλεια ασθενών

Abstract

Background: Patient safety is of major concern in advanced health systems. The organizational culture is widely considered to contribute to the improvement of the patient safety but no research has been done yet in Greece for its evaluation in high volume and high risk departments such as the Emergency Departments.

Aim: To investigate the safety attitudes of healthcare professionals in relation to their level of emotional intelligence in Emergency Departments of public hospitals in the region of Epirus.

Sample and Method: The sample consisted of all health care professionals in five public Emergency Departments of Epirus who were called to answer a self-administered and anonymous questionnaire the Safety Attitudes Questionnaire and the Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS). The statistical analysis was performed with the SPSS version 21.0.

Results: One hundred and sixty-nine questionnaires were returned, of which one hundred forty-two were fully completed, the majority of health professionals were women (53.6%), permanent staff (52.9%), junior doctors (46.1%) and nurses (38.3%). Mean age of the sample was 37.85 years (SD = 7.79), total working experience in the ED was 6,9 years (SD = 6.64), while the overall working experience was 12.15 years (SD = 8.78). The overall safety climate was not deemed positive (mean: teamwork climate = 62.27, safety climate = 54.16, job satisfaction = 64.43, stress recognition = 67.41, perceptions of management = 43.26, working conditions = 53.36). Satisfactory is the level of emotional intelligence with average variation from 5.5 to 5.9. The level of emotional intelligence was deemed satisfactory with variation in mean score from 5.5 to 5.9. Also positive correlation was observed between higher prices of emotional intelligence and higher scores in all factors of the SAQ with the exception of the recognition of stress. Statistically significant differences in dimensions for both questionnaires were observed regarding gender, age, profession, shift, work status and job selection in the ED. No differences were observed for the SAQ on the level of education, former experience in another hospital or ED, while the WLEIS on the overall work experience and the hospital.

Conclusions: The overall climate of security is not deemed satisfactory. Organized efforts of administration at national and hospital level for strengthening individual factors deemed necessary for the safety of the patient. Also orientation in intervention policies to strengthen parameters of emotional intelligence based in professional qualification and seniority. Further future research is considered necessary in the particular field.

Key words: safety climate, ED, emotional intelligence, SAQ, WLEIS, patient safety

Πίνακες

Πίνακας 1: Τύποι ιατρικού σφάλματος

Πίνακας 2 : Ταξινόμηση ιατρικών σφαλμάτων βάση της βαρύτητας των συνεπειών για των ασθενή

Πίνακας 3: Παράγοντες που εκτιμώνται στα εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς

Πίνακας 4: Safety Attitudes Questionnaire και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Πίνακας 5: Ετήσιος αριθμός εξετασθέντων στα υπό μελέτη ΤΕΠ των νοσοκομείων

Πίνακας 6: Στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό των ΤΕΠ της περιφέρειας Ηπείρου

Πίνακας 7: Παράγοντες κλίμακας SAQ και παραδείγματα ερωτήσεων

Πίνακας 8: Βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Πίνακας 9α: Αναλυτική καταγραφή παραμέτρων ερωτηματολογίου SAQ

Πίνακας 9β: Αναλυτική καταγραφή παραμέτρων ερωτηματολογίου WLEIS

Πίνακας 10: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις διαστάσεις του SAQ ανά φύλο

Πίνακας 11: Θετική συσχέτιση του γυναικείου φύλου για τις διαστάσεις του κλίματος ασφάλειας και της ικανοποίησης από την εργασία

Πίνακας 12: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανά νοσοκομείο

Πίνακας 13: Διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων για τις διαστάσεις κλίμα ασφάλειας, ικανοποίηση από την εργασία και εργασιακές συνθήκες

Πίνακας 14: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανά επαγγελματική ιδιότητα

Πίνακας 15: Διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων ως προς το κλίμα ασφάλειας και πεποιθήσεις για τη διοίκηση

Πίνακας 16: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανά μορφωτικό επίπεδο

Πίνακας 17: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανά καθεστώς εργασίας

Πίνακας 18: Θετική συσχέτιση μόνιμων υπαλλήλων με κλίμα ασφάλειας

Πίνακας 19: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανά βάρδια εργασίας

Πίνακας 20: Θετική συσχέτιση εργαζομένων με 24ωρης εργασίας με μείωση κλίματος ασφάλειας και εργασιακών συνθηκών

Πίνακας 21: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανάλογα με την εργασία σε άλλο νοσοκομείο

Πίνακας 22: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανάλογα με την εργασία σε άλλο ΤΕΠ

Πίνακας 23: Μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανάλογα με την επιλογή εργασίας στο ΤΕΠ

Πίνακας 24: Αρνητική συσχέτιση των εργαζομένων που δεν αποτελούσε επιλογή τους το ΤΕΠ σε σχέση με το κλίμα ασφάλειας και ικανοποίησης από την εργασία

Πίνακας 25: Θετική συσχέτιση μεγαλύτερης ηλικίας με διαστάσεις της ομαδικής συνεργασίας, κλίματος ασφάλειας και εργασιακών συνθηκών

Πίνακας 26: Θετική συσχέτιση συνολικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματός σας με κλίμα ασφάλειας και αρνητική συσχέτιση με την αναγνώριση του στρες

Πίνακας 27: Αρνητική συσχέτιση του συνολικού χρόνου εργασίας στο ΤΕΠ με την αναγνώριση του στρες

Πίνακας 28: Θετική συσχέτιση ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους νοσηλευτές με όλες τις διαστάσεις του SAQ

Πίνακας 29: Θετική συσχέτιση ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους ιατρούς με όλους τους παράγοντες του SAQ

Πίνακας 28: Θετική συσχέτιση μεταξύ της άποψης για την ασφάλεια του ασθενούς στο ΤΕΠ και των διαστάσεων Teamwork climate, Safety Climate, Job Satisfaction, Perception of management και Working conditions

Πίνακας 29: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά φύλο.

Πίνακας 30: Θετική συσχέτιση γυναικείου φύλου με την κατανόηση των ατομικών συναισθημάτων και των συναισθημάτων των άλλων

Πίνακας 31: Μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά νοσοκομείο

Πίνακας 32: Μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά επαγγελματική ιδιότητα

Πίνακας 33: Διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων στις διαστάσεις OEA και UOE

Πίνακας 34: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά μορφωτικό επίπεδο

Πίνακας 35: θετική συσχέτιση εκπαίδευσης και OEA- κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων

Πίνακας 36: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά καθεστώς εργασίας

Πίνακας 37: Θετική συσχέτιση μόνιμων υπαλλήλων με SEA- OEA-ROE

Πίνακας 38: Μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά βάρδια εργασίας

Πίνακας 40: Διαφορές μεταξύ νοσοκομείων για την ΟΕΑ

Πίνακας 41: Θετική συσχέτιση SEA- ΟΕΑ-ΥΟΕ με υπαλλήλους που δεν είχαν εργαστεί σε άλλο ΤΕΠ

Πίνακας 42: Θετική συσχέτιση της μεγαλύτερης ηλικίας με ΟΕΑ και ROE

Πίνακας 43: Θετική συσχέτιση συνολικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματός με ΟΕΑ-
USE- REA Πίνακας 44: θετική συσχέτιση ποιότητας συνεργασίας με τους νοσηλευτές
και SEA-ΟΕΑ-ROE

Πίνακας 45: θετική συσχέτιση ποιότητας συνεργασίας με τους γιατρούς και SEA-ΟΕΑ-
ΥΟΕ

Πίνακας 46: Θετική συσχέτιση ομαδικής συνεργασίας με όλους τους παράγοντες της
κλίμακας WLEIS

Πίνακας 47: Θετική συσχέτιση κλίματος ασφάλειας με όλους τους παράγοντες της
κλίμακας WLEIS

Πίνακας 48: Θετική συσχέτιση ικανοποίησης από την εργασία με όλους τους
παράγοντες της κλίμακας WLEIS

Πίνακας 49: Αρνητική συσχέτιση αναγνώρισης του στρες με κλίμακα WLEIS

Πίνακας 50: θετική συσχέτιση των αντιλήψεων για τη διοίκηση με όλους τους
παράγοντες της κλίμακας WLEIS

Πίνακας 51: θετική συσχέτιση εργασιακών συνθηκών με όλους τους παράγοντες της
κλίμακας WLEIS

Πίνακας 52α: Δείκτης Cronbach α για τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ

Πίνακας 52β: Δείκτης Cronbach α για τις παραμέτρους της κλίμακας WLEIS

Γραφήματα

Γράφημα 1: Τα 5 <<συστατικά>> της συναισθηματικής νοημοσύνης

Διαγράμματα διασποράς

Διάγραμμα διασποράς 1: Μεγαλύτερες τιμές των διαστάσεων κλίμα ασφάλειας, ομαδική συνεργασία και εργασιακές συνθήκες σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές ηλικίας

Διάγραμμα διασποράς 2: Περισσότερα χρόνια εργασίας σχετίζονται με μικρότερες τιμές του Stress recognition.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

- 1.1 Εισαγωγή
- 1.2 Η επείγουσα φροντίδα υγείας στην Ελλάδα
- 1.3 Ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα συμβάντα στο ΤΕΠ
 - 1.3.1 Ορισμός ιατρικών σφαλμάτων
 - 1.3.2 Ορισμός δυσμενούς συμβάντος στο ΤΕΠ
 - 1.3.3 Κατηγοριοποίηση των ιατρικών σφαλμάτων
 - 1.3.4 Επιπολασμός και τύπος ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων στο ΤΕΠ
 - 1.3.5 Η διερεύνηση των παραγόντων της μη ασφαλούς φροντίδας υγείας στο ΤΕΠ
 - 1.3.6 Συνέπειες ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- 1.4 Απόψεις των Ελλήνων για την ασφάλεια στο σύστημα υγείας: η έρευνα του ευρωβαρομέτρου
- 1.5 Ευρωπαϊκή Ένωση: νομοθετικές ρυθμίσεις για την ασφάλεια των ασθενών
- 1.6 Πολιτική ασφάλειας των ασθενών στην Ελλάδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

- 2.1 Θεωρητική προσέγγιση
 - 2.1.1 Οργανωσιακή κουλτούρα
 - 2.1.2 Κουλτούρας ασφάλειας και κλίμα ασφάλειας
 - 2.1.3 Σύντομη ιστορική αναδρομή της οργανωσιακής κουλτούρας
- 2.2 Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας
 - 2.2.1 Τα ερευνητικά εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας
 - 2.2.2 Η σημασία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας στο ΤΕΠ
- 2.3 Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: βιβλιογραφική ανασκόπηση
- 2.4 Συναισθηματική νοημοσύνη (ΣΝ)
 - 2.4.1 Μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης
 - 2.4.2 Συναισθηματική νοημοσύνη και επαγγελματίες υγείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών
- 2.5 Συμπεράσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο ΙΙΙ

- 3. Μεθοδολογία
 - 3.1 Σκοπός έρευνας- ερευνητικά ερωτήματα

3.2 Αναγκαιότητα- σημασία της έρευνας

3.3 Σχεδιασμός μελέτης- Υλοποίηση

3.3.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης

3.3.2 Σύντομη περιγραφή των υπό μελέτη ΤΕΠ

3.3.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

3.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

3.5. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

3.5.1 Εισαγωγικό – Γενικό Μέρος

3.5.2. Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια

3.5.2 Κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης

3.6. Δεοντολογικά ζητήματα έρευνας

3.7. Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

4. Αποτελέσματα

4.1 Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία

4.2 Περιγραφική Στατιστική SAQ

4.2.1 Συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων

4.2.2 Συγκρίσεις μεταξύ των πέντε δομών

4.2.3 Συγκρίσεις μεταξύ της επαγγελματικής ιδιότητας

4.2.4 Συγκρίσεις μεταξύ της εκπαίδευσης

4.2.5 Συγκρίσεις μεταξύ του καθεστώτος εργασίας

4.2.6 Συγκρίσεις μεταξύ της βάρδιας

4.2.7 Συγκρίσεις ανάλογα με την εργασία σε άλλο νοσοκομείο

4.2.8 Συγκρίσεις ανάλογα με την εργασία σε άλλο ΤΕΠ

4.2.9 Συγκρίσεις ανάλογα με την επιλογή σχετικά με την εργασία στο ΤΕΠ

4.3 Συμπερασματολογική Στατιστική SAQ

4.3.1 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ και της ηλικίας

4.3.2 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ και του συνολικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματος

4.3.3 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ

και του χρόνου εργασίας στο ΤΕΠ

4.3.4 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ και της ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους νοσηλευτές.

4.3.5 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ και της ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους ιατρούς

4.3.6 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ και της ασφάλειας των ασθενών στο ΤΕΠ

4.4 Ερωτηματολόγιο WLIES- περιγραφική στατιστική

4.4.1 Συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων

4.4.2 Συγκρίσεις μεταξύ των πέντε δομών

4.4.3 Συγκρίσεις μεταξύ της επαγγελματικής ιδιότητας

4.4.5 Συγκρίσεις μεταξύ της εκπαίδευσης

4.4.6 Συγκρίσεις μεταξύ του καθεστώτος εργασίας

4.4.7 Συγκρίσεις μεταξύ της βάρδιας

4.4.8 Συγκρίσεις ανάλογα με την εργασία σε άλλο ΤΕΠ

4.5 Συμπερασματολογική στατιστική

4.5.1 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του WLIES και της ηλικίας

4.5.2 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του WLIES και της ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους νοσηλευτές

4.5.3 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του WLIES και της ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους ιατρούς

4.6 Συσχετίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων SAQ και WLIES

4.7 Ποιοτικά σχόλια και τρόποι για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στο ΤΕΠ

4.8. Δείκτης αξιοπιστίας εργαλείων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5. Συζήτηση

5.1 Περιορισμοί της μελέτης

5.2 Συμπεράσματα

5.3 Εισηγήσεις

6. Βιβλιογραφία

7. Παραρτήματα

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο I

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δηλώνει ότι η ασφάλεια του ασθενούς είναι θεμελιώδης αρχή της φροντίδας υγείας, επισημαίνοντας ότι σε κάθε σημείο της διαδικασίας παροχής φροντίδας υγείας, περιλαμβάνεται ένας ορισμένος βαθμός εγγενούς ανασφάλειας (WHO, 2015). Παρατηρείται πλέον ότι η ασφάλεια του ασθενούς και η ποιότητα είναι κρίσιμες διαστάσεις της καθολικής κάλυψης υγείας. Πάνω από 140 χώρες, μετά την έναρξη του προγράμματος <<WHO Patient Safety Programme>> το 2014, έχουν εργαστεί για να επισημάνουν και να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της μη ασφαλούς φροντίδας υγείας (WHO, 2014).

Τα σφάλματα στον τομέα της υγείας είναι αναπόφευκτα, αφού τα σύγχρονα συστήματα υγείας περιλαμβάνουν πολύπλοκες διαδικασίες, χαρακτηρίζονται από γρήγορη αύξηση της ιατρικής γνώσης και συνεχώς αυξανόμενη χρήση της τεχνολογίας. Ειδικότερα στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), ο κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων είναι ιδιαίτερα αυξημένος (Stang et al., 2006; Camargo et al., 2012; Meier et al., 2015), λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν οι ασθενείς, ελλιπής πληροφόρηση του ατομικού ιστορικού, καθώς και λόγω της πολυπλοκότητας του εργασιακού περιβάλλοντος του ΤΕΠ. Έτσι διεθνείς οργανισμοί όπως ο ΠΟΥ, Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System, Institute of Medicine, AHRQ (Agency for Healthcare Research & Quality), Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM), EU (European Commission), αλλά και τοπικές οργανώσεις όπως η Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής, έχουν καθορίσει πρότυπα, πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες, μεθόδους αξιολόγησης της ασφάλειας, ενώ η στροφή σε πολιτικές καταγραφής των ανεπιθύμητων συμβάντων (blame-free policy), πρόληψη αυτών και αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας φαίνεται να αποτελούν πρωταρχικό στόχο της διοίκησης όλων των νοσοκομείων (European Commission, 2014; Joint Commission, 2012).

Η δημιουργία της θετικής κλίματος ασφάλειας θεωρήθηκε απαραίτητη προϋπόθεση για την αποφυγή λαθών και την ασφάλεια των ασθενών (Colla et al., 2005; Flin et al., 2006; Halligan & Zecevic, 2010), μιας και η συντριπτική πλειοψηφία των σφαλμάτων φαίνεται να οφείλεται σε οργανωτικές και διοικητικές ανεπάρκειες του οργανισμού, προβλημάτων στην άσκηση του επαγγέλματος, στο προϊόν, στις διαδικασίες ή στα συστήματα (IOM, 2009), στην κουλτούρα ασφάλειας που υιοθετούν τα άτομα, τα τμήματα και οι οργανισμοί (Nieva & Sorra, 2006), παρά σε αμέλεια των επαγγελματιών υγείας ή παραβιάσεις των εθνικών κατευθυντηρίων οδηγιών (Camargo et al., 2012).

Για την μέτρηση του κλίματος ασφάλειας πολλές μέθοδοι –ποιοτικοί και ποσοτικοί– μπορούν να χρησιμοποιηθούν (Singla et al., 2006; The Health Foundation., 2011). Η εφαρμογή των αυτό-συμπληρούμενων ερωτηματολογίων ως δείκτης αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην κατανόηση του κλίματος ασφάλειας, επειδή είναι ίσως ο πλέον γρήγορος και αποδοτικότερος τρόπος να τεθούν τυποποιημένες και σχετικές ερωτήσεις σε σχετικούς με το χώρο συμμετέχοντες (Nieva & Sorra, 2003; Huang et al., 2010), για τη μέτρηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και τις αλλαγές που χρειάζονται να πραγματοποιηθούν με σκοπό τη γενικότερη βελτίωση του κλίματος ασφάλειας.

Αποτελέσματα της πρόσφατης βιβλιογραφίας δείχνουν την άρρηκτη σχέση των παραμέτρων της συναισθηματικής νοημοσύνης (ΣΝ) με παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας του οργανισμού, όπως η συνοχή της ομάδας, η επίλυση των συγκρούσεων, το εργασιακό στρες, της επαγγελματικής

ικανοποίησης, την ασφάλεια των ασθενών και άλλους συστημικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας (Ilarda & Findlay, 2006; Quoibach & Hansenne 2009; Hyoun-Sook et al., 2014; Holbery, 2015).

Στα πλαίσια αυτά, η παρούσα έρευνα, η οποία διεξήχθη το φθινόπωρο του 2015, με δείγμα 142 εργαζόμενους σε 5 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) δημοσίων νοσοκομείων της περιφέρειας Ηπείρου, αποσκοπεί στη διερεύνηση των στάσεων για την ασφάλεια των εργαζομένων στο ΤΕΠ της περιφέρειας Ηπείρου σε συνάρτηση με το επίπεδο της συναισθηματικής τους νοημοσύνης. Κίνητρο για τη διεξαγωγή της μελέτης ήταν η διεύρυνση της γνώσης στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο- καθώς δεν υπάρχει αντίστοιχη μελέτη σε πανελλαδικό επίπεδο- αλλά και το προσωπικό ενδιαφέρον του ερευνητή για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στο ΤΕΠ και κατ' επέκταση τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Τα βασικά ερωτήματα που απαντά αυτή η έρευνα είναι τα εξής:

- Ποια είναι η στάση των επαγγελματιών υγείας των επειγόντων τμημάτων για την ασφάλεια με βάση τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ (αντιλήψεις για τη διοίκηση, ομαδική συνεργασία, αναγνώριση του στρες, εργασιακές συνθήκες, επαγγελματική ικανοποίηση);
- Αν ναι, σχετίζεται το κλίμα ασφάλειας με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού, το επάγγελμα, ή τις ώρες εργασίας;
- Διαφέρει και σε τι βαθμό, το κλίμα ασφάλειας των υπό μελέτη τμημάτων στο διαφορετικό τύπο του νοσοκομείου που υπηρετούν; Αν ναι, σε ποιους παράγοντες του ερωτηματολογίου;
- Ποιες παράμετροι του κλίματος ασφάλειας παρουσιάζουν θετική αντίληψη από τους εργαζόμενους και ποιες επιδέχονται βελτίωση;
- Συσχετίζεται το επίπεδο της συναισθηματικής νοημοσύνης με παράγοντες του ερωτηματολογίου στάσεων για την ασφάλεια (αντιλήψεις για τη διοίκηση, ομαδική συνεργασία, αναγνώριση του στρες, εργασιακές συνθήκες, επαγγελματική ικανοποίηση); Αν ναι, σε ποιο βαθμό;
- Σχετίζεται το επίπεδο της συναισθηματικής νοημοσύνης με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού;

Η παρούσα ερευνητική εργασία χωρίζεται σε δύο ευδιάκριτα μέρη. Στο γενικό μέρος γίνεται προσπάθεια να προσεγγιστεί η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας, του κλίματος ασφάλειας, των παραγόντων που επηρεάζουν την παροχή της ασφαλούς φροντίδας στο ΤΕΠ, τις συνέπειες αυτής στα άτομα και στο σύστημα υγείας, και την άποψη των Ελλήνων για την ασφάλεια βάση των μετρήσεων του Ευρωβαρομέτρου. Ακολούθως αναφέρονται οι πρωτοβουλίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και της Ελλάδας για την ασφάλεια του ασθενούς. Επιπρόσθετα παρουσιάζονται τα εργαλεία μέτρησης του κλίματος ασφάλειας, η σημασία μέτρησης του κλίματος ασφάλειας και η βιβλιογραφική ανασκόπηση του ερωτηματολογίου SAQ και ΤΕΠ. Τέλος, περιγράφεται η έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης, τα εργαλεία μέτρησής της, και αναλύεται η σχέση της ΣΝ και των επαγγελματιών υγείας στο χώρο του ΤΕΠ.

Στο ειδικό μέρος αναφέρεται ο σκοπός και η σπουδαιότητα της παρούσης έρευνας, θέτονται τα ερευνητικά ερωτήματα, αναλύονται τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, η μέθοδος επεξεργασίας των δεδομένων, τα αποτελέσματα, η ερμηνεία τους, η συνοπτική παρουσίαση των κύριων σημείων της έρευνας και οι περιορισμοί της μελέτης.

1.2 Η επείγουσα φροντίδα υγείας στην Ελλάδα

Επείγουσα Ιατρική ορίζεται ως το πεδίο άσκησης, βασισμένο σε γνώσεις και απαιτούμενες δεξιότητες για την πρόληψη, διάγνωση και διαχείριση των επειγόντων και οξέων εκφάνσεων της ασθένειας και του τραυματισμού, τα οποία αφορούν ασθενείς όλων των ηλικιών για ένα ευρύ φάσμα αδιαφοροποίητων σωματικών και συμπεριφορικών διαταραχών (International Federation for Emergency Medicine, 1991). Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της Επείγουσας Ιατρικής, εκτός της πρώιμης διάγνωσης και θεραπείας απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων είναι το σύστημα παροχής της επείγουσας φροντίδας πρέπει να είναι κλινικά, οργανωτικά και οικονομικά ανεξάρτητο (EJEM, 1998). Προαπαιτούμενο όμως είναι και η ομαδική εργασία και η συνεργασία με άλλες ειδικότητες και φορείς.

Σημείο αναφοράς για κάθε ιατρικό επείγον είναι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Το ΤΕΠ υποδέχεται μια ευρεία γκάμα ασθενών από εμπύρετα βρεφών, στελέχη με πόνο στο στήθος μέχρι πτώσεις υπερήλικων και τραυματισμούς. Το ΤΕΠ έχει την ιδιαιτερότητα της ελεύθερης πρόσβασης 24 ώρες το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα. Επιπρόσθετα στον παραδοσιακό του ρόλο, η επείγουσα φροντίδα υγείας λειτουργεί και ως δίκτυ ασφαλείας προσφέροντας πρωτοβάθμια φροντίδα σε εκατομμύρια Έλληνες οι οποίοι είναι ανασφάλιστοι ή δεν έχουν κάποια άλλη πρόσβαση στις δομές της κοινότητας. Τα ΤΕΠ είναι ο μόνος παροχέας του νοσοκομείου τα οποία υποδέχονται, αξιολογούν, σταθεροποιούν όλους αυτούς που προσέρχονται, ανεξαρτήτως της ικανότητάς τους να πληρώσουν για τις υπηρεσίες. Συνέπεια όλων των παραπάνω είναι ο υπερσυνωστισμός με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η πρόσβαση στην επείγουσα φροντίδα.

Επομένως στόχοι της Επείγουσας Ιατρικής (Ε.Ι.), όπως μάλιστα αυτοί διατυπώθηκαν στη Διακήρυξη για την Επείγουσα Ιατρική στην Ευρώπη (1998), είναι οι εξής:

- Η παροχή ενός ολοκληρωμένου συστήματος προνοσοκομειακής, ενδονοσοκομειακής και διανοσοκομειακής επείγουσας φροντίδας.
- Η προτυποποίηση και η βελτίωση της ποιότητας της επείγουσας ιατρικής φροντίδας.
- Η μείωση της θνητότητας, νοσηρότητας, αναπηρίας και του πόνου που σχετίζονται με τον τραυματισμό και την αιφνίδια νόσο.
- Η έρευνα της φύσης και της θεραπείας των ιατρικών επειγόντων θεμάτων.
- Η συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων που συνδέονται με την πρόληψη των ατυχημάτων και την προαγωγή της υγείας.

Σύμφωνα με υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο, Νόμος 2889/2001 άρθρο 6 παρ 5 << κάθε νοσοκομείο δυναμικότητας 200 κλινών και πάνω συνίσταται αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών>>. Κύριοι στόχοι των ΤΕΠ είναι (Αγγουριδάκης & Σμπυράκης, 2009):

- η αντιμετώπιση των βαριά ασθενών (1-5% του συνόλου)
- αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών: (20 -70%)
- αντιμετώπιση ή κατάλληλη παραπομπή μη έκτακτων περιστατικών (5-30%)
- αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών
- εκπαίδευση προσωπικού και κοινού
- έρευνα και συνδρομική επιτήρηση (επιδημίες και τραύμα)

Το έτος 2009, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εξετάστηκαν στα ΤΕΠ 5.147.689 ασθενείς (ΥΥΚΑ, 2009), αριθμός σχεδόν πάνω από το μισό πληθυσμό της χώρας. Οι Αγγουριδάκης και Σμπυράκης (2009) προσδιορίζουν ως αίτια του μεγάλου αριθμού προσερχόμενων ατόμων στο ΤΕΠ :

- την ανεπαρκή ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας
- την ανεπάρκεια των εξωτερικών ιατρείων
- και το καθεστώς της μη καθημερινής 24ωρης εφημερίας των νοσοκομείων

Επισημαίνουν βέβαια ότι τα στοιχεία του αριθμού των προσερχόμενων ασθενών δεν αντικατοπτρίζουν πάντα την πραγματικότητα. Κυριότερες αιτίες είναι:

A) η καταγραφή των ασθενών ανά ιατρείο, με συνέπεια να καταγράφεται 2 και 3 φορές το ίδιο άτομο (Τα ΤΕΠ δεν είναι γραμματειακά αυτόνομα τμήματα).

B) τα στοιχεία που δίνουν οι ΥΠΕ είναι διαφορετικά από αυτά που δίνουν τα νοσοκομεία ή οι Διευθυντές των ΤΕΠ.

Γ) ένας μεγάλος αριθμός των εισαγωγών που γίνονται από το ΤΕΠ πιστεύεται ότι είναι τακτικές και όχι επείγουσες, λόγω των διακυμάνσεων που παρατηρούνται στα ποσοστά εισαγωγών στα διάφορα νοσοκομεία.

Υπάρχει μια διαφοροποιός διαφορά του περιβάλλοντος που λειτουργούν τα ΤΕΠ συγκριτικά με άλλα τμήματα. Ο θόρυβος, το χάος, η πολυκοσμία, το τραύμα, τα οξέα περιστατικά, ο χρόνος που πιέζει, είναι καταστάσεις που συναντώνται καθημερινά σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών (WHO, 2006). Περιορισμένοι νοσοκομειακοί προϋπολογισμοί, έλλειψη προσωπικού, προβλήματα και ανεπάρκειες οργάνωσης δυσχεραίνουν την υλοποίηση των στόχων των τμημάτων επειγόντων περιστατικών, να παράσχουν δηλαδή ασφάλεια και ποιότητα φροντίδας στο σωστό χρόνο (Committee on the Future of Emergence Care, Board on Health Care Services & IOM, 2007). Επισημαίνεται επίσης ότι στην Ελλάδα η ειδικότητα της Επείγουσας Ιατρικής δεν είναι αναγνωρισμένη σαν ειδικότητα και τα ΤΕΠ των νοσοκομείων δεν αποτελούν ανεξάρτητα τμήματα από πλευράς ιατρικού προσωπικού. Όλα τα παραπάνω είναι μερικά από τα γενεσιουργά αίτια αυξημένης πιθανότητας εμφάνισης σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων στο Τμήμα Επείγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

1.3 Ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα συμβάντα στο ΤΕΠ

1.3.1 Ορισμός ιατρικών σφαλμάτων

Η ασφάλεια του ασθενούς προκαλεί το έντονο ενδιαφέρον όλων των συστημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα, καθώς η ασφάλεια θεωρείται καθοριστικός παράγοντας για την παροχή ποιοτική φροντίδας υγείας. Πολλοί διεθνείς οργανισμοί έχουν ορίσει την έννοια της ασφάλειας και κατ' επέκταση την έννοια του σφάλματος στη φροντίδα υγείας. Ο ΠΟΥ για παράδειγμα έχει δηλώσει ότι η ασφάλεια του ασθενούς είναι θεμελιώδης αρχή του συστήματος υγείας, και ορίζει την έλλειψη ασφάλειας των ασθενών ως <<μία διαδικασία ή ενέργεια παράλειψης ή σύμπραξης η οποία προκαλεί επικίνδυνες συνθήκες υγείας ή και ακόμα ανεπιθύμητη βλάβη στους ασθενείς >>(WHO, 2006). Το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) στην αναφορά του το 1999, <<To Err is human>> όρισε την ασφάλεια ως την απουσία κάποιου τυχαίου τραυματισμού. Το ιατρικό λάθος στην ίδια αναφορά, ορίζεται ως η αποτυχία εκπλήρωσης μιας προγραμματισμένης ενέργειας όπως αναμενόταν ή η χρήση ενός λανθασμένου σχεδιασμού για την επίτευξη ενός σκοπού. Ιατρικό σφάλμα σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο, θεωρείται η συμπεριφορά του γιατρού που υπολείπεται σε σχέση με την επιβαλλόμενη επιμέλεια στο επάγγελμά του. Νεότερες απόψεις ορίζουν το ιατρικό σφάλμα ως απόκλιση από τα ιατρικά στάνταρντ. Ως ιατρικό στάνταρντ νοείται το σύνολο των προδιαγραφών ποιότητας, στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται σε δεδομένη περίπτωση η παροχή ιατρικών υπηρεσιών (Ομπέση, 2005).

1.3.2 Ορισμός δυσμενούς συμβάντος στο ΤΕΠ

Στην πληθώρα των ορισμών για τα δυσμενή συμβάντα, οι Stang et al (2013) - σε μία συστηματική ανασκόπηση των δυσμενών συμβάντων στο ΤΕΠ - παραθέτουν τους ορισμούς των ερευνητών που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο χώρο. Ξεκινώντας χρονολογικά, ο Wolff (2001) το ορίζει ως ένα απρόσμενο και ατυχές συμβάν για τον ασθενή, το

οποίο κάτω από ιδανικές συνθήκες, δεν θα ήταν συνέπεια της ασθένειας ή της θεραπείας. Λίγο μετά ο Henneman (2005) προσδιορίζει την αιτία που προκλήθηκε, ορίζοντάς το ως <<...τραυματισμό ή πιθανό τραυματισμό που απορρέει από μια ιατρική παρέμβαση>>, ενώ και ο Foster (2007) καταδεικνύει το αίτιο πρόκλησης του τραυματισμού, <<...ένα δυσμενές αποτέλεσμα το οποίο κρίνεται ότι προκλήθηκε από την ιατρική διαχείριση>>.

Ο Friedman (2008) εμπειρικλείει στον ορισμό του διαχειριστικά προβλήματα τμήματος και ορίζει το δυσμενές συμβάν ως <<... ο μη σκόπιμος τραυματισμός ή επιπλοκή, τα οποία προκαλούνται από τη διαχείριση της φροντίδας υγείας παρά από την υποκείμενη νόσο του ασθενούς>>, ενώ ο Hall (2010) δίνει σωματική και ψυχολογική έκταση στη λέξη βλάβη, η οποία συμπεριλαμβάνει προσωρινές ή μόνιμες βλάβες, <<...οποιαδήποτε σωματική ή ψυχολογική βλάβη ή τραυματισμός στην υγεία του ατόμου, περιλαμβανομένου προσωρινού ή και μόνιμου τραυματισμού>>.

Σε μία συνθετική προσέγγιση όλων των παραπάνω ορισμών, δυσμενές συμβάν είναι κάθε ακούσια βλάβη ή τραυματισμός της υγείας του ατόμου, μόνιμη ή προσωρινή, ως αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας και των ιατρικών παρεμβάσεων.

1.3.3 Κατηγοριοποίηση των ιατρικών σφαλμάτων

Τα ιατρικά σφάλματα μπορούν να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, θεραπείας ή των ενεργειών πρόληψης. Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζονται αναλυτικά οι τύποι του ιατρικού σφάλματος, όπως κατηγοριοποιούνται από διεθνείς ερευνητές (Leape, 1994).

Πίνακας 1: Τύποι ιατρικού σφάλματος

Διάγνωση	Σφάλμα ή καθυστέρηση στην διάγνωση
	Μη κατοχή ενδεικνυόμενων εξετάσεων
	Χρήση απαρχαιωμένης θεραπείας
	Μη έγκαιρη παρέμβαση
Θεραπεία	Σφάλμα στην εκτέλεση μιας χειρουργικής ή άλλης παρέμβασης
	Σφάλμα στην παροχή της θεραπευτικής αγωγής
	Σφάλμα στη δοσολογία ή στη μέθοδο λήψης του φαρμάκου
	Μη αποδεκτή καθυστέρηση στη θεραπεία
	Ακατάλληλη, μη ενδεικνυόμενη θεραπεία
Ενέργειες πρόληψης	Μη παροχή προληπτικής θεραπείας
	Απουσία συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας
Άλλες αιτίες	Κακή επικοινωνία ιατρού- ασθενή
	Ανορθόδοξη χρήση τεχνολογικού εξοπλισμού

Μια άλλη κατηγοριοποίηση είναι βάση της βαρύτητας των πιθανών βλαβών-συνεπειών για τον ασθενή, ως αποτέλεσμα κακής άσκησης της ιατρικής πρακτικής (National Quality Forum, 2006). Έτσι:

Πίνακας 2: Ταξινόμηση ιατρικών σφαλμάτων βάση της βαρύτητας των συνεπειών για τον ασθενή

Κατηγορία Α	Περιπτώσεις ή γεγονότα που είναι ικανά να προξενήσουν ιατρικό σφάλμα
Κατηγορία Β	Ένα ιατρικό σφάλμα που τελικά δεν προκάλεσε ζημία στον ασθενή
Κατηγορία C	Ένα ιατρικό σφάλμα που υπέστη ο ασθενής αλλά τελικά δεν του προκάλεσε βλάβη
Κατηγορία D	Ένα ιατρικό σφάλμα που υπέστη ο ασθενής και χρειάστηκε περαιτέρω παρακολούθηση ή παρέμβαση για να επιβεβαιωθεί ότι τελικά δεν προκάλεσε κάποια βλάβη στον ασθενή
Κατηγορία E	Προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίνεται απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση
Κατηγορία F	Προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίνεται απαραίτητη μια αρχική ή παρατεταμένη νοσηλεία
Κατηγορία G	Μόνιμη αναπηρία ασθενούς
Κατηγορία H	Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή ο ασθενής
Κατηγορία I	Θάνατος ασθενούς

1.3.4 Επιπολασμός και τύπος ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων στο ΤΕΠ

Υπάρχουν αρκετές μέθοδοι για την ανίχνευση και ανάλυση των ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων, ως αποτελέσματα παραλείψεων του συστήματος υγείας. Για παράδειγμα μπορούν να ληφθούν υπόψη αποτελέσματα που προέρχονται από έρευνες σε ασθενείς, από επισκόπηση ιατρικών φακέλων των ασθενών (Camargo et al., 2012) από παρακολούθηση της πορείας από τη στιγμή που προκαλείται η σωματική βλάβη μέχρι και την εξέλιξή της, από τους ίδιους τους εργαζόμενους (Schnitker et al., 2011) και τέλος από ένα πληροφοριακό σύστημα καταγραφής των σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία για αναφορές δυσμενών συμβάντων και ιατρικών σφαλμάτων, διότι υπάρχει ολοκληρωτική απουσία κάποιου κεντρικού συστήματος διαχείρισης και ελέγχου των. Μια προσέγγιση των ιατρικών σφαλμάτων στην Ελλάδα έκαναν οι Πολλάλης et al (2012), με υποθέσεις που συνέλεξαν από Πολιτικά και Διοικητικά Δικαστήρια, την Ανεξάρτητη Αρχή του Συνηγόρου του Πολίτη, από τον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο και από ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν αρκετά υψηλό ποσοστό προσφυγών κατά των δημοσίων νοσοκομείων σε σχέση με τα ιδιωτικά κέντρα και κλινικές, ενώ αφορούσαν κυρίως χειρουργικές ειδικότητες και εσωτερικής παθολογίας.

Στατιστικά στοιχεία έχουμε από τις ΗΠΑ, όπου έγινε προσπάθεια υπολογισμού του αριθμού των δυσμενών συμβάντων από ιατρικά λάθη. Η έρευνα έδειξε ότι ο αριθμός των θανάτων είναι πολύ μεγαλύτερος από αυτόν που αρχικά υπολογιζόταν (James, 2013). 400.000 πρόωροι θάνατοι το χρόνο από βλάβες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, έδειξαν τα καινούρια δεδομένα, με τη μόνιμη βλάβη να είναι πιο συχνή από τη θανατηφόρα. Σημαντικοί παράγοντες που περιορίζουν την ακριβή εικόνα για την αναγνώριση της βλάβης που προκαλείται, είναι η το εργαλείο μέτρησης και οι ελλιπής συμπλήρωση ιατρικών φακέλων.

Ως αποτέλεσμα της ελλιπούς γνώσης για τα δυσμενή συμβάντα αναγνωρίζεται τελικά ένας μικρός μόνο αριθμός ιατρικών σφαλμάτων, ενώ ενδεχομένως να υποεκτιμάται η έκταση του προβλήματος. Κατά τον Stang et al (2013) οι έρευνες οι οποίες αφορούσαν μετρήσεις των ανεπιθύμητων συμβάντων κατά τη διάρκεια παραμονής των ασθενών στο ΤΕΠ συμπεριλαμβάνουν μόνο ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο, όταν το ποσοστό εισαγωγής ασθενών από το ΤΕΠ είναι μόλις 9, 5%. Σε έρευνες με μεγαλύτερο χρονικό ορίζοντα (7- 14 μέρες μετά την επίσκεψη στο ΤΕΠ) το αναφερόμενο ποσοστό αυξάνεται σημαντικά.

Η επίπτωση, η πρόληψη, ο βαθμός σοβαρότητας και ο τύπος ανεπιθύμητων συμβάντων στο ΤΕΠ συνοψίζονται στη μελέτη των Stang et al. (2013). Τα συμπεράσματα της συστηματικής ανασκόπησης δηλώνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό ανεπιθύμητων συμβάντων που σχετίζεται με τη φροντίδα στο ΤΕΠ μπορεί να προληφθεί. Το ποσοστό της πρόληψης κυμαίνεται από 36% έως και 71%. Το ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω ανεπιθύμητων συμβάντων ήταν 28% και 42%, ενώ η θνητότητα κυμαινόταν από 0% έως 1,2%. Στην έρευνα των Calder et al (2010), εξετάστηκαν ανεπιθύμητα συμβάντα τα οποία παρουσιάστηκαν σε νοσηλευόμενους ασθενείς και σε ασθενείς που πήραν εξιτήριο. Δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία σύγκρισης βάση του τύπου των ΤΕΠ, παρόλα αυτά σημειώνεται ότι τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία είχαν γενικότερα μεγαλύτερο ποσοστό ανεπιθύμητων συμβάντων, αλλά τα περιφερειακά νοσοκομεία αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό ανεπιθύμητων συμβάντων που αποδίδεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών.

Όσον αφορά τον τύπο των ανεπιθύμητων συμβάντων οι Stang et al., (2013), αναφέρουν ότι ο συνηθέστερος λόγος αναφοράς ήταν η διαχείριση των περιστατικών (π.χ. επακόλουθο πνευμονικό οίδημα μετά από γρήγορη έγχυση φυσιολογικού ορού). Ακολουθεί η διάγνωση των περιστατικών (π.χ. πρόκληση νεφρικής ανεπάρκειας λόγω καθυστέρησης διάγνωσης αορτικού ανευρύσματος), ανεπιθύμητα συμβάντα που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή (π.χ. αναφυλαξία σε ασθενή με γνωστή αλλεργία στην κωδεΐνη μετά από συνταγογραφούμενη κωδεΐνη) και τέλος, διαδικαστικά θέματα (π.χ. δυσκολία πρόσβασης στην ενδοφλέβια κυκλοφορία).

Οι Schnitker et al. (2011) μελέτησαν τα ανεπιθύμητα συμβάντα για το ηλικιακό γκρουπ των 65+ χρόνων. Τα αποτελέσματα έδειξαν υποεκτίμηση της σοβαρότητας της ασθένειας κατά τη διαλογή, ελλιπή αναγνώριση των γηριατρικών συνδρόμων και κατάθλιψη και λανθασμένη φαρμακοθεραπεία. Ακολούθως, η υποεκτίμηση της σοβαρότητας της ασθένειας στη διαλογή αφορά ατυχή διάγνωση, χορήγηση λανθασμένης θεραπείας σε αρχική φάση και μη αναγνώριση προβλημάτων υγείας κατά την έξοδο του ασθενούς. Όσον αφορά το χρόνο χορήγησης της λανθασμένης φαρμακοθεραπείας αφορά κατά τη διάρκεια νοσηλείας στο ΤΕΠ, και κυρίως τη φαρμακοθεραπεία μετά την έξοδο από το ΤΕΠ. Σημειώνεται δε ότι ένα μεγάλο ποσοστό της λανθασμένης αγωγής εντοπίστηκε από το ίδιο το προσωπικό των ΤΕΠ.

1.3.5 Η διερεύνηση των παραγόντων της μη ασφαλούς φροντίδας υγείας στο ΤΕΠ

Ο θόρυβος, το χάος, η πολυκοσμία, το τραύμα, τα οξέα περιστατικά, ο χρόνος που πιέζει, είναι καταστάσεις που συναντώνται καθημερινά σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών. Γεγονότα που το διαφοροποιούν και από άλλα τμήματα ή δομές του συστήματος υγείας. Το περιβάλλον αυτό σε συνάρτηση με περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η ζέστη, ο φωτισμός, ο θόρυβος, οι συνεχείς διακοπές που αποσπούν την προσοχή του προσωπικού, το περιβάλλον του ΤΕΠ προσφέρει πολλές ευκαιρίες για την αναπαραγωγή λαθών.

Σε αυτά προστίθενται η ατελής πληροφόρηση για το ιστορικό του ασθενούς (τις αλλεργικές αντιδράσεις, ταυτόχρονη λήψη άλλων φαρμάκων, προηγούμενες διαγνώσεις και αποτελέσματα εξετάσεων (ΙΟΜ, 2007), η έλλειψη πληροφόρησης για πρόσφατες παρενέργειες συγκεκριμένων φαρμάκων, η κακή χρήση ιατρικών σκευασμάτων, η κακή συνεννόηση λόγω δυσανάγνωστου γραφικού χαρακτήρα, η έλλειψη κατάλληλων ετικετών στα σκευάσματα αποτελούν κύριες αιτίες των ιατρικών σφαλμάτων στο ΤΕΠ.

Στο ελληνικό σύστημα υγείας τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων δεν αποτελούν ανεξάρτητα τμήματα από πλευράς προσωπικού, είναι υποστελεχωμένα, δεν υπάρχει η διασύνδεση ΤΕΠ και ΕΚΑΒ, δεν υπάρχει επαρκής εξοπλισμός και εκπαιδευμένο προσωπικό (Αγγουριδάκης & Σμπυράκης, 2009). Η πλειονότητα των περιστατικών είναι αδιάγνωστη, η καταγραφή, η αξιολόγηση και η διαλογή των ασθενών δεν είναι η καλύτερη δυνατή λόγω έλλειψης ειδικευμένων επειγοντολόγων και του εξαιρετικά μεγάλου αριθμού των προσερχόμενων ασθενών.

Πολλοί εξωτερικοί και εσωτερικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί ότι επηρεάζουν την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών σ' ένα ΤΕΠ. Στους εξωτερικούς παράγοντες περιλαμβάνονται παράγοντες όπως η έλλειψη ειδικευμένων ιατρών on call, η επάρκεια νοσοκομειακών κλινών, η οποία συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες εισαγωγής (Pham, JC et al., 2014). Στους εσωτερικούς παράγοντες περιλαμβάνονται το πολύπλοκο περιβάλλον, στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες, κυκλικό ωράριο, επαγγελματική εξουθένωση, υποστελέχωση (Αγγουριδάκης & Σμπυρνάκης, 2009), το κυμαινόμενο φορτίο ασθενών (Verelst et al., 2014; Fillipatos & Karasi, 2015) και ένας πολύπλοκος πληθυσμός που εξυπηρετεί, ο οποίος απευθύνεται κυρίως σε άτομα που υποεξυπηρετούνται (οικονομικά αδυνάτους, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, των ατόμων με κατάχρηση ουσιών και ψυχιατρικά προβλήματα).

Κατά τη Μαλλιαρού et al., (2009) παράγοντες που υποθάλπουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο χώρο του ΤΕΠ και με τη σειρά τους συμβάλλουν στη γένεση λαθών αφορούν την οργάνωση του συστήματος, την επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και ατομικούς παράγοντες. Έτσι η ανυπαρξία ηλεκτρονικών συστημάτων διαχείρισης του ασθενή, η ανεπαρκής στελέχωση, τα προβλήματα επικοινωνίας και σύγκρουσης ρόλων που δυσχεραίνουν την οριζόντια ενδο-υπηρεσιακή συνεργασία και την ομαδική συνεργασία, η απουσία οργάνωσης σε θέσεις εργασίας, καθηκοντολογίου και περιγραφών θέσεων εργασίας, η βία στον εργασιακό χώρο καθώς και η μη ικανοποίηση του προσωπικού.

Οι Jerson et al. (2014) ομαδοποιούν τις αιτίες σε δύο κατηγορίες, τις ανεπάρκειες του συστήματος και τα γνωστικά λάθη των επαγγελματιών. Έτσι οι ανεπάρκειες του συστήματος περιλαμβάνουν εσφαλμένη αρχική αξιολόγηση της βαρύτητας της νόσου των ασθενών (Schnitker et al., 2011), σφάλματα ομαδικής συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού του ΤΕΠ, σφάλματα συνεργασίας του προσωπικού του ΤΕΠ και του υπόλοιπου προσωπικού του νοσοκομείου, το εργασιακό περιβάλλον του ΤΕΠ (ελλιπής εξοπλισμός), το εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου και σφάλματα που συμβαίνουν σε ασθενείς που έχουν εισαχθεί σε κλινική αλλά παραμένουν στο χώρο των ΤΕΠ. Τα λάθη που σχετίζονται με τους ιατρούς περιλαμβάνουν (μεγάλα) γνωστικά λάθη, όπως αποτυχία διάγνωσης ανάσπασης ST σε οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου ή επιλογή αντιβιοτικού χωρίς να ληφθεί υπόψη το αντιβιογράμμα, λανθασμένη εκτίμηση απεικονιστικών ελέγχων και διαδικαστικά λάθη, όπως ελλιπής τεχνική αντισηψίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ανεπάρκειες του συστήματος είχαν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης συμβάντων που σχετίζονται με την ασφάλεια απ' ό,τι σφάλματα των γιατρών.

Τη σημασία του ανθρώπινου λάθους και την αποτυχία συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας να εργαστούν ομαδικά στο ΤΕΠ παραθέτει ο Cosby (2003). Στην έρευνα του περιλαμβάνονται επίσης παράγοντες από τον ασθενή και από τα εξωτερικά συστήματα. Προσδιορίζοντας μάλιστα το χρόνο γένεσης των λαθών, το 50% των λαθών στην επικοινωνία συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της παράδοσης-παραλαβής των ασθενών, ενώ σημειώνεται ότι η αιτία δεν αφορά έλλειψη γνώσεων ή μη τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών ή πρωτοκόλλων (Horwitz et al., 2009; Camargo et al., 2012).

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την ασφάλεια των ασθενών είναι ο τύπος και η δομή του νοσοκομείου που παρέχει τις υπηρεσίες υγείας. Στη μελέτη των Rasmussen et al. (2014) παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ περιφερειακών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων όσον αφορά τη διδαχή από τα σφάλματα και την αναφορά συμβάντων. Έτσι το περιφερειακό σκοράρει καλύτερα σε θέματα συζήτησης της ασφάλειας και των ανεπιθύμητων συμβάντων μετά την εμφάνιση σοβαρών περιστατικών αλλά, υπολείπονται στην επίσημη αναφορά τους και στην πεποίθηση ότι η αναφορά θα οδηγήσει σε αλλαγές. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει τα ανεπιθύμητα συμβάντα, τα οποία αφορούσαν κατά σειρά εμφάνισης κλινικές και διοικητικές

διαδικασίες, κενά στην επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και τμημάτων, έλλειψη εγγράφων, αρχείων, αιματολογικών εξετάσεων, η φαρμακευτική αγωγή και ο εξοπλισμός.

Καταλήγοντας, φαίνεται ότι η βαθύτερη αιτία των ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων είναι κατά κύριο λόγο συστημική και θα πρέπει να αναζητηθεί η υπαιτιότητα- συμβολή του συστήματος υγείας γενικότερα στο φαινόμενο, και ειδικότερα η συμβολή της διοίκησης των οργανισμών, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας καθώς και οι ατομικοί παράγοντες από τους εργαζομένους.

1.3.6 Συνέπειες ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Η έκθεση του ΙΟΜ (2007) αναφέρει ότι το υψηλότερο ποσοστό ιατρικών λαθών συμβαίνει στο ΤΕΠ με άμεσες συνέπειες στην ασφάλεια και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ιδιαίτερα ευάλωτος πληθυσμός για ανεπιθύμητα συμβάντα είναι τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι. Ως ασθενείς τα παιδιά παρουσιάζουν μοναδικές ανατομικές, ψυχολογικές και φαρμακολογικές διαφορές από τους ενήλικες, ενώ και η δυσκολία επικοινωνίας με τον επαγγελματία υγείας, συνδράμουν σε αυξημένο κίνδυνο ιατρικού σφάλματος (Patterson et al., 2012). Στην ίδια κατηγορία αυξημένου κινδύνου για ανεπιθύμητα συμβάντα είναι και οι ηλικιωμένοι ασθενείς που προσέρχονται στο ΤΕΠ (Schnitker et al., 2011; Stang et al., 2013) καθώς δε λαμβάνουν τη φροντίδα και σεβασμό που θα έπρεπε να λαμβάνουν. Κατά τις απόψεις των εργαζομένων στα ΤΕΠ, οι ηλικιωμένοι χρειάζονται περισσότερο χρόνο εξέτασης, οι ανάγκες υγείας τους δεν είναι επείγουσες, οπότε μπορούν να περιμένουν διότι το προσωπικό πρέπει να είναι πάντα διαθέσιμο για επείγουσες καταστάσεις και οι ανάγκες υγείας αφορούν κυρίως τη γηριατρική ειδικότητα παρά την επειγοντολογία (Skar et al., 2015).

Οι άμεσες συνέπειες των ιατρικών σφαλμάτων είναι η επιδείνωση της υγείας του ασθενή. Η επιδείνωση της υγείας στην περίπτωση των ηλικιωμένων, μετά την επίσκεψή τους στο ΤΕΠ (Schnitker et al., 2011) μπορεί να μεταφράζεται ως έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας σε καθημερινές δραστηριότητες είτε βραχυπρόθεσμα είτε σε μόνιμη βάση. Επιπλέον, όσον αφορά τη θνησιμότητα, μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται στην ηλικιακή ομάδα 65+χρόνων, συγκριτικά με άλλες ηλικιακές ομάδες και με ακριβώς την ίδια συμπτωματολογία. Στην ίδια συστηματική ανασκόπηση τα αποτελέσματα έδειξαν ότι με την πάροδο του χρόνου (14-28-90ημέρες) το ποσοστό επανεισαγωγής των ατόμων στο ΤΕΠ αυξάνει σημαντικά, για να φτάσει το 42,9% μετά από 6 μήνες. Ακολούθως αυξάνεται η νοσηλεία στο νοσοκομείο και η ιδρυματοποίησή τους.

Εκτός όμως από το κομμάτι της ασφάλειας και ποιότητας των υπηρεσιών, τα ιατρικά σφάλματα και δυσμενή συμβάντα συνδέονται έμμεσα με αυξημένο οικονομικό κόστος για τις υπηρεσίες υγείας, κυρίως λόγω της παράτασης χρόνου νοσηλείας και της ακόλουθης κατασπατάλησης ανθρώπινων και υλικών πόρων. Νεότερα δεδομένα του υπολογισμού του άμεσου κόστους των δυσμενών συμβάντων, που οφείλονται συγκεκριμένα σε χορήγηση λανθασμένης φαρμακευτικής αγωγής που αποδίδεται στο ΤΕΠ (Meier et al., 2015), βρέθηκε ότι στοιχίζει στα ασφαλιστικά ταμεία 2.245 δισεκατομμύρια ευρώ/ετησίως.

Εκτός βέβαια του άμεσου οικονομικού κόστους θα πρέπει να συμπεριληφθεί και το κόστος λόγω των νομικών και οικονομικών διεκδικήσεων της πρόκλησης ζημίας ή και θανάτου ασθενούς. Παρατηρείται μάλιστα ανησυχητικά υψηλό οικονομικό κόστος στην Ελλάδα (Πολλλάλης et al., 2012), χωρίς να μπορεί να προσδιοριστεί πλήρως η προσέγγιση της συνολικής επιβάρυνσης (Βοζίκης & Ρήγα, 2008). Σημειώνεται δε ότι η μέση και η συνολική αποζημίωση των ιατρικών σφαλμάτων παρουσιάζουν έντονα αυξητικές τάσεις την περίοδο 2005-2008.

Παρά τις προσπάθειες για βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, είναι λίγα τα στοιχεία που να δείχνουν ότι το ΤΕΠ βελτιώνεται σε θέματα ασφάλειας ασθενούς (Pham, JC et al., 2014). Ο Pham et al., (2014) κατέληξαν ότι δεν υπάρχει πρακτικός και μετρήσιμος τρόπος για να αξιολογήσει την ασφάλεια του ασθενούς και τα λάθη στο ΤΕΠ. Προτείνουν όμως ένα θεωρητικό πλαίσιο εφαρμογής ως εργαλείο για την αντικειμενική μέτρηση της ασφάλειας του ασθενούς, το οποίο απαντά στις 4 ερωτήσεις:

- πόσο συχνά βλάπτουμε τον ασθενή;
- Πόσο συχνά εφαρμόζουμε τις κατάλληλες παρεμβάσεις;
- Πόσο καλά έχουμε διδαχθεί από τα λάθη μας;
- Έχουμε καταφέρει να δημιουργήσουμε μια κουλτούρα ασφάλειας;

1.4 Απόψεις των Ελλήνων για την ασφάλεια στο σύστημα υγείας: η έρευνα του ευρωβαρομέτρου

Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης των πολιτών της ΕΕ, αποτελεί σημαντική προτεραιότητα για το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το λόγο αυτό καταγράφει, αξιολογεί και συγκρίνει, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, τις απόψεις τους για την φροντίδα υγείας στα διάφορα συστήματα των κρατών-μελών. Στην έρευνα του Ευρωβαρομέτρου (2014) το 74% των Ελλήνων απαντούν ότι η γενικότερη ποιότητα του συστήματος υγείας είναι κακή, με 73% να θεωρεί ότι συγκριτικά είναι χειρότερη από άλλα κράτη-μέλη. Ως σημαντικότερα κριτήρια για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας οι μισοί περίπου (53%) θεωρούν ότι είναι το εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό, η αποτελεσματική θεραπεία (40%), ενώ τρίτο κατά σειρά κατάταξης βάζουν τον σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό.

Όσον αφορά την παράμετρο της ασφάλειας των ασθενών, λίγο παραπάνω από τα 3/4 των Ελλήνων (78%) θεωρούν ότι είναι πολύ πιθανό να τραυματιστούν από τη νοσοκομειακή φροντίδα. Σημειώνεται ότι το αντίστοιχο ποσοστό στα υπόλοιπα κράτη-μέλη είναι 53%. Στην ερώτηση αν εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειά σας έχει βιώσει ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη διάρκεια της παροχής υγειονομικής φροντίδας το ποσοστό φτάνει το 20%. Τα ανεπιθύμητα συμβάντα προσδιορίστηκαν στους συμμετέχοντες, ως ενδο-νοσοκομειακές λοιμώξεις, λανθασμένη, καθυστερημένη ή ατυχής διάγνωση, χειρουργικά λάθη, λάθη που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή (λανθασμένη συνταγή, δοσολογία, χρόνος χορήγησης, κτλ.) και λάθη σχετιζόμενα με τον ιατρικό εξοπλισμό. Στην ερώτηση σε ποιον απευθυνθήκατε για το ανεπιθύμητο συμβάν, το 40% αυτών, ανέφεραν το ανεπιθύμητο συμβάν κατά σειρά προτεραιότητας σε δικηγόρο (54%), στη διοίκηση του νοσοκομείου (47%) και στο Υπουργείο Υγείας (45%).

Σημειώνεται ότι η Ελλάδα σκοράρει χαμηλότερα στα ποσοστά για την ποιότητα και ασφάλεια των ασθενών συγκριτικά με τα υπόλοιπα κράτη – μέλη της ΕΕ, ενώ μεγαλύτερη απόκλιση υπάρχει όταν η σύγκριση γίνεται μεταξύ των 15 αρχικών κρατών-μελών της ΕΕ, πιθανότατα ως αποτέλεσμα της καλύτερης οργάνωσης των συστημάτων υγείας τους και της ανάληψης πρωτοβουλιών για βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών τους.

1.5 Ευρωπαϊκή Ένωση: νομοθετικές ρυθμίσεις για την ασφάλεια των ασθενών

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής με τη μελέτη <<to Err is human>>, υπογράμμισε τη σημασία της κουλτούρας ασφάλειας και δήλωσε την ανάγκη ανάπτυξης κουλτούρας ασφάλειας, με σκοπό τη βελτίωση της αξιοπιστίας και της ασφάλειας της περίθαλψης των ασθενών (IOM, 1999). Έκτοτε η ασφάλεια των ασθενών κατέχει εξέχουσα θέση στις πολιτικές των δυτικών συστημάτων υγείας.

Η Ευρωπαϊκή Κομισιόν ως αρμόδιο όργανο της ΕΕ, πρότεινε προς το Συμβούλιο της Ευρώπης τη σύσταση ορισμένων ενεργειών για την ασφάλεια των ασθενών που μπορούν να πραγματοποιηθούν τα κράτη μέλη, είτε μεμονωμένα είτε συλλογικά. Οι ενέργειες αυτές των κρατών-μελών περιλαμβάνουν (European Commission, 2012):

- I) Δημιουργία και ανάπτυξη εθνικών πολιτικών και στρατηγικών για την ασφάλεια των ασθενών.
- II) Ενδυνάμωση, ενημέρωση και συμμετοχή των πολιτών και ασθενών σε θέματα ασφάλειας
- III) Δημιουργία ή ενίσχυση συστημάτων αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων και συστημάτων άντλησης διδαγμάτων από τα λάθη
- IV) Προαγωγή της εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας στην ασφάλεια των ασθενών

V) Ταξινόμηση και μέτρηση της ασφάλειας του ασθενούς σε κοινοτικό επίπεδο, συνεργασία μεταξύ των οργανισμών και συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Κομισιόν.

VI) Ανταλλαγή γνώσης, εμπειρίας, βέλτιστων πρακτικών μεταξύ των οργανισμών, της European Commission και άλλων ευρωπαϊκών και διεθνών θεσμών

VII) Ανάπτυξη και προώθηση έρευνας για την ασφάλεια των ασθενών.

Συγκεκριμένα για την επίτευξη του στόχου δημιουργίας και ανάπτυξης εθνικών πολιτικών και στρατηγικών για την ασφάλεια των ασθενών τα κράτη-μέλη θα πρέπει (European Commission, 2012):

A) να αναπτύξουν δείκτες ή μηχανισμούς για να αξιολογήσουν το βαθμό εφαρμογής διαφορετικών στρατηγικών ή προγραμμάτων για την ασφάλεια των ασθενών.

B) να ενσωματώσουν την ασφάλεια των ασθενών ως προτεραιότητα στα προγράμματα και στις πολιτικές υγείας.

Γ) να υποστηρίξουν την ανάπτυξη ασφαλέστερων και φιλικότερων συστημάτων, διαδικασιών, εργαλείων, συμπεριλαμβανομένου τη χρησιμοποίηση των δεδομένων και την τεχνολογία επικοινωνίας.

Δ) να ενσωματώσουν την τακτική ανασκόπηση και αναθεώρηση των προτύπων ασφάλειας ή καλών πρακτικών που εφαρμόζονται στις υπηρεσίες υγείας της αρμοδιότητάς τους

Αναλυτικότερα για την αξιολόγηση του βαθμού εφαρμογής των στρατηγικών ή προγραμμάτων για την ασφάλεια των ασθενών στους δείκτες /μηχανισμούς μέτρησης συμπεριλαμβάνονται τα εξής:

- αριθμός συστημάτων αναφοράς και συστημάτων άντλησης διδαγμάτων από τα λάθη
- αριθμός νοσοκομείων που εφαρμόζουν πρότυπα για την ασφάλεια των ασθενών
- αριθμός νοσοκομείων που μετρούν το κλίμα ασφάλειας των ασθενών
- αριθμός αξιολόγησης των παραπόνων και προτάσεων από τους πολίτες
- αριθμός νοσοκομείων που καταγράφουν επιπλοκές μετά τη χειρουργική επέμβαση και ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων
- μηνιαίες αναφορές αποδοτικότητας από τον συντονιστή του δημοσίου συστήματος υγείας
- τακτικές επιθεωρήσεις από επιτροπή ποιότητας όσον αφορά τα στάνταρ
επίσης ορισμένα κράτη αναφέρουν τη χρησιμοποίηση δεικτών σε επίπεδο προμηθευτή υγείας. Αυτά είναι: ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, εφαρμογή χειρουργικής λίστας (checklist), κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, screening διατροφικών διαταραχών, παρουσία ενός risk manager στις υπηρεσίες /δομές.

Επίσης, προτείνεται η σύσταση αρμόδιου οργάνου σε εθνικό επίπεδο με τις εξής αρμοδιότητες:

- συλλογή πληροφοριών για τα τρέχοντα προγράμματα ασφάλειας των ασθενών
- συλλογή και ανάλυση δεδομένων αποτελεσμάτων ασφάλειας των ασθενών
- εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας

Πρόσφατη έκθεση σχετικά με την εφαρμογή της σύστασης που εξέδωσε το Συμβούλιο το 2009 για την ασφάλεια των ασθενών, μεταξύ άλλων για την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη, δείχνει τον τρόπο με τον οποίο η Επιτροπή και οι χώρες της ΕΕ έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο στην αντιμετώπιση του ζητήματος της ασφάλειας των ασθενών.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι έχει σημειωθεί ουσιαστική πρόοδος όσον αφορά τη διαμόρφωση εθνικών προγραμμάτων για την ασφάλεια των ασθενών και τη δημιουργία συστημάτων για την καταγγελία ανεπιθύμητων συμβάντων από τους ασθενείς από την έκδοση της σύστασης και μετά (Παναγιώτου, 2015). Κατά την Ευρωπαϊκή Κομισιόν (2014) 26 χώρες έχουν αναπτύξει ή βρίσκονται στο στάδιο της οριστικοποίησης, στρατηγικές ή προγράμματα για την ασφάλεια των ασθενών, είτε αυτόνομα είτε στο πλαίσιο

άλλων εθνικών πολιτικών. Περισσότερες χώρες υπέβαλαν συνοδευτικά έγγραφα συγκριτικά με το 2012 (21 το 2014 έναντι οκτώ το 2012). Οι περισσότερες ανέφεραν παραδείγματα δεικτών για την αξιολόγηση των στρατηγικών. 23 χώρες έχουν ορίσει αρμόδια αρχή που είναι υπεύθυνη για την ασφάλεια των ασθενών (19 κράτη μέλη το 2012), αλλά μόνο 16 χώρες υπέβαλαν έγγραφα για τον σκοπό αυτό. Εκτός από μία αρχή, όλες συνεργάζονται με τις αρχές άλλων χωρών, τόσο εντός όσο και εκτός της ΕΕ. Όλες οι χώρες ανέφεραν την ύπαρξη μέτρων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών. Σε 20 χώρες οι προδιαγραφές για την ασφάλεια των ασθενών είναι υποχρεωτικές (11 το 2012), ενώ σε τέσσερις άλλες οι προδιαγραφές είναι εθελοντικές. 19 χώρες χρησιμοποιούν κατευθυντήριες γραμμές για την ασφάλεια των ασθενών, οι οποίες στις περισσότερες περιπτώσεις έχουν διαμορφωθεί σε εθνικό επίπεδο, από το υπουργείο υγείας ή κάποιον ειδικευμένο οργανισμό. Γενικότερα όλα τα κράτη μέλη υλοποιούν τώρα εθνικά προγράμματα για την ασφάλεια των ασθενών ή βρίσκονται στο στάδιο της κατάρτισής τους, κάτι που αποτελεί σημαντικό βήμα προόδου, ενώ και οι ασθενείς ενθαρρύνονται όλο και περισσότερο να εκφράζουν τις απόψεις τους.

Επιπρόσθετα σε επίπεδο Ε.Ε. ποικίλα όργανα και μηχανισμοί διευκολύνουν την ανταλλαγή της γνώσης για την ασφάλεια των ασθενών όπως:

- The European Commission Working Group on Patient Safety and Quality of Care – από το 2005
- The EU Network on Patient Safety (EUNetPaS): ενεργό δίκτυο με βασικό σκοπό να ενθαρρύνει και να ενισχύσει τη συνεργασία μεταξύ εθνικών φορέων των 27 κρατών-μελών και ευρωπαϊκών ΜΚΟ, στον τομέα της ασφάλειας του ασθενή
- The Joint Action on Patient Safety and Quality of Care

Πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Κομισιόν επίσης ήταν η δημιουργία ομάδας εργασίας για την ασφάλεια και την ποιότητα της περίθαλψης (EU Patient Safety and Quality of Care Expert Group). Στην ομάδα αυτή συμμετέχουν εκπρόσωποι των 27 κρατών-μελών της ΕΕ, των χωρών ΕΖΕΣ, διεθνών οργανισμών και οργανισμών της ΕΕ. Η ομάδα εργασίας συμβάλλει στην ανάπτυξη της ευρωπαϊκής ατζέντας για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης.

1.6 Πολιτική ασφάλειας των ασθενών στην Ελλάδα

Η Ελλάδα ως κράτος-μέλος της ΕΕ η πολιτική υγείας της για την ασφάλεια των ασθενών προσπαθεί να εναρμονιστεί με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Κομισιόν. Μερικά παραδείγματα παρατίθενται παρακάτω.

Σε επίπεδο νοσοκομείου το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει θεσπίσει επιτροπές ποιότητας και επιτήρησης λοιμώξεων. Έτσι η διεύθυνση ποιότητας και αποδοτικότητας του Υπουργείου Υγείας, με αφορμή σεμινάριο με θέμα: «Ασφάλεια Ασθενών και Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας. Η Διεθνής Εμπειρία και η Ελληνική Πραγματικότητα», ορίζει με την υπ' αριθμόν 123566/6-10-2010 εγκύκλιο, την έναρξη εφαρμογής δράσεων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και ορισμό επιτροπής ποιότητας σε κάθε νοσοκομείο με δυναμικότητα τετρακοσίων κλινών και άνω κλινών . Επίσης με υπουργική απόφαση Υ1/οικ 4234, ΦΕΚ733/2001, ορίζουν τη συγκρότηση επιτροπής νοσοκομειακών λοιμώξεων σε κάθε νοσοκομείο, με σκοπό να σχεδιάζει και να προτείνει μέτρα για την πρόληψη και των έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων του νοσοκομείου και να ελέγχει την εφαρμογή τους.

Σχετικά με τη βελτίωση της ασφάλεια του ασθενούς για τη φαρμακευτική αγωγή, στην Ελλάδα έχει συσταθεί νομικό πλαίσιο για τα φάρμακα και τη φαρμακοεπαγρύπνηση (Κανονισμός 1235/2010 ("2010 νομοθεσία φαρμακοεπαγρύπνησης"), το οποίο αφορά δραστηριότητες που σχετίζονται με την ανίχνευση, αξιολόγηση, κατανόηση και πρόληψη ανεπιθύμητων ενεργειών ή για οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα με φαρμακευτικό προϊόν.

Γενικότερα όσον αφορά την εκπροσώπηση της χώρας σε διεθνή δίκτυα έχουν συσταθεί αρκετά όργανα. Παράδειγμα αποτελεί ο εθνικός φορέας που εκπροσωπεί την Ελλάδα στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την ασφάλεια του Ασθενή (EUNetPas) -το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ), ενώ η Νοσηλευτική Σχολή του Πανεπιστημίου

Αθηνών έχει αναλάβει για λογαριασμό του EUNetPas τον συντονισμό των εργασιών που αφορούν στα θέματα εκπαίδευσης. Σκοπός αυτών των δικτύων είναι η ενθάρρυνση και η ενίσχυση της συνεργασίας των κρατών-μελών της ΕΕ στον τομέα της ασφάλειας των ασθενών.

Σύμφωνα βέβαια με τα στοιχεία που δίνει η χώρα στην Ευρωπαϊκή Κομισιόν, η Ελλάδα δεν έχει πάρει καμία πρωτοβουλία σχετικά με πολιτικές και προγράμματα για την ασφάλεια των ασθενών, καμία πρωτοβουλία εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, ή ενδυνάμωση των ασθενών όσον αφορά την ασφάλεια. Σε στάδιο κατάρτισης βρίσκεται η δημιουργία αναφοράς συμβάντων και το σύστημα άντλησης διδαγμάτων από τα λάθη (European Commission, 2014). Μια πρώτη προσπάθεια για την ανίχνευση, αναφορά και ανάλυση των ανεπιθύμητων περιστατικών, έγινε από το τμήμα οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς με το πιλοτικό σύστημα MERIS (Βοζίκης et al, 2012).

Σύμφωνα με τις τέσσερις συστάσεις της επιτροπής της Ε.Ε που έχουν παρατεθεί στο παραπάνω υποκεφάλαιο, η Ελλάδα βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών. Δεν έχει κάποιο αρμόδιο όργανο υπεύθυνο για την ασφάλεια των ασθενών σε εθνικό επίπεδο, παρά μόνο σε τοπικό επίπεδο, απουσιάζει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που να εστιάζει στην ασφάλεια των ασθενών, να καταγράφει και να συλλέγει πληροφορίες ή να αξιολογεί το κλίμα ασφάλειας των οργανισμών ή των τμημάτων. Λαμβάνοντας υπόψη ότι το πρόβλημα των ιατρικών σφαλμάτων είναι υπαρκτό και επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι σημαντική η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας και η λήψη μέτρων για την ενίσχυση ενός θετικού κλίματος κουλτούρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

2.1 Θεωρητική προσέγγιση

2.1.1 Οργανωσιακή κουλτούρα

Η ανάπτυξη και η μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας, άρχισε τις δεκαετίες του 1940 και 1950, με τους Lewin, Lippitt και White (1939) και ακολούθησε η επιστήμη της Κοινωνιολογίας και της Κοινωνικής Ψυχολογίας (Carney, 2006), με το ενδιαφέρον των μελετητών να προσδιορίσουν και να εντάξουν στην ανάλυσή τους οργανισμούς ως κουλτούρες. Τους θεωρητικούς και τα στελέχη της Διοικητικής Επιστήμης άρχισε να τους απασχολεί συστηματικά και έντονα μετά το 1980. Ερευνητές όπως ο Pettigrew ήταν ο πρώτος που εισήγαγε τον όρο <<οργανωσιακή κουλτούρα>>, ενώ οι Deal & Kennedy, Ouchi και Peters & Waterman είναι οι ιθύνοντες για την δημοφιλή εξάπλωση της έννοιας, αλλά με μία περιοριστική και μονόπλευρη περιγραφή του όρου (Bellot, 2011).

Έκτοτε δεκάδες ορισμοί δόθηκαν για την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας αναλόγως τον επιστημονικό κλάδο όπου εντάσσεται ο μελετητής, δείχνοντας την αδυναμία προσδιορισμού ενός κοινά αποδεκτού ορισμού. Ο Sackman (1991) επισημαίνει χαρακτηριστικά ότι <<υπάρχουν τόσοι πολλοί ορισμοί της *οργανωσιακής κουλτούρας* όσοι και οι άνθρωποι που την χρησιμοποιούν>>. Ίσως ο πιο πλήρης ορισμός είναι αυτός που δίνει ο Schein ο οποίος ορίζει την *κουλτούρα* ως <<ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν ανακαλυφθεί- εφευρεθεί ή αναπτυχθεί από μία δεδομένη ομάδα, καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης- οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν, ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν γενικά και επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά>> (Schein, 1985 από Μπουραντάς, 2002).

Σε μία συνθετική προσέγγιση όλων των ορισμών για την κουλτούρα, ο Μπουραντάς την ορίζει ως << ένα σύστημα κοινών (shared- μοιρασμένων) αξιών, πιστεύω, βασικών παραδοχών, σημασιών, άτυπων κανόνων, το οποίο ως κοινό νοητικό πλαίσιο αναφοράς (συλλογικός νοητικός προγραμματισμός- *programmation collective de l'esprit humain-Hofstede*) συνδέει τους ανθρώπους προσδιορίζοντας το πώς σκέφτονται και συμπεριφέρονται, τι κάνουν, πώς το κάνουν, γιατί το κάνουν>> (Μπουραντάς, 2002).

Κατά τον Schein, η κουλτούρα είναι αποτέλεσμα μάθησης μέσα από την ομαδική εμπειρία, ενώ στα πλαίσια της ενασχόλησής τους με την ανάπτυξη των κοινωνικών συστημάτων, διέκρινε την κουλτούρα ενός οργανισμού: α) στις νόρμες-τεχνουργήματα που αντικατοπτρίζουν τις συμπεριφορές των μελών με βάση τους άγραφους, ηθικούς κανόνες που ισχύουν και οι οποίοι εκφράζονται μέσω δομών και των διαδικασιών του, β) στις αξίες και πεποιθήσεις που υιοθετούν οι εργαζόμενοι του οργανισμού (φιλοσοφία, στόχοι και στρατηγικές) και γ) στις υφιστάμενες βασικές παραδοχές που αντιπροσωπεύουν τις πεποιθήσεις, τις αντιλήψεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματα των εργαζομένων για την ανθρώπινη φύση, την αλήθεια, το περιβάλλον και την πραγματικότητα του οργανισμού (Schein, 1986).

Μέσα απ' όλη αυτή την εννοιολογική ασάφεια, η Bellot καταλήγει ότι οι μελέτες δείχνουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα: α) υπάρχει β) οι κουλτούρες είναι εγγενώς ασαφείς διότι ενσωματώνουν αντιφάσεις, παράδοξα, ασάφειες και σύγχυση γ) η οργανωσιακή κουλτούρα είναι κοινωνικά δομημένη, είναι προϊόν ομάδων και όχι μεμονωμένων ατόμων, και βασίζεται σε εμπειρίες, και τέλος δ) η κουλτούρα κάθε οργανισμού είναι μοναδική, εύπλαστη και υπόκειται σε συνεχείς αλλαγές (Bellot, 2011). Επιπλέον, υποστηρίζει ότι ολοένα και νέες μέθοδοι - ποιοτικές, ποσοτικές και συνδυασμός των δύο-αναπτύσσονται για την αξιολόγησή της, ως πολύτιμη παράμετρος στις υπηρεσίες υγείας.

Για τους επαγγελματίες υγείας το μοντέλο της οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει τον οργανισμό η κουλτούρα του τμήματος επηρεάζει παράγοντες όπως ικανοποίηση εργαζομένων, πρόθεση για αποχώρηση από την εργασία, με ενδεχόμενο αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα των αγαθών και υπηρεσιών.

Αποτελέσματα έρευνας σε 119 ΤΕΠ στην Κίνα για 3ετή περίοδο μελετώντας το προσωπικό και εργασιακό παρελθόν των συμμετεχόντων, τα χαρακτηριστικά του τμήματος και περιβαλλοντικούς παράγοντες δείχνουν ότι μια ευέλικτη, προσαρμόσιμη και ανεπίσημη οργανωσιακή δομή χωρίς γραφειοκρατικές πολιτικές ή διαδικασίες ωφελεί τους νοσηλευτές, ενώ η κουλτούρα ομάδας σαν <<οικογένεια>> έχει θετικό αντίκτυπο περισσότερο στους επειγοντολόγους ιατρούς (Lin et al., 2012). όσον αφορά την ικανοποίηση από την εργασία τους και την πρόθεσή τους να αποχωρίσουν. Οι Person et al. (2013), συμπεραίνουν ότι μια κουλτούρα η οποία προωθεί την αξία του προσωπικού, και η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που ενισχύσει την ικανοποίηση από την εργασία, με ανάπτυξη ευκαιριών εκπαίδευσης για τη βελτίωση των σχέσεων, τη βελτίωση των διαδικασιών και της ροής της εργασίας συμβάλλουν στην παροχή ασφαλέστερης, αποτελεσματικότερης και οικονομικότερης φροντίδας υγείας.

Η αναγνώριση και η αξιολόγηση της οργανωσιακής κουλτούρας προβάλλει σαν σπουδαία παράμετρος για τις υπηρεσίες υγείας καθώς εξετάζει το θεραπευτικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα να βελτιώνει τις υπηρεσίες, ποιότητα και αποτελέσματα και για τους επαγγελματίες υγείας και για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας ((Bellot, 2011); Skar et al., 2015), ενώ ισχυρή συσχέτιση έχει και με την αποτελεσματικότητα του οργανισμού (Μπουραντάς, 2002).

Κατά τη Lemaitre η ισχυρή συσχέτιση της κουλτούρας με την αποτελεσματικότητα διαφαίνεται μέσα από τρεις λόγους (Μπουραντάς, 2002). Πρώτον, λειτουργεί σαν μέσο ολοκλήρωσης, συνοχής και επικοινωνίας των μελών. Δεύτερον, κινητοποιεί τα μέλη της οργάνωσης προς κοινούς στόχους, και τρίτον υποβοηθά την αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας του περιβάλλοντος.

2.1.2 Κουλτούρας ασφάλειας και κλίμα ασφάλειας

Ο όρος <<κουλτούρα ασφάλειας>> πρωτοεμφανίστηκε μετά την πυρηνική καταστροφή του Chernobyl, καθώς σε αυτή την αναφορά (IAEA, 1986) έγινε προσπάθεια να αναζητηθούν και να επεξηγηθούν τα οργανωσιακά λάθη και παραλείψεις που οδήγησαν στην καταστροφή. Ο διεθνής οργανισμός Ατομικής Ενέργειας λίγο αργότερα προσδιόρισε την κουλτούρα ασφάλειας ως <<...το άθροισμα των χαρακτηριστικών και στάσεων των οργανισμών και των ατόμων που αποδεικνύει ότι, ως μια απόλυτη προτεραιότητα, τα ζητήματα της πυρηνικής ασφάλειας τυγχάνουν της προσοχής που δικαιολογεί η σημασία τους>>. Τα χαρακτηριστικά αυτά περιγράφονται ως προσωπική αφοσίωση, προσήλωση στην ασφάλεια και τήρηση στάσης αμφισβήτησης, υπό το πρίσμα ότι ακόμη και οι βέλτιστες πρακτικές μπορεί να φανούν αναποτελεσματικές αν εφαρμόζονται μηχανικά (IAEA, 1991).

Έκτοτε πολλοί οργανισμοί ενστερνίστηκαν την ιδέα της βελτίωσης της ασφάλειας – κυρίως οργανισμοί υψηλής αξιοπιστίας (αεροπορία, πυρηνική ενέργεια). Τις τελευταίες δεκαετίες, η έννοια δημιουργίας μιας κουλτούρας ασφάλειας μετακινήθηκε και στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. Ορόσημο υπήρξε η δημοσίευση αναφοράς του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM, 1981) των ΗΠΑ << To Err is human >> , στην οποία καταδεικνύονται εσφαλμένα συστήματα, διαδικασίες και καταστάσεις, ως γενεσιουργές αιτίες που οδηγούν στην παραγωγή σφαλμάτων. Λίγο αργότερα, το Ινστιτούτο επισημαίνει την ολιγωρία του συστήματος υγείας να παράσχει βασική ασφάλεια στους χρήστες του, καθώς και τον έμμεσο αντίκτυπο των ιατρικών σφαλμάτων στην έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας (IOM, 1999).

Απ' αυτό το χρονικό σημείο και ύστερα, ένας μεγάλος αριθμός μελετών επέδειξε τη σημασία της κουλτούρας ασφάλειας στο σύστημα υγείας, παρόλα αυτά υστερεί στην ανάπτυξη ενός κοινού ορισμού, διαστάσεων και μετρήσεων της κουλτούρας ασφάλειας (Halligan & Zecevic, 2011). Διαφωνία επίσης υπάρχει μεταξύ των ερευνητών και ως προς τη διαφοροποίηση της έννοιας της κουλτούρας ασφάλειας από την έννοια του κλίματος ασφάλειας. Οι περισσότεροι ερευνητές προτιμούν να χρησιμοποιούν τον όρο κουλτούρα ασφάλειας, τον οποίο ακολουθεί ο όρος κλίμα ασφάλειας, ενώ ορισμένοι σε μια σφαιρική προσέγγιση χρησιμοποιούν και τους δύο όρους.

Ο συνηθέστερος ορισμός της κουλτούρας ασφάλειας υιοθετήθηκε από την Health and Safety Commission κατά την οποία η κουλτούρα ασφάλειας είναι << ...η απόρροια ατομικών και ομαδικών αξιών, στάσεων, ικανοτήτων και πρότυπων συμπεριφορών, τα οποία καθορίζουν την αφοσίωση, το στυλ και την επάρκεια ενός οργανισμού υγείας ή προγραμμάτων ασφάλειας>> (Health and Safety Commission, 1993). Συμπληρώνει επίσης ότι οργανισμοί με θετική κουλτούρα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από επικοινωνία των μελών που βασίζεται σε αμοιβαία εμπιστοσύνη, από κοινές αντιλήψεις της σπουδαιότητας της ασφάλειας και από την εμπιστοσύνη για την αποτελεσματικότητα προληπτικών μέτρων ασφάλειας.

Αναλόγως της διαφωνίας των ερευνητών στο κομμάτι του ορισμού της κουλτούρας ασφάλειας, το ίδιο κλίμα συναντάται και στις διαστάσεις που ορίζουν μια θετική κουλτούρα ασφάλεια σ' έναν οργανισμό (Halligan & Zecevic, 2011). Απ' αυτές οι ευρέως αποδεκτές διαστάσεις περιλαμβάνουν την:

- δέσμευση της διοίκησης για την ασφάλεια
- ανοικτή επικοινωνία
- εκπαίδευση και διδασχία στον οργανισμό
- μη τιμωρητική προσέγγιση των αναφορών δυσμενών συμβάντων και ανάλυσής τους
- ομαδικότητα στην εργασία και τέλος,

- κοινή πεποίθηση για τη σπουδαιότητα της ασφάλειας.

Ως εννοιολογική συνέχεια της κουλτούρας ασφάλειας, η έννοια του κλίματος ασφάλειας χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Zohar (1980) στην προσπάθειά του να περιγράψει τις αντιλήψεις των εργαζομένων για την αξία και το ρόλο της ασφάλειας στους οργανισμούς τους. Συγκεκριμένα το κλίμα ασφάλειας ορίζεται από τον Gaba και συνεργάτες ως <<...τα επιφανειακά χαρακτηριστικά της κουλτούρας ασφάλειας, που διέπονται από τις στάσεις και τις αντιλήψεις μεμονωμένων εργαζομένων, σε καθορισμένη χρονική στιγμή>> (Gaba et al., 2003). Ενώ ο ορισμός που δίνουν οι Huang και συνεργάτες (2010), είναι ότι το κλίμα ασφάλειας δηλώνει τις αντιλήψεις των εργαζομένων για τις πολιτικές, τις διαδικασίες, και τις πρακτικές που ισχύουν στον οργανισμό, όπως αυτές συνδέονται με την αξία, τη σπουδαιότητα και την προτεραιότητα της ασφάλειας εντός ενός οργανισμού (Huang et al., 2010).

Ο Niskanen όπως αναφέρει ο Guldenmund (2000) ορίζει το κλίμα ως <<...το σύνολο των στάσεων που μπορεί να γίνουν αντιληπτές για ένα συγκεκριμένο έργο μέσα σ' ένα οργανισμό, οι οποίες είναι δυνατόν να προκύψουν από πολιτικές και πρακτικές που οι ίδιοι οι οργανισμοί επιβάλλουν στους εργαζόμενους και στους ανωτέρους τους>>. Οι Colla et al. (2005) τοποθετώντας τη βιομηχανία υπηρεσιών υγείας ως υψηλού κινδύνου βιομηχανία, λόγω των υψηλών ποσοστών θνητότητας και θνησιμότητας, ορίζουν την ασφάλεια ως <<οι μετρήσιμες συνιστώσες της κουλτούρας ασφάλειας>> .

Κατά τον Guldenmund, η κουλτούρα ασφάλειας και το κλίμα ασφάλειας (στάσεις) δεν είναι ξεχωριστές οντότητες, παρά διαφορετικός τρόπος προσέγγισης ενός κοινού στόχου, δηλαδή τον καθορισμό της σπουδαιότητας της ασφάλειας μέσα σ' ένα οργανισμό. Ο Yule (2003) εντοπίζει κάποιες διαφορές καταλήγοντας ότι είναι συμπληρωματικές ανεξάρτητες έννοιες και όχι έκφραση μιας ενιαίας αντίληψης. Το κλίμα ασφάλειας είναι η μετρήσιμη μονάδα της κουλτούρας του οργανισμού, ενώ αναδύεται μέσα από μία κοινωνική διαδικασία, όπου το προσωπικό νοσηματοδοτεί τις πολιτικές και την πρακτική που βιώνουν και τις συμπεριφορές που παρατηρούν (The Health Foundation, 2013).

2.2.3 Σύντομη ιστορική αναδρομή της οργανωσιακής κουλτούρας

Το ενδιαφέρον για την οργανωσιακή κουλτούρα στη σύγχρονη εποχή ξεκίνησε όπως προαναφέρθηκε από βιομηχανίες υψηλής ασφάλειας (αεροπορία, πυρηνική ενέργεια, σιδηροδρομικές μεταφορές) (Waterson, 2014). Εφαλτήριο υπήρξαν οι εκρήξεις της πλατφόρμας αερίου της εταιρείας Piper Alpha oil, 25 χρόνια πριν, οι οποίες κατέληξαν στο θάνατο 167 ατόμων. Στην μετέπειτα αναφορά (Cullen 1990) αναγνωρίστηκαν μια σωρεία παραγόντων που συνέβαλαν στο δυστύχημα, με κυριότερο αίτιο την χαλαρή διοικητική πολιτική για την ασφάλεια, την ανεπαρκή εκπαίδευση παράλληλα με μία <<κουλτούρα χαλαρότητας>> της εταιρείας. Αλλά και άλλες μετέπειτα καταστροφές- Αεροδρόμιο Τενερίφης (1977), η έκρηξη του διαστημικού λεωφορείου (1986), σιδηροδρομικό δυστύχημα στο Ladbroke Grove (1986), και τα πυρηνικά ατυχήματα στο Three Mile Island και Chernobyl (1979 και 1986 αντίστοιχα), εν πρώτοις συνετέλεσαν σε δημόσιο προβληματισμό και συζήτηση για το ποιοι είναι οι κατάλληλοι τρόποι για τη διαχείριση της ασφάλειας, αλλά και ο ρόλος των εξωτερικών αρχών στις υψηλής κινδύνου βιομηχανίες (Waterson, 2014), και κίνησε το ενδιαφέρον της ακαδημαϊκής κοινότητας, κυρίως σε εκείνη την προσέγγιση των συστημάτων για την βαθύτερη κατανόηση των υποκείμενων παραγόντων. Η κεντρική ιδέα της προσέγγισης των συστημάτων έγκειται στο ότι πολύπλοκα συστήματα συνθέτονται από αλληλένδετα στοιχεία, ο χαρακτήρας των οποίων αλλάζει αν το σύστημα <<αποσυναρμολογηθεί>> με κάποιο τρόπο (Waterson, 2014). Η υιοθέτηση λοιπόν μιας προοπτικής γνώσης του συστήματος παρέχει τη βαθύτερη κατανόηση του πως μια πράξη ή ένα περιστατικό, αλληλεπιδρά συνολικά στην ομάδα και στα επίπεδα του οργανισμού. Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία για την προσέγγιση του συστήματος είναι η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η έννοια δημιουργίας μιας κουλτούρας ασφάλειας μετακινήθηκε και στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. Ορόσημο υπήρξε η δημοσίευση αναφοράς του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM, 1981) των ΗΠΑ << To Err is human>> , στην οποία καταδεικνύονται εσφαλμένα συστήματα, διαδικασίες και καταστάσεις, ως γενεσιουργές αιτίες που οδηγούν στην παραγωγή σφαλμάτων. Λίγο αργότερα, το Ινστιτούτο επισημαίνει την ολιγωρία του συστήματος υγείας να παράσχει βασική ασφάλεια στους χρήστες του, καθώς και τον έμμεσο αντίκτυπο των ιατρικών σφαλμάτων στην έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας (IOM, 1999).

Πολλοί ερευνητές μελέτησαν την επίπτωση των ανεπιθύμητων συμβάντων σε νοσηλευόμενους ασθενείς (Waterson, 2014), αλλά η αναγνώριση και αξιολόγηση των αποτυχιών του συστήματος που συμβάλλουν στην πρόκληση (πιθανών) ανεπιθύμητων συμβάντων μελετήθηκε από τους Leape και συνεργάτες (1995) στο Systems analysis of adverse drug events (Ilan &Fowler, 2005). Η πρωτοπόρα αυτή μελέτη επέδειξε αυστηρές μεθόδους κατανόησης της προέλευσης των παραγόντων που συμβάλλουν στην πρόκληση των ανεπιθύμητων συμβάντων, ως αποτέλεσμα των αποτυχιών του συστήματος.

Συνάμα άλλες μελέτες έδειξαν τη σχέση της ασφάλειας του ασθενούς με τον ανθρώπινο παράγοντα, παράγοντες όπως η τεχνολογία και τα ιατρικά εργαλεία, η οργάνωση και η κατανομή των εργασιών, ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και το 2004 πρωτοεμφανίστηκαν τα πρώτα εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας (Waterson, 2014). Πολλά από αυτά τα εργαλεία είναι υπό μορφή ερωτηματολογίου, εκ των οποίων τα δημοφιλέστερα είναι το Hospital Survey on Patient Safety Culture και Safety Attitudes Questionnaire.

2.2 Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας

2.2.1 Τα ερευνητικά εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας

Λόγω του αυξανόμενου ενδιαφέροντος για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας στο χώρο της υγείας, έρευνες του νοσοκομειακού κλίματος ασφάλειας έχουν γίνει βασική συνιστώσα της διοίκησης στις υπηρεσίες υγείας. Μεγάλες βάσεις δεδομένων έχουν καθιερώσει πιο αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης , τα οποία επιτρέπουν πιο στοχευμένη διερεύνηση του ρόλου της κουλτούρας ασφάλειας (Jackson et al., 2010). Οργανισμοί όπως το Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and Johns Hopkins University (JHU) είναι πρωτοπόροι στην ανάπτυξη των τεκμηριωμένων ερευνών. Τα περισσότερα εργαλεία μέτρησης προέρχονται από το χώρο της βιομηχανίας τα οποία προσαρμόστηκαν και εφαρμόστηκαν στο σύστημα υγείας (Flin et al., 2006).

Υπάρχουν πάνω από 50 εργαλεία μέτρησης του κλίματος/κουλτούρας ασφάλειας (Patankar et al., 2010; The Health Foundation, 2011). Οι Nieva και Sorra (2003) συστήνουν στους οργανισμούς υγείας να λάβουν υπόψη τα εξής κριτήρια επιλογής εργαλείου μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας:

- 1) τους τομείς της κουλτούρας ασφάλειας που θα αξιολογηθούν
- 2) τον τύπο του προσωπικού που ενδεχομένως θα συμπληρώσουν το εργαλείο μέτρησης
- 3) τη δομή για την οποία αναπτύχθηκε το εργαλείο
- 4) τη διαθεσιμότητα αποδείξεων τεκμηρίωσης για την αξιοπιστία και εγκυρότητα του εργαλείου

Ανάμεσα στα δημοφιλέστερα εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας είναι το Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), το Hospital Survey on Patient Safety culture (HSPSC), το Manchester Patient Safety Culture Assessment (MPSCA) και το Safety Climate Survey (SCS) (The Health Foundation, 2011).

Οι Singla et al (2006) σε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, εξέτασαν τα διαθέσιμα ποσοτικά εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς. Η έρευνά τους απέδωσε 13 εργαλεία μέτρησης, τα οποία καλύπτουν συνολικά 23 διαστάσεις της ασφάλειας του ασθενούς. οι διαστάσεις αυτές ομαδοποιήθηκαν και αφορούν τη διοίκηση/εποπτεία, το ρίσκο/κίνδυνος, την εργασιακή πίεση, την ικανότητα, τις διαδικασίες/κανόνες, συστήματα ασφαλείας και επιμέρους παραμέτρους. Αναλυτικότερα παρατίθενται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 3: Παράγοντες που εκτιμώνται στα εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς

Κατηγορία	Παράμετρος
Διοίκηση	<ul style="list-style-type: none"> ➤ διοίκηση και στάση οργανισμού σε σχέση με την ασφάλεια ➤ επάρκεια εκπαίδευσης και εποπτεία ➤ αντίδραση οργανισμού απέναντι σε θέματα ασφάλειας ➤ η μη τιμωρητέα αντίδραση στα λάθη
Κίνδυνος	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ανάλυση του κινδύνου ➤ Προθυμία αναζήτησης βοήθειας
Συστήματα ασφάλειας	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Υποδομή σε θέματα ασφάλειας ➤ Μεταβίβαση και συντονισμός της φροντίδας ➤ Σχεδιασμός της ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς ➤ Επάρκεια σε εξοπλισμό, προσωπικό και διαδικασίες ➤ Εκθέσεις πληροφοριών
Εργασιακή πίεση	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Βαθμός εργασιακής πίεσης σε ένα τμήμα
Ικανότητα	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ικανότητα διαχείρισης των κρίσεων
Διαδικασίες/κανόνες	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Τι πρέπει να αναφέρεται και σε ποιον ➤ Η συμμόρφωση στις διαδικασίες και κανόνες
Άλλοι παράμετροι	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ομαδική εργασία ➤ Επικοινωνία ➤ Οργανωσιακή μάθηση ➤ Ανάδραση και επικοινωνία ➤ Αντιλήψεις σχετικά με τα αίτια των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων ➤ Εργασιακή ικανοποίηση ➤ Συνολική αντίληψη για την ασφάλεια

Πηγή: Singla et al. (2006)

Ειδικότερα, από τα 13 εργαλεία μέτρησης του κλίματος ασφάλειας τα 9 απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας, ενώ τα άλλα 4 απευθύνονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες. Όλα τα ερωτηματολόγια είναι αυτοσυμπληρούμενα, περιλαμβάνουν κλειστού τύπου ερωτήσεις και η απάντηση σε κάθε μία από τις ερωτήσεις αντιστοιχεί σε μία κλίμακα Likert. Κάποια από αυτά συμπεριλαμβάνουν και ανοιχτού τύπου ερωτήσεις.

Παρόμοια έρευνα έκαναν και οι Colla et al. (2005), οι οποίοι σύγκριναν τα χαρακτηριστικά, διαστάσεις και ψυχομετρικές διαστάσεις και χρησιμοποίηση των εργαλείων μέτρησης του κλίματος ασφάλειας. Τα περισσότερα μετρούσαν στάσεις των ατόμων, ενώ όλα τα εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν για συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ τμημάτων ή νοσοκομείων. Μόνο το Safety Attitudes Questionnaire χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο συσχέτισης του οργανωσιακού κλίματος και των αποτελεσμάτων υγείας ασθενούς. Όσον αφορά

τις διαστάσεις που αξιολογούσαν τα ερευνητικά εργαλεία περιλάμβαναν: ηγεσία, πολιτικές και διαδικασίες, στελέχωση, επικοινωνία και αναφορά λαθών.

Τα εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα των Colla et al. (2005) ήταν:

- Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety (SLOAPS)
- Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations (PSCHO)
- Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire (VHA PSCQ)
- Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS)
- Culture of Safety Survey (CSS)
- Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)
- Safety Climate Survey⁴⁰ (10 item version called Safety Climate Scale^{24 40}) (SCS)
- Medication Safety Self Assessment (MSSA)
- Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey (HTSSCS)

Επισημαίνεται ότι όσον αφορά τις ψυχομετρικές διαστάσεις των ερωτηματολογίων, τα αποτελέσματα των ερευνών συγκλίνουν ότι παρατηρείται μεγάλη διακύμανση (Colla et al., 2005; Flin et al., 2006; Singla et al., 2006) όσον αφορά το περιεχόμενο, την έμφαση και την έκταση του εργαλείου μέτρησης, με κοινές ωστόσο παραμέτρους (Singla et al., 2006), όπως η διοίκηση, ομαδικότητα, πολιτικές και διαδικασίες και η επικοινωνία. Στα βασικότερα πλεονεκτήματά τους είναι η εκτίμηση του κλίματος ασφάλειας ενός τμήματος, οργανισμού, με καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, η ευκολία στη χρήση, με καλά ποσοστά ανταπόκρισης (The Health Foundation, 2011), ή να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών για τη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας (Burstrom et al., 2014). Ωστόσο ως μέθοδος αξιολόγησης έχει και τις κριτικές της. Μπορεί τα ερωτηματολόγια να προσφέρουν μία αποτελεσματική και ανώνυμη μέθοδο συλλογής δεδομένων για το κλίμα ασφάλειας, περισσότερη έρευνα όμως χρειάζεται όσον αφορά την εγκυρότητα των εργαλείων (Nieva & Sorra, 2003). Επιπλέον, εναλλακτικές τεχνικές όπως οι εθνογραφικές προσεγγίσεις που βασίζονται στην παρατήρηση και στη συνέντευξη μπορούν να παράσχουν πολύτιμα ποιοτικά στοιχεία για να εξεταστεί η εγκυρότητα των ερευνητικών μεθόδων (Flin et al., 2006; Singla et al., 2006). Βασικά μειονεκτήματα επίσης πρέπει να ληφθούν υπόψη (The Health Foundation, 2011), όπως η χρησιμότητα και καταλληλότητα των ερωτηματολογίων σε άλλα συστήματα υγείας, η αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων, η αιτιολόγηση των διαφορών ανάμεσα σε διαφορετικές ειδικότητες του προσωπικού. Συνοψίζοντας, η κουλτούρα ασφάλειας ενός τμήματος ή οργανισμού είναι μετρήσιμη και επιδέχεται βελτιώσεις.

Ειδικότερα, από τα ερωτηματολόγια που έχουν σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες, ανάμεσα στις οποίες και στην ελληνική γλώσσα είναι το Safety Attitudes Questionnaire (Raftopoulos et al., 2011). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο το οποίο προέρχεται από το ερωτηματολόγιο FMAQ (Flight Management Attitudes Questionnaire) της πολιτικής αεροπορίας, το οποίο χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των συμπεριφορών που σχετίζονται με την ασφάλεια των πληρωμάτων των πιλοτηρίων (Sexton et al., 2006). Βασίστηκε στο μοντέλο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας του Donabedian (1988). Στα πλεονεκτήματά του περιλαμβάνει (The Health Foundation, 2011) την συντομία και ευκολία στη χρήση του, ότι ενδείκνυται για χρήση σε όλα τις υγειονομικές δομές, είναι ευρέως διαδεδομένο και αυστηρά επικυρωμένο και εγκεκριμένο για σύγκριση στάσεων μεταξύ διαφορετικού τύπου προσωπικού. Μπορεί να συνδυαστεί με άλλα εργαλεία μέτρησης (Patterson et al., 2005; Lambrou et al., 2012; Howerton Child, 2013). Επιπλέον είναι το μόνο που επιτρέπει την άμεση συσχέτιση του κλίματος ασφάλειας με αποτελέσματα υγείας των ασθενών (Colla et al., 2005), ενώ διατίθεται και για παρακολούθηση αλλαγών του κλίματος ασφάλειας στο χρόνο ή μετά από στρατηγικές παρέμβασης (Patterson et al., 2012). Διερευνά το κλίμα ασφάλειας σε επίπεδο ατόμου (Hamdan, 2013), τμημάτων (Raftopoulos & Pavlakis, 2013) και οργανισμών (Sexton et al., 2006; Singer et al., 2009, Patterson et al., 2010).

Στα μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου SAQ συγκαταλέγονται ότι εντοπίζει διαφορές στη στάση των διαφορετικών τύπων προσωπικού (The Health Foundation, 2011), αλλά όχι γιατί συμβαίνουν. Επιπλέον τα ποσοστά ανταπόκρισης είναι μέτρια και ως αυτό-συμπληρούμενο εργαλείο εκφράζει υποκειμενικότητα στις απαντήσεις.

2.2.3 Η σημασία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας είναι το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη της κουλτούρας ασφάλειας (Tomas-Vecina et al., 2014), αφού αποτελεί ένδειξη του υφιστάμενου επιπέδου ασφάλειας ενός οργανισμού. Τα εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας είναι εργαλεία για τη μέτρηση των οργανωσιακών συνθηκών, τα οποία οδηγούν σε ανεπιθύμητα συμβάντα και βλάβη της υγείας των ασθενών στους οργανισμούς υγείας (Nieva & Sorra, 2003).

Αν και η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας δεν είναι υποχρεωτική, η <<The Joint Commission>>(2014) καλεί τους διοικητές να δημιουργήσουν, να μετρήσουν και να διατηρήσουν ένα κλίμα ασφάλειας στους οργανισμούς τους, επισημαίνοντας ότι είναι ευθύνη της διοίκησης η ασφάλεια του ασθενούς. Μετά τη μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας οι δομές θα πρέπει να προχωρήσουν σε αλλαγές εντός του οργανισμού σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μετρήσεων. Να καθοριστούν τα δυνατά και αδύνατα σημεία του οργανισμού, και να ληφθούν μέτρα για να διορθωθούν τα αδύνατα σημεία (Joint Commission, 2009).

Η αξιολόγηση της οργανωσιακής κουλτούρας μπορεί να έχει πολλαπλούς σκοπούς (Nieva & Sorra, 2003):

- Την αναγνώριση της φύσης της κουλτούρας ασφάλειας και την αύξηση της ευαισθητοποίησης του προσωπικού
- Την αξιολόγηση των παρεμβάσεων ασφάλειας των ασθενών κατά τη διάρκεια του χρόνου, καθώς και την εντόπιση αλλαγών με την πάροδο του χρόνου
- Εσωτερική και εξωτερική σύγκριση
- Εκπλήρωση των κανονισμών του οργανισμού ή άλλων απαιτήσεων

Κατά τον Pham et al. (2014) η ποιότητα και η ασφάλεια του ασθενούς στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών είναι σημαντική για τους policy makers, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, για τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας και τους ασθενείς. Η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας προσφέρει στον οργανισμό μία κατανόηση των αντιλήψεων για την ασφάλεια και των στελεχών της διοίκησης και του προσωπικού (Nieva & Sorra, 2003). Έτσι τα εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιούνται ως διαγνωστικά εργαλεία για τον εντοπισμό εκείνων των τομέων που χρήζουν βελτίωση, ή την αναγνώριση τομέων οι οποίοι είναι πιο προβληματικοί από άλλους. Από την άλλη πλευρά οι αξιολογήσεις γενικά μεταλαμπαδεύουν στο προσωπικό τι είναι σημαντικό σ' έναν οργανισμό, εστιάζοντας την προσοχή σε προτεραιότητες, κοινό πλαίσιο στόχων και κοινή γραμμή για να ακολουθηθεί. Μ' αυτόν τον τρόπο η αξιολόγηση μπορεί να θεωρηθεί από μόνη της μία παρέμβαση. Στη μελέτη των Patterson et al (2012), το διετές πρόγραμμα παρέμβασης ενίσχυσης της ομαδικότητας σε ένα παιδιατρικό ΤΕΠ, είχε ως έμμεσο αποτέλεσμα τη μείωση των συμβάντων ασφάλειας ασθενή (Patient Safety Incidents).

Η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας χρησιμοποιείται κατά κόρον σε μελέτες αξιολόγησης παρεμβάσεων ή προγραμμάτων πριν και μετά την εφαρμογή. Τα εργαλεία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε πρώτο στάδιο, και στην επαναξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας μετά την εφαρμογή των προγραμμάτων παρέμβασης. Έτσι αξιολογούνται η αποτελεσματικότητα του προγράμματος παρέμβασης ενώ συνάμα αξιολογούνται και οι πολιτικές ή οι διαδικασίες που εφαρμόστηκαν (Burmstrom et al., 2014), ενώ ταυτόχρονα μπορούν να διαπιστωθούν αλλαγές που σημειώνονται διαχρονικά (Patterson et al., 2013). Πέραν των άμεσων ωφελειών για την ασφάλεια των ασθενών όπως η μείωση των λαθών και η καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των ομάδων, οι αλλαγές αυτές αποτελούν δείκτη αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων.

Εκτός όμως των συγκρίσεων της αποτελεσματικότητας ενεργειών ενίσχυσης της κουλτούρας ασφάλειας, η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας συνδυαστικά με άλλα ερωτηματολόγια μπορεί να δώσει πληροφορίες στη διοίκηση του οργανισμού, σχετικά με την επίδραση άλλων παραμέτρων στο κλίμα ασφάλειας στο ΤΕΠ. Όπως π.χ. το εργασιακό περιβάλλον του ΤΕΠ και η συσχέτισή του με το κλίμα ασφάλειας (Lambrou et al., 2014) ή φαινόμενα εργασιακής βίας και πρόθεσης παραίτησης από την εργασία (Howerton Child, 2013).

Έτσι, οι έρευνες για τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας προσφέρουν μία εικόνα του υφιστάμενου κλίματος σ' έναν οργανισμό, δίνοντας τη δυνατότητα να συγκριθούν τμήματα ενός οργανισμού μεταξύ τους, οργανισμοί ή και συστήματα μεταξύ τους (HOPE, 2009; Burström et al., 2014). Οι συγκρίσεις έχουν ως σκοπό την προώθηση και ανταλλαγή γνώσης για βέλτιστες πρακτικές ή παρεμβάσεις. Μέτρα που έχουν εφαρμοστεί για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, ποιες δράσεις είχαν το καλύτερο αποτέλεσμα και ποιες εντέλει θα μπορούσαν να μεταφερθούν για υλοποίηση σε άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας (Hope, 2013). Συγκριτικά με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχει το χαμηλότερο σκορ στο κλίμα ασφάλειας (Singer et al., 2009).

Πέραν όμως της σημασίας της αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας, τη συγκριτική αξιολόγηση των παρεμβάσεων προς τη βελτίωση της, η κοινωνία πιο οργανωμένη, ενημερωμένη και ενεργή, διεκδικεί πληροφόρηση και συμμετοχή σε θέματα ασφάλειας (James, 2013), ασκώντας ασφυκτικές πιέσεις στους οργανισμούς να προσανατολιστούν, να προωθήσουν και να μετρήσουν το κλίμα ασφάλειας. Αναφέρεται για παράδειγμα, ότι η οργάνωση «The Patient Safety Group» στις ΗΠΑ εκτός των άλλων, προσφέρεται να συλλέγει και να αναλύει δεδομένα από τα νοσοκομεία, μετά από την εφαρμογή αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων που προσφέρονται από το Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ). Οι εκθέσεις αναφοράς του κάθε νοσοκομείου προσφέρονται για συγκριτική μελέτη με άλλες δομές/ υπηρεσίες και γνωστοποιούν στους πολίτες τα επίπεδα ασφάλειας του κάθε οργανισμού. Επιπλέον, έρευνα στα νοσοκομεία της Μασαχουσέτης, 753 ασθενείς από τους 2582, ανέφεραν 1170 ανεπιθύμητα συμβάντα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Zhu και συν., 2011). Στην αξιολόγηση αυτών των συμβάντων από ειδήμονες ιατρούς, 71,2% ήταν αληθή, δείχνοντας ότι οι ασθενείς είναι μια πολύτιμη πηγή πληροφόρησης για τα ανεπιθύμητα συμβάντα, αλλά και ότι είναι επαρκώς ενημερωμένοι και μπορούν να διεκδικήσουν ασφαλέστερες συνθήκες νοσηλείας.

Τέλος, αλλά εξίσου σημαντική είναι και η τήρηση της νομοθεσίας. Σε πολλά κράτη- μέλη της ΕΕ (Σουηδία, Ισπανία, κτλ) η ασφάλεια του ασθενούς ρυθμίζεται πλέον δια νόμου (Hope, 2013). Ειδικότερα, στην Ισπανία ανέπτυξαν ένα μοντέλο για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή στο ΤΕΠ (Tomas-Vecina et al., 2014), με τέσσερις ενέργειες παρέμβασης: α) αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας β) δημιουργία εθνικού δικτύου εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα θέσουν τις βάσεις για την ανάπτυξη της κουλτούρας ασφάλειας σε όλα τα ΤΕΠ της χώρας γ) ανέλυσαν το είδος και την επίπτωση των ανεπιθύμητων συμβάντων στο ΤΕΠ και τέλος δ) ανέπτυξαν και προώθησαν ασφαλείς κλινικές πρακτικές και εργαλεία για την αυτό-αξιολόγηση του κινδύνου. Αποτέλεσμα αυτών είναι η δημιουργία μιας βάσης δεδομένων για την ανάπτυξη ατομικών και συλλογικών παρεμβάσεων βελτίωσης στο ΤΕΠ. Ομοφωνία της ακαδημαϊκής κοινότητας του ΤΕΠ θα πρέπει να υπάρξει πάνω στη φύση των μέτρων τα οποία είναι σημαντικά για το περιβάλλον του ΤΕΠ και τους ασθενείς του (Pham et al., 2014).

2.3 Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: βιβλιογραφική ανασκόπηση

Εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων EBSCO (Academic Search Complete, Medline Complete, CINAHL Plus with full text), Scopus, Pubmed, google scholar

με λέξεις κλειδιά Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΤΕΠ, safety climate, safety culture, Safety Attitudes Questionnaire, SAQ, emergency department, emergency room, accident & emergency, casualty department, trauma center, hospital unit.

Κριτήρια επιλογής των ερευνών ήταν:

- Δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες
- Όλα τα είδη ερευνητικών μεθοδολογιών
- Άρθρα μόνο στην αγγλική ή και στην ελληνική γλώσσα
- Χωρίς χρονικό περιορισμό
- Λέξεις κλειδιά patient safety climate, patient safety culture, emergency department, emergency room, accident & emergency, casualty department, trauma center, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΤΕΠ, Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια, Safety Attitudes Questionnaire, SAQ.
- Διερεύνηση κλίματος ασφάλειας στα ΤΕΠ

Και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- τα άρθρα που δεν περιλάμβαναν τη λέξη ΤΕΠ και
- τα άρθρα που δεν αναφύονταν ως πλήρη κείμενα
- άρθρα που δεν ήταν στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα

Σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια εισδοχής και αποκλεισμού, και ύστερα από απόρριψη άρθρων από τη μελέτη του τίτλου, απόρριψη άρθρων από τη μελέτη των περιλήψεων, αφαίρεση των ίδιων ερευνών που επαναλαμβάνονταν στις διαφορετικές βάσεις δεδομένων, και τέλος τον έλεγχο των βιβλιογραφικών παραπομπών των ήδη ανακτημένων άρθρων, προέκυψαν έξι (6) σχετικά άρθρα.

Το κάθε άρθρο εξετάστηκε ανεξάρτητα και συλλέχθηκαν στοιχεία που αφορούσαν το χώρο διεξαγωγής, τη μεθοδολογία, τα χαρακτηριστικά του δείγματος και τα αποτελέσματα (βλ Πίνακας 5).

Πίνακας 4: Safety Attitudes Questionnaire και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Συγγραφείς	Deilkas & Hofoss 2010	Patterson et al., 2013	Hoverton Child, 2013	Rasmussen et al., 2014	Lambrou et al., 2014
Τίτλος	Patient safety culture lives in department and wards: multilevel partitioning of variance in	Impact of multidisciplinary simulation-based training on patient safety in a paediatric emergency department	Appraisal, coping, social support, perceived	Work environment influences adverse events in an	Professional environment and patient safety in emerge

	patient safety culture		patient safety and intent to leave in emergency department RNs who have experienced workplace violence	emergency departments	emergency departments
Χώρος διεξαγωγής	Πανεπιστήμιο νοσοκομείο συμπεριλαμβανομένου και ΤΕΠ, Όσλο, Νορβηγία	ΤΕΠ παιδιατρικού νοσοκομείου, ΗΠΑ	ΤΕΠ Καλιφόρνια, ΗΠΑ	ΤΕΠ περιφερειακού νοσοκομείου, Δανίας	ΤΕΠ δημοσίων νοσοκομείων Κύπρου
Δείγμα	Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου 1306 εργαζόμενοι	289 συμμετέχοντες (έναρξη)- 151 (επαναξιολόγηση)	159 νοσηλεύτες	98 νοσηλεύτες & 26 ιατροί	224 συμμετέχοντες (174 νοσ/τες & 50 ιατροί)
Ποσοστό ανταπόκρισης	68%		83,6%	91%	81%
Μεθοδολογία	SAQ-short form 2006	In-situ simulation SAQ+ behavioral markers	Cross-sectional	Cross-sectional	EMS-SAQ (πεδίο)

		for neonatal resuscitation scale+ tests of knowledge				μελέτη Lazarus & Folkman's ways of coping questionnaire+ Jalowiec Coping Scale+ the survey of perceived organizational support +SAQ	I μελέτη SAQ (SC+TC πεδία)+ κλίμακα μέτρησης συμπεριφοράς και κουλτούρας+ κλίμακα ταξινόμησης ανεπιθύμητων συμβάντων	SC) + RPPE(Revised professional practice environment)
Αποτελέσματα	Δεν υπάρχουν ξεχωριστά δεδομένα για το ΤΕΠ. Διακύμανση κλίματος μεταξύ κλινικών και τμημάτων		ένα ρξη	Μετά παρέμβ.	επαναξιολόγηση	Σημαντική συσχέτιση VWPV και διοικητικής υποστήριξης ασφάλεια ασθενούς (rs (126)=-0,29, p<.001	SC (univariable regression): 1,85(0,27-3,42) TC: 2,27 (0,73-3,82)	SC: 3,25 vs 3,16
		S	69,2	73,1	75			
		T	73,2	78,6	76,8			

Συγγραφείς	Relihan et al., 2009
Τίτλος	Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit
Χώρος διεξαγωγής	πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ιρλανδία
Δείγμα	55 (γιατροί, νοσηλευτές, βοηθοί, συνεργαζόμενο προσωπικό)
Ποσοστό ανταπόκρισης	60%
Μεθοδολογία	SAQ- short form (30ερωτήσεων)- συγκριτική αξιολόγηση διεθνώς
Αποτελέσματα	TC=73,7, SC=71, POM=48, JS=67,9, WC=58,2, SR=74,7

TC= Team Climate, SC=Safety Climate, POM=Perceptions of Management, SR=Stress Recognition, JS=Job Satisfaction, WC=Work Conditions.

Από τις μελέτες που αναλύθηκαν όλες προέρχονται από διαφορετικές χώρες, 2 προέρχονται από τις ΗΠΑ και οι υπόλοιπες από την Ιρλανδία, Νορβηγία, Κύπρος και Δανία, μία μελέτη συμπεριλάμβανε μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό, μία αφορούσε το παιδιατρικό τμήμα επειγόντων περιστατικών, ενώ δύο απ' αυτές διεξήχθησαν σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο.

Στην μελέτη των Relihan et al.(2009) αξιολογήθηκε η κουλτούρα ασφάλειας σε ένα τμήμα οξέων περιστατικών (AMAU), ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου στην Ιρλανδία. Σκοπός της έρευνας ήταν η σύγκριση των αποτελεσμάτων με διεθνή δεδομένα για την εφαρμογή ενός προγράμματος risk management για την ελάττωση της θνητότητας και θνησιμότητας στο τμήμα.

Στη μεθοδολογία αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκε το SAQ (30 ερωτήσεων), για περίοδο 3 εβδομάδων, σε δείγμα 55 ατόμων (ιατροί, νοσηλευτές, συνεργαζόμενο προσωπικό, βοηθητικό προσωπικό, κτλ). Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 60%, με μεγαλύτερα ποσοστά στους προϊσταμένους νοσηλευτές και συνεργαζόμενο προσωπικό απ' ότι στο βοηθητικό προσωπικό.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν καλύτερο κλίμα ομαδικής συνεργασίας, το οποίο αφορά την ελευθερία έκφρασης της γνώμης, την υποστήριξη από τους συναδέλφους, συνεργασία με συναδέλφους ή άλλα επαγγέλματα και επίλυση συγκρούσεων σε σχέση με διεθνή σύγκριση. Επίσης υψηλότερο σκορ είχε για το πεδίο κλίματος ασφάλειας, αναγνώριση του στρες, και ικανοποίηση από την εργασία. Παράγοντας διαφοροποίησης ήταν και η θέση ευθύνης, με τους προϊσταμένους να αξιολογούν υψηλότερα τα πεδία της ομαδικής συνεργασίας και του κλίματος ασφάλειας, ενώ το βοηθητικό προσωπικό βαθμολόγησε σημαντικά χαμηλότερα τις εργασιακές συνθήκες και αντιλήψεις για τη διοίκηση.

Στους περιορισμούς της έρευνας συμπεριλαμβάνονται εν πρώτοις το πρώιμο στάδιο της μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας και της σχέσης του με αποτελέσματα έχει μόλις ξεκινήσει. Δεύτερο, οι αντιλήψεις για την κουλτούρα ασφάλειας μπορούν να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου και επηρεάζονται από τα οξέα γεγονότα στο τμήμα, γι' αυτό τα αποτελέσματα πρέπει να αξιολογούνται με προσοχή. Τέλος η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του SAQ έγινε από μια ολιστική προοπτική της ασφάλειας, παρόλο που τα αποτελέσματα του SAQ αφορούν μόνο την ασφάλεια του ασθενούς σε μία δομή.

Στην έρευνα των Deilkas & Hofoss αναλύονται οι στάσεις του προσωπικού προς την ασφάλεια σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Όσλο. Η περίοδος συλλογής ήταν 3μηνη, το δείγμα αποτελούνταν από όλο το προσωπικό (ιατρούς, νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτών, τεχνικούς ακτινολόγους- παρασκευαστές, διοικητικούς), σε 45 κλινικών και τμημάτων, μεταξύ των οποίων και επείγοντα περιστατικά. Δεν υπάρχουν ξεχωριστά στατιστικά στοιχεία για τους επαγγελματίες υγείας του ΤΕΠ.

Για την αξιολόγηση της ασφάλειας χρησιμοποιήθηκε το SAQ-Short form και η διαφορά στη διακύμανση υπολογίστηκε με το ICC (ratio of organizational level variance to total variance).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν υψηλότερο στις άλλες κατηγορίες επαγγελματιών με λιγότερη εκπαίδευση από τους ιατρούς. Ενώ η ανταπόκριση ήταν μεγαλύτερη σ' αυτούς που έλαβαν το ερωτηματολόγιο στις συναντήσεις τμήματος. Παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ τμημάτων και κλινικών του νοσοκομείου με διαφορά κυρίως στις εργασιακές συνθήκες (working conditions) για τα τμήματα ενώ για τις κλινικές, για τις διαστάσεις της ομαδικής συνεργασίας, κλίματος ασφάλειας και αντιλήψεις για τη διοίκηση. Παρεμβάσεις βελτίωσης πρέπει να γίνονται και σε επίπεδο κλινικής όχι μόνο τμήματος ή γενικότερα νοσοκομείου. Επιπλέον, μελλοντικές έρευνες δεν πρέπει να περιορίζονται σε επίπεδο κλινικής, εξωτερικών ιατρείων η ΤΕΠ, αλλά να συλλέγονται και αναλύονται δεδομένα μέσα στο μικρο-σύστημά τους: ομάδες νοσηλευτών, ομάδα ιατρού-νοσηλευτή, ομάδα χειρουργείου κτλ. Προσπάθειες βελτίωσης της κουλτούρας ασφάλειας πρέπει να εστιάζουν σε μονήρη μέλη του προσωπικού, αλλά και σε μονάδες του οργανισμού.

Στην έρευνα συσχέτισης των Lambrou et al. (2014) μελετήθηκαν οι πεποιθήσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για το επαγγελματικό περιβάλλον και τη σχέση του με την ασφάλεια του ασθενούς. Η έρευνα διεξήχθη στα πέντε αυτόνομα τμήματα επειγόντων περιστατικών της Κύπρου, για 3μηνη περίοδο το 2013, σε δείγμα 224 ατόμων, μεταξύ των οποίων 53,2% ήταν νοσηλευτές και 56,3% γιατροί, με την πλειοψηφία του δείγματος (49,3%) να είναι μεταξύ 25 και 35 έτη. Η έρευνα είχε καλό ποσοστό ανταπόκρισης (81%), οι συμμετέχοντες στη έρευνα είχαν αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας και εμπειρίας στο ΤΕΠ, και περίπου 90% του δείγματος κατείχαν επιπλέον τίτλο εκπαίδευσης μετά τη βασική τους εκπαίδευση.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Revised professional Practice Environment (RPPE) και το Safety Climate Domain of the Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ), το τμήμα που αφορά το κλίμα ασφάλειας (7 ερωτήσεις).

Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι το σκορ του κλίματος ασφάλειας που μετρήθηκε ήταν ιδιαίτερα χαμηλό με συντελεστή μέσης τιμής $X=43,75$ ($SD=14,25$). Επίσης το ερωτηματολόγιο έχει πολύ χαμηλό συντελεστή Cronbach α (0,61) συγκριτικά με άλλες μελέτες. Σχετικά μέτρια θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του EMS-SAQ και των συνιστωσών του ερωτηματολογίου για το εργασιακό περιβάλλον (RPPE). Παράγοντες του RPPE με τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την ασφάλεια ήταν η διοίκηση (leadership), ο έλεγχος στην εργασία (control over practice) και οι σχέσεις μεταξύ του προσωπικού (staff relations). Στον αντίποδα, η μικρότερη συσχέτιση παρατηρήθηκε για την ομαδική συνεργασία (teamwork). Όσον αφορά την ασφάλεια γιατροί και νοσηλευτές έχουν τις ίδιες απόψεις.

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας είναι το φύλο, η επαγγελματική ιδιότητα, η ηλικία, το μέγεθος του ΤΕΠ και η εργασιακή εμπειρία. Η πιθανότητα των αντρών να αναφέρουν θετικό κλίμα ασφάλειας είναι 7 φορές των γυναικών, ενώ και η πιθανότητα των νοσηλευτών είναι 6,3% έναντι 4,0% των ιατρών, ενώ μικρότερα σε μέγεθος ΤΕΠ είχαν καλύτερο σκορ στον τομέα του εργασιακού περιβάλλοντος, της ομαδικότητας και της επικοινωνίας, γεγονός που ερμηνεύεται ότι σε μικρότερης έκτασης ΤΕΠ το προσωπικό

γνωρίζεται καλύτερα, καθώς ο αριθμός των εργαζομένων είναι περιορισμένος. Επίσης εργαζόμενοι με λιγότερα από 10 χρόνια προϋπηρεσίας, αξιολογούν υψηλότερα την ασφάλεια συγκριτικά με αυτούς που είχαν πάνω από 10 χρόνια εμπειρίας, ενώ εργαζόμενοι με λιγότερα από 5 χρόνια εργασιακής εμπειρίας βαθμολόγησαν λιγότερο την αξία της ασφάλειας. Όσον αφορά την ηλικία τα άτομα κάτω των 35 ετών, βαθμολόγησαν την ασφάλεια χαμηλότερα από το ηλικιακό γκρουπ των 36-55 χρόνων, ενώ οι μεγαλύτεροι έδωσαν τα υψηλότερα ποσοστά.

Στους περιορισμούς της έρευνας περιλαμβάνονται η υποκειμενικότητα των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια και ο μικρός αριθμός πεδίων σε κάθε ερωτηματολόγιο δίνει χαμηλό σκορ Cronbach α σε ορισμένους παράγοντες των ερωτηματολογίων.

Η έρευνα των Patterson και συν., (2013) πραγματοποιήθηκε σε πολυσύχναστο παιδιατρικό ΤΕΠ στις ΗΠΑ με σκοπό τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών με την εφαρμογή ενός προγράμματος προσομοίωσης, το οποίο επικεντρώνεται στην ομαδική συνεργασία και επικοινωνία. Συμμετέχοντες ήταν όλοι οι επαγγελματίες υγείας του ΤΕΠ. Διεπιστημονικές ομάδες συμμετείχαν σε εκπαίδευση- προσομοίωσης για οξέα περιστατικά επικεντρώνοντας την προσοχή στη βελτίωση της ομαδικής εργασίας και των συμπεριφορών επικοινωνίας. Η περίοδος εφαρμογής ήταν 3ετής, ενώ τα χαρακτηριστικά του δείγματος περιλάμβαναν, λίγα χρόνια προϋπηρεσίας (50% των συμμετεχόντων είχαν 3ή λιγότερα χρόνια) με 77% των συμμετεχόντων να είναι γυναίκες.

Το ερωτηματολόγιο SAQ χρησιμοποιείται για σύγκριση του κλίματος ασφάλειας σε 3 φάσεις, κατά την έναρξη της παρέμβασης προσομοίωσης, μετά την παρέμβαση και κατά την επαναξιολόγηση μετά, ενώ αναλύθηκε με το Friedman's test.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά κατά την πάροδο του χρόνου- έναρξη, μετά την παρέμβαση, επαναξιολόγηση- στις στάσεις απέναντι στην ομαδική συνεργασία, κλίμα ασφάλειας και συνολικά ($p < 0.001$). Προγράμματα εκπαίδευσης μέσω προσομοίωσης είναι αποτελεσματικά στο χώρο του ΤΕΠ για την τροποποίηση συμπεριφορών ασφάλειας και συμπεριφορές ομαδικής συνεργασίας. Σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε στη μείωση των συμβάντων αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών. Οι συμμετέχοντες επίσης βαθμολόγησαν υψηλά την αξία αυτής της εκπαίδευσης.

Η έρευνα των Rasmussen et al., λαμβάνει χώρα σε ΤΕΠ ενός περιφερειακού νοσοκομείου της Δανίας , με δείγμα 98 νοσηλευτές και 26 ιατρούς (91% ποσοστό ανταπόκρισης). Σκοπός της έρευνας ήταν η μελέτη της εμφάνισης των ανεπιθύμητων συμβάντων και η σχέση τους με στρεσογόνους παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, την κουλτούρα ασφάλειας και τα ανεπιθύμητα συμβάντα στο ΤΕΠ.

Το κλίμα ασφάλειας και η ομαδική συνεργασία μετρήθηκαν με το SAQ. Η συμπεριφορά και η κουλτούρα μάθησης μετρήθηκαν με επικυρωμένο Δανέζικη κλίμακα. Η εμπλοκή του κάθε εργαζόμενου σε ανεπιθύμητο συμβάν έγινε μέσω της ταξινόμησης ανεπιθύμητων.

Για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του κλίματος ασφάλειας και των εργασιακών περιβαλλοντολογικών παραγόντων και την επίδρασή του στα ανεπιθύμητα συμβάντα, πραγματοποιήθηκε linear regression analysis. Στην univariate regression analysis (ανάλυση παλινδρόμησης μονής μεταβλητής) παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των αναφερόμενων ανεπιθύμητων συμβάντων και του χαμηλού κλίματος ασφάλειας, χαμηλού ποσοστού κλίματος ομαδικής συνεργασίας και χαμηλού ποσοστού ένδο-τμηματικών εργασιακών σχέσεων. Κλίμα ασφάλειας στην ανάλυση παλινδρόμησης μονής μεταβλητής είχε συντελεστή 1.85 (0.27-3.42) και το κλίμα ομαδικής συνεργασίας με συντελεστές 1.74 (0.21-3.26) και διάστημα εμπιστοσύνης 95%. Σε multi-variable regression analysis (πολλαπλών- μεταβλητών ανάλυση) με διάστημα εμπιστοσύνης 95% (CI), μόνο το κλίμα ασφάλειας συσχετιζονταν

σημαντικά με την εμφάνιση των ανεπιθύμητων συμβάντων. Κλίμα ασφάλειας στην ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών είχε συντελεστή 2.27 (0.73-3.82) με διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Περιορισμοί έρευνας: τα δεδομένα προέρχονται από αυτό-αναφορές, είναι cross-sectional, γεγονός το οποίο δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων για τις αιτίες που τις προκαλούν, παρά μόνο την ταυτοποίηση των σχέσεων.

Στην cross-sectional μελέτη της Howerton Child (2013) αναλύεται η σχέση των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και της ασφάλειας του ασθενούς. Επίσης αναλύεται η σχέση μεταξύ της εργασιακής βίας, των αντιλήψεων των νοσηλευτών περί οργανωσιακής κουλτούρας, σε συνάρτηση με τις αντιλήψεις τους περί ασφάλειας ασθενούς.

Η μελέτη αφορά μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό των ΤΕΠ της Καλιφόρνια ΗΠΑ (159 ερωτηματολόγια), με 83,6% ποσοστό ανταπόκρισης, εκ των οποίων 80% γυναίκες, λευκές (66,7%), μεταξύ 36-45χρονων (41%), με πτυχίο bachelor στη νοσηλευτική.

Αποτελέσματα: θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της σχέσης της αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης και της ασφάλειας ασθενούς. Θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης μεταξύ της προφορικής βίας και της ασφάλειας ασθενούς, ενώ δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της σωματικής βίας και της ασφάλειας του ασθενούς. Αντίστροφη σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ χαμηλών επιπέδων αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης και υψηλών επιπέδων σωματικής εργασιακής βίας

Περιορισμοί στην έρευνα η ανάκληση είναι μια μέθοδος που σε ερωτηματολόγια μπορεί να υπέρ ή υπό αναφέρει περιστατικά εργασιακής βίας σε διάστημα ενός μηνός. Ο αποκλεισμός νοσηλευτών που δουλεύουν στο ΤΕΠ μόνο ένα 6μηνο, η ομοιογένεια (82% γυναίκες) και το μεγάλο μέγεθος του δείγματος, και τέλος η πεποιθήσεις περί οργανωσιακής υποστήριξης και ασφάλειας ασθενούς είναι εξαιρετικά υποκειμενικές έννοιες.

Η επιλογή μεθοδολογίας συμμετοχής στην έρευνα, μέσω ιστοσελίδων στο facebook και με e-mail στα ΤΕΠ της περιοχής, δίνει χαμηλό συντελεστή αξιοπιστίας (internal validity). Ο ερευνητής είναι ανήμπορος να ελέγξει παράγοντες που επηρεάζουν το υπό μελέτη περιβάλλον όπως ο θόρυβος, οι διακοπές, οι συμμετέχοντες να συζητούν την έρευνα μεταξύ τους ή με άλλους. Επίσης, δε μπορεί να ελέγξει την αυθεντικότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα ή να αποφύγει πολλαπλές συμμετοχές, και επίσης περιορίζεται μόνο σε άτομα που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο.

Συμπερασματικά, οι έρευνες που αφορούν την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας στο ΤΕΠ βρίσκεται σε εμβρυϊκό στάδιο. Οι έρευνες είναι ελάχιστες σε διεθνές επίπεδο, ενώ σε τοπικό επίπεδο δεν ανευρέθη καμία. Είναι πολύ πρόσφατες, οι περισσότερες εκπονήθηκαν κατά την τελευταία διετία. Το ενδιαφέρον των ερευνητών για τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας φαίνεται να μετακυλείται σταδιακά από ολόκληρους οργανισμούς σε μεμονωμένα τμήματα.

Στο τμήμα επειγόντων το ερωτηματολόγιο SAQ χρησιμοποιήθηκε κυρίως συμπληρωματικά με άλλα ερωτηματολόγια είτε για την αξιολόγηση παρεμβάσεων είτε για την αξιολόγηση του περιβάλλοντος εργασίας. Στις περισσότερες μελέτες το δείγμα περιλάμβανε όλο το προσωπικό του ΤΕΠ, πλην της διδακτορικής διατριβής της Howerton Child, η οποία μελετούσε μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό. Μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στις έρευνες είχε το νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που ερμηνεύεται από το ποσοστό κατανομής θέσεων στο νοσοκομείο. Οι μελέτες είχαν καλό ποσοστό ανταπόκρισης που κυμαινόταν από 60% μέχρι 91%. Ο χώρος διεξαγωγής αφορά κυρίως ΤΕΠ ενηλίκων πλην μίας η οποία διεξήχθη σε παιδιατρικό, ενώ δύο απ' αυτές λαμβάνουν μέρος σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Ανομοιογένεια παρατηρείται ως προς τις χώρες εφαρμογής του ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν υψηλό συντελεστή Cronbach

α και θετικό κλίμα ασφάλειας των υπό μελέτη τμημάτων, πλην της Lambrou et al., ενώ παράγοντες που επηρεάζουν τις πεποιθήσεις για την ασφάλεια αναδύονται η ηλικία, η εργασιακή εμπειρία, η θέση ευθύνης, το επίπεδο εκπαίδευσης και η επαγγελματική ιδιότητα.

2.4 Συναισθηματική νοημοσύνη (ΣΝ)

Η συναισθηματική νοημοσύνη (ΣΝ) ως έννοια πρωτοεμφανίστηκε στο τέλος της δεκαετίας του 1980. Η συναισθηματική νοημοσύνη αναφέρεται στην ικανότητα αντίληψης ελέγχου και αξιολόγησης των συναισθημάτων. Στον ακαδημαϊκό κύκλο δίστανται οι απόψεις για το αν η ΣΝ είναι εκ γενετής χαρακτηριστικό ή είναι κάτι που μαθαίνεται και ενδυναμώνεται. Οι Mayer & Salovey (1990) υπήρξαν πρωτεργάτες στην ερευνητική μελέτη της ΣΝ, την ορίζουν ως <<η ικανότητα να μπορεί κανείς να παρακολουθεί και να ρυθμίζει τα δικά του συναισθήματα και αυτά των άλλων και να χρησιμοποιεί τα συναισθήματα ως οδηγό για σκέψη και δράση>>. Με μικρή παραλλαγή Οι Goleman και Boyatzis ορίζουν τη ΣΝ ως <<η ικανότητα ενός ανθρώπου να αναγνωρίζει τα δικά του συναισθήματα και αυτά των άλλων και να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τα συναισθήματά του και τις διαπροσωπικές του σχέσεις>>.

Το σημαντικότερο ορόσημο του όρου <<συναισθηματική νοημοσύνη>> ήταν η δημοσίευση του βιβλίου του Daniel Goleman (1995) “Emotional intelligence. Why it can matter more than IQ”. Σύμφωνα με τον Goleman (1998) τα πέντε <<συστατικά>> της συναισθηματικής νοημοσύνης στην εργασία είναι η αυτεπίγνωση, ο αυτοέλεγχος, τα κίνητρα συμπεριφοράς, η ενσυναίσθηση και οι κοινωνικές δεξιότητες (βλ. Γράφημα 1). Αναλυτικότερα:

1. η αυτεπίγνωση (self-awareness) αναφέρεται στην επίγνωση των συναισθημάτων, στην αυτοαξιολόγηση και την αυτοπεποίθηση.
2. Ο αυτοέλεγχος (self-regulation) αναφέρεται στην αυτοπειθαρχία, την αυτορρύθμιση, την αξιοπιστία, την ευσυνειδησία, την ακεραιότητα, την προσαρμοστικότητα και την καινοτομία.
3. Τα κίνητρα συμπεριφοράς (motivation) χαρακτηρίζονται ως η τάση προς επίτευξη στόχων, η οργανωτική δέσμευση, η πρωτοβουλία και η αισιοδοξία.
4. Η ενσυναίσθηση (empathy) είναι η ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων και προσαρμογής στις αντιδράσεις τους, ο προσανατολισμός στην παροχή υπηρεσιών, η ενίσχυση της ανάπτυξης των άλλων, ο σωστός χειρισμός της διαφορετικότητας.
5. Οι κοινωνικές δεξιότητες (social skills) αφορούν δεξιότητες επιρροής, επικοινωνίας, ηγεσίας, καταλυτικής δράσης σε πρωτοβουλίες αλλαγής, χειρισμός διαφωνιών, καλλιέργεια δεσμών, συνεργασία, ομαδικότητα.

Γράφημα 1: Τα 5 <<συστατικά>> της συναισθηματικής νοημοσύνης



Πηγή: www.businessland.gr

Τα οφέλη στον εργασιακό χώρο που μπορούν να προκύψουν από τη καλλιέργεια και ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης δίνουν στο άτομο τη δυνατότητα για:

- Κατανόηση των συναισθημάτων και κινήτρων των άλλων
- Κατανόηση των αναγκών και απαιτήσεων των πελατών του
- Θέσπιση κινήτρων στον εαυτό του
- Έλεγχο των συναισθημάτων του
- Ικανότητα να εργάζεται κάτω από πίεση
- Ικανότητα να συνεργάζεται με άλλους για την επίτευξη στόχων
- Έμπνευση και ηγεσία
- Πρωτοβουλίες
- Επίγνωση του ρίσκου
- Πίστη στις ικανότητες του και αισιοδοξία
- Σωστή ιεράρχηση στόχων και αναγκών
- Καλή διαχείριση των διαφωνιών
- Ικανότητα πειθούς και επικοινωνίας

2.4.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή της συναισθηματικής νοημοσύνης

Το 1940, ο Wechsler David εκτιμά πως τα συναισθηματικά στοιχεία της νοημοσύνης μπορεί να είναι καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία στη ζωή.

Το 1950, ο Maslow Abraham, περιγράφει τη διαδικασία οικοδόμησης του συναισθηματικού ανθρώπου.

Το 1975, ο Gardner Howard περιγράφει την ιδέα της πολλαπλής νοημοσύνης

Το 1985, ο Wayne Payne εισάγει τον όρο της ΣΝ στη διδακτορική του διατριβή με θέμα: <<A study of emotion: developing emotional intelligence,.....>>.

Το 1990, οι Salovey & Mayer δημοσιεύουν το πρώτο άρθρο με θέμα: <<Συναισθηματική νοημοσύνη>> στο περιοδικό Imagination, Cognition, and Personality.

Το 1995, η ιδέα της ΣΝ γίνεται ευρύτερα γνωστή με τον Goleman Daniel, όταν εκδίδει βιβλίο με τον τίτλο: Η συναισθηματική νοημοσύνη – γιατί το “EQ” είναι πιο σημαντικό από το “IQ”.

2.4.2 Μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης

Πολλά ψυχομετρικά εργαλεία (κλίμακες ή τεστ) τα οποία μετρούν τη ΣΝ έχουν εμφανιστεί τα τελευταία χρόνια. Ορισμένα απ’ αυτά φαίνονται πολλά υποσχόμενα, ωστόσο δεν έχουν αξιολογηθεί εμπειρικά. Ο ερευνητικός οργανισμός/κοινοπραξία για τη ΣΝ στους οργανισμούς (Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations) προτείνει ορισμένα εργαλεία μέτρησης, για τα οποία υπάρχει τεκμηριωμένη βιβλιογραφική έρευνα. Σ’ αυτά περιλαμβάνονται:

- [BarOn Emotional Quotient Inventory](#)
- [Emotional & Social Competence Inventory](#)
- [Emotional & Social Competence Inventory - U](#)
- [Genos Emotional Intelligence Inventory](#)
- [Group Emotional Competency Inventory](#)
- [Mayer-Salovey-Caruso EI Test \(MSCEIT\)](#)
- [Schutte Self Report EI Test](#)
- [Trait Emotional Intelligence Questionnaire \(TEIQue\)](#)
- [Work Group Emotional Intelligence Profile](#)
- [Wong's Emotional Intelligence Scale](#)

Τα περισσότερα μοντέλα ορισμού και μέτρησης της ΣΝ που έχουν εφαρμοστεί στο χώρο της υγείας είναι το Mayer, Salovey & Caruso EI Test (Codier & Codier, 2015) και το BarOn Emotional Quotient Inventory και το Wong’s Emotional Intelligence Scale (Weng et al., 2011).

2.4.3 Συναισθηματική νοημοσύνη και επαγγελματίες υγείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για την έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης, με αναμφισβήτητες δυνατότητες εφαρμογής της σε πολλά θέματα στο χώρο της υγείας. Έτσι, οι Adams & Iseler (2014), διερεύνησαν τη σχέση της ΣΝ με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Στη μελέτη τους συσχέτισαν θετικά τη ΣΝ με μειωμένα ποσοστά λοιμώξεων και πτώσεων των ασθενών, χωρίς να επηρεάζει άλλους παράγοντες όπως συμμόρφωση με πρωτόκολλα υγιεινής χειρών ή λάθη σε φαρμακευτική αγωγή, ή άλλα ποσοστά λοίμωξης από μικροοργανισμούς.

Η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελεί βοηθητικό παράγοντα κατανόησης των θεμάτων που σχετίζονται με την εργασία. Οι Weng et al. (2011) σε μία μελέτη παρατήρησης και προσωπικών συνεντεύξεων, διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της ΣΝ των ιατρών, την ικανοποίηση του ασθενούς, την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση από την εργασία. Υψηλότερα ποσοστά αναφερόμενης ΣΝ συσχετίστηκαν

αρνητικά με το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης και θετικά με την ικανοποίηση από την εργασία (Psiloranagiotti et al., 2012), κυρίως για μεγαλύτερης ηλικίας ιατρούς. Επιπλέον, υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών σχετίστηκαν με λιγότερο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο σχετίστηκε με υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης από την εργασία (Codier & Codier, 2015).

Η ικανότητα να κατανοείς τα συναισθήματα επηρεάζει την διαπροσωπική λειτουργία καθώς και τη ομαδική. Τμήματα όπως το τμήμα επειγόντων περιστατικών βασίζεται στην ομαδική εργασία, που με τη σειρά του εξαρτάται από την καλή σχέση μεταξύ των μελών της ομάδας. Αποδοτικότερη εργασία έχουμε όταν όλα τα μέλη εργάζονται μαζί, βασίζονται ο ένας στον άλλο, διδάσκονται και μαθαίνουν συνεχώς και υποστηρίζονται μεταξύ τους όταν το συναισθηματικό φορτίο της δουλειάς είναι έντονο. Σε αντίθετη περίπτωση η μετάδοση της πληροφορίας στα μέλη της ομάδας μπορούν να επηρεαστούν από αισθήματα θυμού και δυσαρέσκειας και από έλλειψη σεβασμού για τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας (Codier & Codier, 2015). Σημειωτέο είναι ότι τα επικοινωνιακά λάθη έχουν ενοχοποιηθεί ότι οδηγούν σε ανεπιθύμητα συμβάντα ή ιατρικά σφάλματα (Kaissi et al., 2003; Stang et al., 2013).

Συγκεκριμένα 4 ικανότητες της συναισθηματικής νοημοσύνης θα πρέπει να είναι βασικές δεξιότητες των νοσηλευτών που εργάζονται στο ΤΕΠ. Αυτές είναι η αναγνώριση των δικών τους συναισθημάτων καθώς και των άλλων, η χρησιμοποίησή τους για την αιτιολόγηση ορισμένων συμπεριφορών, η κατανόηση και διαχείρισή τους, και η διαχείρισή των συναισθημάτων, ως αποτέλεσμα χρόνιου στρες και υψηλών επιπέδων συναισθηματικού μόχθου. Ως εκ τούτου οι συναισθηματικές ικανότητες μπορούν να επηρεάσουν την κλινική πράξη, την ασφάλεια του ασθενούς, την εμπειρία του ασθενή και του περιβάλλοντός του στο Τμήμα επειγόντων Περιστατικών και την ομαδική συνεργασία (Codier & Codier, 2015).

Όταν κάποιος αναφέρεται στην ευφυΐα συνήθως αναφέρεται στη γνωστική ή ίσως ακαδημαϊκή ευφυΐα. Η McQueen (2004) παραθέτει τρία είδη ευφυΐας (Holbery, 2015): τη γνωστική ικανότητα, η οποία περιλαμβάνει λεκτικές και μαθηματικές ικανότητες, η τεχνική εξειδίκευση περιλαμβάνει τεχνικές και φυσικές δεξιότητες, και η κοινωνική ευφυΐα η οποία σχετίζεται με την κατανόηση και την αλληλεπίδραση των ατόμων. Κατά την άποψη της Holbery (2015), ο νοσηλευτής της ομάδας τραύματος θα πρέπει να έχει και τα τρία είδη νοημοσύνης. Δανειζόμενη μάλιστα από το Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations, παραθέτει τα απαραίτητα χαρακτηριστικά της συναισθηματικής νοημοσύνης της ομάδας τραύματος και του μέλους της ομάδας. Τα χαρακτηριστικά λοιπόν της ομάδας τραύματος περιλαμβάνουν: τη συνεργασία, την επικοινωνία, το σεβασμό, την από κοινού λήψη αποφάσεων, τον κοινό στόχο και τη συνοχή της ομάδας. Όσον αφορά το άτομο ως μέλος της ομάδας, τα χαρακτηριστικά της ΣΝ αφορούν την αυτεπίγνωση, τα αντανακλαστικά του επαγγελματία, την υποκίνηση, την ενσυναίσθηση, την ανταπόκριση σε συναισθηματικά στοιχεία (συμπεριλαμβανομένου της στάσης σώματος και άλλα μη λεκτικά στοιχεία), την ακοή και την κατανόηση (του ασθενούς, των συγγενών και άλλων μελών της ομάδας), την αυτοπεποίθηση να προβάλλει τις απόψεις του, τη διατήρηση της αυτοκυριαρχίας και τέλος την ικανότητα να χειριστεί αποτελεσματικά πολλαπλές απαιτήσεις.

Τις δεξιότητες των νοσηλευτών του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών στη φροντίδα των μελλοθάντων και των πενθούντων συγγενών τους, και τα εμπόδια για την ανάπτυξή τους, μελέτησε και η έρευνα των Bailey et al. (2011). Η παρατήρηση ενός μεγάλου ΤΕΠ έδειξε ότι στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, είναι μια διαδικασία έντονης συναισθηματικού μόχθου και οι νοσηλευτές αναπτύσσουν ικανότητες με την τελικού σταδίου φροντίδα υγείας μέσω τριών σταδίων: 1) προσωπική επένδυση στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή 2) διαχείριση του συναισθηματικού φορτίου και 3) ανάπτυξη συναισθηματικής νοημοσύνης. Ως

εμπόδια για την επίτευξη αυτών των ικανοτήτων, αναγνωρίστηκε το επαγγελματικό στρες, το οποίο συμβάλλει στην εξουθένωση και απόσυρση από την κλινική πρακτική.

Το εργασιακό περιβάλλον του ΤΕΠ είναι συνδεδεμένο και με ένα καθεστώς συγκρούσεων και εργασιακού στρες. Επομένως κρίνεται σημαντικό ο επαγγελματίας υγείας να μπορεί να διαχειρίζεται καταστάσεις έντονου στρες (Hyoungh-Sook et al., 2014) και συγκρούσεων. Σε μελέτη όπου μετρήθηκε η ΣΝ σε σχέση με τις συγκρούσεις στο χώρο της υγείας, έδειξαν ότι η ανάπτυξη των επαρκειών της ΣΝ και η κατανόηση του αποτελεσματικού χειρισμού των συγκρούσεων είναι απαραίτητα για άτομα που εργάζονται σε περιβάλλοντα υψηλού στρες (Morrison, 2008).

Θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης μεταξύ της ΣΝ και της απόδοσης της ομάδας. Ομάδες με υψηλό ποσοστό ΣΝ, επέδειξαν συνεργασία, επίλυση των συγκρούσεων, συνοχή της ομάδας τους και συνεργασία μεταξύ των μελών της (Ilarda & Findlay, 2006). Οι Quoibach και Hansenne (2009) μελέτησαν την επίπτωση της ΣΝ σε μια ομάδα νοσηλευτών της κλινικής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ΣΝ σχετίζεται με αυξημένη συνοχή της ομάδας και ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα. Η τελευταία μεταφράζεται ως ασφαλής χρησιμοποίηση του εξοπλισμού, τήρηση ενιαίας πολιτικής και διατήρηση της αξιοπρέπειας και εμπιστοσύνης του ασθενούς.

Παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν τη ΣΝ φαίνεται να είναι η προϋπηρεσία, η ηλικία (Psilopanagioti et al., 2012) και ο τύπος νοσοκομείου. Στην έρευνα των Ranjha και Shujja (2010) σε 200 άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού, χρησιμοποιώντας το ψυχομετρικό εργαλείο EQ-I, τα αποτελέσματα έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης, της ψυχολογικής προσαρμογής και της προϋπηρεσίας. Νοσηλευτές με προϋπηρεσία μικρότερη της πενταετίας, βρέθηκαν να σκοράρουν υψηλότερα στη ΣΝ συγκριτικά με πιο έμπειρους συναδέλφους τους. Στην ίδια έρευνα διαφορά παρατηρήθηκε και μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων, με τους εργαζόμενους στα ιδιωτικά να έχουν υψηλότερους δείκτες συναισθηματικής νοημοσύνης από αυτούς των δημοσίων. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου.

Ειδικότερα για το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελέσματα μελέτης (Παπαγεωργίου et al., 2011) σε δημόσια νοσοκομεία με δείγμα συμμετεχόντων 251 νοσηλευτές και ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε 7 διαστάσεις της ΣΝ, έδειξαν ότι η ηλικία συμβάλλει στην ανάπτυξη τριών διαστάσεων της ΣΝ, ειδικότερα του <<χιούμορ>>, της <<κριτικής σκέψης>> και των <<κινήτρων συμπεριφοράς>>. Σε αντίθεση με αποτελέσματα προηγούμενης έρευνας τα χρόνια προϋπηρεσίας συμβάλλουν στην ανάπτυξη του τομέα των <<κοινωνικών δεξιοτήτων>> και της <<αυτορρύθμισης>>, ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται θετικά με τον τομέα της <<αυτεπίγνωσης>>.

Από την άλλη πλευρά, αν και η ΣΝ παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία ως έννοια που σχετίζεται με τους επαγγελματίες υγείας, έχει δεχθεί και πολλές επικρίσεις. Οι επικριτές της ΣΝ θεωρούν ότι πολλές μελέτες είναι μικρής κλίμακας και βασίζονται σε υποκειμενικές και αυτό-αναφερόμενες μετρήσεις (Holberg, 2014). Παρόλα αυτά είναι μία έννοια η οποία αξίζει προσοχής και ανάπτυξης για τη βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών του ΤΕΠ και του συγγενικού περιβάλλοντός τους, καθώς και του προσωπικού (Holberg, 2014).

Συνοψίζοντας, η ΣΝ συσχετίζεται θετικά με την αναγνώριση του στρες, της επαγγελματικής ικανοποίησης και εξουθένωσης, την παραγωγικότητα των εργαζομένων, την ομαδική συνεργασία, την ελαχιστοποίηση των συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο και την επικοινωνία με τους άλλους. Όλα τα παραπάνω συντελούν στη βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και γενικότερα τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όσον αφορά συγκεκριμένα το ΤΕΠ,

η συναισθηματική νοημοσύνη είναι ένα νέο ερευνητικό πεδίο. Οι μελέτες που έχουν εκπονηθεί αφορούν την τελευταία πενταετία και μελετούν κατά κύριο λόγο το νοσηλευτικό επάγγελμα. Περισσότερη έρευνα και μελέτη χρειάζεται για το ρόλο της ΣΝ στους επαγγελματίες υγείας του ΤΕΠ, είτε μεμονωμένα ως άτομα είτε ως ομάδα (Gorgas et al., 2015).

2.5 Συμπεράσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Η ασφάλεια των ασθενών ως μία διάσταση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας είναι ένα πρόβλημα που απασχολεί την παγκόσμια κοινότητα της υγείας και αποτελεί προτεραιότητα στην ευρωπαϊκή ατζέντα πολιτικών χάραξης από τις αρχές του 2000. Η επιστημονική κοινότητα άρχισε να ασχολείται εκτενέστερα με την ασφάλεια των ασθενών, τα ιατρικά λάθη και τα ανεπιθύμητα συμβάντα, πρωτίστως διότι συνδέονται άρρηκτα με την υγεία του ασθενούς και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Schenkel, 2000) αλλά και δευτερευόντως διότι το οικονομικό κόστος των συνεπειών της παροχής μη ασφαλούς φροντίδας είναι πολύ υψηλό για το σύστημα υγείας (HOPE, 2004; Βοζίκης & Ρήγα, 2008; Meier et al., 2015). Σημαντικό ρόλο στον προσανατολισμό των οργανισμών προς την ασφάλεια του ασθενούς παίζουν και οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι περισσότερο ενημερωμένοι και ενεργοί απαιτούν ασφαλέστερη παροχή φροντίδας υγείας.

Οι μετρήσεις του κλίματος ασφάλειας αποτελούν πάγια τακτική σε υψηλού κινδύνου ιδρύματα κυρίως στις ΗΠΑ, δίνοντας το έναυσμα και στους οργανισμούς υγείας, ως υψηλού κινδύνου οργανισμοί και οι ίδιοι να εφαρμόσουν την ίδια τακτική. Ανεπάρκειες όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών παρατηρούνται περισσότερο σε τμήματα υψηλού κινδύνου όπως τα χειρουργεία, μονάδες και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (Gaba et al., 2003; Singer et al., 2009). Όσον αφορά το τελευταίο, τα ανεπιθύμητα συμβάντα απαντώνται ως λάθη στη διαχείριση του περιστατικού, διάγνωση και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (Stang et al., 2013), αυξημένο ποσοστό τραυματισμών, ατυχημάτων, και μειωμένα κλινικά μέτρα ελέγχου ασφάλειας (Gaba et al., 2003). Παρά τα ελλειπή στοιχεία για την έκταση των ανεπιθύμητων συμβάντων στο ΤΕΠ (Stang et al., 2013), αξιοσημείωτο είναι ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ανεπιθύμητων συμβάντων μπορεί να αποφευχθεί και είναι προβλέψιμο (Camargo et al., 2012; Meier et al., 2015), ενώ η αιτία γένεσής τους αποδίδεται κυρίως σε ατομικούς, ομαδικούς και διοικητικούς παράγοντες παρά σε έλλειψη γνώσεων των εργαζομένων ή μη τήρηση πρωτοκόλλων (Kaissi et al., 2003; Colla et al., 2005; Flin et al., 2006; IOM, 2006; Walston et al., 2008; Camargo et al., 2012; Stang et al., 2013; Pham et al., 2014). Επίσης θετική συσχέτιση φαίνεται να έχει η συναισθηματική νοημοσύνη των εργαζομένων με παράγοντες που αφορούν την επικοινωνία, την ομαδική συνεργασία, το στρες, την ικανοποίηση από την εργασία, τις εργασιακές συνθήκες και κατ' επέκταση την ασφάλεια του ασθενούς.

Το αυξανόμενο ενδιαφέρον των οργανισμών υγείας να μετρήσουν και να διασφαλίσουν την ασφάλεια των ασθενών τους (WHO, 2012), έχει πυροδοτήσει την αναζήτηση εργαλείων και διεξαγωγή ερευνών σ' αυτό τον τομέα. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι το κλίμα ασφάλειας ενός οργανισμού μπορεί να μετρηθεί μέσω αυτό-συμπληρούμενων ερωτηματολογίων εργαζομένων (Sexton και συν., 2006), τα οποία μετρούν συλλογικές συμπεριφορές του προσωπικού εντός ενός οργανισμού (Parker, 2009). Από τα εργαλεία μέτρησης με υψηλό δείκτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας είναι το Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια (Safety Attitudes Questionnaire) (Sexton et al., 2006).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν εθνικές έρευνες ή ακόμη υπάρχουν ελάχιστες διεθνείς, που να αφορούν συγκεκριμένα το Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών. Ειδικότερα για το Τμήμα επειγόντων Περιστατικών, οι έρευνες που χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο SAQ είναι πολύ πρόσφατες – οι περισσότερες αφορούν την τελευταία διετία, γεγονός που αναδεικνύει το ενδιαφέρον της ακαδημαϊκής κοινότητας να εστιάσει στη μελέτη συγκεκριμένων τμημάτων και όχι ολόκληρων οργανισμών όπως γινόταν μέχρι πρότινος. Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο SAQ, χρησιμοποιήθηκε σχεδόν σε όλες τις έρευνες συμπληρωματικά με άλλα ερωτηματολόγια, είτε για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας μετά από παρεμβάσεις βελτίωσης, είτε για την επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος, της εργασιακής βίας, είτε

συγκριτική αξιολόγηση κλίματος ασφάλειας. Τα μεγαλύτερα ποσοστά συμμετοχής είχε το νοσηλευτικό επάγγελμα, με δείγμα κυρίως γυναίκες, γεγονός που δικαιολογείται και από την κατανομή των θέσεων εργασίας στο χώρο της υγείας. Όλες οι έρευνες πλην της διδακτορικής διατριβής της Howerton Child (2013), απευθύνονταν σε όλο το προσωπικό του ΤΕΠ. Ως αποτέλεσμα της ανασκόπησης προβάλλονται ως σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις πεποιθήσεις για την ασφάλεια η ηλικία, το φύλο, η εργασιακή εμπειρία, το επάγγελμα, η θέση ευθύνης και το επίπεδο εκπαίδευσης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3. Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα εξετάζει το σκοπό για τον οποίο αναπτύχθηκε, τα ερευνητικά ερωτήματα, την αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας, τα χαρακτηριστικά του ερευνητικού πληθυσμού, τον σχεδιασμό, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, την περιγραφή των ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν, την τεκμηρίωση της αξιοπιστίας και εγκυρότητάς τους. Επίσης τις ηθικές προεκτάσεις που σχετίζονται με την έρευνα, τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων.

3.1. Σκοπός έρευνας- ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας ως προς την ασφάλεια στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών της περιφέρειας Ηπείρου, και η διερεύνηση της σχέσης τους με το επίπεδο της συναισθηματικής νοημοσύνης των εργαζομένων.

Με βάση τους στόχους της έρευνας, προέκυψαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποια είναι η στάση των επαγγελματιών υγείας των επειγόντων τμημάτων για την ασφάλεια με βάση τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ (αντιλήψεις για τη διοίκηση, ομαδική συνεργασία, αναγνώριση του στρες, εργασιακές συνθήκες, επαγγελματική ικανοποίηση);
- Αν ναι, σχετίζεται το κλίμα ασφάλειας με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού, το επάγγελμα, ή τις ώρες εργασίας;
- Διαφέρει και σε τι βαθμό, το κλίμα ασφάλειας των υπό μελέτη τμημάτων στο διαφορετικό τύπο του νοσοκομείου που υπηρετούν; Αν ναι, σε ποιους παράγοντες του ερωτηματολογίου;
- Ποιες παράμετροι του κλίματος ασφάλειας παρουσιάζουν θετική αντίληψη από τους εργαζόμενους και ποιες επιδέχονται βελτίωση;
- Σχετίζεται το επίπεδο της συναισθηματικής νοημοσύνης με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού;
- Συσχετίζεται το επίπεδο της συναισθηματικής νοημοσύνης με παράγοντες του ερωτηματολογίου στάσεων για την ασφάλεια (αντιλήψεις για τη διοίκηση, ομαδική συνεργασία, αναγνώριση του στρες, εργασιακές συνθήκες, επαγγελματική ικανοποίηση); Αν ναι, σε ποιο βαθμό;

3.2. Αναγκαιότητα- σημασία της έρευνας

Η ασφάλεια των ασθενών είναι ένα παγκόσμιο δημόσιο πρόβλημα υγείας που επηρεάζει χώρες όλων των επιπέδων ανάπτυξης (WHO, 2012). Τα ιατρικά σφάλματα όπως αναφέρθηκε έχουν διπλό κόστος, τόσο στην υγεία του ασθενή, όσο και για το σύστημα υγείας (James, 2013). Αξιοσημείωτο είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό λαθών μπορεί να

προληφθεί (Camargo et al., 2012; Stang et al., 2013; Schnitker et al., 2011). Ιδιαίτερα εμφανές γίνεται αυτό, στη βιομηχανία υγείας και κυρίως σε τμήματα υψηλού κινδύνου όπως είναι το ΤΕΠ.

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών χαρακτηρίζεται ως ένας χώρος υψηλής έντασης εργασίας και υψηλού κινδύνου και θνησιμότητας, όπου τα λάθη είναι ευκολότερο να συμβούν. Μάλιστα, ο συνεχώς αυξανόμενος όγκος περιστατικών που καλούνται να διαχειριστούν τα ΤΕΠ (Αγγουριδάκης & Σμπυράκης, 2009) τα τελευταία χρόνια ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και έλλειψης πρωτοβάθμιας φροντίδας, μεγιστοποιεί το ποσοστό σφάλματος, αλλά και την ανασφάλεια της κοινωνίας για την παροχή ασφαλούς φροντίδας υγείας (Eurobarometer, 2014)

Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα ως κράτος –μέλος της ΕΕ, συμβαδίζοντας με την οδηγία της Ευρωπαϊκής Κομισιόν, προσανατολίζεται προς την αύξηση των διαδικασιών που αφορούν την κουλτούρα ασφάλειας για την πρόληψη των ανεπιθύμητων γεγονότων (Hope, 2013). Για την επίτευξη αυτού του στόχου περισσότερη γνώση και αξιοποίησή της είναι απαραίτητη για να κατανοήσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας για να προλάβουμε τα αίτια, να μειώσουμε, να εξαλείψουμε ή έστω να μετριάσουμε τους κινδύνους των ανεπιθύμητων συμβάντων. Το πρώτο βήμα για τη βελτίωση του κλίματος ασφάλειας σ' ένα τμήμα αποτελεί η αξιολόγησή του.

Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που διεξήχθη παραπάνω, οι έρευνες για τη διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών διεθνώς είναι ελάχιστες και στην Ελλάδα μηδαμινές. Επομένως βασικό κίνητρο για την επιλογή του συγκεκριμένου ερευνητικού πεδίου ήταν το ενδιαφέρον της ερευνήτριας για τη διάγνωση του κλίματος ασφάλειας των συγκεκριμένων τμημάτων και η απόκτηση γνώσης γύρω από τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Ίσως ακόμα και η επιθυμία της ερευνήτριας, η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας, να λειτουργήσει ως έναυσμα για την ευαισθητοποίηση των εργαζομένων στο ΤΕΠ σε θέματα ασφάλειας ασθενούς. Από την άλλη, η ανάδειξη του κλίματος ασφάλειας μπορεί να λειτουργήσει ως ένα χρήσιμο εργαλείο της διοίκησης, για την ανάληψη των κατάλληλων πρωτοβουλιών/παρεμβάσεων με στόχο τη βελτίωση των παραγόντων που χρήζουν επιδιόρθωσης στο ΤΕΠ.

3.3. Σχεδιασμός μελέτης- Υλοποίηση

3.3.1. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης

Για τους σκοπούς της έρευνας επιλέχθηκαν τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών δημοσίων νοσοκομείων στην περιφέρεια Ηπείρου. Τα δημόσια νοσοκομεία ήταν δεσμευτική επιλογή, εφόσον στην περιοχή δεν υπάρχουν άλλες ιδιωτικές κλινικές ή οργανισμοί στα οποία να λειτουργούν ΤΕΠ και επίσης τα εν λόγω τμήματα επειγόντων καλύπτουν τις υγειονομικές ανάγκες ενός μεγάλου αριθμού πληθυσμού αναφοράς.

Η έρευνα διεξήχθη κατά τη χρονική περίοδο από τις αρχές Οκτωβρίου μέχρι τα τέλη Νοεμβρίου του 2015. Η επιλογή της περιόδου περιορίζει τις πιθανότητες απουσίας λόγω κανονικής άδειας του προσωπικού, αναρρωτικών αδειών ή πάσης άλλης φύσεως άδεια. Επίσης, δεν παρεμβάλλονται ενδιάμεσα μακρές περίοδοι εορτών, οι οποίες πιθανών να αλλοίωναν -για ψυχολογικούς λόγους- τα αποτελέσματα της έρευνας.

3.3.2 Σύντομη περιγραφή των υπό μελέτη ΤΕΠ

Οι επείγουσες υγειονομικές ανάγκες της περιφέρειας Ηπείρου καλύπτονται από τα ΤΕΠ του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (Π.ΓΝ.Ι), Γ.Ν. Χατζηκώστα, Γ.Ν. Πρέβεζας, Γ.Ν. Άρτας, Γ.Ν. Φιλιατών. Τα χαρακτηριστικά των τμημάτων αναλύονται παρακάτω ως εξής:

Το Π.ΓΝ.Ι αποτελεί το μεγαλύτερο και πιο πλήρες νοσοκομείο της Δυτικής Ελλάδας, με συνολική δυναμικότητα 760 κλινών. Το ΤΕΠ αποτελεί διατομεακό τμήμα του νοσοκομείου, με μία ευρεία γκάμα

ιατρικών ειδικοτήτων (παθολογικού, χειρουργικού και ψυχιατρικού τομέα). Δεν περιλαμβάνει την αγγειοχειρουργική ειδικότητα. Εξυπηρετεί έναν πληθυσμό 336.856 ατόμων της Περιφέρειας Ηπείρου(Ε.Σ.Υ.Ε, 2011), Κέρκυρας (111.975 κάτοικοι), Παξών (2.374 κάτοικοι), Λευκάδος (27.938 κάτοικοι) και Αλβανίας (δεν υπάρχει τρόπος υπολογισμού του πληθυσμού που εξυπηρετεί). Αποτελεί Trauma level I κέντρο σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του American Trauma Society.

Το Γ.Ν. Χατζηκώστα με συνολική δυναμικότητα κλινών 350 ατόμων, το ΤΕΠ εξυπηρετεί τις έκτακτες υγειονομικές ανάγκες (trauma level III) ενός πληθυσμού 167.901 κατοίκων του νομού Ιωαννίνων. Το Γ.Ν. Άρτας με 220 αριθμό συνολικών κλινών, καλύπτει τις επείγουσες καταστάσεις των 45.047 κατοίκων του νομού Άρτης.

Τέλος, το Γ.Ν. Πρέβεζας με 110 κλίνες, καλύπτει υγειονομικά τις έκτακτες ανάγκες (trauma level V center) 57.491 κατοίκων, ενώ και το Γ.Ν. Φιλιατών με 90 ατόμων συνολική δυναμικότητα κλινών, το ΤΕΠ (trauma level V center) καλύπτει 46.091 κάτοικους.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΥΥΚΑ, το έτος 2009, ο ετήσιος αριθμός εξετασθέντων στο ΤΕΠ των νοσοκομείων της περιφέρειας Ηπείρου, με τη διατήρηση κάθε επιφύλαξης για την ακρίβεια των μετρήσεων (Αγγουριδάκης & Σμπυρνάκης, 2010) ήταν:

Πίνακας 5: Ετήσιος αριθμός εξετασθέντων στα υπό μελέτη ΤΕΠ των νοσοκομείων

Νοσοκομεία	Ετήσιος αριθμός εξετασθέντων στα ΤΕΠ (2009)
Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων	35.354
Γ.Ν. Χατζηκώστα	59.274
Γ.Ν Άρτας	51.553
Γ.Ν. Πρεβέζης	26.641
Γ.Ν. Φιλιατών	23.558

3.3.2. Πληθυσμός αναφοράς- επιλογή του δείγματος

Η επιλογή του πληθυσμού έγινε με γνώμονα μια σφαιρική αποτύπωση του κλίματος ασφάλειας από όλους τους εργαζόμενους στο χώρο των ΤΕΠ. Το δείγμα αποτέλεσαν εργαζόμενοι υπάλληλοι (ιατροί, νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, διοικητικοί υπάλληλοι, τραυματιοφορείς), οι οποίοι κατά τη χρονική περίοδο της μελέτης απασχολούνταν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών της περιφέρειας Ηπείρου, των εξής νοσοκομείων:

- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
- Γενικό Νοσοκομείο Χατζηκώστα Ιωαννίνων
- Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας
- Γενικό νοσοκομείο Άρτας
- Γενικό Νοσοκομείο Φιλιατών

Τα κριτήρια που τέθηκαν για την επιλογή του υπό έρευνα πληθυσμού ήταν:

- να είναι εργαζόμενοι στο χώρο των ΤΕΠ (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, τεχνολόγοι, άλλο προσωπικό)
- να εργάζονται στη συγκεκριμένη κλινική τουλάχιστον ένα μήνα. Κατά τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου SAQ (Sexton et al., 2003), ο στόχος είναι η διερεύνηση ατόμων οι οποίοι επηρεάζουν ή επηρεάζονται από την <<κουλτούρα>> της κλινικής τους. Κατά την άποψή τους ο εργαζόμενος θα πρέπει να έχει εργαστεί στο συγκεκριμένο τμήμα τουλάχιστον 4 εβδομάδες, για να έχει κατανοήσει την κουλτούρα του τμήματος και να απαντήσει επαρκώς στις ερωτήσεις.
- να έχουν την ικανότητα αποτελεσματικής επικοινωνίας (γραφτής και προφορικής) στην ελληνική γλώσσα και
- να επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής και κατά τη διάρκεια της πιλοτικής μελέτης οι υπάλληλοι του ακτινολογικού και των ιατρικών εργαστηρίων αποκλείστηκαν από το δείγμα για λόγους που αναλύονται εκτενέστερα παρακάτω στην ενότητα της διαδικασίας συλλογής του δεδομένων. Για τους ίδιους λόγους αποφασίστηκε να μην συμπεριληφθούν στο δείγμα και οι διοικητικοί υπάλληλοι (γραμματεία) τεσσάρων ΤΕΠ, πλην των διοικητικών υπαλλήλων του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων οι οποίοι απασχολούνται πλήρως και αποκλειστικά στο ΤΕΠ. Επομένως οι υπάλληλοι με πλήρη απασχόληση κατά το διάστημα της μελέτης στο ΤΕΠ είναι:

Πίνακας 6: Στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό των ΤΕΠ της περιφέρειας Ηπείρου

	Ιατροί	Νοσηλευτές (ΠΕ-ΤΕ-ΔΕ)	Διοικητικό προσωπικό	Τραυματιοφορείς, βοηθοί
Π.Γ.Ν.Ι	(3) + περιοδική κάλυψη από ειδικότητες νοσοκομείου	24	5	5
Γ.Ν. Χατζηκώστα	Περιοδική κάλυψη από ειδικότητες του νοσοκομείου	23	-	Περιοδική κάλυψη +3βοηθοί
Γ.Ν. Άρτας	Περιοδική κάλυψη από ειδικότητες του νοσοκομείου	23	-	Περιοδική κάλυψη+ 2βοηθοί
Γ.Ν. Πρέβεζας	Περιοδική κάλυψη από ειδικότητες του νοσοκομείου	16	-	Περιοδική κάλυψη+ 1βοηθός
Γ.Ν. Φιλιατών	Περιοδική κάλυψη από ειδικότητες του νοσοκομείου	10	-	Περιοδική κάλυψη

Παρατηρείται λοιπόν μία ανομοιογένεια του τρόπου στελέχωσης των ΤΕΠ, με αποκλειστική πλήρη απασχόληση κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού. Όσον αφορά τη στελέχωση του ιατρικού προσωπικού, σε όλα τα υπό μελέτη ΤΕΠ, η στελέχωση γίνεται περιοδικά από τους ειδικευμένους και ειδικευόμενους ιατρούς των διαφόρων ειδικοτήτων του νοσοκομείου. Έτσι ο συνολικός αριθμός μόνιμου προσωπικού της μελέτης ήταν 115 εργαζόμενοι εκ των οποίων 96 ήταν νοσηλευτές, 3 γιατροί, 5 διοικητικοί υπάλληλοι και 11 άτομα λοιπό προσωπικό.

3.3.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικά διαμορφωμένο ανώνυμο αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο διερευνούσε το συγκεκριμένο θέμα μέσα από κλειστού τύπου ερωτήσεις, διχοτομικές (ναι-όχι), πολλαπλών επιλογών, ή ερωτήσεις μέσω δεκάβαθμης κλίμακας με άριστα το δέκα. Στο ερωτηματολόγιο ενσωματώθηκαν δύο άλλα σταθμισμένα ερευνητικά εργαλεία, το Safety Attitudes Questionnaire/SAQ (Sexton et al., 2006) και το Wong & Law Emotional Intelligence Scale (Wong & Law, 2002). Πρόκειται για διεθνώς αναγνωρισμένα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για πάνω από μία δεκαετία. Η πλήρης έκδοση του SAQ (64 ερωτήσεις) έχει μεταφραστεί από τους Raftoroulos et al (2011) με υψηλή εσωτερική εγκυρότητα (0,93). Ενώ η κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Kafetsios & Zampetakis (2008) διατηρώντας υψηλή εσωτερική εγκυρότητα (0,83).

Πριν τη χρήση του τελικού ερωτηματολογίου ζητήθηκε η συγκατάθεση των κ. Ραφτόπουλο και κ. Καφέτσιο και ενημερώθηκαν ηλεκτρονικά οι δημιουργοί τους.

3.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Με στόχο την προκαταρκτική εκτίμηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, αλλά και τον εντοπισμό τυχόν παραλείψεων ή λαθών, το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε αρχικά στους πέντε προϊσταμένους νοσηλευτικού προσωπικού των ΤΕΠ, ως άτομα που γνωρίζουν καλύτερα το χώρο και τις ανεπάρκειές του. Κατά τη φάση αυτή διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι των εργαστηρίων (ακτινολογικού και ιατρικών εργαστηρίων) δε μπορούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Τα συγκεκριμένα τμήματα και το προσωπικό τους δε συστεγάζονται στο χώρο των ΤΕΠ με αποτέλεσμα ερωτήσεις που αφορούν την ομαδική συνεργασία, εργασιακές συνθήκες, την αναγνώριση του στρες στο υπό μελέτη τμήμα να μη μπορούν να απαντηθούν. Συνεπώς για να αποφευχθούν φαινόμενα παραποίησης της συνολικής εικόνας του κλίματος ασφάλειας, αποφασίστηκε να αποκλειστούν. Επιπλέον, τα υπό μελέτη ΤΕΠ δεν αποτελούν ανεξάρτητα τμήματα από πλευράς γραμματειακής υποστήριξης πλην ενός, του Π.Γ.Ν.Ι ΤΕΠ. Για το λόγο αυτό το διοικητικό προσωπικό των υπολοίπων ΤΕΠ των νοσοκομείων Χατζηκώστα, Άρτας, Πρεβέζης, Φιλιατών αποκλείστηκαν από το δείγμα. Τέλος, δεδομένου της έλλειψης στελέχωσης των ΤΕΠ από μόνιμο ιατρικό προσωπικό, η στελέχωσή τους κυρίως με ειδικευόμενους γιατρούς και οι τραγικές ελλείψεις σε προσωπικό, κυρίως στα περιφερειακά νοσοκομεία, απέκλειαν τη δυνατότητα μιας στρωματοποιημένης έρευνας.

Το τελικό ερωτηματολόγιο αποτελείτο από 4 σελίδες, με μέσο απαιτούμενο χρόνο απάντησης τα 15-20 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από έναν φάκελο, με σκοπό να διατηρηθεί η εμπιστευτικότητα, αλλά και για να διασφαλιστεί η ειλικρίνεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων.

Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε με ιδιόχειρη παράδοση ως επί το πλείστον. Η μέθοδος επιλέχθηκε διότι εν πρώτοις έχει μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης, συνήθως 60-70% (Sexton et al., 2003) λόγω προσωπικής επαφής, αλλά και λόγω εργασιακής εμπειρίας στο χώρο των ΤΕΠ της ίδιας της ερευνήτριας. Σημαντικό ρόλο έπαιξαν και οι πεποιθήσεις της ερευνήτριας ότι άλλες σύγχρονες μέθοδοι διανομής όπως

π.χ. το e-mail, πιθανών να απέκλειαν αρκετούς εργαζόμενους οι οποίοι δεν είναι αρκετά καταρτισμένοι ηλεκτρονικά.

3.5. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Στην συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο, αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από τέσσερα ευδιάκριτα μέρη (Παράρτημα 1). Συγκεκριμένα από το εισαγωγικό μέρος, το γενικό-δημογραφικό μέρος, το ερωτηματολόγιο των στάσεων για την ασφάλεια (Α' μέρος) και την κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (Β' μέρος).

3.5.1. Εισαγωγικό – Γενικό Μέρος

Το εισαγωγικό μέρος (1^η σελίδα) περιείχε πληροφορίες σχετικά με τον επιστημονικό φορέα, τη διατήρηση της ανωνυμίας του συμμετέχοντος, το σκοπό της εργασίας, το μέρος υλοποίησής της.

Στη συνέχεια, στη 2^η σελίδα του εισαγωγικού-γενικού μέρους εμπεριέχονται 14 κλειστού τύπου ερωτήσεις, οι οποίες παρείχαν βασική πληροφόρηση ως προς τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, την επαγγελματική τους ιδιότητα και εργασιακή εμπειρία (συνολική και στο ΤΕΠ), αλλά και τη μονάδα που υπηρετούσαν. Επιπλέον, παρείχε πληροφόρηση για το εκπαιδευτικό επίπεδο, το συμβόλαιο που είχαν με το νοσοκομείο που εργαζόντουσαν, τη βάρδια που συνήθως εργάζονται στο ΤΕΠ.

Γενικά διατυπωμένες ερωτήσεις, μέσα από μια κλίμακα από το 0 έως το 10, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τις υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο σε σχέση με άλλα νοσοκομεία που είχαν εργαστεί, στην περίπτωση που είχαν δηλώσει ότι πριν την απασχόληση στο παρόν νοσοκομείο είχαν εργαστεί σε άλλο νοσοκομείο (<<βαθμολογήστε από 0-10, αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα άλλα>>), καθώς και για τις υπηρεσίες του συγκεκριμένου ΤΕΠ σε σχέση με άλλα που είχαν εργαστεί, στην περίπτωση που είχαν δηλώσει ότι είχαν εργαστεί και σε άλλο ΤΕΠ (<<βαθμολογήστε από 0-10, αυτό το ΤΕΠ σε σχέση με τα άλλα>>).

Παράλληλα, αξιολογήθηκε η ποιότητα της συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού (<<πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους νοσηλευτές, ιατρούς>>), ενώ αξιολογήθηκε και η αντίληψη των εργαζομένων για το επίπεδο της ασφάλειας του ασθενή στο ΤΕΠ που εργάζονται (<<πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς σ' αυτό το ΤΕΠ>>). Δηλώσεις όπως <<αν η εργασία στο ΤΕΠ υπήρξε δική σας επιλογή>> χρησιμοποιήθηκαν ως ένδειξη ικανοποίησης από την εργασία και για τη λεπτομερέστερη καταγραφή των συμμετεχόντων στη μελέτη.

3.5.2. Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια

Το Α' μέρος της μελέτης περιελάμβανε το <<Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια>> (Safety Attitudes Questionnaire), τροποποιημένη μορφή της ειδικής έκδοσης για τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ICU-version), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Sexton et al., (2006). Για τη συγκεκριμένη έκδοση του ερωτηματολογίου, το περιεχόμενο των ερωτήσεων παρέμεινε το ίδιο, με ελάχιστες τροποποιήσεις, οι οποίες αφορούν αποκλειστικά το χώρο εργασίας. Για παράδειγμα, << σε αυτή τη ΜΕΘ είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη>>, αντίστοιχα << σ' αυτό το ΤΕΠ είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη>>.

Για να μετρηθεί το κλίμα ασφάλειας συχνά χρησιμοποιούνται ερευνητικά ερωτηματολόγια, τα οποία είναι στιγμιότυπα των στάσεων και πεποιθήσεων του υπό εξέταση πληθυσμού τη χρονική στιγμή που πραγματοποιείται η έρευνα (Patankar et al., 2010). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε με γνώμονα τις ιδιότητες να αξιολογεί τις συμπεριφορές των συμμετεχόντων σε σχέση με την ασφάλεια, μέσα από έξι παράγοντες που

εκτιμούν το κλίμα ομαδικής συνεργασίας, την επαγγελματική ικανοποίηση, τις εργασιακές συνθήκες, το κλίμα ασφάλειας, την αντίληψη για τη διοίκηση και την αναγνώριση του στρες. Στον παρακάτω πίνακα δίνονται αναλυτικά οι παράγοντες και οι ορισμοί της κλίμακας SAQ, καθώς και παραδείγματα ερωτήσεων και αριθμού ερωτήσεων.

Πίνακας 7: Παράγοντες κλίμακας SAQ και παραδείγματα ερωτήσεων

Παράγοντες κλίμακας SAQ: ορισμοί	Παραδείγματα ερωτήσεων	Παραδείγματα αρ. ερωτήσεων
Ομαδική εργασία : αντιλαμβανόμενη ποιότητα συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού	-οι γιατροί και οι νοσ/τες εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	5,9,12,17,30,33
Επαγγελματική ικανοποίηση : θετική στάση σχετικά με την εργασιακή εμπειρία	-μου αρέσει η δουλειά μου	2,8,15,25,29
Κλίμα ασφάλειας : αντιλήψεις για ισχυρή οργανωσιακή δέσμευση ως προς την ασφάλεια	-Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σ' αυτό το ΤΕΠ	4,11,13,16,20,22,26,31
Συνθήκες εργασίας : αντιλαμβανόμενη ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος και τεχνικής(Logistical) υποστήριξης (στελέχωση, εξοπλισμός, κτλ)	-τα επίπεδα του προσωπικού είναι ικανοποιητικά σε αυτό το ΤΕΠ για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών -ο εξοπλισμός σε αυτό το ΤΕΠ είναι επαρκής	1,3,6,7,24,34
Αντίληψη για τη διοίκηση : η έγκριση/αποδοχή των παρεμβάσεων της διοίκησης	-η διοίκηση του νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	10,18,19,21,28
Αναγνώριση stress : αναγνώριση του μηχανισμού επιρροής των στρεσογόνων παραγόντων στην αποδοτικότητα	-είμαι λιγότερο αποτελεσματικός/ή στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	14,23,27,32,35

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 64 ερωτήσεις, η απάντηση σε κάθε μία από τις ερωτήσεις αντιστοιχεί σε μία πεντάβαθμη κλίμακα Likert (1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ κάπως, 3=ουδέτερος/η, 4=συμφωνώ κάπως, 5=συμφωνώ απόλυτα). Οι απαντήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του Sexton, μετατρέπονται σε βαθμιαία κλίμακα 0-100 (1:0%, 2:25%, 3:50%, 4:75%, 5:100%) και θεωρούνται θετικά τα αποτελέσματα πάνω από 75%. Μερικές ερωτήσεις είναι διατυπωμένες αντίστροφα. Υπάρχει επίσης ένα τμήμα ανοιχτού τύπου ερώτηση στο τέλος του ερωτηματολογίου για σχόλια: Αναφέρατε 3 τρόπους για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στο ΤΕΠ.

Στην επιλογή ενός ερευνητικού εργαλείου για τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας οι ερευνητές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την αξιοπιστία και predictive validity, το σκοπό (Colla et al., 2005), την έκταση του ερωτηματολογίου, το περιεχόμενο, την ευαισθησία του σε αλλαγές και στην ικανότητά του για συγκριτική αξιολόγηση (Etchegaray & Thomas, 2012). Οι Nieva και Sorra (2003) ακόμα υποστηρίζουν ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κριτήρια όπως η καταλληλότητα, ο τύπος του προβλεπόμενου ερευνητικού δείγματος, το περιβάλλον για το οποίο αναπτύχθηκε το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης.

Στα πλαίσια αυτά, το SAQ είναι απλό, κατανοητό, σύντομο και μπορεί να συμπληρωθεί από οποιονδήποτε χωρίς βοήθεια ή επεξηγήσεις, μιας και η εν λόγω μελέτη απευθύνεται σε άτομα διαφορετικής εκπαιδευτικής βαθμίδας και μόρφωσης. Κατά την προσωπική άποψη του ερευνητή ένα μακροσκελές ερωτηματολόγιο θα ήταν κουραστικό και ιδιαίτερα χρονοβόρο για τους εργαζόμενους στο ΤΕΠ, όπου ο παράγοντας χρόνος θεωρείται σημαντική συνιστώσα.

Έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Sexton et al, 2006), με υψηλή εσωτερική εγκυρότητα που κυμαίνεται από 0,93 για την πλήρη έκδοση του ερωτηματολογίου (64 ερωτήσεις). Έχει σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες (Νορβηγική, Γερμανική, Τούρκικη, Σουηδική, Πορτογαλική, Αλβανική, Κινέζικη), μεταξύ των οποίων και στην ελληνική (Raftoroulos et al., 2011; Raftoroulos & Pavlakis, 2013). Η ευρεία εφαρμογή του προσφέρει το πλεονέκτημα της συγκριτικής αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, σύγκρισης μεταξύ τμημάτων (Relihan et al., 2009) αλλά και συγκριτικής μελέτης προ και μετά παρεμβάσεων τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο, και μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών υγείας (Patterson et al., 2012; Raftoroulos & Pavlakis, 2013). Το SAQ δίνει τη δυνατότητα χρησιμοποίησής του παράλληλα με άλλα ερευνητικά εργαλεία (Howerton Child, 2013). Είναι αυστηρά επικυρωμένο και πλήρως εγκεκριμένο για σύγκριση στάσεων μεταξύ διαφορετικών τύπων προσωπικού. Επιπλέον, είναι το μόνο που επιτρέπει την άμεση συσχέτιση των αποτελεσμάτων με την έκβαση των ασθενών (Colla et al., 2003) και επιτρέπει την παρακολούθηση των αλλαγών στο χρόνο.

Τέλος, η άρρηκτη σύνδεση του επιπέδου της συναισθηματικής νοημοσύνης των εργαζομένων με τους παράγοντες της κλίμακας SAQ, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, προσβλέπει ότι είναι η καλύτερη επιλογή για την επίτευξη των στόχων της συγκεκριμένης μελέτης.

3.5.3 Κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης

Στο Β' μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης των εργαζομένων στα υπό μελέτη τμήματα. Η συναισθηματική νοημοσύνη μετρήθηκε με την κλίμακα Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) (Wong & Law, 2002), η οποία περιλαμβάνει τέσσερις παράγοντες και αποτελείται από 16 ερωτήσεις που βασίζονται στην αυτό-αναφορά. Η κλίμακα αναπτύχθηκε στο Χονγκ-Κονγκ, έχει εφαρμοστεί όμως σε cross-cultural μελέτες.

Υιοθετώντας τον ορισμό της συναισθηματικής νοημοσύνης των Mayer & Salovey (Mayer and Salovey, 1997), η κλίμακα μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης που χρησιμοποιήθηκε δίνει τη δυνατότητα της αξιολόγησης των τεσσάρων παραμέτρων της ΣΝ: α) κατανόηση των ατομικών συναισθημάτων (Self Emotion Appraisal SEA) (π.χ. Πάντα καταλαβαίνω πώς αισθάνομαι πραγματικά) β) της κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων (Other's Emotion Appraisal OEA) (π.χ. Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων των ανθρώπων γύρω μου) γ) τη χρησιμοποίηση των ατομικών συναισθημάτων για βελτίωση της αποδοτικότητας (Use of Emotion UOE) (π.χ. Είμαι ένα άτομο με ισχυρά κίνητρα) και δ) τον έλεγχο/ρύθμιση των ατομικών συναισθημάτων (Regulation of Emotion ROE) (π.χ. Είμαι απόλυτα ικανός να ελέγξω τα συναισθήματά μου).

Κάθε ερώτηση της κλίμακας WLEIS βαθμολογείται βάση μιας 7βαθμης κλίμακας Likert (από 1= διαφωνώ απόλυτα έως 7=συμφωνώ απόλυτα).

Η επιλογή του εργαλείου μέτρησης έγινε βάση της σχέσης της ΣΝ με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ. Συγκριτικά με άλλα εργαλεία μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης, το WLEIS πρόκειται για ένα απλό, πρακτικό και ψυχομετρικής χροιάς τεστ ικανό όμως να μετρήσει όλες τις διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης (Wong & Law, 2002; Aslan & Erkus, 2008). Ψυχομετρική ανάλυση της κλίμακας WLEIS έδειξε μέτρια έως υψηλή εσωτερικό συντελεστή, με τον Cronbach α να κυμαίνεται μεταξύ $\alpha=0,71$ για τον ROE έως $\alpha=0,90$ για τον OEA (Wong & Law, 2002). Ο συντελεστής Cronbach α σε ελληνική έρευνα είναι υψηλός για τις 4 διαστάσεις της ΣΝ, 0.844 για τη διάσταση SEA, 0.800 για OEA, 0.804 για UOE και 0.802 για τη διάσταση της ROE (Psilopanagioti et al., 2012). Έχει μελετηθεί σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα χωρίς μεταβολές στη μέτρηση, γεγονός που συνεπάγεται τη δυνατότητα μέτρησης της συναισθηματικής έκφρασης μεταξύ διαφορετικών χωρών (Libbrecht et al., 2014) άρα και το πλεονέκτημα της συγκριτικής αξιολόγησης των αποτελεσμάτων.

3.6. Δεοντολογικά ζητήματα έρευνας

Το πρωτόκολλο της έρευνας κατατέθηκε και εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Εκπαίδευσης της 6^{ης} Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου- Ιονίων Νήσων- Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας (6^η ΥΠΕ) (βλ. Παράρτημα), όπου υπάγεται και η περιφέρεια Ηπείρου και τα υπό μελέτη νοσοκομεία. Το πρωτόκολλο έρευνας κατατέθηκε επίσης και στο επιστημονικό συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για έγκριση. Ακολούθως ενημερώθηκαν προφορικά οι διοικητές των νοσοκομείων, η διεύθυνση νοσηλευτικής υπηρεσίας, καθώς και οι προϊστάμενοι των τμημάτων των νοσοκομείων για την άτυπη έγκριση και ενημέρωσή τους.

Η χρήση του ερωτηματολογίου SAQ έγινε κατόπιν σχετικής αδειοδότησης του Πανεπιστημίου του Τέξας, και την άδεια για τροποποίηση της έρευνας για την επίτευξη των ερευνητικών προσπαθειών (βλ. Παράρτημα), και της συγκατάθεσης του Δρα Ραφτόπουλου για την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου SAQ. Για την κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης ενημερώθηκε ο Δρ Καφέτσιος, ο οποίος έχει κάνει και τη στάθμισή της στην ελληνική γλώσσα.

Οι επαγγελματίες υγείας που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο έλαβαν γνώση σχετικά με το σκοπό της έρευνας, την εθελοντική συμμετοχή- η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συνεπαγόταν τη συναίνεση του να συμμετάσχει- και την τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, παράμετροι οι οποίοι διευκρινιζόταν άλλωστε και στην πρώτη σελίδα του ερευνητικού εργαλείου.

3.7. Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν περιγράφηκαν με χρήση πινάκων συχνοτήτων και ποσοστών για την περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών ενώ για την περίπτωση συνεχών χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Για τις συγκρίσεις των τιμών των ερωτηματολογίων SAQ και WLIES ανάλογα με τα κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά χρησιμοποιήθηκε το T test για ανεξάρτητα δείγματα και η ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα με πολλαπλές συγκρίσεις υπό το κριτήριο Bonferroni κατόπιν των ελέγχων κανονικότητας με το κριτήριο Shapiro Wilk και τα γραφήματα QQ plots. Για τις συσχετίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων και των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Pearson. Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων εκτιμήθηκε ο δείκτης Cronbach's α . Το επίπεδο σημαντικότητας σε όλες τις περιπτώσεις ορίστηκε στο 0,05 και η ανάλυση έγινε με το λογισμικό SPSS v 21.0.

4. Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται με βάση τα ερωτήματα σε σχέση με τη διερεύνηση των στάσεων για την ασφάλεια του προσωπικού των ΤΕΠ και το επίπεδο της συναισθηματικής νοημοσύνης τους, τα οποία αναλύθηκαν παραπάνω. Στους πίνακες και τα γραφήματα που ακολουθούν φαίνονται αναλυτικά οι καταγραφές που έγιναν τόσο για τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όσο και για την κάθε μία από τις διαστάσεις των 2 ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν.

4.1 Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί φαίνεται η περιγραφή του δείγματος ως προς τα βασικά του χαρακτηριστικά. Παρατίθενται πίνακες και ποσοστά για κάθε μία από τις καταγραφές.

Πίνακας 8: Βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		Count	Column N %
Φύλο	Ανδρας	65	46,4%
	Γυναίκα	75	53,6%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας	11	7,8%
	Απόφοιτος Δευτεροετούς σχολής	22	15,6%
	Απόφοιτος ΤΕΙ	23	16,3%
	Απόφοιτος ΑΕΙ	64	45,4%
	Κάτοχος τίτλου Msc	10	7,1%
	κάτοχος τίτλου phd	7	5,0%
	Άλλο	4	2,8%
Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεσθε:	ΠΓΝΙ	92	67,2%
	Γενικό Νοσοκομείο Χατζηκώστα	9	6,6%
	Γενικό Νοσοκομείο Άρτας	14	10,2%
	Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας	12	8,8%
	Γενικό Νοσοκομείο Φιλιατών	10	7,3%
	Είστε υπάλληλος	Μόνιμος	72
Αορίστου χρόνου	6	4,4%	
Συμβασιούχος	58	42,6%	
Επαγγελματική ιδιότητα	Ιατρός Ειδικός	10	7,1%
	Ιατρός ειδικευόμενος	65	46,1%
	Νοσηλεύτης/τρια	54	38,3%
	Διοικητικό προσωπικό	3	2,1%
	Άλλο προσωπικό	8	5,7%
Συνήθης βάρδια που δουλεύετε στο ΤΕΠ	Πρωινή	16	11,3%
	Απογευματινή	14	9,9%
	Νυχτερινή	6	4,3%
	Κυλιόμενο ωράριο 24ωρο	62	44,0%
		43	30,5%

Έχετε εργαστεί σε άλλο νοσοκομείο;	Ναι	93	65,5%
	Όχι	49	34,5%
Έχετε εργαστεί σε άλλο ΤΕΠ;	Ναι	58	40,8%
	Όχι	84	59,2%
Η εργασία στο ΤΕΠ υπήρξε δική σας επιλογή;	Ναι	38	27,3%
	Όχι	101	72,7%
Total		139	100,0%

Προκύπτει ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είναι γυναίκες (53,6%) και οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου (45,4%) ενώ σε 23,4 ανέρχεται το ποσοστό αποφοίτων δευτεροβάθμιας ή και διευτούς σχολής. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος προέρχεται από το ΠΓΝΙ (67,2%) ενώ από τις υπόλοιπες δομές το ποσοστό ανέρχεται στο 10% περίπου σε όλες τις περιπτώσεις. Το δείγμα αποτελείται από μόνιμους και συμβασιούχους σε μεγάλο ποσοστό (52,9% και 42,6% αντίστοιχα) και κυρίως από ειδικευόμενους ιατρούς (46,1%) και νοσηλευτές (38,3%). Σχετικά με το ωράριο οι συχνότερες καταγραφές αφορούν κυλιόμενο ωράριο ή 24ώρο. Σημαντικό για την ποιότητα των συλλεχθέντων στοιχείων είναι ότι το 65% των συμμετεχόντων έχει εργαστεί και σε άλλα νοσοκομεία και το 59,2% και σε άλλο ΤΕΠ. Σημαντικό είναι επίσης ότι για το 72,7% το ΤΕΠ δεν αποτελούσε προσωπική επιλογή.

Ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 37,85 έτη ($SD=7.499$), και ο μέσος χρόνος άσκησης του επαγγέλματος ήταν 12,15 έτη ($SD=8.786$) και ο μέσος χρόνος εργασίας στο ΤΕΠ ήταν 6,9 έτη ($SD=6.640$).

Σχετικά με την αξιολόγηση στη 10βαθμη κλίμακα, φαίνεται ότι ο μέσος όρος είναι κοντά στο 7 ($SD=1.517$) για το νοσοκομείο σε σχέση με τα άλλα ενώ για το ΤΕΠ είναι 6 περίπου σε σχέση με τα άλλα ΤΕΠ ($SD=2.982$).

Σχετικά με την ικανοποίηση από τη συνεργασία αλλά και σχετικά με την ασφάλεια, όπως φαίνεται είναι σε σχετικά υψηλά επίπεδα ξεπερνώντας σε όλες τις περιπτώσεις το 7 ($min=1$, $max=10$)

Σημειώνεται τέλος ότι καταγράφηκε ένα σημαντικό πλήθος διαφορετικών ειδικοτήτων που περιέχονται στη λίστα που ακολουθεί:

Αιματολογία

Γαστρεντερολογική

Γενική Ιατρική

Δερματολογία

Καρδιολογία

Νευρολογία

Νευροχειρουργική

Ογκολογίας

Ορθοπαιδική

Ουρολογία

Παθολογία

Πνευμονολογία

Χειρουργική

ΩΡΛ

Για τα στοιχεία που παρουσιάζονται στους πίνακες 1 έως 4 παρατίθενται και τα σχετικά γραφήματα στο Παράρτημα.

4.2 Περιγραφική Στατιστική

Για τα δύο βασικά ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν παρουσιάζονται αναλυτικά οι καταγραφές στους πίνακες 5 (Safety Attitudes Questionnaire) και 6 (WLIES)

Πίνακας 9α: Αναλυτική καταγραφή παραμέτρων ερωτηματολογίου SAQ

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Teamwork Climate	142	25,00	100,00	62,2799	17,11617
Safety Climate	142	14,25	96,50	54,1602	15,70702
Job Satisfaction	142	,00	100,00	64,4366	20,11579
Stress Recognition	142	,00	100,00	67,4155	22,36290
Perceptions of Management	142	,00	95,75	43,2658	20,77154
Working Conditions	142	,00	100,00	53,3680	21,46138
Valid N (listwise)	142				

Πίνακας 9β: Αναλυτική καταγραφή παραμέτρων κλίμακας WLEIS

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Self emotion appraisal	134	3,25	7,00	5,9359	,83527
Other emotion appraisal	134	2,00	7,00	5,5249	,93217
Use of emotion	134	3,25	7,00	5,6978	,90018
Regulation of emotion	134	2,25	7,00	5,6692	,94761
Valid N (listwise)	134				

Σημειώνεται ότι ενώ στο SAQ απάντησαν όλοι οι συμμετέχοντες, στο WLIES δε συμπλήρωσαν απαντήσεις 8 συμμετέχοντες και για το λόγο αυτό οι απαντήσεις ήταν συνολικά 134.

Τα αντίστοιχα γραφήματα παρατίθενται στο Παράρτημα

4.3 Συμπερασματολογική Στατιστική

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση των διαφορών που μπορεί να προκύπτουν από τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων για κάθε μία από τις διαστάσεις των δύο ερωτηματολογίων αλλά και η πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων των ερωτηματολογίων.

Ερωτηματολόγιο SAQ

Συγκεκριμένα εξετάζεται αρχικά για κάθε μια διάσταση του ερωτηματολογίου SAQ η επίδραση:

του φύλου

της ηλικίας

του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται

του συνολικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματος

του συνολικού χρόνου εργασίας στο ΤΕΠ

της επαγγελματικής τους ιδιότητας

του επιπέδου εκπαίδευσης

το καθεστώς εργασίας

της συνήθους βάρδιας που δουλεύουν στο ΤΕΠ

της εργασίας σε άλλο νοσοκομείο

της εργασίας σε άλλο ΤΕΠ

της επιλογής ή όχι της εργασίας στο ΤΕΠ

4.2.1 Συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανά φύλο.

Πίνακας 10: μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανά φύλο

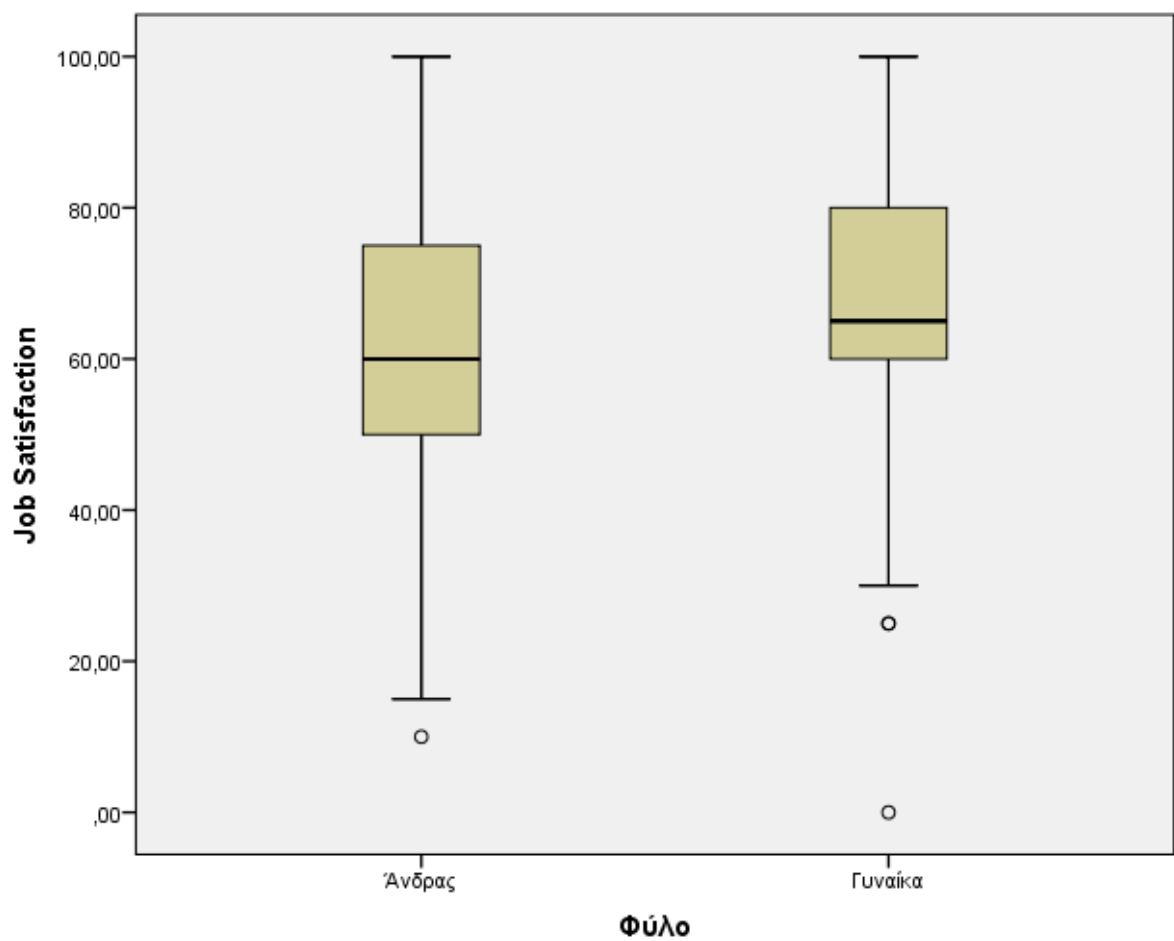
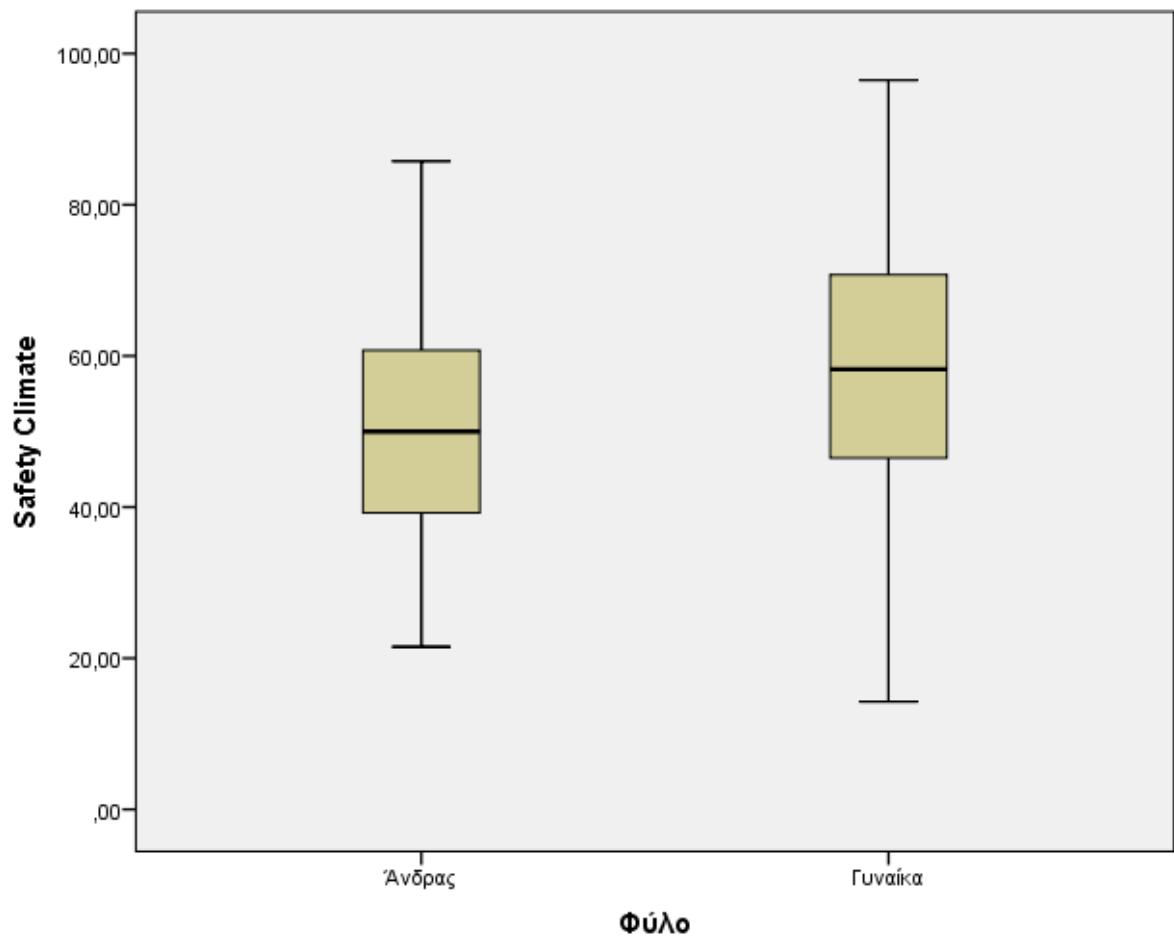
	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Teamwork Climate	Ανδρας	65	59,1038	15,35033	1,90397
	Γυναίκα	75	64,4100	18,04764	2,08396
Safety Climate	Ανδρας	65	49,9038	14,58051	1,80849
	Γυναίκα	75	57,6367	16,00693	1,84832
Job Satisfaction	Ανδρας	65	60,3846	19,82950	2,45955
	Γυναίκα	75	67,2000	19,64619	2,26855
Stress Recognition	Ανδρας	65	69,0077	22,87064	2,83675
	Γυναίκα	75	65,7500	21,89610	2,52834
Perceptions of Management	Ανδρας	65	40,1923	19,48195	2,41644
	Γυναίκα	75	46,3600	21,51792	2,48467
Working Conditions	Ανδρας	65	53,7731	20,42434	2,53333
	Γυναίκα	75	53,5500	22,32443	2,57780

Από τον έλεγχο T- test για δύο ανεξάρτητα δείγματα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τις διαστάσεις **Safety Climate** και **Job Satisfaction** με $p=0,004$ και $0,043$ αντίστοιχα.

Πίνακας 11: Θετική συσχέτιση γυναικείου φύλου για τις διαστάσεις του κλίματος ασφάλειας και της ικανοποίησης από την εργασία

	t-test for Equality of Means						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Teamwork Climate	-1,880	137,957	,062	-5,30615	2,82277	-10,88764	,27533
Safety Climate	-2,970	138	,004	-7,73282	2,60328	-12,88030	-2,58534
Job Satisfaction	-2,038	138	,043	-6,81538	3,34376	-13,42701	-,20376
Stress Recognition	,860	138	,391	3,25769	3,78808	-4,23249	10,74788
Perceptions of Management	-1,767	138	,079	-6,16769	3,49074	-13,06994	,73456
Working Conditions	,061	138	,951	,22308	3,63740	-6,96916	7,41531

Όπως φαίνεται και από τα γραφήματα που ακολουθούν παρατηρούνται και στις δύο περιπτώσεις σημαντικά μεγαλύτερες τιμές για τις γυναίκες.



4.2.2 Συγκρίσεις μεταξύ των πέντε δομών

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανά νοσοκομείο .

Πίνακας 12: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανά νοσοκομείο

	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
Teamwork Climate	ΠΓΝΙ	92	59,25	16,46	55,84	62,66	25,00	100,00
	Νοσοκομείο Χατζηκώστα	9	71,03	13,25	60,84	81,21	50,00	91,75
	Νοσοκομείο Άρτας	14	56,79	19,30	45,64	67,93	29,25	95,75
	Νοσοκομείο Πρέβεζας	12	72,50	15,92	62,38	82,62	37,50	95,75
	Νοσοκομείο Φιλιατών	10	71,70	12,22	62,96	80,44	50,00	87,50
	Total	137	61,84	16,96	58,98	64,71	25,00	100,00
Safety Climate	ΠΓΝΙ	92	50,59	15,50	47,38	53,80	14,25	85,00
	Νοσοκομείο Χατζηκώστα	9	63,36	12,75	53,56	73,16	46,50	85,75
	Νοσοκομείο Άρτας	14	51,80	14,28	43,56	60,05	35,75	80,00
	Νοσοκομείο Πρέβεζας	12	66,40	16,72	55,77	77,02	32,25	96,50
	Νοσοκομείο Φιλιατών	10	61,43	8,02	55,69	67,16	46,50	75,00
	Total	137	53,73	15,76	51,07	56,39	14,25	96,50
Job Satisfaction	ΠΓΝΙ	92	61,63	17,26	58,06	65,20	15,00	100,00
	Νοσοκομείο Χατζηκώστα	9	83,33	14,58	72,13	94,54	60,00	100,00
	Νοσοκομείο Άρτας	14	48,93	26,40	33,69	64,17	,00	100,00
	Νοσοκομείο Πρέβεζας	12	75,83	15,64	65,89	85,77	45,00	100,00
	Νοσοκομείο Φιλιατών	10	77,00	16,53	65,17	88,83	45,00	100,00
	Total	137	64,12	19,82	60,77	67,47	,00	100,00
Stress Recognition	ΠΓΝΙ	92	66,51	20,88	62,19	70,83	,00	100,00
	Νοσοκομείο Χατζηκώστα	9	64,81	31,23	40,80	88,81	12,50	100,00
	Νοσοκομείο Άρτας	14	72,48	24,23	58,49	86,47	37,50	100,00
	Νοσοκομείο Πρέβεζας	12	58,69	25,98	42,18	75,19	12,50	100,00
	Νοσοκομείο Φιλιατών	10	77,08	12,51	68,12	86,03	58,25	93,75
	Total	137	67,09	22,07	63,36	70,82	,00	100,00
Perceptions of Management	ΠΓΝΙ	92	42,78	20,40	38,56	47,01	4,25	91,75
	Νοσοκομείο Χατζηκώστα	9	43,89	28,50	21,98	65,79	,00	83,25
	Νοσοκομείο Άρτας	14	36,32	19,90	24,83	47,81	8,25	83,25
	Νοσοκομείο Πρέβεζας	12	47,92	14,40	38,77	57,06	20,75	75,00
	Νοσοκομείο Φιλιατών	10	53,75	23,90	36,65	70,85	16,75	95,75
	Total	137	43,45	20,83	39,93	46,96	,00	95,75
Working Conditions	ΠΓΝΙ	92	53,34	18,21	49,57	57,11	8,25	100,00
	Νοσοκομείο Χατζηκώστα	9	66,19	24,69	47,22	85,17	33,25	100,00
	Νοσοκομείο Άρτας	14	29,18	21,35	16,85	41,51	,00	75,00
	Νοσοκομείο Πρέβεζας	12	60,40	16,73	49,77	71,02	33,25	83,25
	Νοσοκομείο Φιλιατών	10	67,53	26,18	48,80	86,25	16,75	100,00
	Total	137	53,37	21,44	49,75	56,99	,00	100,00

Από την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (ANOVA) φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων για τις διαστάσεις **Safety Climate** και **Job Satisfaction** και **Working Conditions** με $p=0,001$, $p<0,001$ και $p<0,001$ αντίστοιχα.

Πίνακας 13: Διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων για τις διαστάσεις κλίμα ασφάλειας, ικανοποίηση από την εργασία και εργασιακές συνθήκες

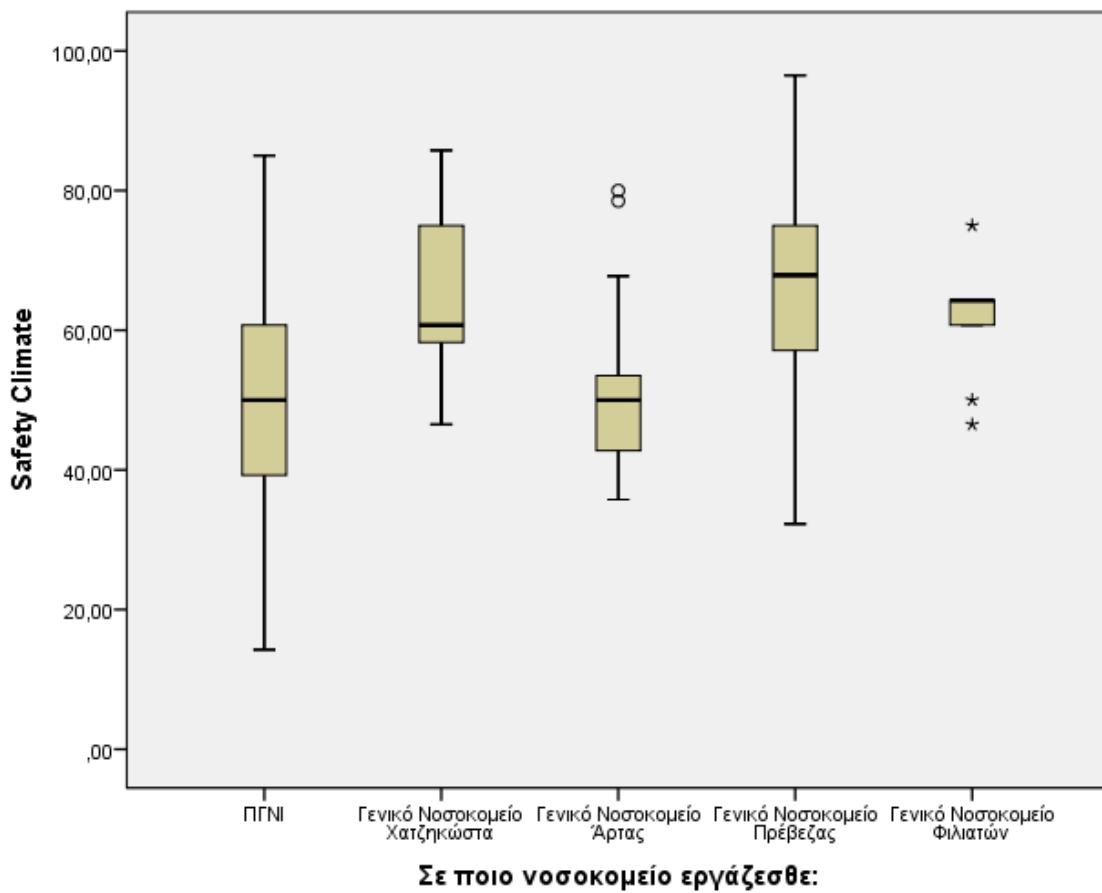
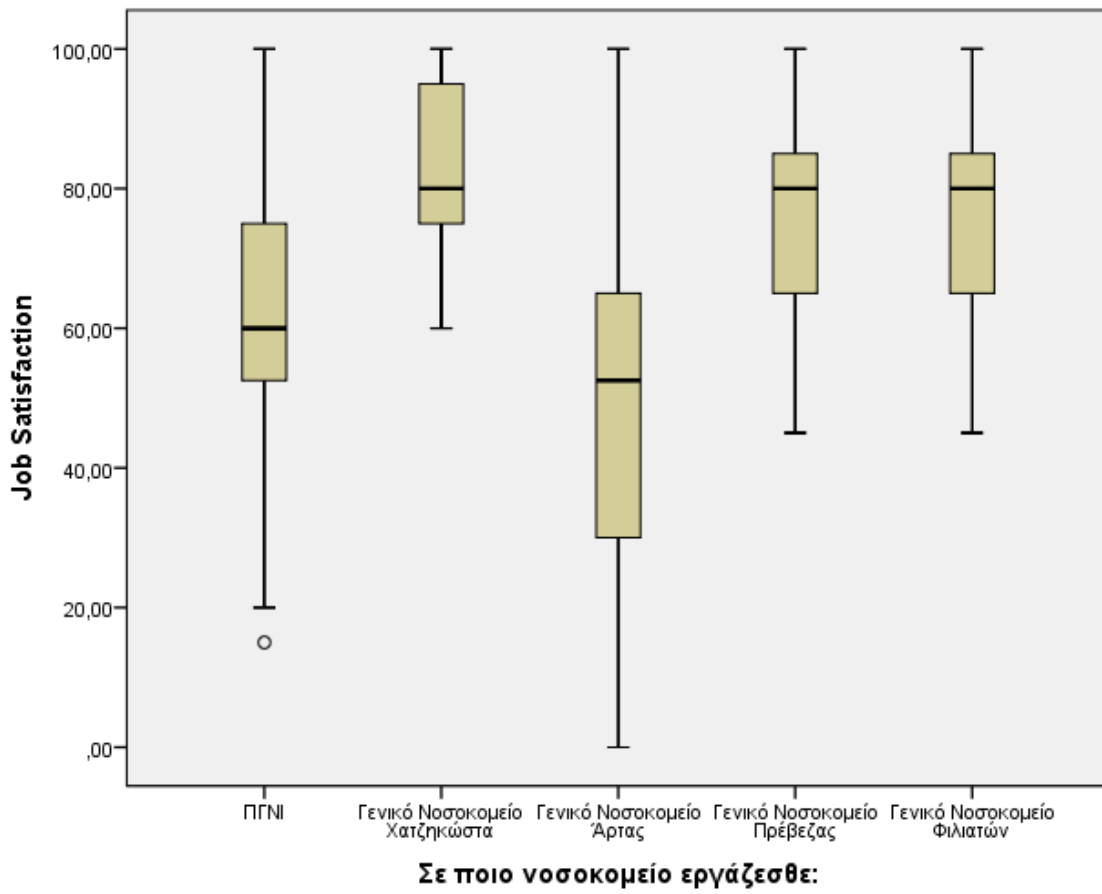
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Teamwork Climate	Between Groups	4069,051	4	1017,263	3,831	,106
	Within Groups	35048,825	132	265,521		
	Total	39117,876	136			
Safety Climate	Between Groups	4311,262	4	1077,815	4,829	,001
	Within Groups	29460,547	132	223,186		
	Total	33771,809	136			
Job Satisfaction	Between Groups	10428,860	4	2607,215	8,001	,000
	Within Groups	43016,030	132	325,879		
	Total	53444,891	136			
Stress Recognition	Between Groups	2329,392	4	582,348	1,203	,313
	Within Groups	63920,734	132	484,248		
	Total	66250,126	136			
Perceptions of Management	Between Groups	2054,453	4	513,613	1,191	,318
	Within Groups	56936,386	132	431,336		
	Total	58990,839	136			
Working Conditions	Between Groups	12269,423	4	3067,356	8,059	,000
	Within Groups	50238,337	132	380,593		
	Total	62507,760	136			

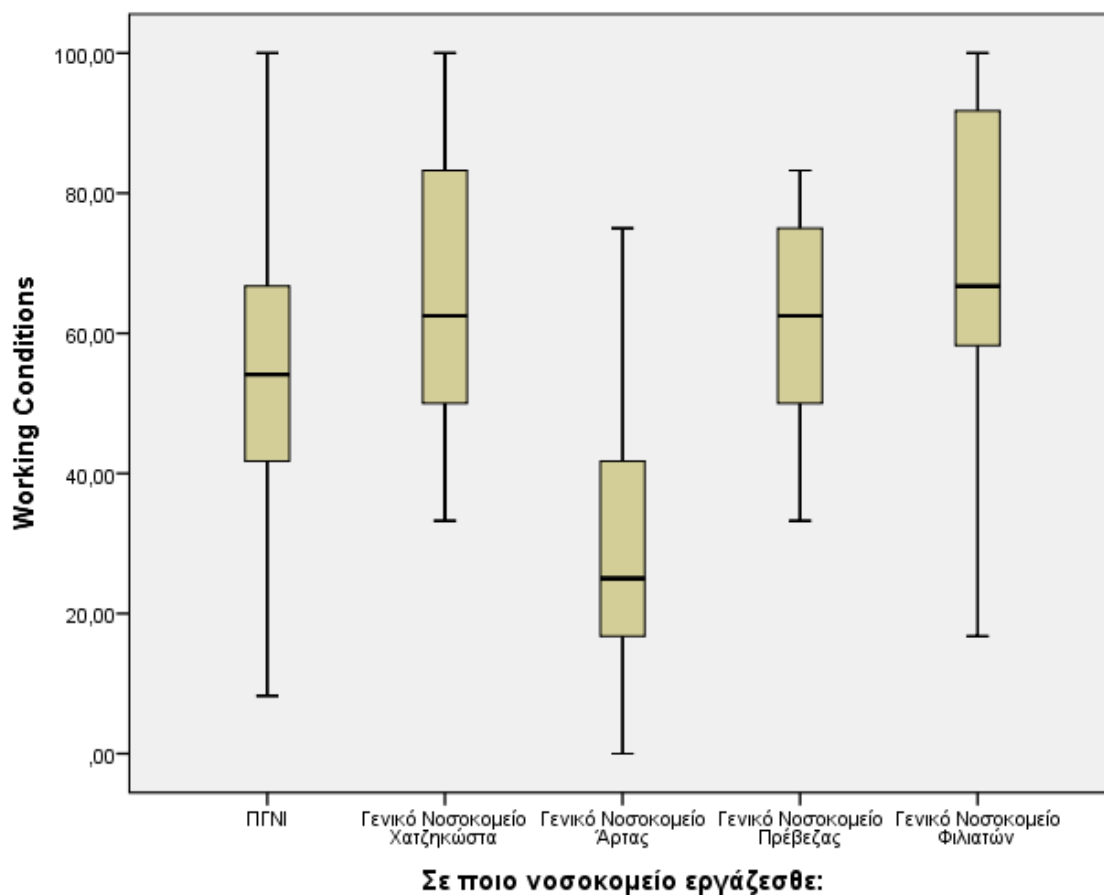
Όπως φαίνεται και από τα γραφήματα που ακολουθούν παρατηρούνται και στις δύο περιπτώσεις σημαντικά μεγαλύτερες τιμές στη διάσταση Safety Climate στο ΠΓΝΙ συγκριτικά με το Νοσοκομείο Πρέβεζας .

Σχετικά με τη διάσταση Job Satisfaction καταγράφονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στο Γενικό Νοσοκομείο Άρτας συγκριτικά με όλα τα υπόλοιπα γενικά νοσοκομεία. Παράλληλα, σημαντικά υψηλότερες τιμές καταγράφονται για το Νοσοκομείο Χατζηκώστα συγκριτικά με το ΠΓΝΙ.

Σχετικά με τη διάσταση Working Conditions καταγράφονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στο Γενικό Νοσοκομείο Άρτας συγκριτικά με όλα τα υπόλοιπα νοσοκομεία.

Οι τιμές των στατιστικών ελέγχων παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα πολλαπλών συγκρίσεων.





4.2.3 Συγκρίσεις μεταξύ της επαγγελματικής ιδιότητας

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανά επαγγελματική ιδιότητα.

Πίνακας 14: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανά επαγγελματική ιδιότητα

	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
Teamwork Climate	Ιατρός Ειδικός	10	55,03	18,06	42,10	67,95	29,25	95,75
	Ιατρός ειδικευόμενος	65	59,32	14,78	55,66	62,98	25,00	100,00
	Νοσηλεύτης/τρια	54	66,27	18,36	61,26	71,28	29,25	95,75
	Διοικητικό προσωπικό	3	66,67	10,96	39,44	93,90	54,25	75,00
	Άλλο προσωπικό	8	68,56	18,91	52,76	84,37	41,75	91,75
	Total	141	62,15	17,10	59,30	64,99	25,00	100,00
Safety Climate	Ιατρός Ειδικός	10	49,90	12,75	40,78	59,02	32,25	78,50
	Ιατρός ειδικευόμενος	65	49,13	14,38	45,57	52,70	14,25	85,00
	Νοσηλεύτης/τρια	54	60,10	15,09	55,98	64,22	21,50	96,50
	Διοικητικό προσωπικό	3	71,42	7,13	53,72	89,12	64,25	78,50
	Άλλο προσωπικό	8	52,56	21,26	34,78	70,34	25,00	78,50
	Total	141	54,09	15,74	51,47	56,71	14,25	96,50
Job Satisfaction	Ιατρός Ειδικός	10	59,00	14,68	48,50	69,50	40,00	85,00

	Ιατρός ειδικευόμενος	65	61,38	18,10	56,90	65,87	10,00	100,00
	Νοσηλεύτης/τρια	54	67,96	22,12	61,93	74,00	,00	100,00
	Διοικητικό προσωπικό	3	80,00	10,00	55,16	104,84	70,00	90,00
	Άλλο προσωπικό	8	68,13	23,90	48,15	88,10	25,00	100,00
	Total	141	64,29	20,11	60,94	67,64	,00	100,00
Stress Recognition	Ιατρός Ειδικός	10	73,95	14,50	63,58	84,32	43,75	100,00
	Ιατρός ειδικευόμενος	65	70,67	21,96	65,23	76,11	,00	100,00
	Νοσηλεύτης/τρια	54	62,12	23,88	55,60	68,63	12,50	100,00
	Διοικητικό προσωπικό	3	72,92	7,22	54,99	90,84	68,75	81,25
	Άλλο προσωπικό	8	71,09	23,37	51,56	90,63	43,75	100,00
	Total	141	67,49	22,42	63,76	71,23	,00	100,00
Perceptions of Management	Ιατρός Ειδικός	10	44,10	15,85	32,76	55,44	20,00	70,75
	Ιατρός ειδικευόμενος	65	41,79	18,75	37,15	46,44	4,25	91,75
	Νοσηλεύτης/τρια	54	43,80	23,30	37,44	50,16	,00	95,75
	Διοικητικό προσωπικό	3	79,17	7,22	61,24	97,09	75,00	87,50
	Άλλο προσωπικό	8	40,13	19,17	24,10	56,15	12,50	66,75
	Total	141	43,28	20,85	39,81	46,75	,00	95,75
Working Conditions	Ιατρός Ειδικός	10	55,00	14,66	44,52	65,48	33,25	83,25
	Ιατρός ειδικευόμενος	65	48,58	19,23	43,81	53,34	8,25	100,00
	Νοσηλεύτης/τρια	54	58,56	23,63	52,11	65,01	,00	100,00
	Διοικητικό προσωπικό	3	58,33	8,38	37,53	79,14	50,00	66,75
	Άλλο προσωπικό	8	61,47	23,53	41,80	81,14	16,75	91,75
	Total	141	53,63	21,31	50,08	57,18	,00	100,00

Από την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων για τις διαστάσεις **Safety Climate** και **Perceptions of management** με $p=0,001$, και $p=0,048$ αντίστοιχα.

Πίνακας 15: Διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων ως προς το κλίμα ασφάλειας και πεποιθήσεις για τη διοίκηση

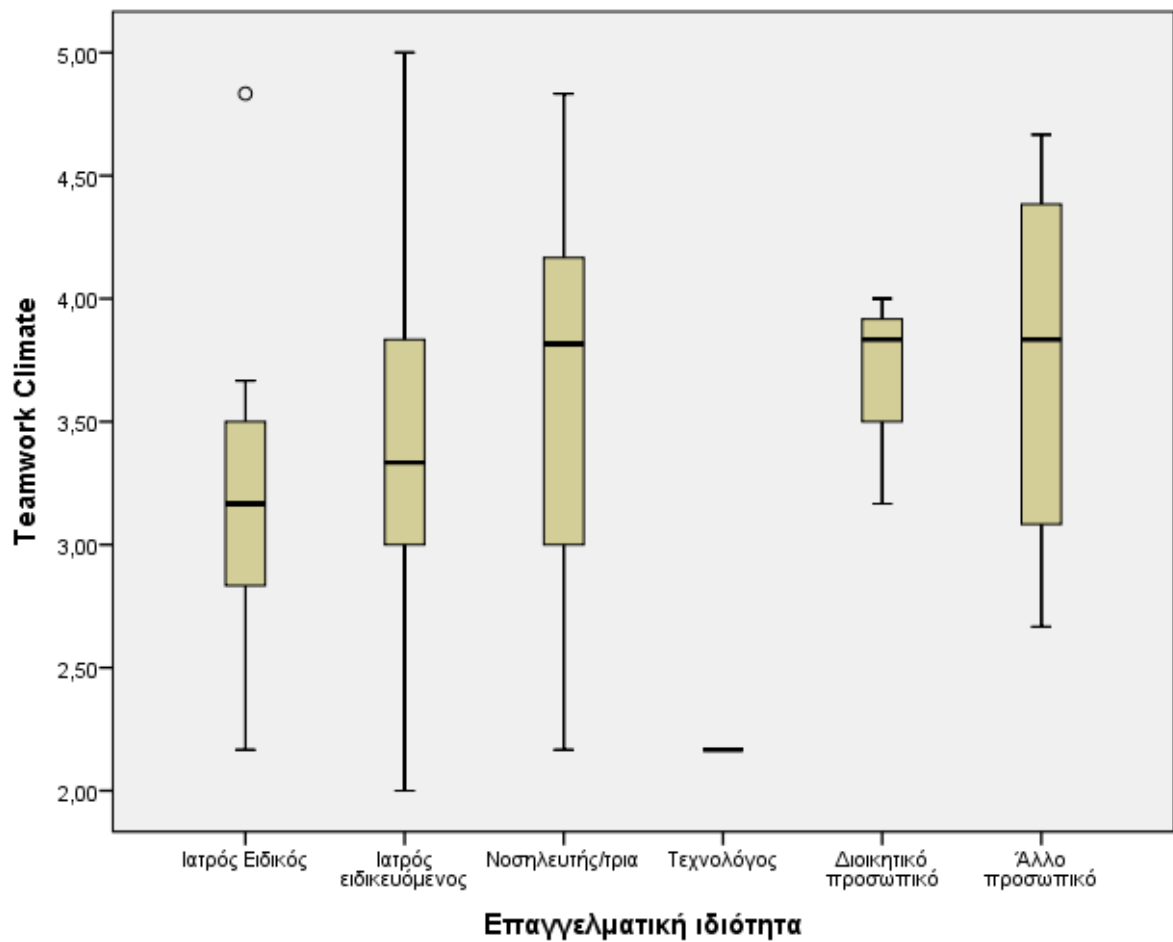
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Teamwork Climate	Between Groups	2329,270	4	582,317	2,095	,085
	Within Groups	37526,289	135	277,973		
	Total	39855,558	139			
Safety Climate	Between Groups	4642,683	4	1160,671	5,216	,001
	Within Groups	30040,610	135	222,523		
	Total	34683,293	139			
Job Satisfaction	Between Groups	2406,636	4	601,659	1,531	,197
	Within Groups	53038,186	135	392,875		
	Total	55444,821	139			
Stress Recognition	Between Groups	2822,822	4	705,706	1,424	,229
	Within Groups	66898,088	135	495,541		
	Total	69720,911	139			
Perceptions of Management	Between Groups	4104,955	4	1026,239	2,464	,048
	Within Groups	56217,060	135	416,423		
	Total	60322,016	139			
Working	Between Groups	3543,227	4	885,807	2,019	,095

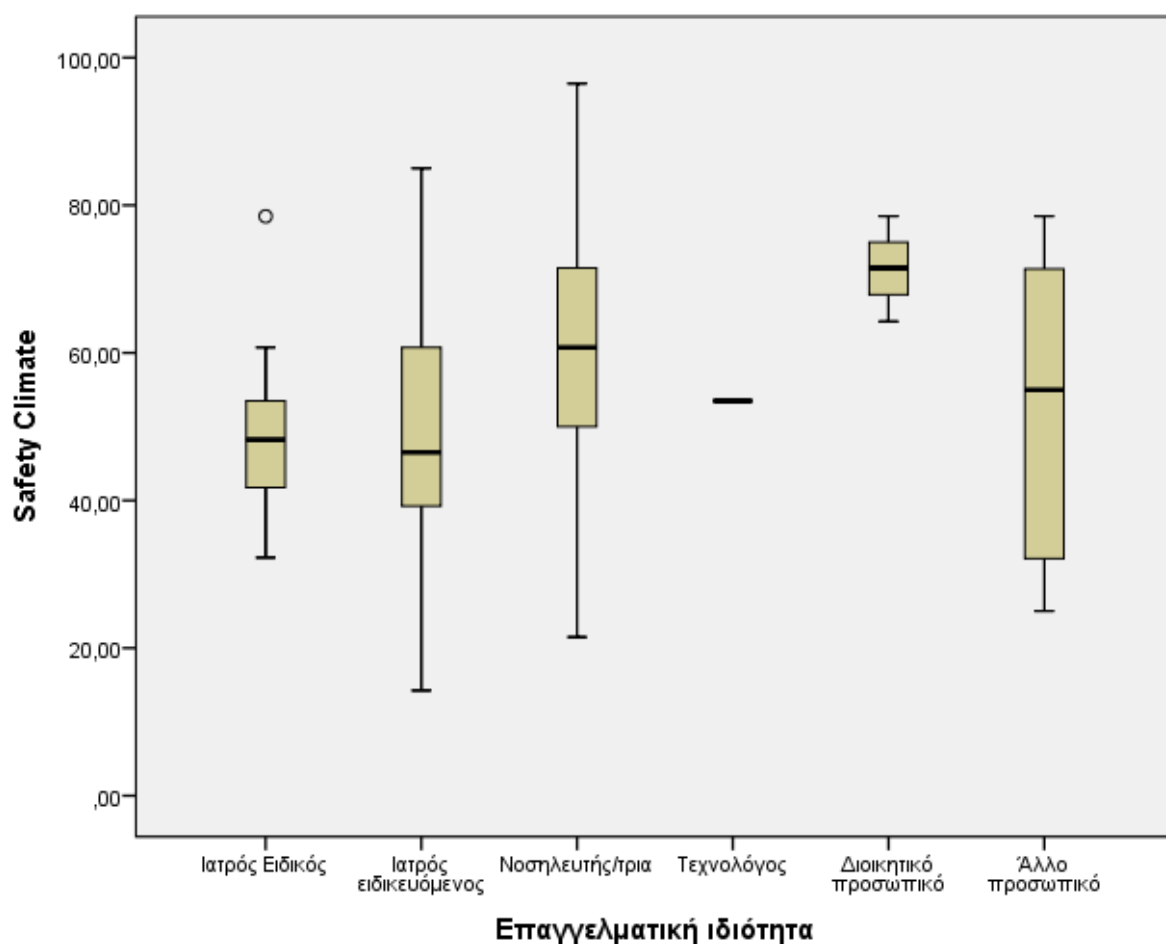
Conditions	Within Groups	59224,329	135	438,699	
	Total	62767,555	139		

Όπως φαίνεται και από τα γραφήματα που ακολουθούν παρατηρούνται σημαντικά μεγαλύτερες τιμές στη διάσταση Safety Climate στους Νοσηλευτές συγκριτικά με τους Ιατρούς, με την υψηλότερη τιμή να λαμβάνει το διοικητικό προσωπικό.

Σχετικά με τη διάσταση Perceptions of management καταγράφονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στους ειδικούς γιατρούς συγκριτικά με τους νοσηλευτές.

Οι τιμές των στατιστικών ελέγχων παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα πολλαπλών συγκρίσεων.





4.2.4 Συγκρίσεις μεταξύ της εκπαίδευσης

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανά μορφωτικό επίπεδο .

Πίνακας 16: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανά μορφωτικό επίπεδο

	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
Teamwork Climate	Δευτεροβάθμιας	11	62,52	18,81	49,89	75,16	29,25	91,75
	Δευτεροετούς σχολής	22	63,63	19,71	54,89	72,36	29,25	95,00
	Απόφοιτος ΤΕΙ	23	67,03	17,78	59,35	74,72	33,25	95,75
	Απόφοιτος ΑΕΙ	64	59,46	15,58	55,57	63,35	25,00	100,00
	Κάτοχος τίτλου Msc	10	62,90	20,26	48,41	77,39	29,25	87,50
	κάτοχος τίτλου phd	7	57,18	11,45	46,59	67,77	37,50	75,00
	Άλλο	4	74,63	14,98	50,79	98,46	54,25	90,00
Total	141	62,15	17,10	59,30	64,99	25,00	100,00	
Safety Climate	Δευτεροβάθμιας	11	54,52	19,80	41,22	67,82	25,00	78,50
	Δευτεροετούς σχολής	22	58,81	17,01	51,26	66,35	21,50	82,25
	Απόφοιτος ΤΕΙ	23	60,27	13,68	54,36	66,19	39,25	96,50
	Απόφοιτος ΑΕΙ	64	49,69	14,77	46,00	53,38	14,25	85,00
	Κάτοχος τίτλου Msc	10	57,03	16,70	45,08	68,97	39,25	85,75
	κάτοχος τίτλου phd	7	51,50	12,55	39,89	63,11	28,50	64,25

	Άλλο	4	59,00	13,19	38,02	79,98	42,75	75,00
	Total	141	54,09	15,74	51,47	56,71	14,25	96,50
Job Satisfaction	Δευτεροβάθμιας	11	65,45	21,96	50,70	80,21	25,00	100,00
	Δευτεροετούς σχολής	22	62,50	26,76	50,64	74,36	,00	100,00
	Απόφοιτος ΤΕΙ	23	69,57	18,76	61,45	77,68	25,00	100,00
	Απόφοιτος ΑΕΙ	64	61,88	18,20	57,33	66,42	10,00	100,00
	Κάτοχος τίτλου Msc	10	67,00	19,18	53,28	80,72	45,00	100,00
	κάτοχος τίτλου phd	7	60,00	17,32	43,98	76,02	40,00	85,00
	Άλλο	4	80,00	15,81	54,84	105,16	65,00	100,00
	Total	141	64,29	20,11	60,94	67,64	,00	100,00
Stress Recognition	Δευτεροβάθμιας	11	65,34	15,40	54,99	75,69	43,75	93,75
	Δευτεροετούς σχολής	22	61,75	23,85	51,18	72,32	18,75	100,00
	Απόφοιτος ΤΕΙ	23	60,87	23,28	50,80	70,94	12,50	93,75
	Απόφοιτος ΑΕΙ	64	70,73	21,58	65,34	76,12	,00	100,00
	Κάτοχος τίτλου Msc	10	58,75	27,98	38,73	78,77	18,75	100,00
	κάτοχος τίτλου phd	7	76,79	8,63	68,81	84,76	62,50	87,50
	Άλλο	4	96,88	3,61	91,13	102,62	93,75	100,00
	Total	141	67,49	22,42	63,76	71,23	,00	100,00
Perceptions of Management	Δευτεροβάθμιας	11	49,64	25,29	32,65	66,62	16,75	95,75
	Δευτεροετούς σχολής	22	39,32	19,92	30,48	48,15	12,50	87,50
	Απόφοιτος ΤΕΙ	23	47,83	24,47	37,25	58,41	4,25	87,50
	Απόφοιτος ΑΕΙ	64	41,91	18,45	37,30	46,52	4,25	91,75
	Κάτοχος τίτλου Msc	10	38,33	23,72	21,36	55,29	,00	79,25
	κάτοχος τίτλου phd	7	49,43	22,50	28,62	70,24	12,50	79,25
	Άλλο	4	44,81	22,16	9,55	80,07	12,50	62,50
	Total	141	43,28	20,85	39,81	46,75	,00	95,75
Working Conditions	Δευτεροβάθμιας	11	59,84	25,49	42,71	76,97	16,75	100,00
	Δευτεροετούς σχολής	22	53,41	29,39	40,38	66,44	,00	100,00
	Απόφοιτος ΤΕΙ	23	58,68	15,41	52,02	65,35	33,25	91,75
	Απόφοιτος ΑΕΙ	64	49,86	19,54	44,98	54,74	8,25	100,00
	Κάτοχος τίτλου Msc	10	59,60	22,57	43,46	75,74	25,00	100,00
	κάτοχος τίτλου phd	7	58,32	13,57	45,77	70,88	41,75	83,25
	Άλλο	4	45,88	20,96	12,52	79,23	16,75	66,75
	Total	141	53,63	21,31	50,08	57,18	,00	100,00

Από την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα φαίνεται ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ της εκπαίδευσης.

4.2.5 Συγκρίσεις μεταξύ του καθεστώτος εργασίας

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανά καθεστώς εργασίας .

Πίνακας 17: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανά καθεστώς εργασίας

	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
Teamwork Climate	Μόνιμος	72	65,05	18,44	60,72	69,38	29,25	95,75
	Αορίστου χρόνου	6	59,71	12,84	46,23	73,19	45,75	75,00
	Συμβασιούχος	58	58,72	14,93	54,79	62,65	25,00	100,00
	Total	136	62,11	17,00	59,23	65,00	25,00	100,00
Safety Climate	Μόνιμος	72	58,70	15,91	54,96	62,44	21,50	96,50
	Αορίστου χρόνου	6	48,25	10,54	37,18	59,32	35,75	60,75
	Συμβασιούχος	58	49,40	14,70	45,53	53,26	14,25	85,00
	Total	136	54,27	15,84	51,58	56,96	14,25	96,50
Job Satisfaction	Μόνιμος	72	66,81	21,48	61,76	71,85	,00	100,00
	Αορίστου χρόνου	6	63,33	11,69	51,06	75,60	50,00	80,00
	Συμβασιούχος	58	61,38	17,62	56,75	66,01	10,00	100,00
	Total	136	64,34	19,64	61,01	67,67	,00	100,00
Stress Recognition	Μόνιμος	72	64,03	22,55	58,73	69,33	12,50	100,00
	Αορίστου χρόνου	6	76,04	13,36	62,03	90,06	56,25	93,75
	Συμβασιούχος	58	69,61	22,81	63,62	75,61	,00	100,00
	Total	136	66,94	22,47	63,13	70,75	,00	100,00
Perceptions of Management	Μόνιμος	72	45,11	22,73	39,77	50,45	,00	95,75
	Αορίστου χρόνου	6	40,29	10,79	28,97	51,62	25,00	54,25
	Συμβασιούχος	58	42,17	19,47	37,05	47,29	4,25	91,75
	Total	136	43,64	20,94	40,09	47,19	,00	95,75
Working Conditions	Μόνιμος	72	57,98	22,76	52,63	63,33	,00	100,00
	Αορίστου χρόνου	6	48,58	16,19	31,60	65,57	33,25	75,00
	Συμβασιούχος	58	49,92	19,31	44,85	55,00	8,25	100,00
	Total	136	54,13	21,36	50,51	57,75	,00	100,00

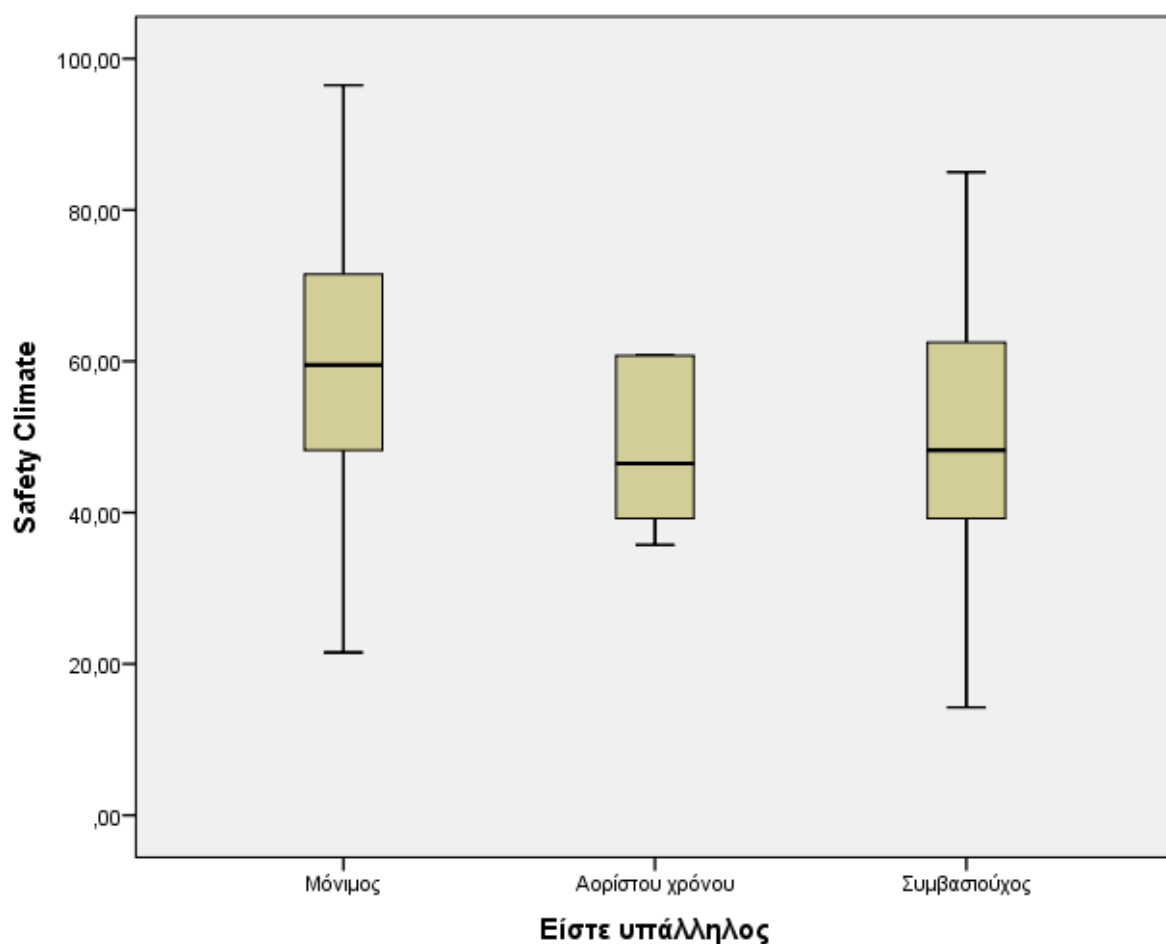
Από την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των εργαζομένων για τη διάσταση **Safety Climate** με $p=0,002$.

Πίνακας 18: Θετική συσχέτιση μόνιμων υπαλλήλων με κλίμα ασφάλειας

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Teamwork Climate	Between Groups	1322,967	2	661,483	2,335	,101
	Within Groups	37677,517	133	283,290		
	Total	39000,483	135			
Safety Climate	Between Groups	3006,635	2	1503,318	6,482	,002
	Within Groups	30844,996	133	231,917		
	Total	33851,632	135			
Job Satisfaction	Between Groups	952,175	2	476,087	1,238	,293
	Within Groups	51138,266	133	384,498		
	Total	52090,441	135			
Stress Recognition	Between Groups	1518,884	2	759,442	1,515	,224
	Within Groups	66655,487	133	501,169		
	Total	68174,371	135			
Perceptions of Management	Between Groups	348,009	2	174,004	,393	,676
	Within Groups	58856,204	133	442,528		
	Total	59204,213	135			
Working Conditions	Between Groups	2278,170	2	1139,085	2,553	,082
	Within Groups	59329,828	133	446,089		
	Total	61607,998	135			

Όπως φαίνεται και από το γράφημα που ακολουθεί παρατηρούνται σημαντικά μεγαλύτερες τιμές στη διάσταση Safety Climate στους Μόνιμους συγκριτικά με τους συμβασιούχους.

Οι τιμές των στατιστικών ελέγχων παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα πολλαπλών συγκρίσεων.



4.2.6 Συγκρίσεις μεταξύ της βάρδιας

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανά βάρδια εργασίας.

Πίνακας 19: μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανά βάρδια εργασίας

	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
Teamwork Climate	Πρωινή	16	70,52	15,86	62,07	78,97	37,50	95,75
	Απογευματινή	14	61,63	17,03	51,79	71,46	37,50	95,75
	Νυχτερινή	6	61,38	20,05	40,34	82,41	25,00	85,00
	Κυλιόμενο ωράριο	62	63,76	17,93	59,21	68,32	29,25	95,75
	24ωρο	43	56,98	14,91	52,39	61,57	29,25	100,00
	Total	141	62,15	17,10	59,30	64,99	25,00	100,00
Safety Climate	Πρωινή	16	60,27	19,70	49,77	70,76	28,50	96,50
	Απογευματινή	14	47,57	14,96	38,93	56,21	21,50	78,50
	Νυχτερινή	6	58,21	23,26	33,80	82,61	25,00	85,00
	Κυλιόμενο ωράριο	62	57,74	14,04	54,18	61,31	25,00	82,25
	24ωρο	43	48,07	13,39	43,95	52,19	14,25	75,00
	Total	141	54,09	15,74	51,47	56,71	14,25	96,50
Job Satisfaction	Πρωινή	16	71,88	17,40	62,60	81,15	40,00	100,00

	Απογευματινή	14	60,71	20,46	48,90	72,53	15,00	90,00
	Νυχτερινή	6	73,33	12,91	59,79	86,88	60,00	95,00
	Κυλιόμενο ωράριο	62	66,85	22,07	61,25	72,46	,00	100,00
	24ωρο	43	57,67	17,06	52,43	62,92	10,00	100,00
	Total	141	64,29	20,11	60,94	67,64	,00	100,00
Stress Recognition	Πρωινή	16	67,19	24,36	54,21	80,17	18,75	100,00
	Απογευματινή	14	72,32	13,81	64,35	80,29	50,00	100,00
	Νυχτερινή	6	64,58	31,04	32,01	97,16	12,50	100,00
	Κυλιόμενο ωράριο	62	65,02	22,73	59,25	70,79	12,50	100,00
	24ωρο	43	70,01	22,70	63,03	77,00	,00	100,00
	Total	141	67,49	22,42	63,76	71,23	,00	100,00
Perceptions of Management	Πρωινή	16	46,64	24,32	33,68	59,60	,00	87,50
	Απογευματινή	14	37,48	18,31	26,91	48,05	4,25	70,75
	Νυχτερινή	6	48,67	20,67	26,97	70,36	16,75	75,00
	Κυλιόμενο ωράριο	62	44,38	22,39	38,70	50,07	4,25	95,75
	24ωρο	43	41,56	18,16	35,98	47,15	8,25	91,75
	Total	141	43,28	20,85	39,81	46,75	,00	95,75
Working Conditions	Πρωινή	16	63,80	19,99	53,14	74,45	16,75	100,00
	Απογευματινή	14	54,73	20,59	42,84	66,62	16,75	91,75
	Νυχτερινή	6	51,38	23,79	26,41	76,34	16,75	83,25
	Κυλιόμενο ωράριο	62	56,59	21,75	51,06	62,11	,00	100,00
	24ωρο	43	45,53	19,10	39,65	51,41	8,25	100,00
	Total	141	53,63	21,31	50,08	57,18	,00	100,00

Από την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων για τις διαστάσεις **Safety Climate** και **Working Conditions** με $p=0,004$, και $p=0,023$ αντίστοιχα.

Πίνακας 20: Αρνητική συσχέτιση κλίματος ασφάλειας και εργασιακών συνθηκών εργαζομένων με 24 ωρη εργασία

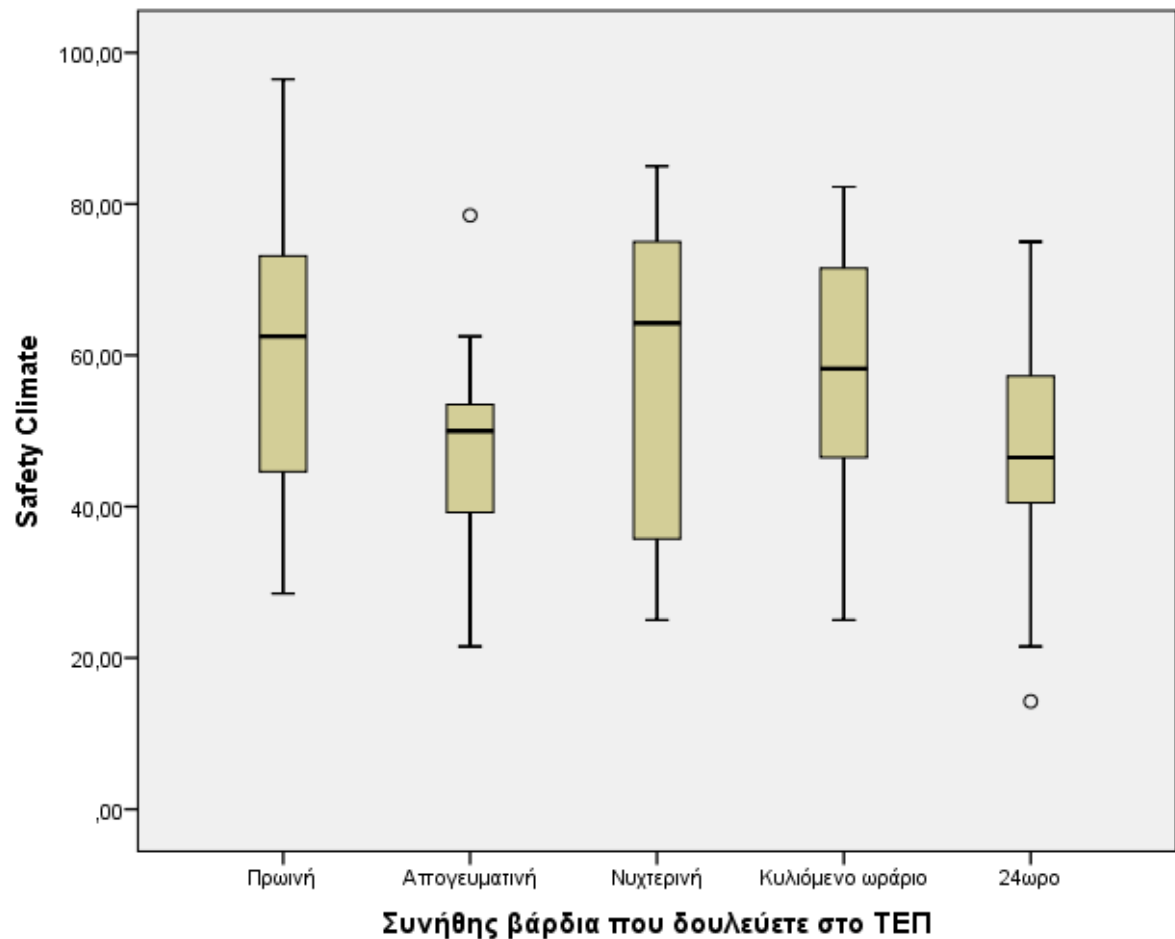
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Teamwork Climate	Between Groups	2439,118	4	609,780	2,154	,078
	Within Groups	38506,276	136	283,134		
	Total	40945,395	140			
Safety Climate	Between Groups	3692,191	4	923,048	4,051	,004
	Within Groups	30991,451	136	227,878		
	Total	34683,642	140			
Job Satisfaction	Between Groups	3880,002	4	970,001	2,501	,065
	Within Groups	52749,076	136	387,861		
	Total	56629,078	140			
Stress Recognition	Between Groups	1030,578	4	257,644	,505	,732
	Within Groups	69357,856	136	509,984		

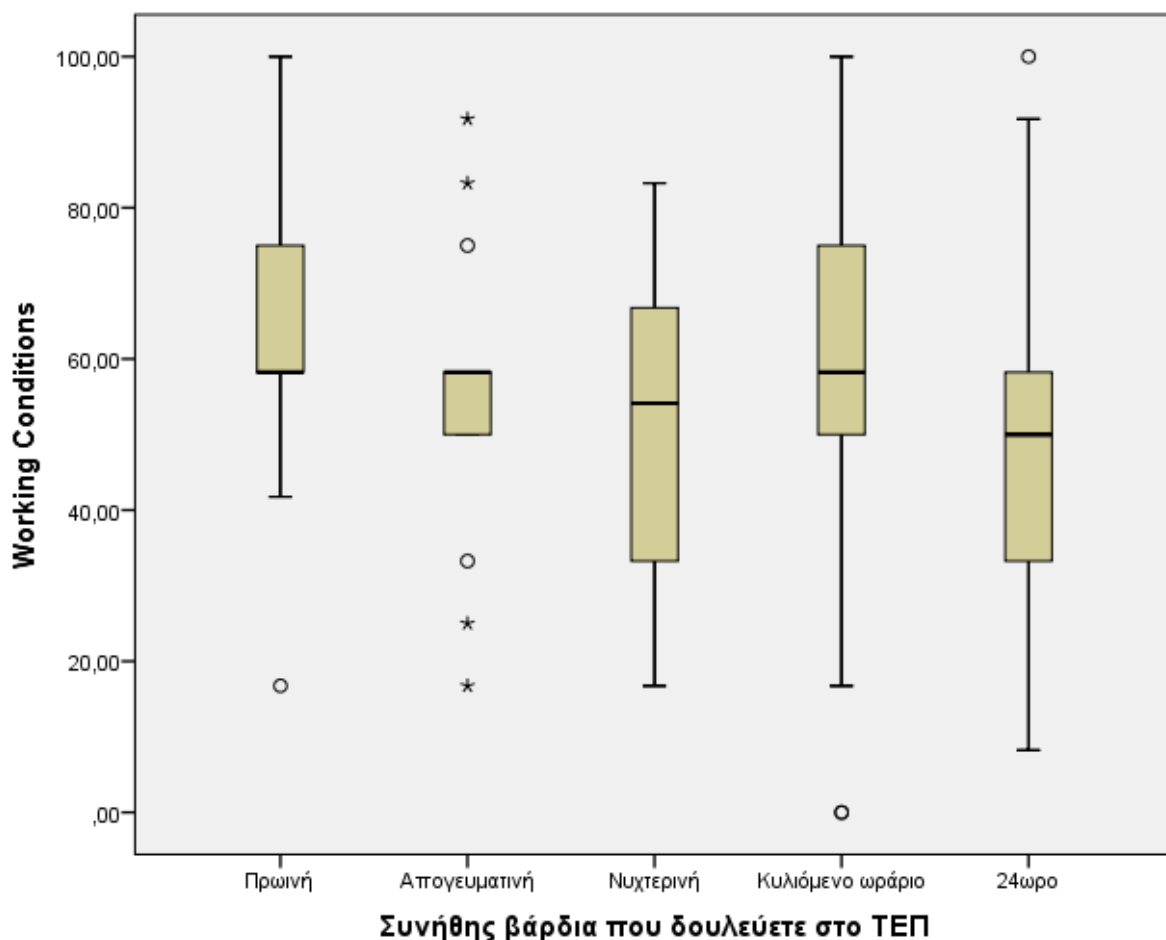
	Total	70388,434	140			
Perceptions of Management	Between Groups	1027,474	4	256,868	,584	,675
	Within Groups	59805,614	136	439,747		
	Total	60833,088	140			
Working Conditions	Between Groups	5065,985	4	1266,496	2,943	,023
	Within Groups	58526,967	136	430,345		
	Total	63592,952	140			

Όπως φαίνεται και από τα γραφήματα που ακολουθούν παρατηρούνται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στη διάσταση Safety Climate στο 24ωρο συγκριτικά με το κυλιόμενο ωράριο.

Σχετικά με τη διάσταση Working Conditions καταγράφονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στο 24ωρο συγκριτικά με την πρωινή βάρδια.

Οι τιμές των στατιστικών ελέγχων παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα πολλαπλών συγκρίσεων.





4.2.7 Συγκρίσεις ανάλογα με την εργασία σε άλλο νοσοκομείο

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανάλογα με την εργασία σε άλλο νοσοκομείο .

Πίνακας 21: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανάλογα με την εργασία σε άλλο νοσοκομείο

	Έχετε εργαστεί σε άλλο νοσοκομείο;	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Teamwork Climate	Ναι	93	62,4812	17,69059	1,83443
	Όχι	49	61,8980	16,14057	2,30580
Safety Climate	Ναι	93	54,5161	15,96105	1,65508
	Όχι	49	53,4847	15,35317	2,19331
Job Satisfaction	Ναι	93	64,1398	18,55696	1,92427
	Όχι	49	65,0000	22,98097	3,28300
Stress Recognition	Ναι	93	67,1828	22,39089	2,32183
	Όχι	49	67,8571	22,53470	3,21924
Perceptions of Management	Ναι	93	43,6290	20,69025	2,14548
	Όχι	49	42,5765	21,12261	3,01752
Working Conditions	Ναι	93	52,2715	20,87976	2,16513
	Όχι	49	55,4490	22,59730	3,22819

Από τον έλεγχο T- test για δύο ανεξάρτητα δείγματα φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για καμία από τις διαστάσεις του SAQ.

4.2.8 Συγκρίσεις ανάλογα με την εργασία σε άλλο ΤΕΠ

Στον πίνακα 22 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανάλογα με την εργασία σε άλλο ΤΕΠ .

Πίνακας 22: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του SAQ ανάλογα με την εργασία σε άλλο ΤΕΠ

	Έχετε εργαστεί σε άλλο ΤΕΠ;	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Teamwork Climate	Ναι	58	59,5517	15,64812	2,05470
	Όχι	84	64,1637	17,90901	1,95403
Safety Climate	Ναι	58	51,2543	13,25554	1,74054
	Όχι	84	56,1667	16,98433	1,85314
Job Satisfaction	Ναι	58	63,3621	17,15226	2,25220
	Όχι	84	65,1786	22,00009	2,40041
Stress Recognition	Ναι	58	67,2069	23,94379	3,14397
	Όχι	84	67,5595	21,34945	2,32942
Perceptions of Management	Ναι	58	42,3966	19,39694	2,54694
	Όχι	84	43,8661	21,76422	2,37467
Working Conditions	Ναι	58	49,6940	19,86876	2,60890
	Όχι	84	55,9048	22,25756	2,42850

Από τον έλεγχο T- test για δύο ανεξάρτητα δείγματα φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για καμία από τις διαστάσεις του SAQ.

Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανάλογα με την επιλογή εργασίας σε ΤΕΠ .

Πίνακας 23: Μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 6 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ ανάλογα με την επιλογή εργασίας στο ΤΕΠ

	Η εργασία στο ΤΕΠ υπήρξε δική σας επιλογή;	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Teamwork Climate	Ναι	38	65,4868	16,22737	2,63243
	Όχι	101	60,9678	17,31779	1,72318
Safety Climate	Ναι	38	59,3947	13,71003	2,22406
	Όχι	101	52,2847	15,60721	1,55298
Job Satisfaction	Ναι	38	70,0000	19,48666	3,16115
	Όχι	101	62,1782	19,91753	1,98187
Stress Recognition	Ναι	38	64,0329	24,06917	3,90453
	Όχι	101	69,0198	21,78608	2,16780
Perceptions of Management	Ναι	38	46,5789	24,21819	3,92871

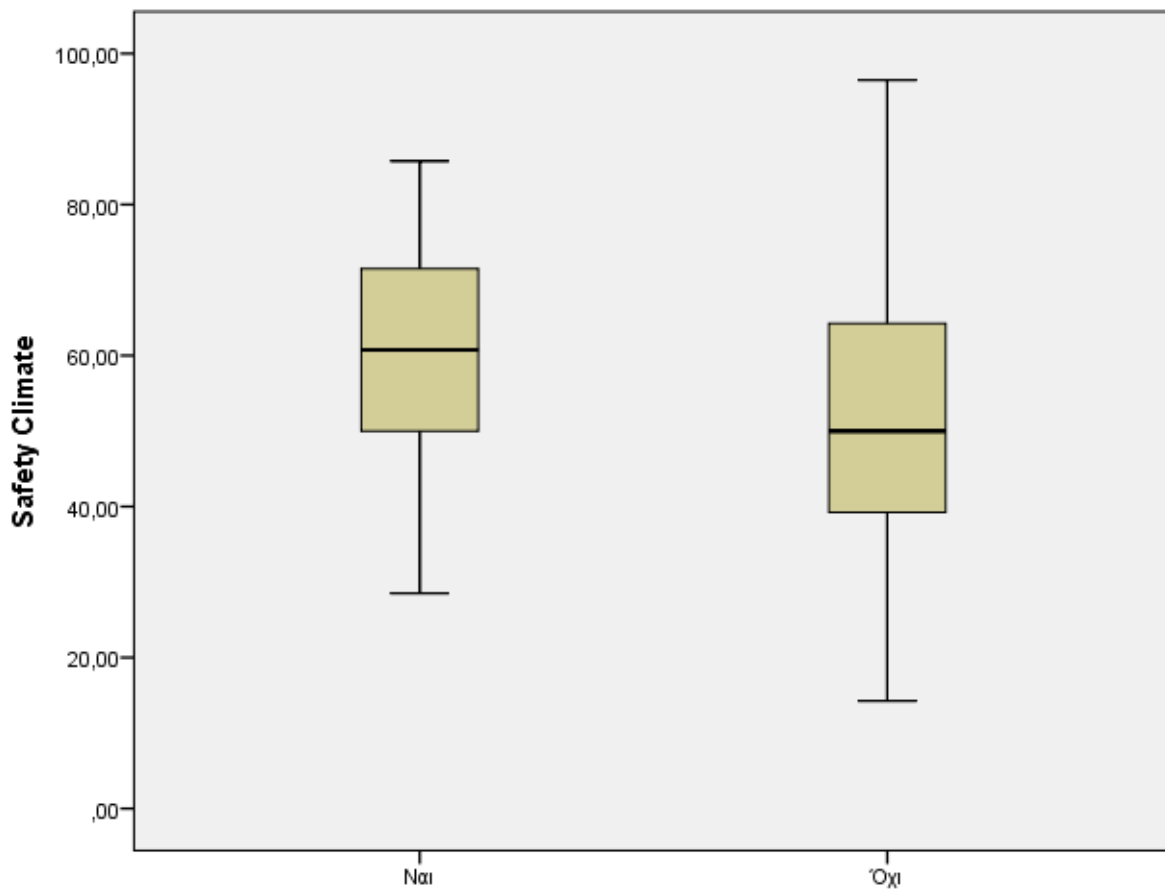
	Όχι	101	41,9010	19,17639	1,90812
Working Conditions	Ναι	38	58,0066	22,17921	3,59794
	Όχι	101	51,3936	21,12236	2,10175

Από τον έλεγχο T- test για δύο ανεξάρτητα δείγματα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τις διαστάσεις Safety Climate και Job Satisfaction με $p=0,015$ και $p=0,04$ αντίστοιχα.

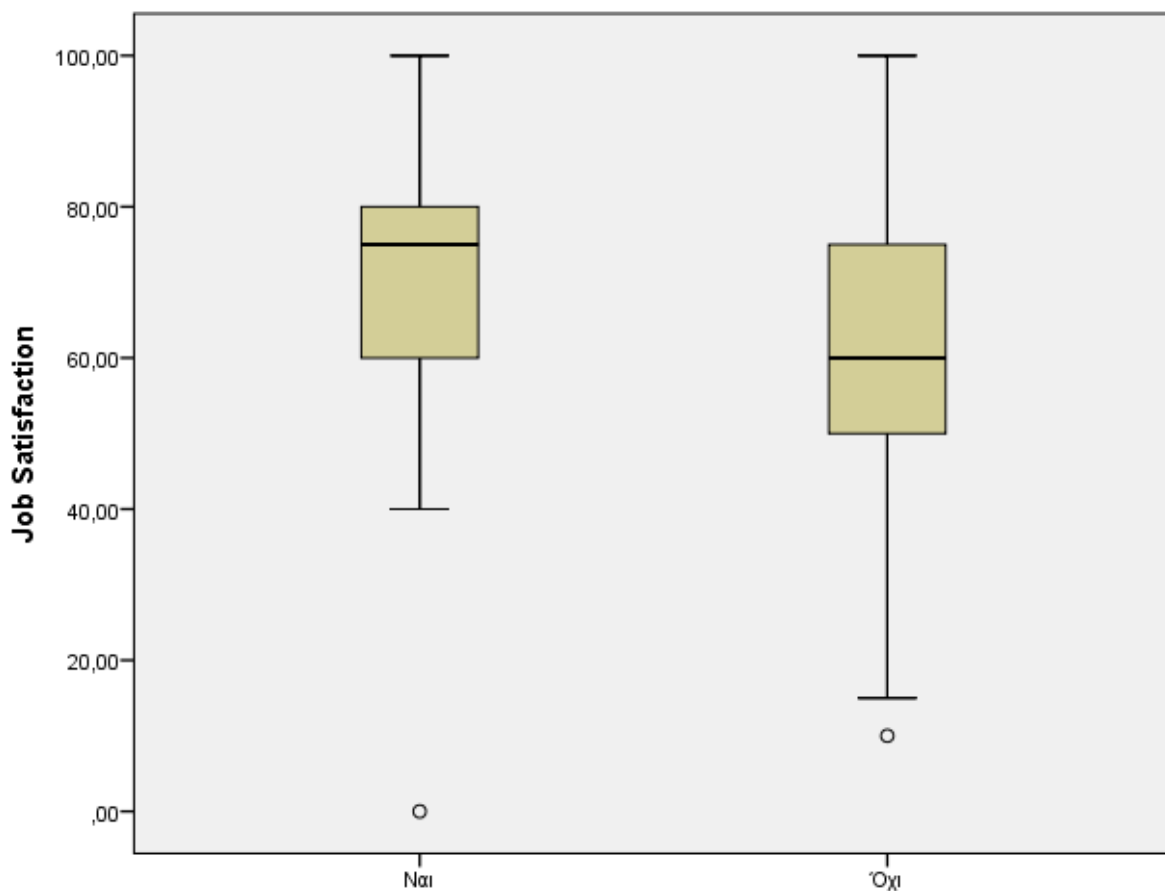
Πίνακας 24: Αρνητική συσχέτιση των εργαζομένων που δεν αποτελούσε επιλογή τους το ΤΕΠ σε σχέση με το κλίμα ασφάλειας και ικανοποίησης από την εργασία

	t-test for Equality of Means						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Teamwork Climate	1,394	137	,165	4,51902	3,24096	-1,88976	10,92780
Safety Climate	2,471	137	,015	7,11008	2,87712	1,42077	12,79940
Job Satisfaction	2,076	137	,040	7,82178	3,76848	,36988	15,27369
Stress Recognition	-1,169	137	,245	-4,98691	4,26775	-13,42609	3,45228
Perceptions of Management	1,190	137	,236	4,67796	3,93168	-3,09667	12,45259
Working Conditions	1,623	137	,107	6,61301	4,07503	-1,44508	14,67111

Όπως φαίνεται και από τα γραφήματα που ακολουθούν παρατηρούνται και στις δύο περιπτώσεις σημαντικά χαμηλότερες τιμές για τους εργαζόμενους που δεν αποτελούσε επιλογή τους η εργασία σε ΤΕΠ.



Η εργασία στο ΤΕΠ υπήρξε δική σας επιλογή;



Η εργασία στο ΤΕΠ υπήρξε δική σας επιλογή;

4.3.1 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ και της ηλικίας

Από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των διαστάσεων Teamwork Climate, Safety Climate και Working Conditions με $p=0,013$, $0,002$ και $0,001$ αντίστοιχα.

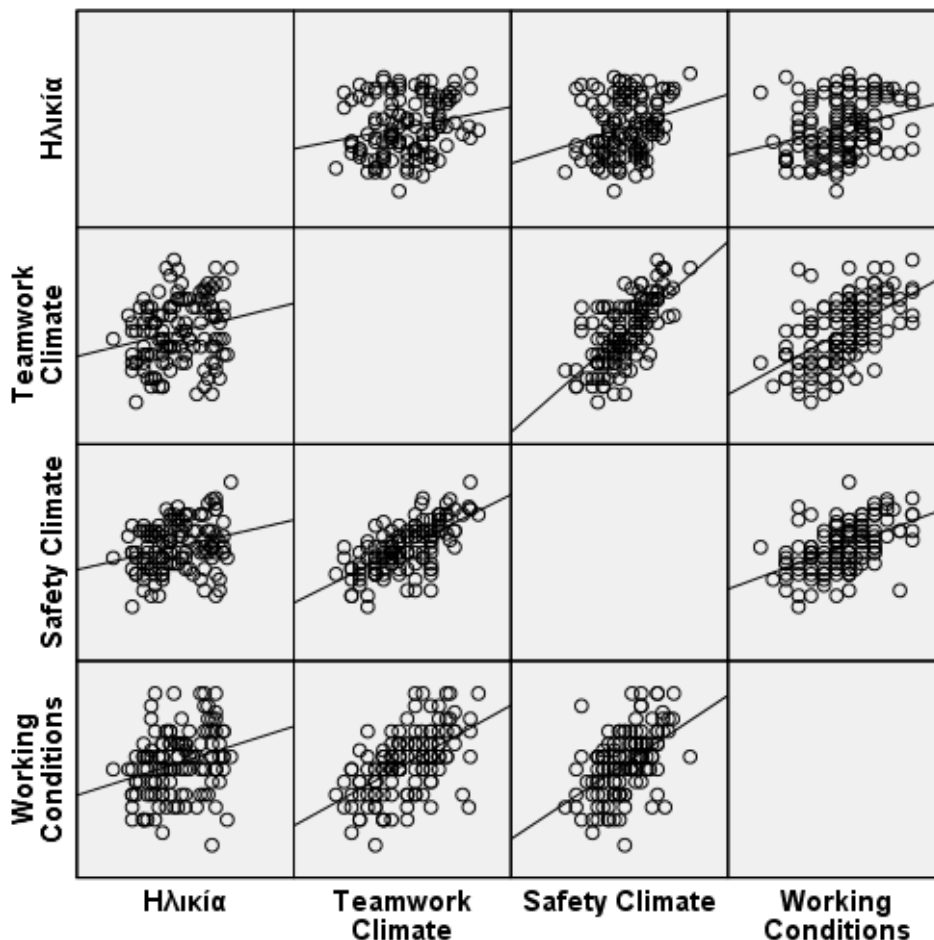
Πίνακας 25: Θετική συσχέτιση μεγαλύτερης ηλικίας με διαστάσεις της ομαδικής συνεργασίας, κλίματος ασφάλειας και εργασιακών συνθηκών

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Ηλικία	1		129
Teamwork Climate	,218*	,013	129
Safety Climate	,271**	,002	129
Job Satisfaction	,131	,139	129
Stress Recognition	-,170	,054	129
Perceptions of Management	,111	,211	129
Working Conditions	,280**	,001	129

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

Όπως φαίνεται και στον πίνακα των διαγραμμάτων διασποράς μεγαλύτερες τιμές των τριών αυτών διαστάσεων- κλίμα ασφάλειας, ομαδική συνεργασία, εργασιακές συνθήκες- σχετίζονται και με μεγαλύτερες τιμές ηλικίας.



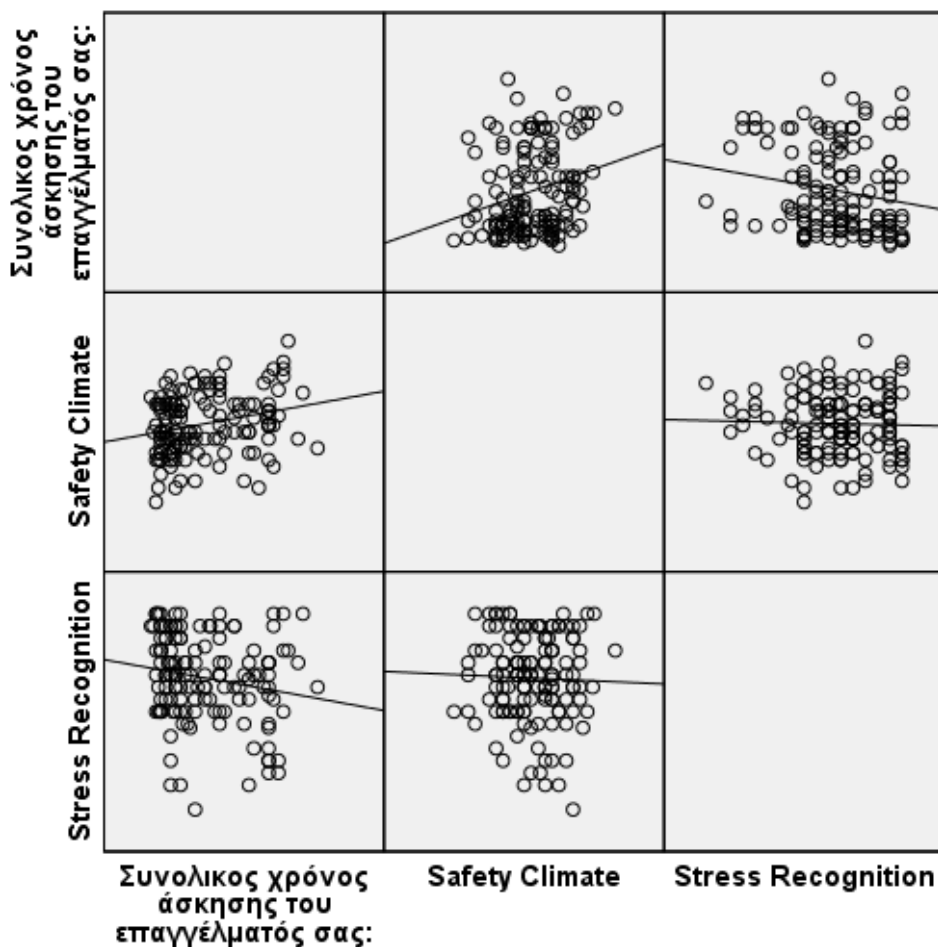
4.3.2 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ και του συνολικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματος

Από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματος και των διαστάσεων Safety Climate και Stress Recognition με $p=0,003$, $0,002$ και $0,033$ αντίστοιχα.

Πίνακας 26: θετική συσχέτιση συνολικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματός σας με κλίμα ασφάλειας και αρνητική συσχέτιση με την αναγνώριση του στρες

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματός σας:	1		139
Teamwork Climate	,097	,254	139
Safety Climate	,254**	,003	139
Job Satisfaction	,101	,238	139
Stress Recognition	-,181 [†]	,033	139
Perceptions of Management	,053	,533	139
Working Conditions	,164	,054	139

Όπως φαίνεται και στον πίνακα των διαγραμμάτων διασποράς περισσότερα χρόνια εργασίας σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές του Safety Climate και με μικρότερες τιμές του Stress recognition.



4.3.3 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ και του χρόνου εργασίας στο ΤΕΠ

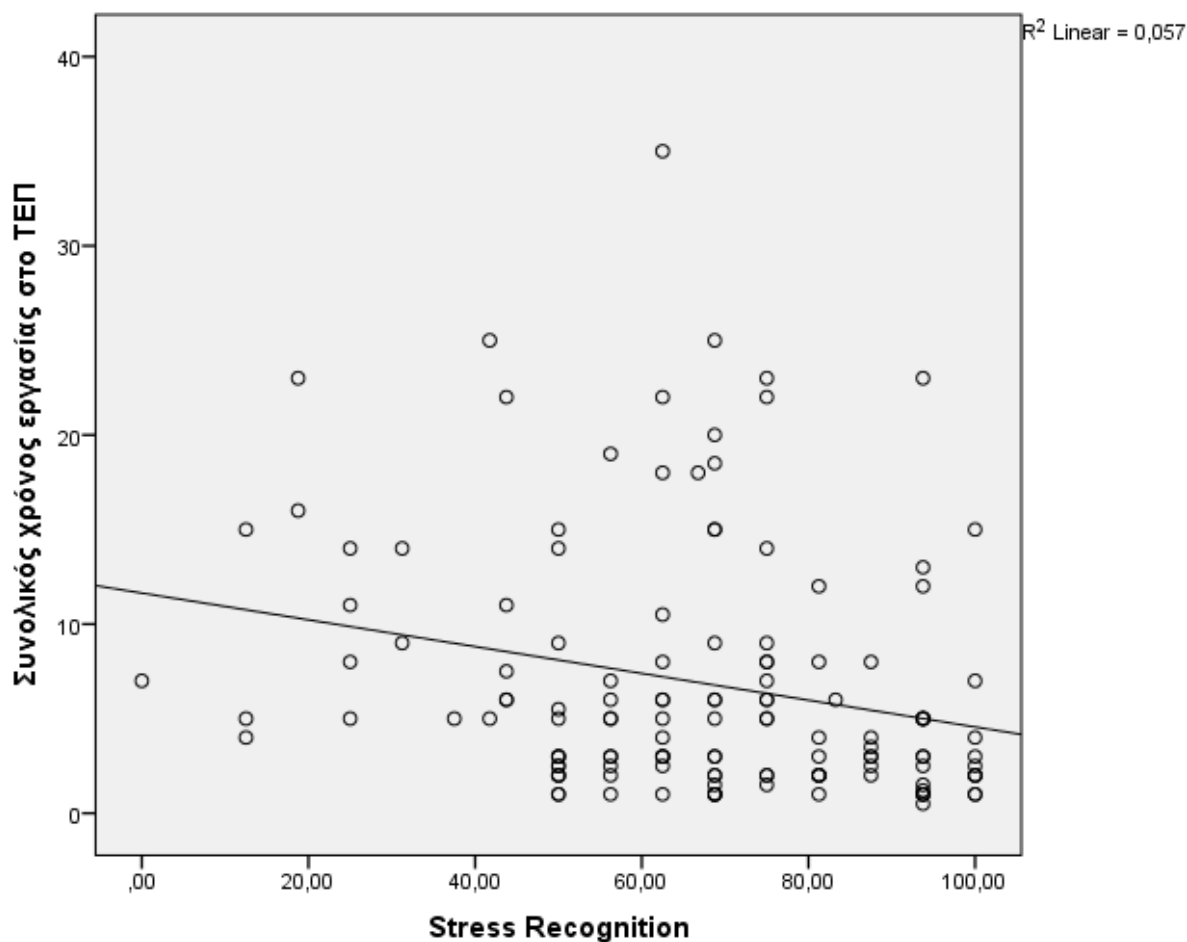
Από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του χρόνου άσκησης του επαγγέλματος στο ΤΕΠ και του Stress Recognition με $p=0,006$.

Πίνακας 27: Αρνητική συσχέτιση του συνολικού χρόνου εργασίας στο ΤΕΠ με την αναγνώριση του στρες

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Συνολικός χρόνος εργασίας στο ΤΕΠ	1		135
Teamwork Climate	-,122	,158	135
Safety Climate	-,002	,983	135
Job Satisfaction	-,073	,398	135
Stress Recognition	-,238**	,006	135
Perceptions of Management	-,076	,383	135
Working Conditions	-,034	,695	135

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

Όπως φαίνεται και στον πίνακα των διαγραμμάτων διασποράς περισσότερα χρόνια εργασίας σχετίζονται με μικρότερες τιμές του Stress recognition (Διάγραμμα διασποράς 2).



4.3.4 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ και της ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους νοσηλευτές.

Από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη συνεργασία με τους νοσηλευτές και των διαστάσεων Teamwork climate, Safety Climate, Job Satisfaction, Perception of management και Working conditions και Stress Recognition με p values που σημειώνονται με κίτρινο στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 28: Θετική συσχέτιση ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους νοσηλευτές με όλες τις διαστάσεις του SAQ

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους νοσηλευτές	1		138
Teamwork Climate	,296**	,000	138
Safety Climate	,393**	,000	138
Job Satisfaction	,421**	,000	138
Stress Recognition	,019	,827	138
Perceptions of Management	,255**	,003	138
Working Conditions	,235**	,005	138

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

Σε όλες τις περιπτώσεις μεγαλύτερες τιμές ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους νοσηλευτές σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές των συγκεκριμένων διαστάσεων.

4.3.5 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ και της ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους ιατρούς.

Από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη συνεργασία με τους ιατρούς και των διαστάσεων Teamwork climate, Safety Climate, Job Satisfaction, Perception of management και Working conditions και Stress Recognition με p values που σημειώνονται με κίτρινο στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 29: Θετική συσχέτιση ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους ιατρούς με όλους τους παράγοντες του SAQ

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους ιατρούς	1		138
Teamwork Climate	,344**	,000	138
Safety Climate	,311**	,000	138
Job Satisfaction	,423**	,000	138
Stress Recognition	,004	,966	138
Perceptions of Management	,229**	,007	138
Working Conditions	,295**	,000	138

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

Σε όλες τις περιπτώσεις μεγαλύτερες τιμές ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους ιατρούς σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές των συγκεκριμένων διαστάσεων.

4.3.6 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του SAQ και της ασφάλειας των ασθενών στο ΤΕΠ.

Από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της άποψης για την ασφάλεια που νοιώθουν οι ασθενείς στο ΤΕΠ και των διαστάσεων Teamwork climate, Safety Climate, Job Satisfaction, Perception of management και Working conditions και Stress Recognition με p values που σημειώνονται με κίτρινο στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 28: Θετική συσχέτιση μεταξύ της άποψης για την ασφάλεια του ασθενούς στο ΤΕΠ και των διαστάσεων Teamwork climate, Safety Climate, Job Satisfaction, Perception of management και Working conditions

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Από 0-10, πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς σ' αυτό το ΤΕΠ;	1		138
Teamwork Climate	,446**	,000	138
Safety Climate	,508**	,000	138
Job Satisfaction	,475**	,000	138
Stress Recognition	-,142	,096	138
Perceptions of Management	,337**	,000	138
Working Conditions	,412**	,000	138

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

Σε όλες τις περιπτώσεις μεγαλύτερες τιμές της άποψης για την ασφάλεια του ασθενή ασθενείς στο ΤΕΠ σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές των συγκεκριμένων διαστάσεων.

4.4 Ερωτηματολόγιο WLIES- περιγραφική στατιστική

Συγκεκριμένα εξετάζεται αρχικά για κάθε μια διάσταση του ερωτηματολογίου WLIES η επίδραση:

του φύλου

της ηλικίας

του νοσοκομείο στο ποίο εργάζονται

του συνολικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματος:

του συνολικού χρόνου εργασίας στο ΤΕΠ

της επαγγελματικής τους ιδιότητα

του επιπέδου εκπαίδευσης

το καθεστώς εργασίας

της συνήθους βάρδιας που δουλεύουν στο ΤΕΠ

της εργασίας σε άλλο νοσοκομείο

της εργασίας σε άλλο ΤΕΠ

της επιλογής ή όχι της εργασίας στο ΤΕΠ

4.4.1 Συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων

Στον πίνακα 29 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά φύλο.

Πίνακας 29: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά φύλο.

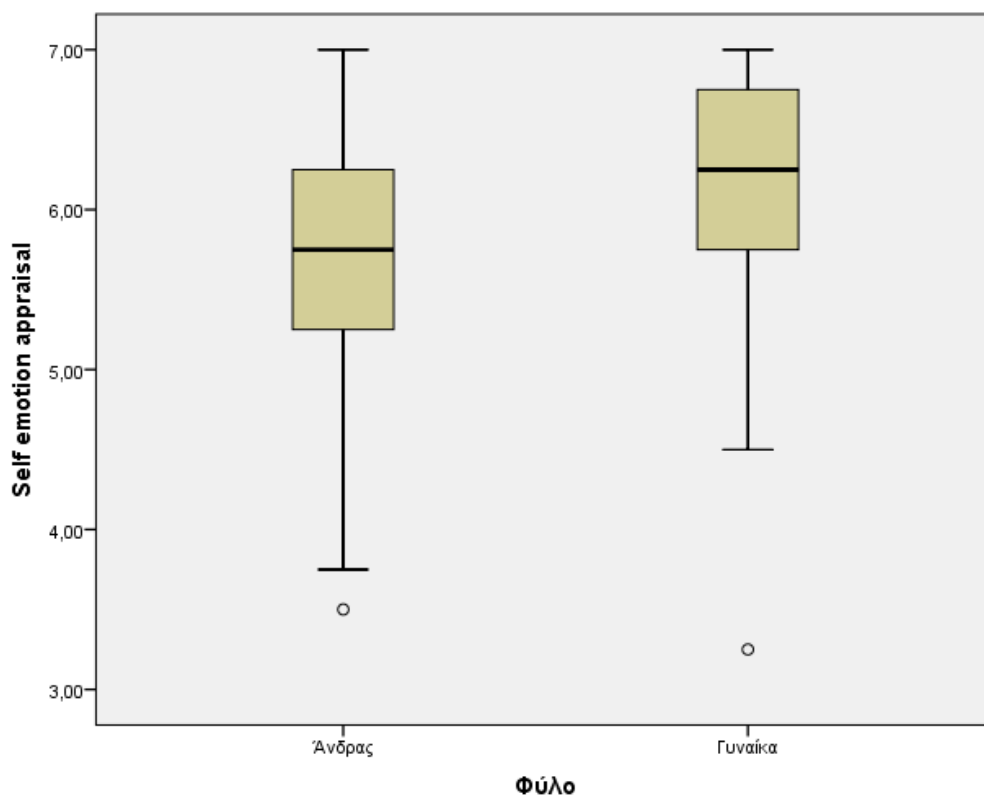
	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Self emotion appraisal	Άνδρας	64	5,6745	,84303	,10538
	Γυναίκα	69	6,1703	,76248	,09179
Other emotion appraisal	Άνδρας	64	5,2669	,94796	,11850
	Γυναίκα	69	5,7536	,86230	,10381
Use of emotion	Άνδρας	64	5,5638	,88038	,11005
	Γυναίκα	69	5,8068	,90641	,10912
Regulation of emotion	Άνδρας	64	5,6185	,87726	,10966
	Γυναίκα	69	5,7077	1,01707	,12244

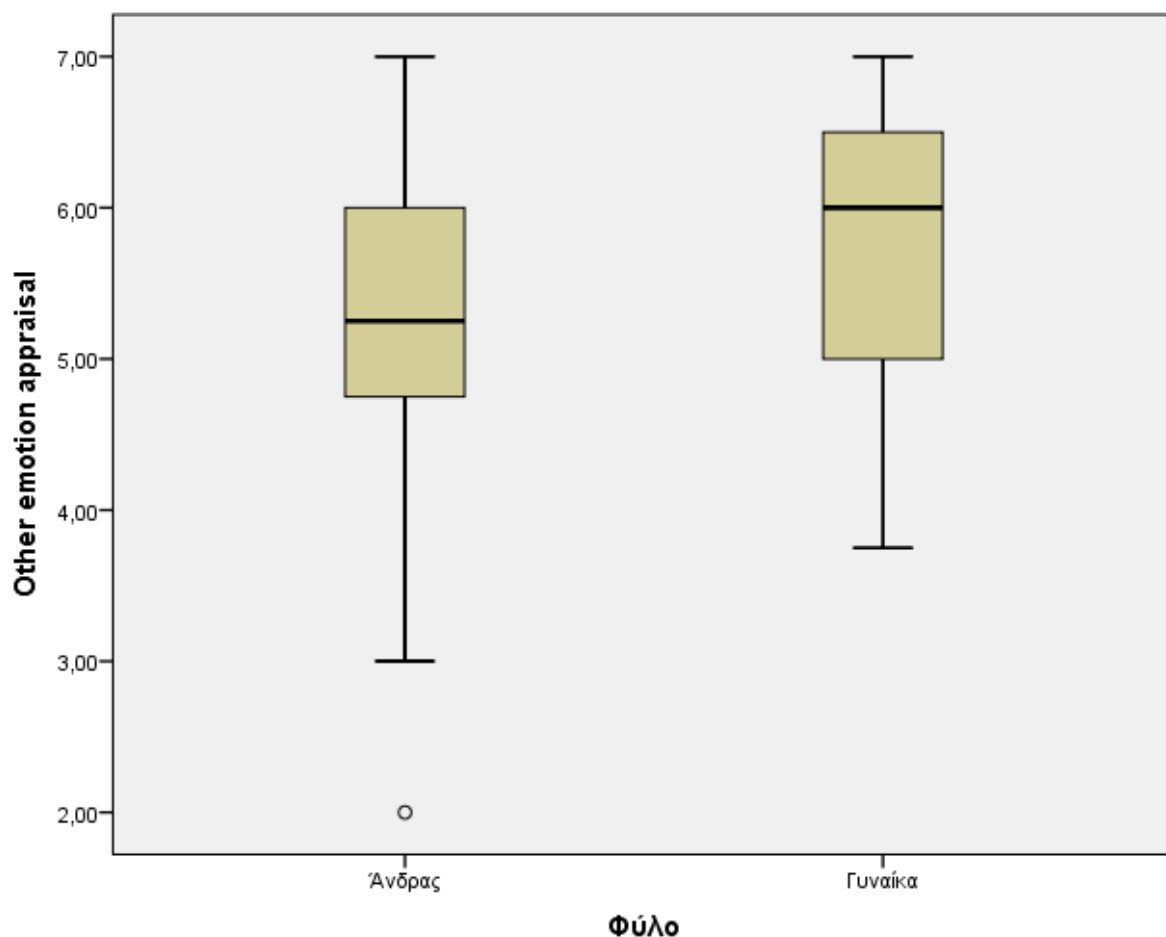
Από τον έλεγχο T- test για δύο ανεξάρτητα δείγματα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τις διαστάσεις **Self emotional appraisal** και **Other emotion appraisal** με $p=0,001$ και $0,002$ αντίστοιχα.

Πίνακας 30: θετική συσχέτιση γυναικείου φύλου με την κατανόηση των ατομικών συναισθημάτων και των συναισθημάτων των άλλων

	t-test for Equality of Means						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Self emotion appraisal	-3,561	131	,001	-,49581	,13922	-,77123	-,22040
Other emotion appraisal	-3,101	131	,002	-,48670	,15697	-,79722	-,17617
Use of emotion	-1,566	131	,120	-,24296	,15515	-,54988	,06396
Regulation of emotion	-,540	131	,590	-,08924	,16528	-,41621	,23773

Όπως φαίνεται και από τα γραφήματα που ακολουθούν παρατηρούνται και στις δύο περιπτώσεις σημαντικά μεγαλύτερες τιμές για τις γυναίκες.





4.4.2 Συγκρίσεις μεταξύ των πέντε δομών

Στον πίνακα 31 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά νοσοκομείο .

Πίνακας 31: Μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά νοσοκομείο

	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
Self emotion appraisal	ΠΓΝΙ	92	5,90	,82	5,73	6,07	3,25	7,00
	Νοσοκομείο Χατζηκώστα	7	5,79	1,25	4,63	6,94	3,50	7,00
	Νοσοκομείο Άρτας	9	5,75	,73	5,19	6,31	4,50	6,75
	Νοσοκομείο Πρέβεζας	12	6,08	,93	5,48	6,67	4,00	7,00
	Νοσοκομείο Φιλιατών	10	6,25	,71	5,74	6,76	4,75	7,00
Total	130	5,93	,84	5,78	6,07	3,25	7,00	
Other emotion appraisal	ΠΓΝΙ	92	5,49	,87	5,31	5,67	2,00	7,00
	Νοσοκομείο Χατζηκώστα	7	5,96	,88	5,15	6,78	4,25	7,00
	Νοσοκομείο Άρτας	9	5,03	1,15	4,14	5,91	3,25	6,75
	Νοσοκομείο Πρέβεζας	12	5,48	1,29	4,66	6,30	3,00	7,00
	Νοσοκομείο Φιλιατών	10	5,80	,84	5,20	6,40	4,25	7,00

Total	130	5,51	,93	5,35	5,67	2,00	7,00
ΠΓΝΙ	92	5,70	,84	5,53	5,88	3,50	7,00
Νοσοκομείο Χατζηκώστα	7	6,14	,96	5,26	7,03	4,50	7,00
Νοσοκομείο Άρτας	9	5,36	,67	4,84	5,88	4,25	6,50
Νοσοκομείο Πρέβεζας	12	5,81	1,13	5,09	6,52	3,75	7,00
Νοσοκομείο Φιλιππών	10	5,65	1,26	4,75	6,55	3,25	7,00
Total	130	5,71	,90	5,55	5,87	3,25	7,00
ΠΓΝΙ	92	5,68	,90	5,49	5,87	2,25	7,00
Νοσοκομείο Χατζηκώστα	7	5,68	1,15	4,61	6,74	3,75	7,00
Νοσοκομείο Άρτας	9	5,11	1,20	4,19	6,03	3,25	6,75
Νοσοκομείο Πρέβεζας	12	5,79	,97	5,18	6,41	3,75	7,00
Νοσοκομείο Φιλιππών	10	5,73	1,10	4,94	6,51	3,50	7,00
Total	130	5,66	,96	5,49	5,82	2,25	7,00

Από την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα φαίνεται ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων για καμία από τις διαστάσεις.

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Self emotion appraisal	Between Groups	1,785	4	,446	,625	,646
	Within Groups	89,286	125	,714		
	Total	91,071	129			
Other emotion appraisal	Between Groups	4,417	4	1,104	1,275	,284
	Within Groups	108,289	125	,866		
	Total	112,706	129			
Use of emotion	Between Groups	2,555	4	,639	,786	,536
	Within Groups	101,559	125	,812		
	Total	104,114	129			
Regulation of emotion	Between Groups	3,002	4	,751	,814	,519
	Within Groups	115,258	125	,922		
	Total	118,260	129			

4.4.3 Συγκρίσεις μεταξύ της επαγγελματικής ιδιότητας

Στον πίνακα 32 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά επαγγελματική ιδιότητα .

Πίνακας 32: Μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά επαγγελματική ιδιότητα

	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
Self emotion appraisal	Ιατρός Ειδικός	9	5,42	,75	4,84	5,99	4,00	6,50
	Ιατρός ειδικευόμενος	65	5,77	,85	5,56	5,98	3,25	7,00
	Νοσηλεύτης/τρια	50	6,15	,79	5,93	6,37	3,50	7,00
	Διοικητικό προσωπικό	3	6,67	,58	5,23	8,10	6,00	7,00
	Άλλο προσωπικό	6	6,21	,71	5,46	6,96	5,50	7,00
	Total	133	5,93	,84	5,79	6,08	3,25	7,00
Other emotion appraisal	Ιατρός Ειδικός	9	4,67	,89	3,98	5,35	3,00	5,50
	Ιατρός ειδικευόμενος	65	5,21	,88	4,99	5,43	2,00	7,00
	Νοσηλεύτης/τρια	50	6,00	,70	5,80	6,19	4,25	7,00
	Διοικητικό προσωπικό	3	5,92	1,13	3,12	8,72	4,75	7,00
	Άλλο προσωπικό	6	5,96	1,17	4,73	7,18	4,00	7,00
	Total	133	5,52	,93	5,36	5,68	2,00	7,00
Use of emotion	Ιατρός Ειδικός	9	4,69	,85	4,04	5,34	3,50	6,00
	Ιατρός ειδικευόμενος	65	5,60	,78	5,40	5,79	3,50	7,00
	Νοσηλεύτης/τρια	50	5,94	,93	5,68	6,21	3,25	7,00
	Διοικητικό προσωπικό	3	6,17	,38	5,22	7,12	5,75	6,50
	Άλλο προσωπικό	6	5,83	1,13	4,65	7,01	4,25	7,00
	Total	133	5,69	,90	5,54	5,84	3,25	7,00
Regulation of emotion	Ιατρός Ειδικός	9	5,53	,48	5,16	5,89	4,50	6,00
	Ιατρός ειδικευόμενος	65	5,43	1,02	5,18	5,69	2,25	7,00
	Νοσηλεύτης/τρια	50	5,88	,87	5,63	6,13	3,50	7,00
	Διοικητικό προσωπικό	3	6,25	,90	4,01	8,49	5,25	7,00
	Άλλο προσωπικό	6	6,29	,71	5,54	7,04	5,00	7,00
	Total	133	5,66	,95	5,50	5,83	2,25	7,00

Από την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων στις διαστάσεις Other emotion appraisal και Use of emotion.

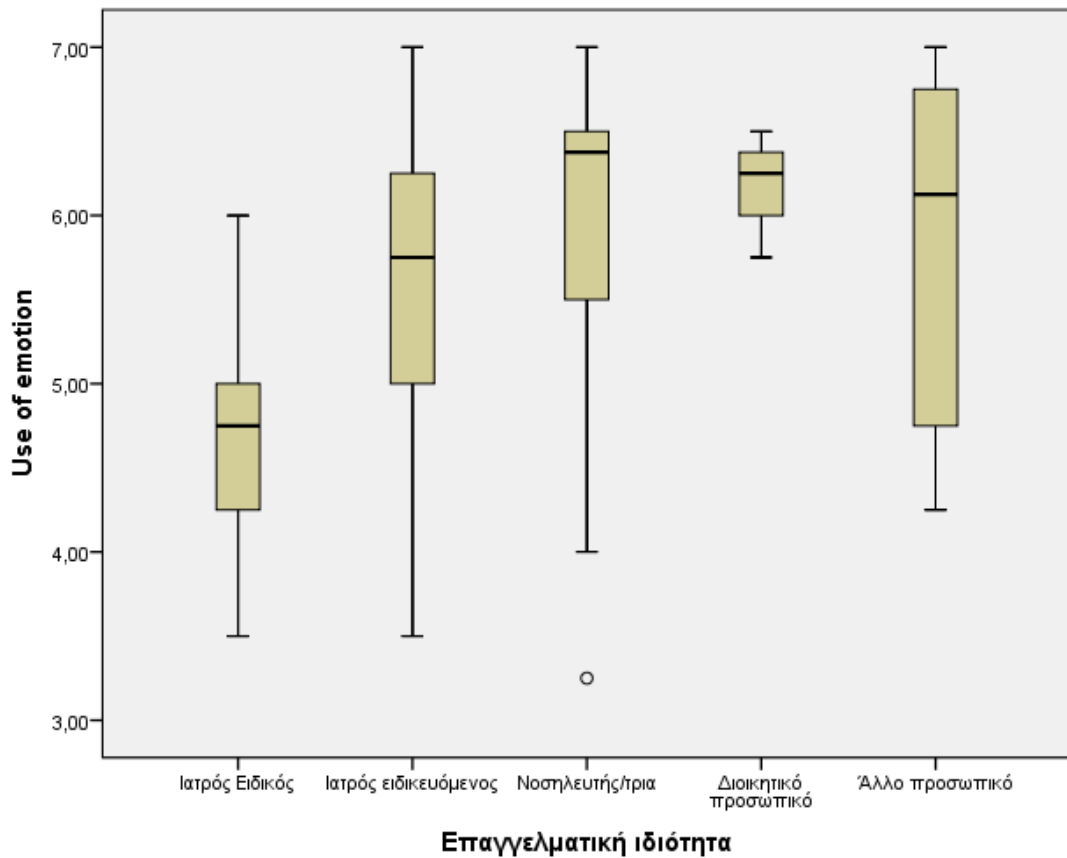
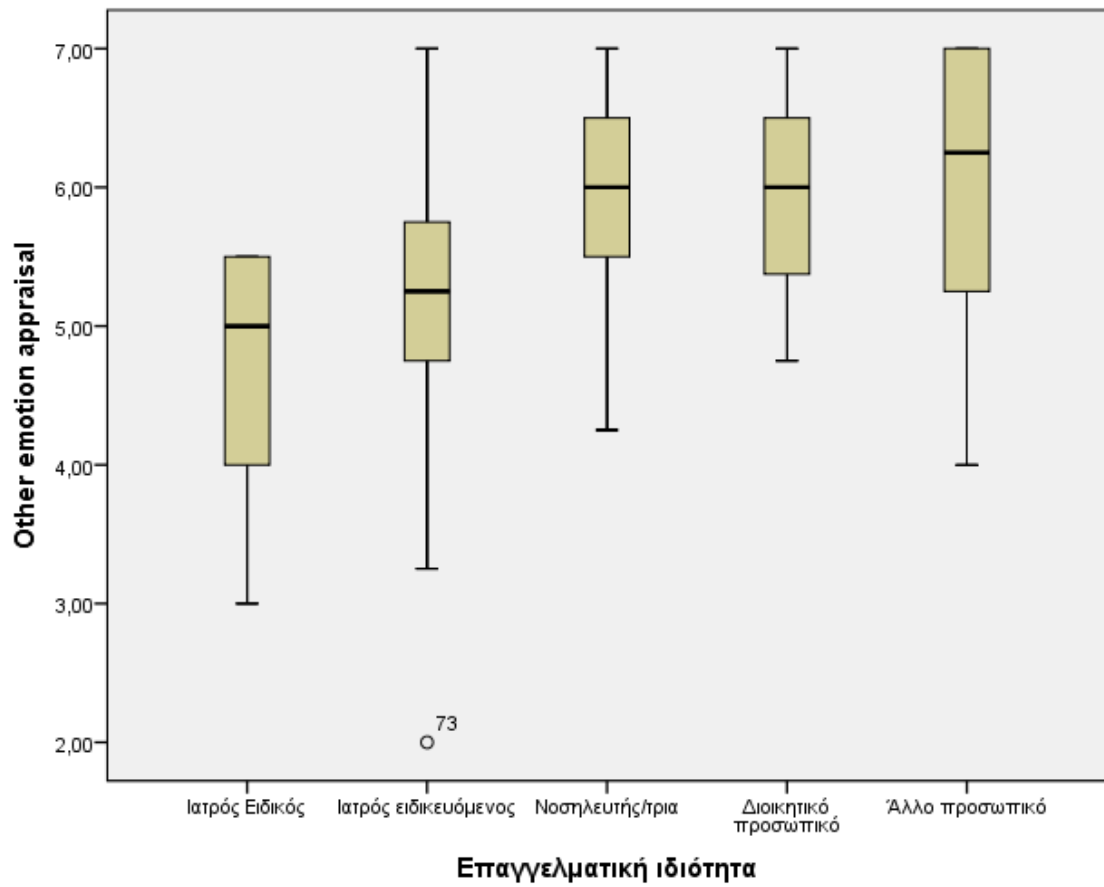
Πίνακας 33: Διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων στις διαστάσεις ΟΕΑ και ΟΕ

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Self emotion appraisal	Between Groups	8,495	4	2,124	1,837	,064
	Within Groups	83,974	128	,656		
	Total	92,470	132			
Other emotion appraisal	Between Groups	25,593	4	6,398	9,156	,000
	Within Groups	89,447	128	,699		
	Total	115,040	132			
Use of emotion	Between Groups	13,491	4	3,373	4,634	,002
	Within Groups	93,167	128	,728		
	Total	106,658	132			
Regulation of emotion	Between Groups	9,352	4	2,338	2,227	,052
	Within Groups	109,738	128	,857		
	Total	119,090	132			

Όπως φαίνεται και από τα γραφήματα που ακολουθούν παρατηρούνται σημαντικά μεγαλύτερες τιμές στους Νοσηλευτές συγκριτικά με τους Ιατρούς στη διάσταση other emotion appraisal (ΟΕΑ).

Σχετικά με τη διάσταση use of emotion (ΟΕ), χρησιμοποίηση των ατομικών συναισθημάτων για βελτίωση της αποδοτικότητας, καταγράφονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στους νοσηλευτές και τους ειδικευόμενους ιατρούς συγκριτικά με τους ειδικούς ιατρούς.

Οι τιμές των στατιστικών ελέγχων παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα πολλαπλών συγκρίσεων.



4.4.5 Συγκρίσεις μεταξύ της εκπαίδευσης

Στον πίνακα 34 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά μορφωτικό επίπεδο .

Πίνακας 34: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά μορφωτικό επίπεδο

	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
Self emotion appraisal	Δευτεροβάθμιας	10	6,18	,68	5,69	6,66	5,25	7,00
	Δευτεροετούς σχολής	18	6,44	,71	6,08	6,79	4,75	7,00
	Απόφοιτος ΤΕΙ	22	6,13	,64	5,84	6,41	4,75	7,00
	Απόφοιτος ΑΕΙ	63	5,78	,84	5,57	5,99	3,25	7,00
	Κάτοχος τίτλου Msc	10	5,48	,93	4,81	6,14	3,75	6,75
	κάτοχος τίτλου phd	7	5,57	1,01	4,64	6,50	3,50	6,75
	Άλλο	3	6,17	1,23	3,10	9,23	4,75	7,00
	Total	133	5,93	,84	5,79	6,08	3,25	7,00
Other emotion appraisal	Δευτεροβάθμιας	10	5,88	1,07	5,11	6,64	4,00	7,00
	Δευτεροετούς σχολής	18	6,14	,64	5,82	6,46	4,75	7,00
	Απόφοιτος ΤΕΙ	22	5,88	,68	5,57	6,18	4,50	6,75
	Απόφοιτος ΑΕΙ	63	5,15	,92	4,92	5,38	2,00	7,00
	Κάτοχος τίτλου Msc	10	5,88	,66	5,40	6,35	5,00	7,00
	κάτοχος τίτλου phd	7	4,82	,92	3,97	5,67	4,00	6,50
	Άλλο	3	6,25	,75	4,39	8,11	5,50	7,00
	Total	133	5,52	,93	5,36	5,68	2,00	7,00
Use of emotion	Δευτεροβάθμιας	10	5,63	1,04	4,88	6,37	4,00	7,00
	Δευτεροετούς σχολής	18	5,94	,94	5,48	6,41	3,25	7,00
	Απόφοιτος ΤΕΙ	22	5,98	,91	5,58	6,39	4,00	7,00
	Απόφοιτος ΑΕΙ	63	5,52	,84	5,31	5,73	3,50	7,00
	Κάτοχος τίτλου Msc	10	5,61	,88	4,98	6,24	3,75	7,00
	κάτοχος τίτλου phd	7	5,71	,76	5,02	6,41	4,50	6,75
	Άλλο	3	6,00	1,52	2,22	9,78	4,25	7,00
	Total	133	5,69	,90	5,54	5,84	3,25	7,00
Regulation of emotion	Δευτεροβάθμιας	10	6,08	,77	5,52	6,63	5,00	7,00
	Δευτεροετούς σχολής	18	6,01	,98	5,53	6,50	3,50	7,00
	Απόφοιτος ΤΕΙ	22	5,81	,73	5,48	6,13	4,00	7,00
	Απόφοιτος ΑΕΙ	63	5,44	1,04	5,17	5,70	2,25	7,00
	Κάτοχος τίτλου Msc	10	5,75	,75	5,21	6,29	5,00	7,00
	κάτοχος τίτλου phd	7	5,36	,83	4,59	6,12	3,75	6,00
	Άλλο	3	6,42	,52	5,12	7,71	6,00	7,00
	Total	133	5,66	,95	5,50	5,83	2,25	7,00

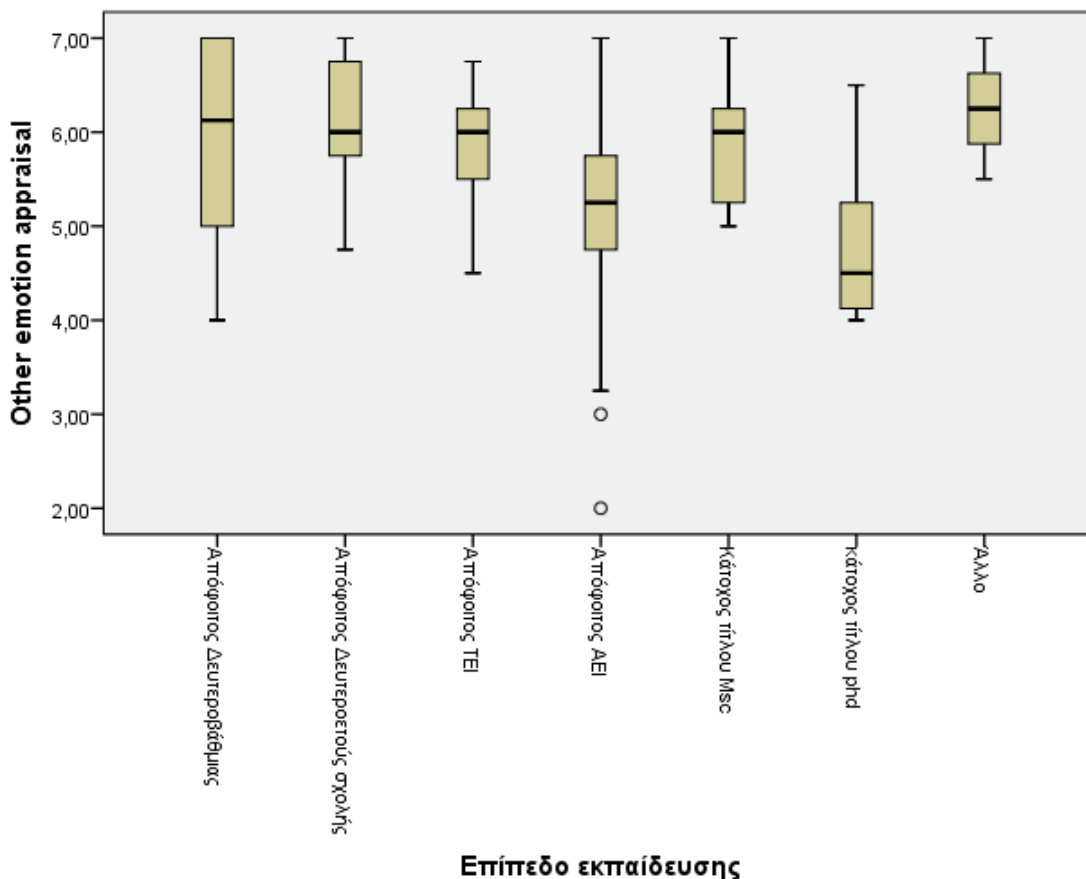
Από την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ της εκπαίδευσης για τη διάσταση Other emotional appraisal.

Πίνακας 35: θετική συσχέτιση εκπαίδευσης και ΟΕΑ- κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Self emotion appraisal	Between Groups	10,529	6	1,755	2,198	,057
	Within Groups	81,941	126	,650		
	Total	92,470	132			
Other emotion appraisal	Between Groups	25,913	6	4,319	6,106	,000
	Within Groups	89,127	126	,707		
	Total	115,040	132			
Use of emotion	Between Groups	5,303	6	,884	1,099	,367
	Within Groups	101,354	126	,804		
	Total	106,658	132			
Regulation of emotion	Between Groups	10,073	6	1,679	1,940	,079
	Within Groups	109,017	126	,865		
	Total	119,090	132			

Όπως φαίνεται και από το γράφημα που ακολουθεί οι αποφοίτοι ΑΕΙ έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές από τους αποφοίτους Διετών σχολών και αποφοίτων ΤΕΙ.

Οι τιμές των στατιστικών ελέγχων παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα πολλαπλών συγκρίσεων.



4.4.6 Συγκρίσεις μεταξύ του καθεστώτος εργασίας

Στον πίνακα 36 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά καθεστώς εργασίας .

Πίνακας 36: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά καθεστώς εργασίας

	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
Self emotion appraisal	Μόνιμος	65	6,12	,77	5,93	6,32	3,50	7,00
	Αορίστου χρόνου	6	5,79	,71	5,04	6,54	4,75	7,00
	Συμβασιούχος	58	5,73	,90	5,49	5,96	3,25	7,00
	Total	129	5,93	,85	5,78	6,08	3,25	7,00
Other emotion appraisal	Μόνιμος	65	5,87	,85	5,66	6,08	3,00	7,00
	Αορίστου χρόνου	6	4,96	,46	4,48	5,44	4,25	5,50
	Συμβασιούχος	58	5,23	,94	4,98	5,48	2,00	7,00
	Total	129	5,54	,94	5,38	5,70	2,00	7,00
Use of emotion	Μόνιμος	65	5,82	,99	5,57	6,06	3,25	7,00
	Αορίστου χρόνου	6	5,75	,74	4,97	6,53	5,00	7,00
	Συμβασιούχος	58	5,62	,76	5,42	5,82	3,50	7,00
	Total	129	5,73	,88	5,57	5,88	3,25	7,00
Regulation of emotion	Μόνιμος	65	5,91	,83	5,71	6,12	3,50	7,00
	Αορίστου χρόνου	6	5,71	,83	4,84	6,58	4,25	6,75
	Συμβασιούχος	58	5,43	1,04	5,16	5,70	2,25	7,00
	Total	129	5,69	,95	5,52	5,85	2,25	7,00

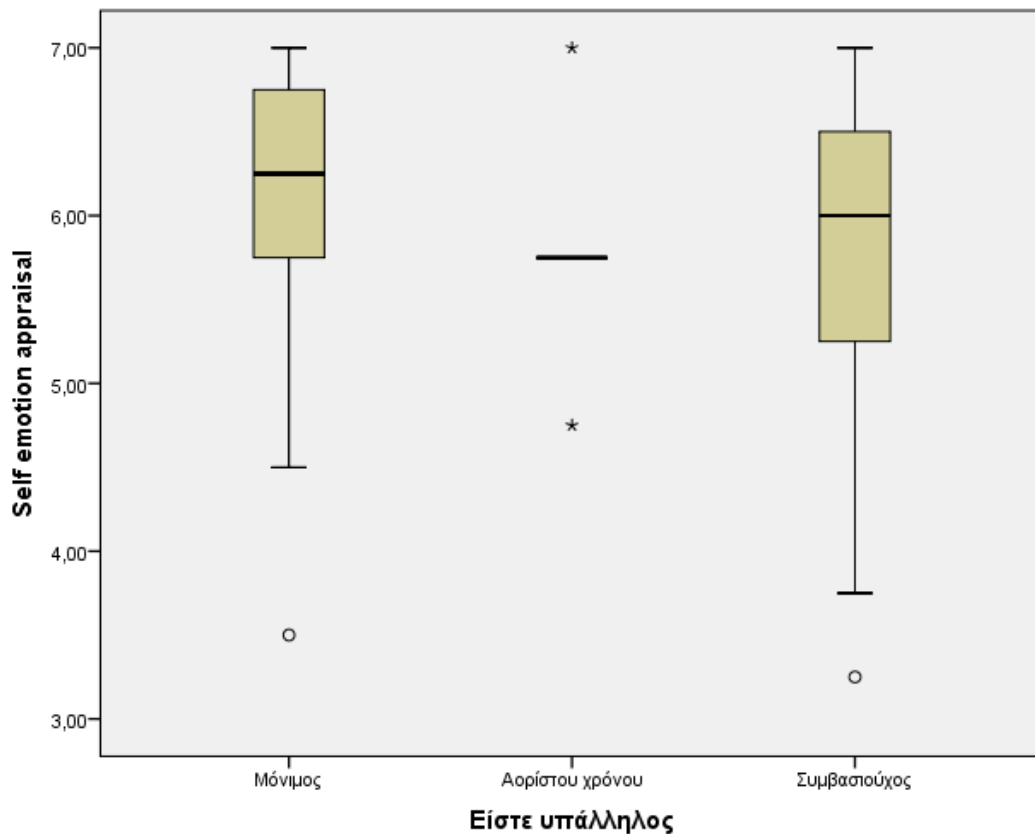
Από την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των εργαζομένων για τις διαστάσεις **Self emotional appraisal**, **other emotional appraisal** και **Regulation of emotion** με $p=0,029$, $p<0,001$ και $0,018$ αντίστοιχα.

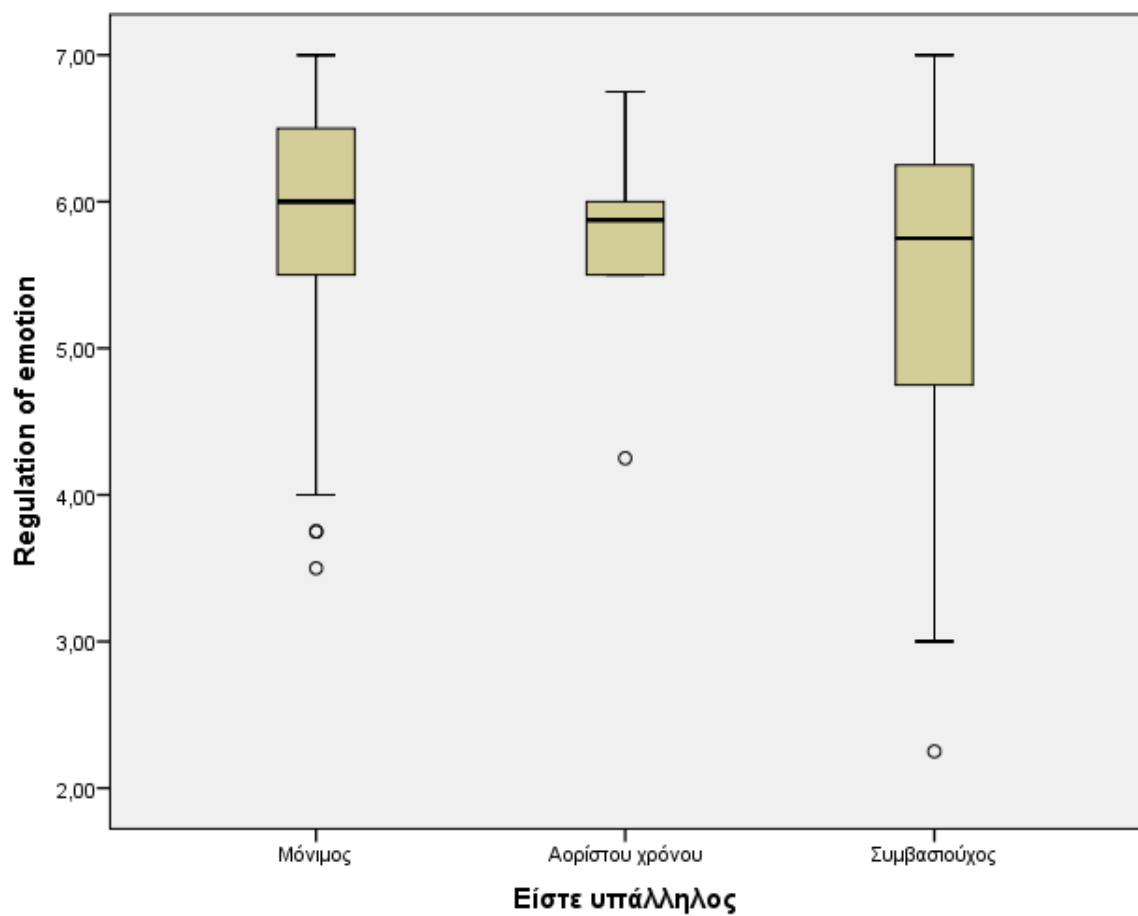
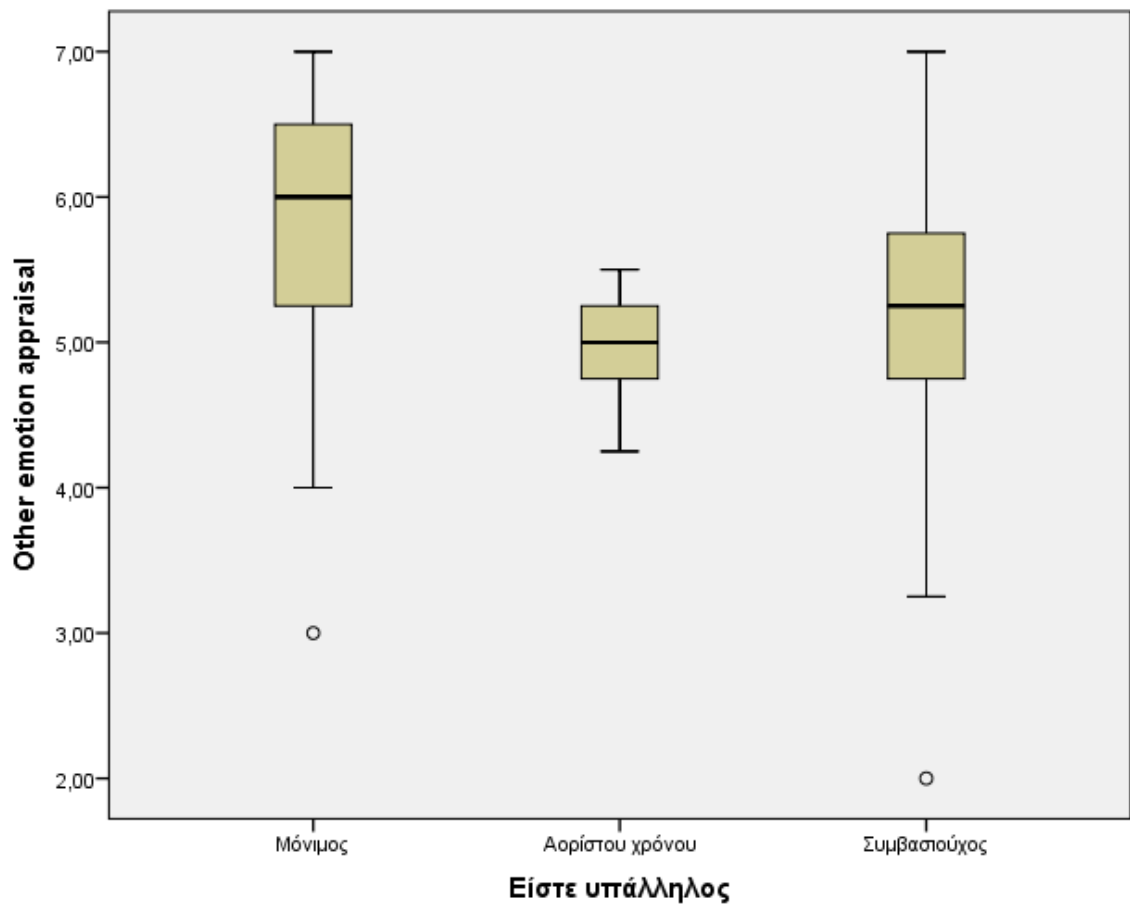
Πίνακας 37: Θετική συσχέτιση μόνιμων υπαλλήλων με SEA- OEA-ROE

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Self emotion appraisal	Between Groups	4,994	2	2,497	3,634	,029
	Within Groups	86,582	126	,687		
	Total	91,576	128			
Other emotion appraisal	Between Groups	14,653	2	7,327	9,421	,000
	Within Groups	97,987	126	,778		
	Total	112,640	128			
Use of emotion	Between Groups	1,179	2	,589	,754	,473
	Within Groups	98,515	126	,782		
	Total	99,694	128			
Regulation of emotion	Between Groups	7,122	2	3,561	4,135	,018
	Within Groups	108,520	126	,861		
	Total	115,642	128			

Όπως φαίνεται και από τα γραφήματα που ακολουθούν παρατηρούνται σημαντικά μεγαλύτερες τιμές στους Μόνιμους συγκριτικά με τους συμβασιούχους.

Οι τιμές των στατιστικών ελέγχων παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα πολλαπλών συγκρίσεων.





4.4.7 Συγκρίσεις μεταξύ της βάρδιας

Στον πίνακα 38 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά βάρδια εργασίας.

Πίνακας 38: Μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανά βάρδια εργασίας

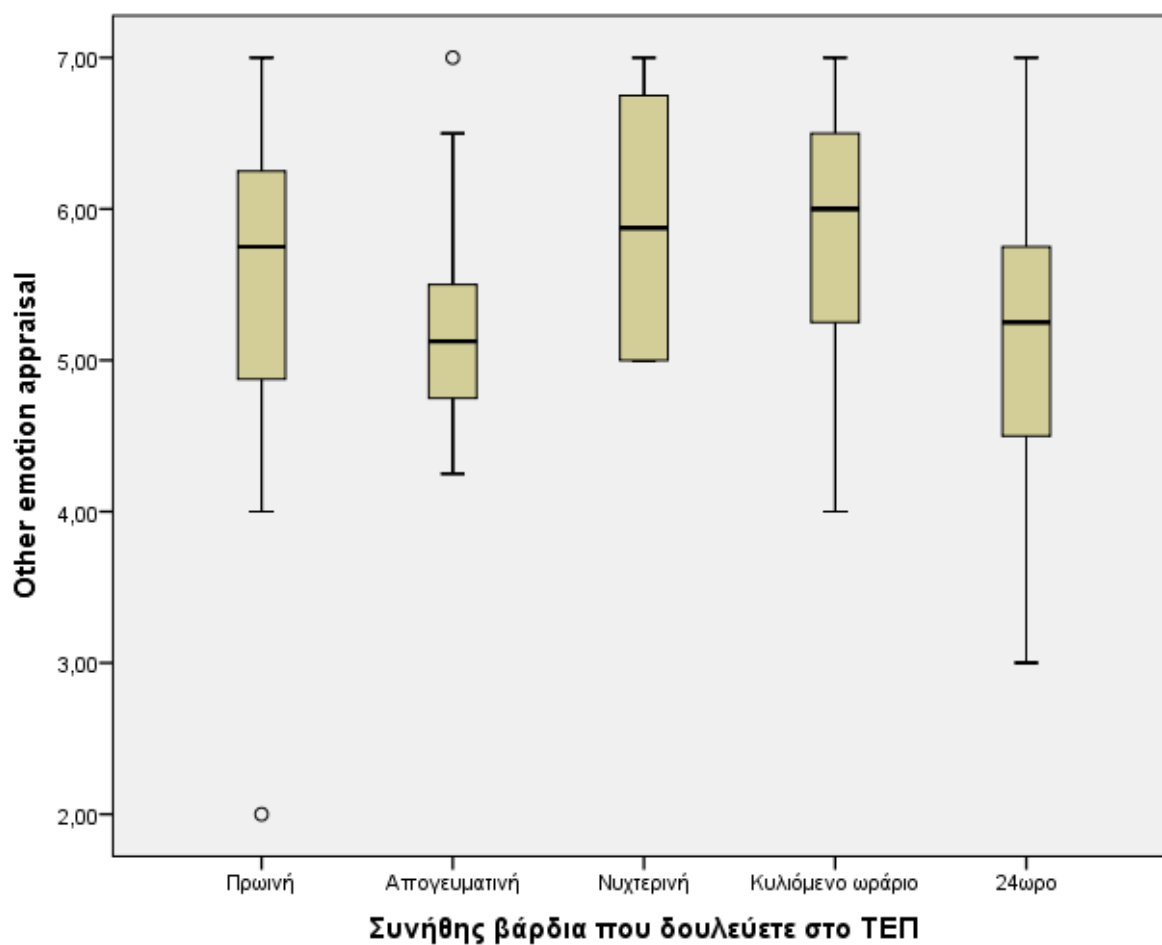
	N	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
Self emotion appraisal	Πρωινή	16	5,84	,85	5,39	6,29	4,00	6,75
	Απογευματινή	14	5,82	,93	5,28	6,36	3,25	7,00
	Νυχτερινή	6	6,13	,80	5,28	6,97	5,25	7,00
	Κυλιόμενο ωράριο	55	6,15	,78	5,94	6,36	3,50	7,00
	24ωρο	42	5,69	,84	5,43	5,95	3,75	7,00
	Total	133	5,93	,84	5,79	6,08	3,25	7,00
Other emotion appraisal	Πρωινή	16	5,46	1,21	4,81	6,10	2,00	7,00
	Απογευματινή	14	5,27	,77	4,82	5,72	4,25	7,00
	Νυχτερινή	6	5,92	,93	4,94	6,89	5,00	7,00
	Κυλιόμενο ωράριο	55	5,85	,81	5,63	6,06	4,00	7,00
	24ωρο	42	5,14	,88	4,87	5,42	3,00	7,00
	Total	133	5,52	,93	5,36	5,68	2,00	7,00
Use of emotion	Πρωινή	16	5,92	,79	5,49	6,34	4,00	7,00
	Απογευματινή	14	5,39	,93	4,86	5,93	3,50	6,50
	Νυχτερινή	6	6,00	,57	5,40	6,60	5,00	6,50
	Κυλιόμενο ωράριο	55	5,79	1,01	5,52	6,06	3,25	7,00
	24ωρο	42	5,53	,79	5,28	5,77	3,75	7,00
	Total	133	5,69	,90	5,54	5,84	3,25	7,00
Regulation of emotion	Πρωινή	16	6,04	,67	5,68	6,39	4,50	7,00
	Απογευματινή	14	5,61	1,05	5,01	6,22	3,00	7,00
	Νυχτερινή	6	5,54	,43	5,09	5,99	5,00	6,25
	Κυλιόμενο ωράριο	55	5,83	,94	5,58	6,08	3,25	7,00
	24ωρο	42	5,34	1,01	5,02	5,65	2,25	7,00
	Total	133	5,66	,95	5,50	5,83	2,25	7,00

Από την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων για τη διάσταση **Other emotion appraisal** με $p=0,003$.

Πίνακας 40: Διαφορές μεταξύ νοσοκομείων για την ΟΕΑ

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Self emotion appraisal	Between Groups	5,522	4	1,380	2,032	,094
	Within Groups	86,948	128	,679		
	Total	92,470	132			
Other emotion appraisal	Between Groups	13,695	4	3,424	4,324	,003
	Within Groups	101,346	128	,792		
	Total	115,040	132			
Use of emotion	Between Groups	4,327	4	1,082	1,353	,254
	Within Groups	102,330	128	,799		
	Total	106,658	132			
Regulation of emotion	Between Groups	8,323	4	2,081	2,404	,053
	Within Groups	110,767	128	,865		
	Total	119,090	132			

Όπως φαίνεται και από το γράφημα που ακολουθεί παρατηρούνται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στη διάσταση **Other emotion appraisal** στο 24ωρο συγκριτικά με το κυλιόμενο ωράριο.



4.4.8 Συγκρίσεις ανάλογα με την εργασία σε άλλο ΤΕΠ

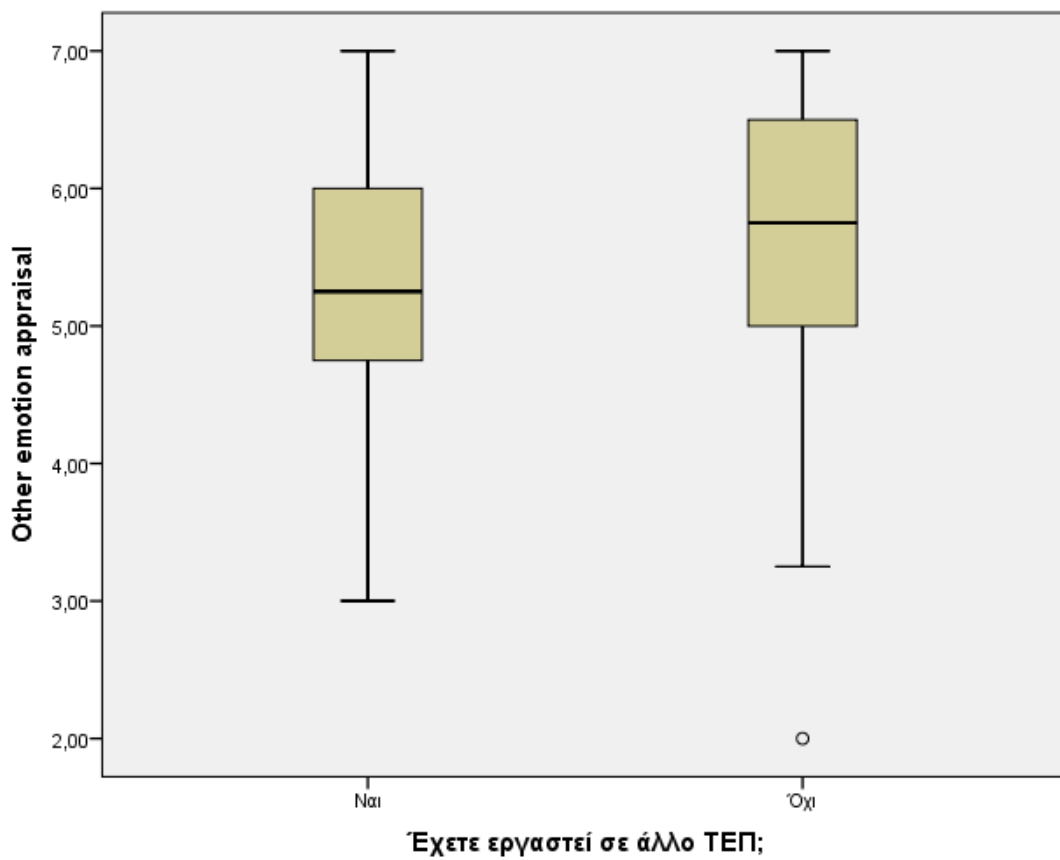
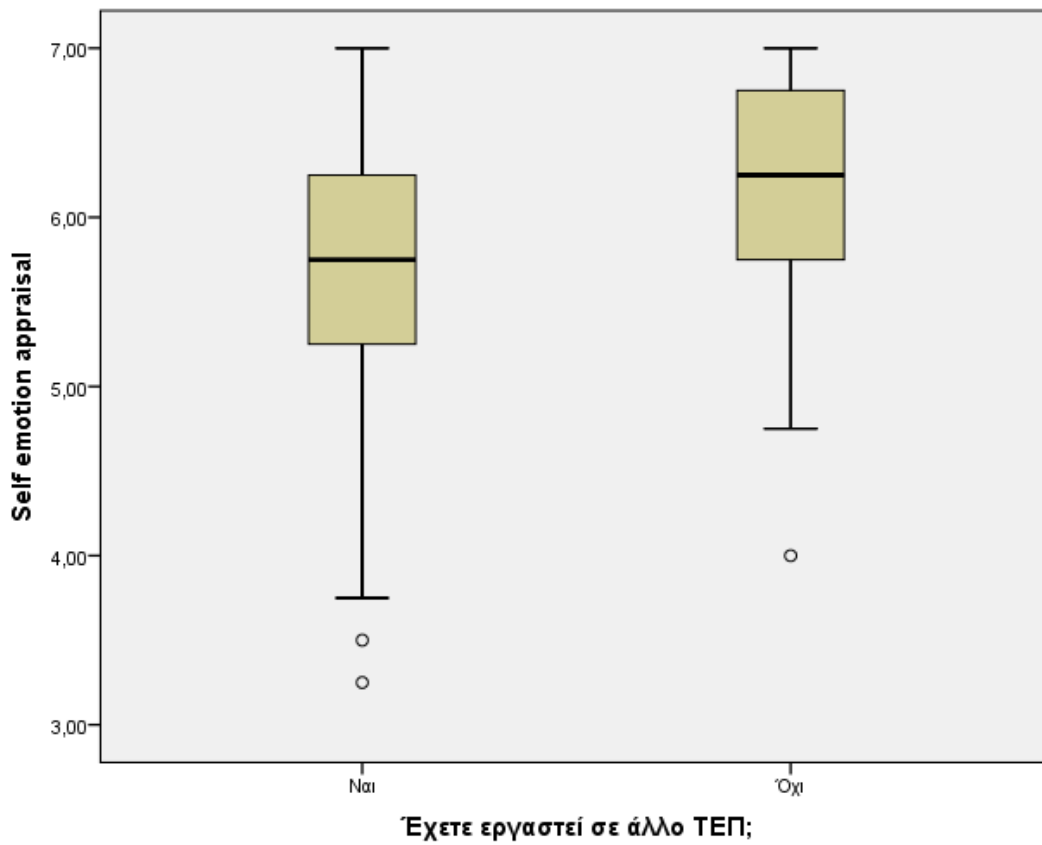
Συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν ανάλογα με την εργασία σε άλλο νοσοκομείο για τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση για κάθε μία από τις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES ανάλογα με την εργασία σε άλλο νοσοκομείο. Από τον έλεγχο T- test για δύο ανεξάρτητα δείγματα φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για καμία από τις διαστάσεις του WLIES. Επίσης καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε σε σχέση με την προσωπική επιλογή του εργαζόμενου να εργαστεί στο ΤΕΠ.

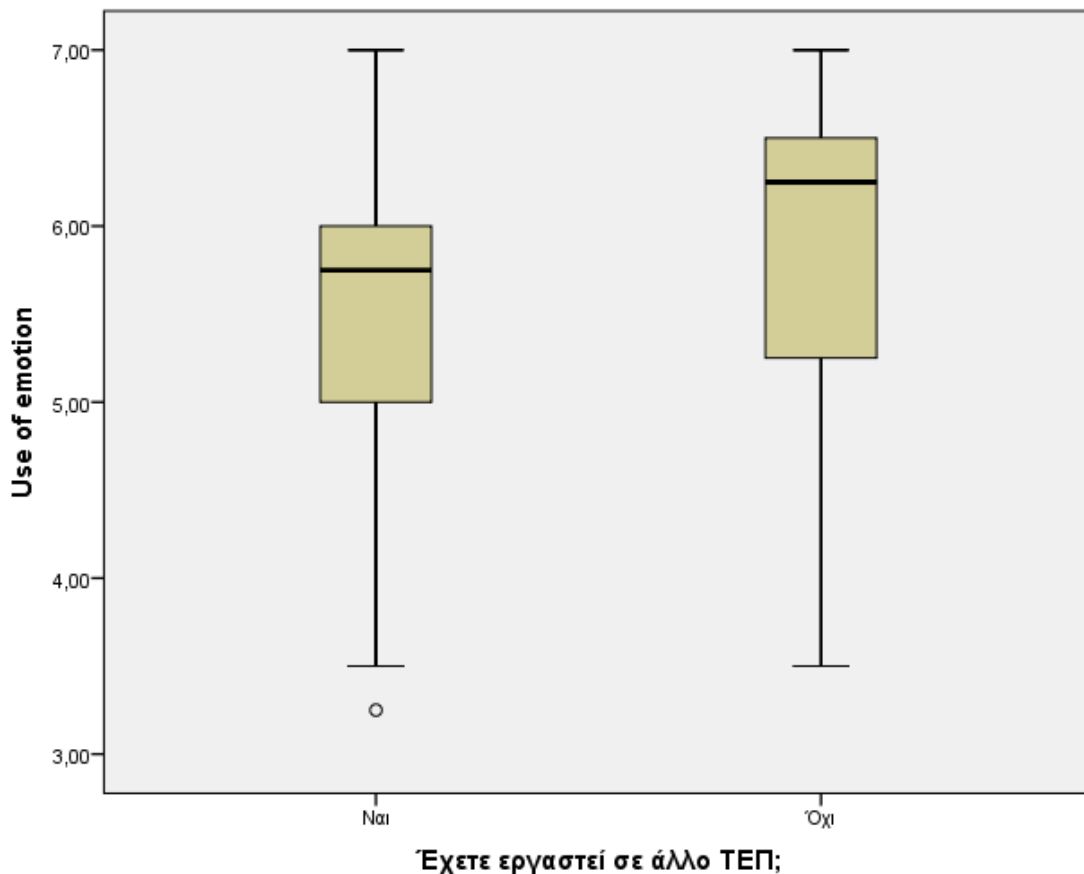
Στατιστικά σημαντική διαφορά από τον έλεγχο T- test για δύο ανεξάρτητα δείγματα φαίνεται ότι υπάρχει για τις διαστάσεις Self emotion appraisal, Other emotion appraisal και Use of emotion του WLIES, όταν έγινε σύγκριση με την εργασία σε άλλο ΤΕΠ.

Πίνακας 41: Θετική συσχέτιση SEA- OEA-UOE με υπαλλήλους που δεν είχαν εργαστεί σε άλλο ΤΕΠ

	t-test for Equality of Means						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						Lower	Upper
Self emotion appraisal	-3,769	132	,000	-,52459	,13920	-,79994	-,24923
Other emotion appraisal	-2,618	132	,010	-,41729	,15941	-,73262	-,10196
Use of emotion	-2,101	132	,038	-,32635	,15531	-,63356	-,01913
Regulation of emotion	-1,888	132	,061	-,30964	,16400	-,63405	,01478

Και στις τρεις περιπτώσεις σημειώνονται μεγαλύτερες τιμές σε αυτούς που δεν έχουν εργαστεί σε άλλο ΤΕΠ.





4.5.1 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του WLIES και της ηλικίας

Από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των διαστάσεων Other emotion appraisal και Use of emotion με $p=0,001$ και $0,013$ αντίστοιχα.

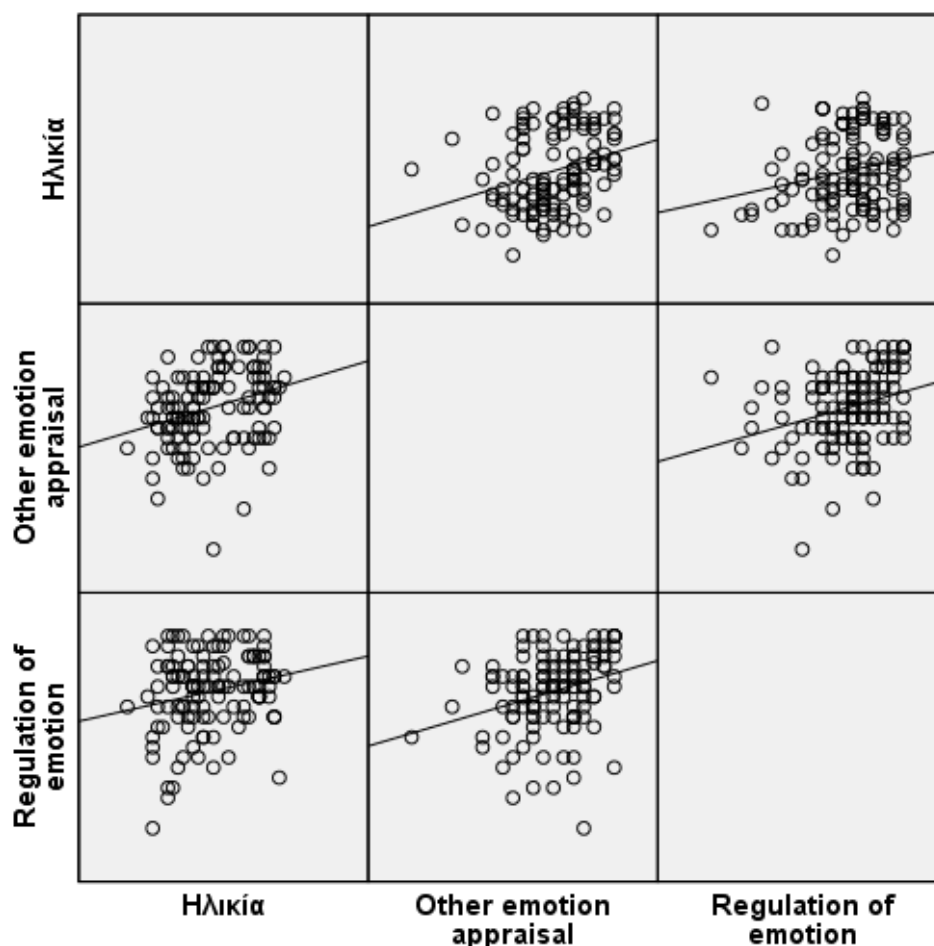
Πίνακας 42: Θετική συσχέτιση της μεγαλύτερης ηλικίας με OEA και ROE

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Ηλικία	1		129
Self emotion appraisal	,168	,063	124
Other emotion appraisal	,300**	,001	124
Use of emotion	,040	,657	124
Regulation of emotion	,222*	,013	124

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Όπως φαίνεται και στον πίνακα των διαγραμμάτων διασποράς μεγαλύτερες τιμές των δύο αυτών διαστάσεων σχετίζονται και με μεγαλύτερες τιμές ηλικίας.

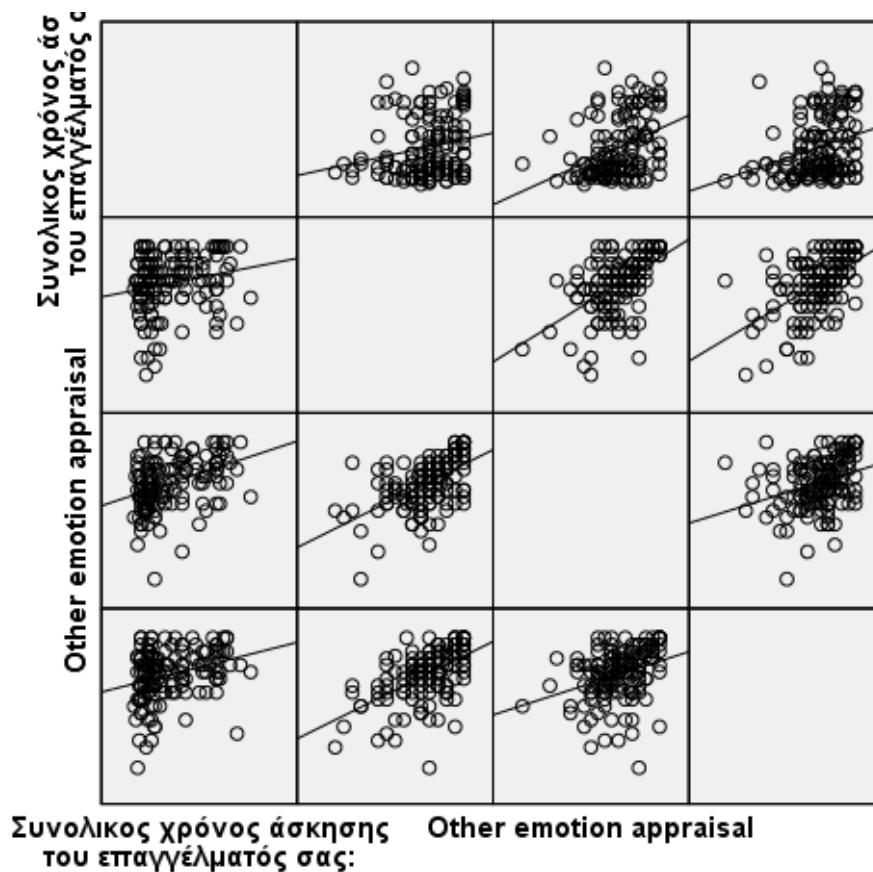


Από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματος και των διαστάσεων Other emotion appraisal, Use of emotion και Regulation of emotion με $p=0,017$ $p<0,001$ και $0,001$ αντίστοιχα

Πίνακας 43: Θετική συσχέτιση συνολικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματος με OEA- USE- REA

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματος σας:	1		139
Self emotion appraisal	,207*	,017	133
Other emotion appraisal	,389**	,000	133
Use of emotion	,094	,281	133
Regulation of emotion	,294**	,001	133

Όπως φαίνεται και στον πίνακα των διαγραμμάτων διασποράς περισσότερα χρόνια εργασίας σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές στις συγκεκριμένες διαστάσεις.



Από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του χρόνου άσκησης του επαγγέλματος στο ΤΕΠ και των διαστάσεων του WLIES

4.5.2 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του WLIES και της ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους νοσηλευτές.

Από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη συνεργασία με τους νοσηλευτές και των διαστάσεων Self emotion appraisal, Other emotion appraisal, και Regulation of emotion με $p < 0,001$, $p = 0,002$ και $0,019$ αντίστοιχα

Πίνακας 44: θετική συσχέτιση ποιότητας συνεργασίας με τους νοσηλευτές και SEA-OEA-ROE

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους νοσηλευτές	1		138
Self emotion appraisal	,329**	,000	131
Other emotion appraisal	,269**	,002	131
Use of emotion	,169	,054	131
Regulation of emotion	,204*	,019	131

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Σε όλες τις περιπτώσεις μεγαλύτερες τιμές ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους νοσηλευτές σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές των συγκεκριμένων διαστάσεων.

4.5.3 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του WLIES και της ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους ιατρούς.

Από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη συνεργασία με τους ιατρούς και των διαστάσεων Self emotion appraisal, Other emotion appraisal, και Use of emotion με $p < 0,001$ $p = 0,042$ και $0,001$ αντίστοιχα.

Πίνακας 45: Θετική συσχέτιση ποιότητας συνεργασίας με τους γιατρούς και SEA-OEA-UOE

	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους ιατρούς	1		138
Self emotion appraisal	,292**	,001	131
Other emotion appraisal	,178*	,042	131
Use of emotion	,294**	,001	131
Regulation of emotion	,150	,087	131

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

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Σε όλες τις περιπτώσεις μεγαλύτερες τιμές ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας με τους ιατρούς σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές των συγκεκριμένων διαστάσεων.

4.6 Συσχετίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων SAQ και WLIES

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων των δύο ερωτηματολογίων, οι οποίες εξετάστηκαν με τον συντελεστή συσχέτισης Pearson. Όπως φαίνεται στους πίνακες που ακολουθούν όλες οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ, εκτός από τη Stress Recognition, έχουν στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση με τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου WLIES. Για τη διάσταση Stress Recognition δε παρατηρείται καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στους πίνακες που ακολουθούν φαίνεται με κίτρινο τα p-values για κάθε μία συσχέτιση ενώ τα αντίστοιχα γραφήματα παρατίθενται στο «Παράρτημα Συσχετίσεων». Από τον έλεγχο συσχετίσεων βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ομαδικής συνεργασίας και των διαστάσεων SEA, OEA, UOE, REA με $p = 0.002$, $p = 0.000$, $p = 0.001$ και $p = 0,000$ αντίστοιχα. Υψηλότερο σκορ στην ομαδική συνεργασία σχετίζεται με μεγαλύτερες τιμές των συγκεκριμένων διαστάσεων.

Ομοίως, μετά από έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του κλίματος ασφάλειας, των αντιλήψεων για τη διοίκηση, των εργασιακών συνθηκών, ικανοποίησης από την εργασία με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας WLEIS. Σε όλες τις περιπτώσεις υψηλότερο σκορ στις διαστάσεις του SAQ πλην της αναγνώρισης του στρες, σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές στις διαστάσεις της κλίμακας.

Πίνακας 40: Συσχέτιση διαστάσεων του SAQ με διαστάσεις της κλίμακας WLEIS

	Teamwork climate	Safety climate	Perception of management	Working conditions	Job satisfaction	Stress recognition
SEA	,002	,000	,013	,022	,001	,650
OEA	,000	,000	,015	,011	,000	,602
UOE	,001	,005	,045	,001	,000	,185
ROE	,000	,001	,000	,000	,000	,373

4.7 Ποιοτικά σχόλια και τρόποι για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στο ΤΕΠ

Οι συμμετέχοντες παράλληλα με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων καταχώρησαν τις απαντήσεις τους σχετικά με τους τρόπους που θα μπορούσε να βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών στο ΤΕΠ.

Οι δημοφιλέστερες απόψεις κατά σειρά προτεραιότητας ήταν:

- Η αύξηση του προσωπικού
- Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
- Η καλύτερη συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού
- επάρκεια υλικοτεχνικής δομής στο τμήμα
- Η χρήση πρωτοκόλλων και κατευθυντηρίων οδηγιών

Άλλες απαντήσεις ήταν η καλύτερη διαλογή των ασθενών, εμπειριστατωμένη ενημέρωση από το ΕΚΑΒ, καλύτερο ωράριο εργασίας, καθορισμός αρμοδιοτήτων και καθηκόντων, καλύτερη οργάνωση χώρου μεταξύ των οποίων και δημιουργία χώρου ανάπαυσης προσωπικού, στελέχωση (μόνιμο ιατρικό προσωπικό, νεότερα ηλικιακά άτομα), αλλαγή νοοτροπίας επιμελητών γιατρών, μείωση του συνωστισμού, ποιολόγιο, αξιολόγηση προσωπικού, γραπτό σύστημα ανώνυμης αναφοράς.

4.8. Δείκτης αξιοπιστίας εργαλείων

Για τη διερεύνηση της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's α . Στους πίνακες που ακολουθούν φαίνονται η εκτιμήσεις για κάθε μία από τις διαστάσεις των δύο ερευνητικών ερωτηματολογίων. Τόσο για την κλίμακα SAQ όσο και για την κλίμακα WLEIS οι τιμές είναι μεγαλύτερες από 0,7 και έως 0,8, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα και δείχνουν υψηλή εσωτερική συνοχή. Συγκεκριμένα για το SAQ ο δείκτης Cronbach α υπολογίστηκε στο 0,76, ενώ για την κλίμακα WLEIS υπολογίστηκε στο 0,77.

Πίνακας 52α: Δείκτης Cronbach α για τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ

	Reliability Statistics	
	Cronbach's Alpha	N of Items
Teamwork Climate	,712	6
Safety Climate	,789	7
Job Satisfaction	,799	5
Stress Recognition	,761	4
Perceptions of Management	,788	6
Working Conditions	,732	3

Πίνακας 52β: Δείκτης Cronbach α για τις παραμέτρους της κλίμακας WLEIS

	Reliability Statistics	
	Cronbach's Alpha	N of Items
Self emotion appraisal	,774	4
Other emotion appraisal	,776	4
Use of emotion	,753	4
Regulation of emotion	,801	4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.Συζήτηση

Η παρούσα ερευνητική εργασία ακολουθώντας τα ερευνητικά ερωτήματα που παρατέθηκαν παραπάνω, διερεύνησε τις στάσεις των εργαζομένων για την ασφάλεια στα τμήματα επειγόντων περιστατικών της Περιφέρειας Ηπείρου, η οποία μετρήθηκε με βάση τους παράγοντες SAQ και το επίπεδο της συναισθηματικής νοημοσύνης τους με την κλίμακα WLEIS. Τα αποτελέσματα αυτών εξετάστηκαν σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις πεποιθήσεις για την ποιότητα συνεργασίας και ασφάλειας του ασθενή. Εξετάστηκε επίσης η δυνητική σχέση των παραγόντων του ερωτηματολογίου SAQ με της κλίμακας της ΣΝ. Ο δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach α υπολογίστηκε πάνω από 0,7 για όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ. Οι τιμές αυτές δείχνουν υψηλή εσωτερική συνοχή και είναι παραπλήσιες των ερευνών σε άλλα οξέα τμήματα Raftoroulos & Pavlakis (2013) και Raftoroulos et al. (2011), σε αντίθεση με το σχετικά χαμηλό δείκτη (0,61) στην έρευνα των Lambrou et al (2015) στο ΤΕΠ. Πιθανότητα το τελευταίο να σχετίζεται με την εφαρμογή μόνο της διάστασης του κλίματος ασφάλειας του ερωτηματολογίου EMS-SAQ (7 ερωτήσεις).

Όσον αφορά την κλίμακα της ΣΝ των Wong και Law σημαντική διαπίστωση είναι ότι το σκορ όλων των εργαζομένων στο ΤΕΠ στην κλίμακα της ΣΝ κρίνεται ικανοποιητικό, με μέση τιμή να κυμαίνεται από \bar{X} = 5,2 έως \bar{X} =6,1. Η κλίμακα ΣΝ WLEIS έχει σταθμιστεί στα ελληνικά και εφαρμοστεί σε Έλληνες γιατρούς (Psilopanagioti et al., 2012). Η αξιοπιστία (Cronbach α) της κλίμακας WLEIS στη συγκεκριμένη μελέτη για

κάθε από τους 4 διαστάσεις (SEA-OEA-UOE-ROE) κυμαινόταν από 0,77 έως 0,8, άρα η κλίμακα έχει καλή εσωτερική συνοχή. Ελαφρώς υψηλότερο δείκτη είχε η μελέτη των Weng et al. (2011) σε όλες τις διαστάσεις κυμαινόταν από 0,89 έως 0,92. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης οι επαγγελματίες υγείας το επίπεδο της συναισθηματικής νοημοσύνης των επαγγελματιών υγείας στα υπό μελέτη ΤΕΠ κρίνεται θετικό και για τις τέσσερις διαστάσεις.

Αν και τα εργαλεία SAQ και WLEIS έχουν μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε πολλές δομές και χώρες (Deilkas & Hofoss, 2006; Wui-Chiang L et al., 2010; Patterson et al., 2010), στην Ελλάδα το SAQ έχει εφαρμοστεί μόνο σε μεταπτυχιακό επίπεδο σε τμήματα νοσοκομείου παιδών (Μεϊντάνη, 2013), σε παθολογικά τμήματα και ΜΕΘ (Καραϊσκού, 2012), δομές ψυχικής υγείας (Γλούφτση, 2015), ενώ στην Κύπρο εφαρμόστηκε σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους (Πετρίδης et al., 2013). Είναι όμως η πρώτη φορά που και τα δύο εργαλεία (SAQ και WLEIS) εφαρμόζονται σε Τμήμα Επειγόντων στην Ελλάδα. Εξαιτίας λοιπόν των ελάχιστων διεθνών και μηδαμινών εθνικών μελετών ειδικά για το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, η συζήτηση θα είναι περισσότερο γενική συμπεριλαμβάνοντας μελέτες του κλίματος ασφάλειας και από άλλα τμήματα υψηλού κινδύνου και έντασης εργασίας των νοσοκομείων (ΜΕΘ, ΜΑΦ, Χειρουργεία), και η σύγκριση των αποτελεσμάτων της ΣΝ θα γίνει με επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της υγείας γενικότερα.

Μία σημαντική διαπίστωση της παρούσης έρευνας είναι ότι όλες οι βαθμολογίες ήταν αρκετά κάτω από το όριο 75/100, πάνω από το οποίο θεωρείται ως θετική η βαθμολογία στην κλίμακα SAQ. Γενικότερα οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας για την ασφάλεια θεωρούνται χαμηλές. Όλα τα ΤΕΠ σκοράρουν κάτω από 75 σε όλες τις παραμέτρους, εκτός της ικανοποίησης από την εργασία για το ΤΕΠ του νοσοκομείου Χατζηκώστα με μέση τιμή \bar{X} =83,33 (SD=14.58), λίγο παραπάνω από το όριο ακολουθεί το Γ.Ν. Φιλιατών (\bar{X} =77 με SD=15,64) και οριακά το Πρεβέζης με \bar{X} =75,83 και SD=15,64). Τα αποτελέσματα αυτά είναι παραπλήσια με πρόσφατες ελληνικές έρευνες σε άλλα τμήματα ή δομές (Καραϊσκού 2012; Μεϊντάνη, 2013; Πετρίδης et al., 2013), αν και το συνολικό σκορ των στάσεων για την ασφάλεια είναι χαμηλότερο στο ΤΕΠ σε σχέση με άλλα τμήματα. Στο συμπέρασμα αυτό φτάνουν και διεθνείς μελέτες όταν συγκρίνουν το ΤΕΠ ή οξέα τμήματα του νοσοκομείου με άλλα τμήματα (Kaissi et al, 2003; Deilkas & Hofoss, 2009; Relihan et al., 2009; Rasmussen et al., 2014).

Οι αντιλήψεις για τη διοίκηση είχαν το χαμηλότερο σκορ σε όλα τα υπό μελέτη ΤΕΠ (mean=43.26, SD=20.77). Σημειώνεται ότι το χαμηλότερο σκορ ήταν στο Γ.Ν. Άρτας με μέση τιμή 36,32. Τα αποτελέσματα αυτά έχουν χαμηλότερη τιμή από την έρευνα των Hamdan (2013), Poley et al. (2011), Relihan et al (2012), Raftopoulos & Pavlakis (2013), ενώ προσεγγίζει τη μέση τιμή ελληνικών ερευνών των Μεϊντάνη (2013) και Καραϊσκού (2012). Σε αντίθεση με το αποτέλεσμα αυτό έρχεται η έρευνα των Rasmussen et al (2014) στο ΤΕΠ. Η αντιλήψεις για τη διοίκηση αφορούν τη στελέχωση του τμήματος, την ενημέρωση και την υλικοτεχνική δομή. Διαφαίνεται λοιπόν ότι η έλλειψη υποστήριξης της διοίκησης να στηρίζει τις προσπάθειες του προσωπικού, να στελεχώσει επαρκώς τα τμήματα και να ενημερώνει το προσωπικό για τα θέματα που αφορούν την εργασία τους. Αυτό πιθανότατα ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα της σοβαρής υποστελέχωσης σε ανθρώπινο δυναμικό και εξοπλισμό των ΤΕΠ στην Ελλάδα (Αγγουριδάκης και Σμπυράκης, 2009) αλλά και όλου του συστήματος υγείας στη χώρα (OECD, 2014).

Ο μέσος όρος ηλικίας (37,85, SD=7,499) και τα έτη της συνολικής προϋπηρεσίας (12.15, SD=8.7) και ο συνολικός χρόνος εργασίας στο ΤΕΠ (6,9, SD=6.64) των συμμετεχόντων ήταν αρκετά χαμηλά, γεγονός που συνεπάγεται ότι η πλειονότητα του προσωπικού των ΤΕΠ είναι νεαρότερης ηλικίας και ως εκ τούτου προϋπηρεσίας. Από τον έλεγχο συσχετίσεων βρέθηκε θετική συσχέτιση της ηλικίας με τις διαστάσεις του

κλίματος ασφάλειας ($p=0.002$), ομαδικής συνεργασίας ($p=0.013$) και εργασιακών συνθηκών ($p=0.001$). Φαίνεται λοιπόν ότι ο παράγοντας ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθώς εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας στο χώρο, μεγαλύτερη άνεση στην έκφραση των ατομικών τους απόψεων όσον αφορά και την ασφάλεια του ασθενούς στο τμήμα, τον τρόπο διαχείρισής τους, την ικανοποίηση από τη δουλειά τους και την αίσθηση της έκφρασης.

Σημαντική διακύμανση παρουσιάστηκε στο ποσοστό συμμετοχής μεταξύ των διαφόρων τμημάτων ΤΕΠ, ομοίως με άλλες έρευνες (Deilkas & Hofoss, 2006; Shaw et al., 2008; Καραϊσκού, 2012; Patterson et al., 2010). Μεγαλύτερη συμμετοχή είχαν οι εργαζόμενοι του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου (67% του δείγματος) έναντι των άλλων τμημάτων. Η αναλογία αυτή οφείλεται και την πληρέστερη στελέχωση του ΤΕΠ σε ανθρώπινο δυναμικό, κυρίως όσον αφορά τις ιατρικές ειδικότητες που προσφέρει το πανεπιστημιακό νοσοκομείο, σε αντίθεση με τα άλλα νοσοκομεία που κατά την περίοδο της μελέτης τα περιφερειακά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στελέχωσης ανθρώπινου δυναμικού.

Στην ανάλυση διακύμανσης που πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τον τύπο του επαγγέλματος βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τη διάσταση του κλίματος ασφάλειας, ομαδικής συνεργασίας και των αντιλήψεων για τη διοίκηση. Οι νοσηλευτές σκοράρουν σημαντικά μεγαλύτερες τιμές από τους ιατρούς ($p=0.001$) για το κλίμα ασφάλειας. Αντίθετα αποτελέσματα έδωσε πρόσφατη έρευνα στην Ολλανδία όπου οι γιατροί είχαν καλύτερο σκορ από τους νοσηλευτές στις διαστάσεις της ομαδικής συνεργασίας, κλίματος ασφάλειας και αναγνώρισης του στρες (Poley et al., 2011). Δεδομένου ότι το μεγαλύτερο δείγμα ιατρών ήταν ειδικευόμενοι, άρα με καθεστώς εργασίας συμβασιούχοι στο νοσοκομείο, σε αντίθεση με νοσηλευτές που το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν μόνιμοι, το αποτέλεσμα αυτό πιθανότατα επηρεάζεται από το καθεστώς εργασιακής ασφάλειας που προσφέρει η μονιμότητα στους νοσηλευτές στην Ελλάδα στο ΤΕΠ.

Ο παράγοντας του κλίματος ασφάλειας διαπιστώνεται ότι η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 54,16/100 ($SD=15,70$) και κρίνεται πολύ χαμηλή. Παρόμοια αποτελέσματα έδωσαν και οι έρευνες των Raftoroulos et al (2011), Relihan et al (2009), σχεδόν θετικό ήταν στην έρευνα των Poley et al. (2011), ενώ θετικοποιήθηκε (69,2/100 προ και 75,0 μετά παρέμβασης) μετά την παρέμβαση στην έρευνα των Patterson et al. (2012) σε παιδιατρικό ΤΕΠ. Η μη ικανοποιητική βαθμολόγηση του κλίματος ασφάλειας αντανακλά τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τον τρόπο διαχείρισης των θεμάτων ασφαλείας και την ασφάλεια των ασθενών. Υψηλότερα βαθμολογήθηκε το κλίμα ασφάλειας από τις γυναίκες (Raftoroulos & Pavlakis, 2013), τους νοσηλευτές, τους εργαζόμενους που επέλεξαν το τμήμα εργασίας τους, οι εργαζόμενοι της πρωινής βάρδιας, με τα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας γενικά και στο ΤΕΠ, με μεγαλύτερη ηλικία και με υψηλότερους δείκτες στις παραμέτρους της ΣΝ, και οι εργαζόμενοι σε ΤΕΠ γενικών νοσοκομείων συγκριτικά με πανεπιστημιακό.

Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του συνολικού χρόνου άσκησης του επαγγέλματος και των αντιλήψεων για το κλίμα ασφάλειας. Συμμετέχοντες με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία βαθμολογούν υψηλότερα το κλίμα ασφάλειας στο ΤΕΠ. Αντίθετα αποτελέσματα έδειξε η έρευνα των Lambrou et al (2015), όπου συμμετέχοντες με 10 και πλέον έτη προϋπηρεσίας βαθμολογούν το κλίμα ασφάλειας χαμηλότερα, ενώ κάτω των 5 ετών σκοράρουν ακόμη χαμηλότερα. Αυτή η διαφορά πιθανότατα να οφείλεται στο διαφορετικό δείγμα των συμμετεχόντων στην έρευνα (Lambrou et al, 2015). Στατιστικά σημαντική διαφορά σημείωσαν οι γυναίκες για το κλίμα ασφάλειας ($p=0.004$). Βιβλιογραφικά οι απόψεις των ερευνητών δίστανται και δε διαφάνηκε εάν το φύλο σχετίζεται με το κλίμα ασφάλειας (Goras et al., 2013; Raftoroulos et al., 2013; Poley et al., 2011; Hamdan, 2013).

Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 57% και κυμαινόταν παραπλήσια του μέσου όρου σε σύγκριση με έρευνες του εξωτερικού (Relihan et al 2009; Patterson et al., 2010; France et al., 2010), αλλά αρκετά πιο κάτω από προηγηθείσα έρευνα που διενεργήθηκε με το ίδιο εργαλείο στην Ελλάδα (Γλούφτση, 2015). Το σχετικά χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης μπορεί να οφείλεται στο πίεση του χρόνου και στον συνωστισμό που παρατηρείται πάντα στα ΤΕΠ (Fillipatos & Karassi, 2015). Ένας άλλος παράγοντας είναι το καθεστώς στελέχωσης του ΤΕΠ, κατά το οποίο άλλα επαγγέλματα πλην του νοσηλευτικού στελεχώνουν περιοδικά το τμήμα με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η προσπέλαση των επαγγελματιών υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν ιατροί και νοσηλευτές (46,1% και 38,3% αντίστοιχα), σχεδόν ανάλογο των αναλογιών ιατρών/νοσηλευτών που παρουσιάζονται στο ΕΣΥ (OECD, 2014), με κατανομή φύλου για τις γυναίκες και άντρες 53,6% και 46,4% αντίστοιχα.

Εξετάζοντας τη διάσταση των εργασιακών συνθηκών οι ειδικευόμενοι γιατροί, το προσωπικό μικρότερης ηλικίας, που εργάζεται σε 24ωρη βάρδια σημείωσαν χαμηλότερο σκορ με μέση τιμή 55.00 (min 33.25-max 83.25) συγκριτικά με άλλες επαγγελματικές ομάδες. Χαμηλό σκορ αλλά λίγο υψηλότερο από την παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε και στην έρευνα των Patterson et al. (2010), με σκορ 66,9 (min 36,6- max 91.4). Σημειώνεται ότι συν τοις άλλοις οι εργασιακές συνθήκες αφορούν την εκπαίδευση/κατάρτιση και επιτήρηση του νέου προσωπικού, οπότε το αποτέλεσμα αυτό πιθανότατα ερμηνεύεται λόγω του 24ωρου καθεστώτος εργασίας των ειδικευόμενων ιατρών και της έλλειψης παρουσίας του επιμελητή ιατρού καθ' όλη τη διάρκεια της εφημερίας, καθώς οι εκπαιδευόμενοι κάνουν περισσότερα λάθη απ' ό τι οι εκπαιδευμένοι (Rinke et al., 2008).

Όσον αφορά το σκορ για τη διάσταση της ομαδικής συνεργασίας κρίνεται χαμηλό με μέση τιμή 62,27 (SD=17.11), παραπλήσια των αποτελεσμάτων άλλων ερευνών Poley et al. (2011), Hamdan (2013), Καραϊσκού (2012), ενώ κρίνεται χαμηλότερη από τα αποτελέσματα της έρευνας Pronovost et al. (2008), Relihan et al. (2009) Raftoroulos & Pavlakis (2013). Θετικό σκορ σημείωσε στην έρευνα των Patterson et al. (2013) με μέση τιμή 78.6 (SD=13.3) μετά την παρέμβαση προσομοίωσης στο ΤΕΠ. Επισημαίνεται ότι το καλό κλίμα ομαδικής συνεργασίας συμβάλλει στη δημιουργία ενός ασφαλέστερου περιβάλλοντος φροντίδας με ανεπιθύμητα συμβάντα και παρ' ολίγο σφάλματα (Huang et al., 2010). Σημειώνεται επίσης ότι στην παρούσα έρευνα θετική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ των τιμών της ποιότητας συνεργασίας με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ασφάλειας ασθενούς με όλους τους παράγοντες του SAQ πλην της αναγνώρισης του στρες. Η συσχέτιση αυτή επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα των Poley et al. (2011), Relihan et al. (2009) και Patterson et al. (2013).

Στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < .013$) σημειώθηκε στους συμμετέχοντες με μεγαλύτερη ηλικία δείχνοντας ότι με το πέρασμα των χρόνων οι εργαζόμενοι έχουν μεγαλύτερη αίσθηση της ομαδικής συνεργασίας (Raftoroulos & Pavlakis, 2013), με τις γυναίκες να βιώνουν περισσότερο το πνεύμα της ομαδικής συνεργασίας (mean=64.59 vs 59.10), αποτέλεσμα αντίθετο από την έρευνα των Siassakos et al. (2011). Η ομαδική συνεργασία είχε θετική συσχέτιση με υψηλές τιμές ΣΝ των συμμετεχόντων ($p < .002$ για SEA, $p = .000$ για ΟΕΑ, $p < .001$ για UOE και $p = .000$ για ROE). Η ικανότητα να κατανοούμε τα συναισθήματά μας καθώς και η ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε τα συναισθήματα και τις ανάγκες των άλλων και να συμπεριφερόμαστε ανάλογα, η ικανότητα να διαχειριζόμαστε τις παρορμήσεις και τις διαθέσεις μας βοηθούν εξαιρετικά την επίλυση των συγκρούσεων, την παροχή υποστήριξης στο υπόλοιπο προσωπικό, στην αναφορά προβλημάτων που αφορούν τους ασθενείς, αλλά και στη συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Σε επείγουσες και στρεσογόνες καταστάσεις αυτές θεωρούνται βασικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων στο ΤΕΠ (Holberg, 2015). Η βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας, ομαδικής συνεργασίας, διαχείρισης κρίσεων

και συγκρούσεων αποτελούν σημαντικό παράγοντα σε τμήματα υψηλής έντασης εργασίας όπως το ΤΕΠ (Kaissi et al, 2002).

Εξετάζοντας τον τύπο του νοσοκομείου που συσχετίζεται με το ΤΕΠ στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε όλες τις διαστάσεις. Το πανεπιστημιακό ΤΕΠ σημείωσε χαμηλότερα σκορ σε 3 από τις 6 διαστάσεις, για το κλίμα ασφάλειας, την ικανοποίηση από την εργασία και το ομαδική συνεργασία. Αυτό πιθανότατα συνδέεται με τη βαρύτητα των περιστατικών που υποδέχεται το ΤΕΠ ΠΓΝΙ ως κέντρο τραύματος επιπέδου I, και την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων (Colla et al., 2006) συγκριτικά με τα ΤΕΠ γενικών νοσοκομείων, το φόρτο εργασίας την εμπλοκή πολλών ειδικοτήτων στην τελική διάγνωση της ασθένειας .

Όσον αφορά τον παράγοντα αναγνώρισης του στρες η μέση τιμή ήταν 67,41 (SD=22.46) η οποία είναι υψηλότερη από τα αποτελέσματα της Καραϊσκού (2012) της Κάργα (2009), Poley et al. (2009) , γεγονός που καταδεικνύει ότι οι εργαζόμενοι στα ΤΕΠ γνωρίζουν καλύτερα τους στρεσογόνους παράγοντες στο τμήμα, με το φόρτο εργασίας να εκλαμβάνεται ως <<μέρος της δουλειάς>> (Rinke et al., 2008). Ο παράγοντας συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματος και συνολικός χρόνος εργασίας στο ΤΕΠ σχετίστηκαν θετικά με τον παράγοντα στρες σε αντίθεση με την έρευνα των Raftoroulos & Pavlakis (2013), καταδεικνύοντας ότι ο φόρτος εργασίας, η κούραση, το εχθρικό περιβάλλον επηρεάζει την αποδοτικότητα στην εργασία αλλά όχι την ασφάλεια του ασθενούς. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η αναγνώριση των επαγγελματιών υγείας που υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση (Κωσταγιόλας et al., 2008) και η ανανέωση της στελέχωσης των ΤΕΠ με νεότερο σε ηλικία προσωπικό, όπως προτείνεται και από τους ίδιους τους εργαζόμενους στο ποιοτικό μέρος της έρευνας για τους τρόπους βελτίωσης της ασφάλειας στο ΤΕΠ.

Διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων με τις παραμέτρους της ΣΝ. Έτσι υψηλότερη βαθμολογία για την ικανότητα αναγνώρισης των ατομικών συναισθημάτων σημείωσαν οι γυναίκες, οι μόνιμοι υπάλληλοι και οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας. Στατιστικά σημαντικές διαφορές σημείωσαν οι ιατροί και οι εργαζόμενοι 24ωρου βάρδιας έναντι υπολοίπου προσωπικού στην ικανότητα αντίληψης των συναισθημάτων των άλλων. Ωστόσο οι ιατροί βαθμολόγησαν υψηλότερα την χρήση του συναισθήματος για την επίτευξη στόχων, ενώ η μεγαλύτερη ηλικία και ο συνολικός χρόνος εργασίας παρουσίασαν θετική συσχέτιση με τις παραμέτρους ΟΕΑ, ΡΟΕ και χρήσης UOE. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν την ανάγκη προσανατολισμού της διοίκησης σε θέματα υποκίνησης των εργαζομένων και παρεμβάσεων βελτίωσης δεξιοτήτων επικοινωνίας, ομαδικής συνεργασίας, διαχείρισης συγκρούσεων και κρίσεων με ομάδα στόχο κατά προτεραιότητα άτομα μικρότερης ηλικίας, άντρες, εργαζόμενους 24ωρου βάρδιας και ιατρούς.

Μετά από τον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Chi Square φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ 5 από τις 6 διαστάσεις του SAQ, με την κλίμακα ΣΝ WLEIS και συγκεκριμένα με τη διάσταση της ικανοποίησης από την εργασία ($p < .001$). Στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση έδειξαν και τα αποτελέσματα πρόσφατης ελληνικής έρευνας ($p < .001$) κυρίως για την διάσταση αναγνώριση των ατομικών συναισθημάτων (SEA) με δείγμα 130 ιατρούς (Psiloranagiotti et al., 2012). Οι εργαζόμενοι που χρησιμοποιούν τις δεξιότητες της ΣΝ (αυτοπεποίθηση, ενσυναίσθηση, προσαρμογή και επίλυση συγκρούσεων) για την επιτυχημένη αλληλεπίδραση με τους ασθενείς και συναδέλφους αισθάνονται ικανότεροι και πιο ικανοποιημένοι από την εργασία τους (Goleman, 2001). Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ της επιλογής εργασίας στο ΤΕΠ και του κλίματος ασφάλειας και ικανοποίησης από την εργασία ($p < .015$ και $P < .040$ αντίστοιχα).

Συγκριτικά με την επαγγελματική ιδιότητα στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική την παράμετρο (ΟΕΑ) στους νοσηλευτές συγκριτικά με τους γιατρούς. Η ΟΕΑ αφορά την ικανότητα να αντιλαμβάνομαστε/κατανοούμε τα συναισθήματα των άλλων, αποτέλεσμα το οποίο πιθανότατα εξηγείται από τη φύση της δουλειάς των νοσηλευτών να έρχονται σε επαφή μεγαλύτερο διάστημα με άτομα (Bailey, 2011), αλλά και από την εκπαίδευση που λαμβάνουν στις νοσηλευτικές σχολές η οποία προσανατολίζεται στην ευαισθητοποίησή τους για την κατανόηση των αναγκών των άλλων ανθρώπων. Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε στον παράγοντα UOE της κλίμακας, όπου παρατηρήθηκε νοσηλευτές και λοιπό βοηθητικό προσωπικό να έχουν χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με τους γιατρούς. Η διάσταση της UOE αφορά την ικανότητα να ωθούμε διαρκώς τον εαυτό μας για την επίτευξη στόχων, αποτέλεσμα το οποίο πιθανότατα σχετίζεται με έλλειψη προσωπικών και οικονομικών κινήτρων, την κατάρτιση και τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος (Μπακόλα et al., 2015). Φαίνεται όμως να μην επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ηλικία ή ο συνολικός χρόνος εργασίας, τα οποία φαίνεται να επηρεάζουν τις υπόλοιπες διαστάσεις.

Όσον αφορά τον φυλετικό παράγοντα η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά για τις γυναίκες στις διαστάσεις του SEA και ΟΕΑ. Έτσι οι γυναίκες με σκοράρουν υψηλότερα στην ικανότητα κατανόησης τόσο των συναισθημάτων τους όσο και των άλλων. Σε ελληνική έρευνα η διαφορά εντοπίστηκε μόνο στη διάσταση SEA, ενώ και διεθνείς μελέτες όπου εφαρμόστηκε η ίδια κλίμακα σε διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες υποστηρίζει μια μικρή διαφορά υπέρ του γυναικείου φύλου (Whitman et al., 2009).

5.1. Περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη συμπεριλάμβανε μόνο τα δημόσια νοσοκομεία της περιοχής, ωστόσο στον ιδιωτικό τομέα δεν υπάρχει ιδιωτικός τομέας επειγόντων παρά μόνο για μαιευτικές καταστάσεις. Από το δείγμα αποκλείστηκαν τα παιδιατρικά επείγοντα τμήματα, ως μειοψηφία ασθενών, αλλά και επειδή τα νοσοκομεία αυτά δεν αποτελούν κέντρα τραύματος ή οξέων παιδιατρικών περιστατικών και τα επείγοντα περιστατικά διακομίζονται σε άλλα νοσοκομεία.

Η μόνιμη στελέχωση των ΤΕΠ μόνο με νοσηλευτικό προσωπικό και διοικητικό προσωπικό μόνο στο ΠΓΝΙ, δυσχεραίνει την πληροφόρηση και τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Το γεγονός αυτό, μαζί με την έλλειψη προθυμίας συμπλήρωσης το ερωτηματολογίου από ειδικευμένους ιατρούς, περιόρισε επίσης και τη δυνατότητα μιας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας, αλλά και τη σφαιρική αποτύπωση του κλίματος ασφάλειας. Τα αποτελέσματα αφορούν μόνο την περιφέρεια Ηπείρου και δε μπορούν να γενικευτούν.

Στο ερωτηματολόγιο δε φαίνεται η θέση ευθύνης που πιθανώς κατέχει ο συμμετέχων, οπότε δε μπορεί να γίνει συγκριτική μελέτη των αντιλήψεων των συμμετεχόντων με θέσεις ευθύνης (προϊστάμενοι, διευθυντές) για το κλίμα ασφάλειας του τμήματός τους ή του επιπέδου ΣΝ. Επίσης οι ερωτήσεις που αφορούν τις αντιλήψεις για τη διοίκηση προκάλεσαν σύγχυση στους συμμετέχοντες διότι δεν υπάρχει ξεκάθαρη αναφορά σχετικά με τη διοίκηση του τμήματος ή του νοσοκομείου.

Το SAQ ως εργαλείο μέτρησης υστερεί στην αναγνώριση των παρεμβάσεων για να διορθωθεί το κλίμα ασφάλειας και δεν καλύπτει πλήρως τις πολιτικές και διαδικασίες που πρέπει να εφαρμοστούν για τη βελτίωση της ασφάλειας, ωστόσο τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης μπορούν να αποτελέσουν το έναυσμα και σημείο αναφοράς για περαιτέρω έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο.

5.2 Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας διαπιστώθηκε ότι το συνολικό κλίμα ασφάλειας στα υπό μελέτη ΤΕΠ δεν κρίνεται ικανοποιητικό. Το χαμηλότερο σκορ σημείωσε η διάσταση των αντιλήψεων για τη διοίκηση (mean=43.26), μετά ακολουθούσαν οι εργασιακές συνθήκες(53,36) και με ελάχιστη διαφορά το κλίμα ασφάλειας (54,16). Ο ρόλος της διοίκησης χρήζει ποιοτικής αναβάθμισης, αφού διαφαίνεται ότι δεν επηρεάζει όσο θα έπρεπε το κλίμα ασφάλειας. Έτσι κρίνεται αναγκαία η προσαρμογή των πολιτικών μεθόδων της διοίκησης όσον αφορά τη διαχείριση του προσωπικού, όπως αλλαγή τμήματος σε νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας και προϋπηρεσίας στο ΤΕΠ για την αποφυγή φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης, προσωπική επιλογή εργαζομένων να δουλέψουν στο χώρο των ΤΕΠ, την ενημέρωση για εργασιακά θέματα. Επιπλέον παρεμβάσεις για τη βελτίωση εργασιακών συνθηκών (αύξηση προσωπικού, εξοπλισμός, εκπαίδευση προσωπικού) πιθανότατα θα έχουν θετικό αντίκτυπο στο κλίμα ασφάλειας του τμήματος.

Το υψηλότερο σκορ -αλλά πάλι κάτω από το 75, το οποίο θεωρείται το ορόσημο θετικοποίησης του αποτελέσματος- σημείωσε η διάσταση της αναγνώρισης του στρες (67,41), ικανοποίησης από την εργασία (64,43) και τέλος της ομαδικής συνεργασίας (62,27). Τα ΤΕΠ των περιφερειακών νοσοκομείων είναι θεωρητικά ασφαλέστερα από το ΤΕΠ του πανεπιστημιακού και με υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης από την εργασία. Υψηλότερο σκορ για το κλίμα ασφάλειας σημείωσαν οι γυναίκες, οι νοσηλευτές, οι μόνιμοι, οι εργαζόμενοι κυρίως κατά την πρωινή βάρδια, μεγαλύτερης ηλικίας, τα άτομα με μεγαλύτερο συνολικό χρόνο εργασίας και με υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις της ΣΝ. Όλα τα παραπάνω συνάδουν στη στελέχωση των ΤΕΠ με μόνιμο προσωπικό και καλύτερα ωράρια εργασίας, λήψη μέτρων άμβλυνσης των στρεσογόνων συνθηκών με σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και την παροχή ασφαλέστερης φροντίδας υγείας. Θετική συσχέτιση είχαν ο συνολικός χρόνος εργασίας και προϋπηρεσία στο ΤΕΠ με χαμηλότερα ποσοστά αναγνώρισης του στρες δείχνουν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων και την ανάγκη ανανέωσης του προσωπικού με λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας, πρόταση η οποία δίνεται και από τους ίδιους τους εργαζόμενους στα ποιοτικά σχόλια βελτίωσης της ασφάλειας του ασθενούς.

Διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων με τις παραμέτρους της ΣΝ. Έτσι υψηλότερη βαθμολογία για την ικανότητα αναγνώρισης των ατομικών συναισθημάτων σημείωσαν οι γυναίκες, οι μόνιμοι υπάλληλοι και οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας. Στατιστικά σημαντικές διαφορές σημείωσαν οι ιατροί και οι εργαζόμενοι 24ωρου βάρδιας έναντι υπολοίπου προσωπικού στην ικανότητα αντίληψης των συναισθημάτων των άλλων. Ωστόσο οι ιατροί βαθμολόγησαν υψηλότερα την χρήση του συναισθήματος για την επίτευξη στόχων, ενώ η μεγαλύτερη ηλικία και ο συνολικός χρόνος εργασίας παρουσίασαν θετική συσχέτιση με τις παραμέτρους ΟΕΑ, ROE και χρήσης UOE. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν την ανάγκη προσανατολισμού της διοίκησης σε θέματα υποκίνησης των εργαζομένων και παροχής κινήτρων κυρίως για το νοσηλευτικό προσωπικό και παρεμβάσεων βελτίωσης δεξιοτήτων επικοινωνίας, ομαδικής συνεργασίας, διαχείρισης συγκρούσεων και κρίσεων με ομάδα στόχο κατά προτεραιότητα άτομα μικρότερης ηλικίας, άντρες, εργαζόμενους 24ωρου βάρδιας και ιατρούς. Επίσης η συνιστώσα επιλογής του τμήματος εργασίας από τους ίδιους τους εργαζόμενους και η θετική συσχέτιση με το κλίμα ασφάλειας και ικανοποίησης από την εργασία, προσανατολίζει τα στελέχη των νοσοκομείων να καταναείμουν τις θέσεις εργασίας βάση της επιλογής των εργαζομένων, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση ασφαλέστερη φροντίδα υγείας.

Οι προσπάθειες αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας στα νοσοκομεία και τα επιμέρους τμήματα δεν έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της φορέων πολιτικής χάραξης. Έχουν γίνει προσπάθειες ανάληψης δράσεων για την ασφάλεια του ασθενούς ωστόσο η χρήση συγκεκριμένων εργαλείων για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας δεν έχει συμπεριληφθεί στα μέτρα της οργανωμένης πολιτικής βούλησης. Η υιοθέτηση ενός τέτοιου εγχειρήματος θα αποτελούσε το πρώτο βήμα καταγραφής των προβλημάτων των επιμέρους τμημάτων και ολόκληρων οργανισμών με σκοπό τη βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και του εργασιακού περιβάλλοντος των εργαζομένων. Επιπλέον η υιοθέτηση πολιτικής ελεύθερης επίρριψης ευθυνών (blame free policy) και η δημιουργία ενός συστήματος καταγραφής σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων θα βοηθήσει στην κατανόηση των αιτιών και την έγκαιρη αντιμετώπισή τους (Βοζίκης & Ρήγα, 2010). Και αυτό πάλι προϋποθέτει τη νομική προστασία των επαγγελματιών υγείας (εκτός των περιπτώσεων εγκληματικής αμέλειας) αλλά και την καλλιέργεια ενός κλίματος κατανόησης και αλληλοβοήθειας στο τμήμα.

Παρ' όλους τους περιορισμούς της συγκεκριμένης έρευνας είναι η πρώτη φορά που αξιολογείται το κλίμα ασφάλειας σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, οπότε η συγκεκριμένη έρευνα μπορεί να αποτελέσει τη βάση για μελλοντική σύγκριση αποτελεσμάτων (Flins et al., 2006). Καταλήγοντας, αναδεικνύεται η ανάγκη αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας σε επίπεδο εθνικό, οργανισμού και τμήματος και η ανατροφοδότησή του, ιδιαίτερα τώρα που λόγω της οικονομικής κρίσης, το ΤΕΠ είναι το τμήμα που χρησιμοποιεί συχνότερα από κάθε άλλη υπηρεσία του ΕΣΥ ο πολίτης. Η προαγωγή της κουλτούρας ασφάλειας στο ΤΕΠ θα γίνει περισσότερο αισθητή στην κοινωνία από οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση στο ΕΣΥ.

5.3 Εισηγήσεις

Δεδομένου του ικανοποιητικού αριθμού συμμετεχόντων στη μελέτη, όσο και της συμμετοχής διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας, τα αποτελέσματα μπορούν να αξιοποιηθούν για βελτιωτικές παρεμβάσεις στην κουλτούρα ασφάλειας του προσωπικού των συγκεκριμένων τμημάτων, αλλά και αποτελέσουν τη βάση για συγκριτική αξιολόγηση σε μελλοντικές μελέτες. Στο πλαίσιο μιας ολιστικής παρέμβασης για την ανάπτυξη κλίματος ασφάλειας, τα ευρήματα της παρούσης μελέτης δείχνουν την ανάγκη στοχευμένων ενεργειών για όλους τους παράγοντες του SAQ στο ΤΕΠ, για κάθε επαγγελματική κατηγορία με βάση το αντικείμενο εργασίας, περιβάλλον εργασίας και ιδιαίτερων ατομικών χαρακτηριστικών. Αναγκαία προϋπόθεση είναι η αναβάθμιση του ρόλου της διοίκησης με προσαρμογή των πολιτικών και μεθόδων της διοίκησης όσον αφορά τη διαχείριση του προσωπικού, π.χ. αλλαγή τμήματος σε εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας και προϋπηρεσίας στο ΤΕΠ για αποφυγή φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και η προσωπική επιλογή των εργαζόμενων να επιλέξουν οι ίδιοι το τμήμα εργασίας τους. Παρεμβάσεις βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών κρίνονται αναγκαίες, όπως ικανοποιητική στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό, διαθέσιμου εξοπλισμού και βελτίωση του ωραρίου εργασίας. Προγράμματα βελτίωσης επικοινωνίας, ομαδικής συνεργασίας, διαχείρισης κρίσεων και συγκρούσεων με ομάδα στόχο κυρίως νεαρότερα σε ηλικία και προϋπηρεσία εργαζόμενους, με κυλιόμενο ή 24ωρο καθεστώς εργασίας.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση με στόχο την αύξηση των προσόντων των επαγγελματιών υγείας, η ευαισθητοποίηση σε θέματα ασφάλειας των ασθενών καθώς και η παροχή κινήτρων κυρίως για το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι περιοχές παρέμβασης για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Οι περισσότερες αιτίες του εργασιακού στρες στους επαγγελματίες υγείας αφορούν τον τρόπο με τον οποίο είναι σχεδιασμένη η εργασία και τον τρόπο με τον οποίο τα νοσοκομεία διοικούνται (Κοϊνης & Σαρίδη,

2014). Μέτρα άμβλυνσης των στρεσογόνων συνθηκών με ομάδα στόχο άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και προϋπηρεσίας στα ΤΕΠ είναι απαραίτητες.

Επιπλέον πολιτική βούληση και παρεμβάσεις από τα αρμόδια σώματα και επιτροπές επιβάλλεται για τη εφαρμογή μηχανισμών πρόωξης αναγνώρισης των παραγόντων που επηρεάζουν την ασφάλεια του ασθενή. Η καταμέτρηση των σφαλμάτων και των ανεπιθύμητων συμβάντων και η δημιουργία ενός συστήματος αναφοράς λαθών χωρίς επίρριψη ευθυνών (blame free policy) για τον εντοπισμό λαθών και παραλείψεων με σκοπό τη βαθύτερη κατανόηση των αιτιών και πρόληψής των .

Περισσότερη γνώση και έρευνα για τους επαγγελματίες υγείας και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών κρίνεται αναγκαία σε μελλοντική βάση, με συνεχή αξιολόγηση και ανατροφοδότηση, σε επίπεδο εθνικό, οργανισμών και τμημάτων. Σε επόμενη μελέτη θα ήταν ενδιαφέρουσα η μελέτη και η διερεύνηση τυχόν διαφορών στην κουλτούρα ασφάλειας των ειδικευμένων ιατρών του ΤΕΠ.

6. Βιβλιογραφία

- Adams, K.L., Iseler, J.I.(2014). The relationship of bedside nurses' emotional intelligence with quality of care, *Journal of Nursing Care Quality*, 29 (2), 174–181.
- Bailey, C, Murphy, R, & Porock, D (2011) 'Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work', *Journal Of Clinical Nursing*, 20,(23/24), 3364-3372.
- Bellot, J. (2011). 'Defining and Assessing Organizational Culture', *Nursing Forum*, 46, (1), 29-37.
- Brannick, M, Wahi, M, Arce, M, Johnson, H, Nazian, S, & Goldin, S.(2009). 'Comparison of trait and ability measures of emotional intelligence in medical students', *Medical Education*, 43,(11), 1062-1068
- Calder LA, Forster A, Nelson M, Leclair J, Perry J, et al.(2010) Adverse events among patients registered in high-acuity areas of the emergency department: a prospective cohort study. *CJEM* 12: 421–430.
- Carney, M (2006) 'Understanding organizational culture: the key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery?', *Journal Of Nursing Management*, 14 (1), 23-33.
- Colla J, Bracken A, Kinney L, Weeks W, (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys, *Qual Saf Health Care*, 14, 364-366.
- Cosby KS.(2003). A framework for classifying factors that contribute to error in the emergency department. *Ann Emerg Med.*;42:815-823.
- Codier, E, & Codier, D (2015) 'Do emergency nurses have enough emotional intelligence?', *Emergency Nurse*, 23(3), 26-29 .
- Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations.(2015).Emotional Intelligence and Job Performance. [tinyurl.com/ phzlv3r](http://tinyurl.com/phzlv3r) (Last accessed: October 2015)
- Deilkas Et & Hofoss D.(2008). Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire(SAQ), Generic Version (Short-form 2006), *BMC Health Services Research*, 8, 191-200.
- Deilkas E, Hofoss D.(2010)Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Serv Res*, 10:85
- Donabedian, A. (1988). 'The quality of care. How can it be assessed?', *Jama*, 260, 12, 1743-1748.
- Etchegaray J, Thomas E.(2012) Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety, *BMJ Quality & Safety*, 21(6):490-498.
- European Commission.(2012).Report from the Commission to the Council on the basis of Member States' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections, Brussels, COM, 366 final.

European Commission.(2014).Presentations-Meeting of the EU Patient Safety and Quality of Care Expert group, Brussels European Commission, Eurobarometer .(2014). Patient Safety and Quality of Care, full report.

European Commission.(2012). Detailed analysis of countries' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections, Commission Staff Working Document, Brussels, διαθέσιμο στο:(http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_swd_en.pdf).

Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM.(2006). Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*,15:109–115

Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Al Saied G, Code CC, et al.(2004).Ottawa

Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, Bowen J & Ciavarelli A.(2003). Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators, *Human Factors*, 45(2), 173-185

Gabrani A, Hoxha A, Simaku A, Gabrani J.(2015). Application of the Safety Attitudes Questionnaire(SAQ) in Albanian Hospital: a cross-sectional study, *BMJ Open*, 5(4), 1-10.

Gardner, LC(2003) 'Exploration of the relationships between workplace Emotional Intelligence, occupational stress and employee health', *Australian Journal Of Psychology*, 55,. 181, Psychology and Behavioral Sciences Collection,

Göras, C, Wallentin, FY, Nilsson, U, & Ehrenberg, A .(2013). 'Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version)', *BMC Health Services Research*, 13,104

Goleman D. (1998). What Makes a Leader?, *Harvard Business Review*, 76 (6): 93-102.

Goleman, D .(1998) 'The emotionally competent leader', *The Healthcare Forum Journal*, 41,(2), 36.

Gorgas D, Greenberger S, Bahner D, & Way D.(2015). 'Teaching Emotional Intelligence: A Control Group Study of a Brief Educational Intervention for Emergency Medicine Residents' 2015, *Western Journal Of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care With Population Health*, 16, 6, 899-906.

Guldenmund,9 20000. The nature of safety culture: a review of theory and research, *Safety Science*, 34(1), 215-257.

Halligan M & Zecevic A.(2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress, *BMJ Quality & Safety*, 20, 4, 338-343.

Hamdan M (2013). Measuring safety culture in Palestinian neonatal intensive care units using the Safety Attitudes Questionnaire, *Journal of Critical Care*, 28(6), 886-887

Health and Safety Commission.(1993).Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors.London: HMSO,23.

Healthcare Foundation.(2013). Safety Culture: What is It and How Do We Monitor and Measure It?, Event Report

Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A.(2007)."Challenging patient safety culture: survey results", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20, (7), 620 - 632

Holbery, N.(2015). 'Emotional intelligence – essential for trauma nursing', *International Emergency Nursing*, 23, (1), 13-16.

HOPE.(2009).Hospital Healthcare Europe, The Official HOPE Reference Book

HOPE, European Hospital and Healthcare Federation(2004). Insurance and Malpractice, Final Report of HOPE's Sub-committee on Co-ordination, Standing Committee of the Hospitals of the European Union, Brussels

HOPE, European Hospital and Healthcare Federation.(2013). Patient safety in practice: How to manage risks to patient safety and quality in European healthcare, Report on HOPE Agora, The Hague, June

HOPE, European Hospital and Healthcare Federation.(2015).Emergency Care A HOPE survey.

Horwitz LI, Meredith T, Schuur JD, Shah NR, Kulkarni RG, Jenq GY.(2009).Dropping the baton: a qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. *Ann Emerg Med*, 53:701–710.

Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients

Howerton Child R, (2013). Appraisal, coping, social support, perceived patient safety and intent to leave in emergency departments RNs who have experienced workplace violence, electronic thesis and dissertation, UCLA.

<http://www.health.org.uk/publication/safety-culture-what-it-and-how-do-we-monitor-and-measure-it>
<http://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>

Hyoung-Sook P, Jae-Hyun H, Mee-Hun L & Hyun L.(2014).The relationship between emotional intelligence and stress coping of nurses, *Journal of Korean Academy of Fundamentals of nursing*, 24,(1), 466-474.

Ilan, R, & Fowler, R.(2005). Brief history of patient safety culture and science, *Journal of Critical Care*, 20(1)

Ilarida, E., Findlay, B.M.(2006). Emotional intelligence and propensity to be a team player, *E-Journal of Applied Psychology*, 2 (2), 19–29.

Institute of Medicine.(2006).Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point. Washington, DC, NationalAcademies Press.

Institute of Medicine (2007). Future of Emergency Care: Dissemination Workshop Summaries

International Atomic Energy Agency, Safety culture.(1991) International Safety Advisory Group, Safety Series 75-INSAG-4. Vienna: International Atomic Energy Agency.

IOM.(1999).To Err is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, Washington. DC, National Academy Press, 20-23

Jackson J, Sarac C, Flin R.(2010).Hospital safety climate surveys: Measurement issues, *Current opinion in Critical Care*,16 (6): 632-638

James JT.(2013). A new evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care, *Journal of Patient Safety*,9 (3),122-128.

Kafetsios, K, & Zampetakis, L.(2008). 'Emotional intelligence and job satisfaction: Testing the mediatory role of positive and negative affect at work', *Personality & Individual Differences*, 44, (3), 710-720

Lambrou P, Papastavrou E, Merkouris A & Middleton N.(2015). Professional environment and patient safety in emergency departments, *International Emergency Nursing*, 23, 150-155.

Leape L.(1994). Error in Medicine, *Journal of the American Medical Association*, 272 (23):1851-57.

- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, et al.(1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II, *N Engl J Med*, 324: 377–384.
- Libbrecht N, Beuckelaer A, Lievens F, Rockstuhl T.(2014).Measurement Invariance of the Wong and Law Emotional Intelligence Scale Scores: Does the measurement structure hold across Far Eastern and European Countries?, *Applied Psychology: An International Review*, 63(2), 223-237.
- Lin B, Wan T, Hsu C, Hung F, Juan C, Lin C. (2012).Relationships of hospital-based emergency department culture to work satisfaction and intent to leave of emergency physicians and nurses, *Health Services Management Research: An Official Journal of the Association of University programs in Health Administration/HSMC, AUPHA*, 25(2): 68-77
- Mayer JD, Salovey P.(1997).What is emotional intelligence? In *Emotional Development and Emotional Intelligence:Implications for Educators*, Edited by Salovey P, Sluyter D, New York: Basic Books, 3–31.
- Meier F, Maas R, Dormann H, et al.(2015). Adverse drug events in patients admitted to an emergency department: an analysis of direct costs, *Pharmacoepidemiology & Drug Safety* 24(2):176-186
- Modak I, Sexton B, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ.(2007).Measuring safety culture in the ambulatory setting: The Safety Attitudes Questionnaire- Ambulatory Version, *Society of General Internal Medicine*, 22(1), 1-5.
- Morrison J.(2008).The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles,*Journal of Nursing Management*, 16,8, 974-983.
- National Quality Forum (NQF).(2006).Safe practice for better Healthcare,.(2006). update, A consensus report.
- National Quality Forum (NQF). Serious Reportable Events in Healthcare. (2006)Update. Washington, D.C.: 2007.
- Nieva VF & Sorra J.(2003,.)Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations, *Qual Saf Health Care*, 12 (II): ii17-ii23
- OECD.(2014).Health at a glance
- Patterson D, Huang D, Fairbanks R et al.(2010.)The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire,*American Journal of Medical Quality*, 25(2), 109-115.
- Patterson M, Geis G, LeMaster T, Wears R, 2013, Impact of multidisciplinary simulation-based training on patient safety in a paediatric emergency department, *Quality and Safety in Health Care*, 22, 383-393.
- Patterson Pd, Huang Dt, Fairbanks Rj, Simeone S, Weaver M, Wang He.(2010).Variation in emergency medical services workplace safety culture. *Prehosp Emerg Care*, 14:448–460
- Person J, Spiva L, Hart P.(2013).The culture of an emergency department: An ethnographic study, *International Emergency Nursing*, 21(4): 222-227
- Pham J, Alblajhed L, Kirsch T, et al.(2014). Measuring patient safety in Emergency Department, *American Journal of Medical Quality: The Of icial Journal of the American College of Medical Quality*, 29(2):99-104
- Poley M, van der Starre C, van den Bos A, van Dijk M, Tibboel D (2011) Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire, *Pediatric Critical Care Medicine*, 12(6), 310-316
- Psilopanagioti A, Anagnostopoulos F, Mourtou E, Niakas D.(2012) Emotional intelligence, emotional labour, and job satisfaction among physicians in Greece, *BMC Health Services Research*, 12, 463.

- Quoidbach, J., Hansenne, M.(2009). The impact of trait emotional intelligence on nursing team performance and cohesiveness. *Journal of Professional Nursing*, 25 (1), 23–29.
- Raftopoulos V, Pavlakis A.(2013).Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire, *Journal of Critical Care*, 28(1):51-61
- Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M.(2011). Safety culture in the maternity units: a nationwide hospital survey using the Safety Attitudes Questionnaire, *BMJ Health Services Research*, 11: 238-248
- Ranjbar Ezzatabadi M, Bahrami M, Ahmadi Tehrani G, et al.(2012). Nurses' emotional intelligence impact on the quality of hospital services, *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 14(12):758-763.
- Ranjha A, Sultan Sh, (2010). Emotional Intelligence and Psychological Adjustment of Nurses Serving in Emergency and non-Emergency Wards, *Journal of behavioral Sciences*, 20(2):36-48.
- Rasmussen K, Meldgaard Pedersen A, Pape L, Mikkelsen K, Madsen M & Jacob Nielsen.(2014).Work environment influences adverse events in an emergency department, *Danish Medical Journal*, 61(5), A4812
- Relihan E, Glynn S, Daly D, Silke B, Ryder S.(2009). Measuring and benchmarking safety culture: application of the Safety Attitudes Questionnaire to an acute medical admissions unit. *Irish Journal of Medical Science*, 178(4):433-439
- Rinke ML, Moon M, Clark JS, Mudd S, Miller MR. (2008). Prescribing errors in a pediatric emergency
- Salovey P, Mayer J.(1990).*Emotional Intelligence*, Baywood Publishing Co., Inc
- Schnitker L, Martin-Khan M, Beattie E, Gray L.(2011). Negative health outcomes and adverse events in older people attending emergency departments: A systematic review, *Australian Emergency Nursing Journal*, 14(3):141-162 22p
- Sexton J.B, Thomas E.J, Grillo S.P.(2003). The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Guidelines for Administration, Technical Report 03-02. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice.
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden j, Roberts PR & Thomas EJ.(2006).The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emergence research, *BMC Health Services Research*, 6, 44-54.
- Shaw K, Ruddy R, Olsen C, Lillis K, Mahajan P et al.(2009). Pediatric patient safety in Emergency Departments: Unit characteristics and staff perceptions, *American Academy of Pediatrics*, 124, 485-493.
- Shein E.(1986).What you need to know about organizational culture, *Training & Development Journal*, 40(1), 30
- Singer S, Gaba D, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L.(2009). Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline, *Medical Care*, 47(1), 23-31.
- Singla A, Kitch B, Weissmann J & Campell E.(2006).Assessing patient safety culture: A review and synthesis of the Measurement tools, *J Patient Saf*, 2(3), 105-115.
- Skar P, Bruce A, Sheets d.(2015).The organizational culture of emergency departments and the effect on care of older adults: A modified scoping study, *International Emergency Nursing*, 23(2): 174-178 5p.

Stang AS, Wingert AS, Hartling L, Plint AC.(2013).Adverse Events Related to Emergency Department Care: A Systematic Review. PLoS ONE 8(9): e74214.

Taylor JA, Dominici F, Agnew J, Gerwin D, Morlock L & Miller MR.(2012). Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions, BMJ Quality and Safety, 21(2), 101-111.

The Health Foundation.(2011).Measuring safety culture

The Joint Commission.(2009).Improving America's Hospitals the Joint Commission Annual Report on Quality and Safety

The Joint Commission.(2009).Leadership standards tell hospital leaders to make patient safety a priority: JointCommission calls on leaders to create and measure a culture of safety, Briefings On Patient Safety, 9(12):1-3

The Joint Commission.(2015)National Patient Safety Goals

Tomas-Vecina, S, Chanovas-Borras, M, Roqueta-Egea, F, & Toranzo-Cepeda, T.(2014).Measuring patient safety in the emergency department: The Spanish Experience, American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality,29,4,362-363.

Verelst S, Wouters P, Gillet J, Van den Berghe G.(2014). Administration of Emergency Medicine: Emergency Department Crowding in Relation to In-hospital Adverse Medical Events: A Large Prospective Observational Cohort Study, Journal of Emergency Medicine, 44-50.

Verbeek I, Wagner C, Van Dyck C, Twisk J & De Bruijne M. (2014) Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives, International Journal of Quality in Health Care, 26(1), 64-70

Vozikis A, Riga M.(2008). M.E.R.I.S.: Information System for the identification, collection, analysis and reporting of Medical Errors. 2nd International Scientific Conference e R A-2 Proceedings, 423-437

Waterson P.(2014). Patient Safety Culture: Theory, Methods, And Application (e-book), Part I Background and Theory, Farnham, Surrey, UK, Ashgate

Weaver M, Wang H, Fairbanks R, Patterson D.(2012). The Association between EMS Workplace Safety Culture and Safety Outcomes, Prehospital Emergency Care, 16(1):43-52

Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM.(2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. Annual Internal Medicine, 158:369–374.

Weng H, Hung C, Liu Y, Cheng Y, Yen C, Chang C, Huang C.(2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction, Medical Education, 45(8), 835-842.

Whitman, D, Van Rooy, D, Viswesvaran, C, & Kraus, E.(2009). 'Testing the Second-Order Factor Structure and Measurement Equivalence of the Wong and Law Emotional Intelligence Scale across Gender and Ethnicity', Educational And Psychological Measurement, 69, 6, 1059-1074,

Who.(2014).10 facts on patient safety, Fact File, June, διαθέσιμο στο:
http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/

WHO.(2015).Patient safety tool kit, διαθέσιμο
στο:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/195709/1/EMROPUB_2015_EN_1856.pdf?ua=1

Wong C, Law K. The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: an exploratory study. *Leadersh Q* 2002;13:243–74

World Health Organization.(2009). Global priorities for patient safety research.

WHO, Geneva World Health Organization.(2010).Patient safety research. Assessing and tackling patient harm, Geneva.

Wui-Chiang L, Hwei-Ying W, Hsun-Hsiang L, fei-Ling C, Pa-Chun W et al.(2010).Hospital safety culture in Taiwan: A nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire, *BMC Health Services Research*, 10, 234

Yule S.(2003).Safety culture and safety climate: A review of the literature, διαθέσιμο στο:http://efcog.org/wg/ism_pmi/docs/Safety_Culture/Feb08/safety_culture_and_safety_climate_a_review_of_the_literature.pdf

Zohar D.(1980) Safety Climate in Industrial Organizations: Theoretical and Applied Implications, *Journal of Applied Psychology*, 65(1), 96-102.

Zhu J, Stuver S, Epstein A, Schneider E, Weissman J, Weingart S.(2011). Can we rely on patients' reports of adverse events?, *Medical Care*, 49(10):948-955

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγουριδάκης Π & Συμπυράκης Ν. (2010). Ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ελλάδα, Εισήγηση της Ε.Ε.Ε.Ι για την αρμόδια επιτροπή του Υ.Υ.Κ.Α., Ελληνική Εταιρεία επείγουσας Ιατρικής

Βοζίκης Α, Πολλάλης Γ, Ρήγα Μ, Μαγκίνα Ν, Στουφής Ν, Τενεκατζή Ζ.(2012). Σύστημα ανίχνευσης και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων Εφαρμογή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ICU-MERIS), *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(3), 345-353.

Βότση Ε. Διασφάλιση της ποιότητας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία ΕΚΠΑ Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2000.

Γλούφτση Ε. (2015). Διερεύνηση της επίδρασης των περιστατικών βίας κατά του προσωπικού στο κλίμα ασφάλειας μιας δομής ψυχικής υγείας, μεταπτυχιακή διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, Ε.Σ.Υ.Ε.(2011).Γενικές απογραφές κτηρίων και πληθυσμού-κατοικιών 2011 Εγκύκλιος υπ' αριθμόν 123566/6-10-2010, 2011, «Λειτουργία Επιτροπών Ποιότητας στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με δυναμικότητα τετρακοσίων (400) κλινών και άνω, καθώς και λοιπών Νοσοκομείων », Υπουργείο υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γεν. Δ/ση Διοικ. Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών, Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας, Τμήμα Τεκμηρίωσης, καλύτερων πρακτικών και διαχείρισης παραπόνων.

Κανονισμός αριθ. 1235/2010 (ΕΕ) του ευρωπαϊκού κοινοβουλίου και του συμβουλίου, 2010, για τροποποίηση, όσον αφορά τη φαρμακοεπαγρύπνηση για φάρμακα ανθρώπινης χρήσης, του κανονισμού (ΕΚ) αριθ.726/2004 για τη θέσπιση κοινοτικών διαδικασιών χορήγησης άδειας και εποπτείας όσον αφορά τα φάρμακα που προορίζονται για ανθρώπινη και για κτηνιατρική χρήση και για τη σύσταση Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων, και του κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 1394/2007 για τα φάρμακα προηγμένων θεραπειών, Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, L 348/1 διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/reg_2010_1235/reg_2010_1235_el.pdf

Κοΐνης Α & Σαρίδη Μ. (2014) Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας, Το Βήμα του Ασκληπιού, 13,4.

Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ.(2008). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα.Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου.

EJEM.(1998). Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την Επείγουσα Ιατρική, 5, 7-8

Bulletin of the World HEALTH Organization.(2006). Η παγκοσμιοποίηση της Επείγουσας Ιατρικής και η σημασία της για τη Δημόσια Υγεία, 84, 835-839

Καραϊσκού Α.(2012).Αξιολόγηση κλίματος ασφάλειας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Παθολογικά τμήματα Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, Μεταπτυχιακή διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Αθήνα

Παπαγεωργίου Δ, Μπολιουδάκη Ε, Παπαλά Ε, Σταματάκη Π, Καγιαλάρη Μ.(2011). Μελέτη παραγόντων σχετιζόμενων με την ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης του νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική, 50(2): 185–193.

Μεϊντάνη Χ (2013). Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε νοσηλευτικά τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων, Μεταπτυχιακή διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Αθήνα

Μπαμπάτσικου Φ, Γερογιάννη Γ.(2012). Νοσηλευτικό τμήμα: Κριτήρια δημιουργίας ενός επιτυχημένου μοντέλου. Το Βήμα του Ασκληπιού, 11(1):17-27.

Μπουραντάς Δ.(2002).Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας, Μπένου, Αθήνα

Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π, Ζυγά Σ.(2009).Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων, Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(1), 25-40.

Μαλλιαρού Μ, Καραθανάση Κ, Σαράφης Π.(2008). Ασφαλή Νοσηλευτική Στελέχωση. Μια συστηματική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης – HJNS

Μήτσης Δ, Κελέση Μ, Καπάδοχος Θ.(2012). Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείρισή τους, Το Βήμα του Ασκληπιού, 11(2), 293-312.

Παναγιώτου Α.(2015).Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(2), 354-363.

Πετρίδης Ε, Λαβράνος Γ, Ραφτόπουλος Β (2012) Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου, Αρχεία Ελληνικής ιατρικής, 30(4), 449-455

Ομπέση Φ.(2005). Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης, Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, 40-46.

Νόμος 2889/2001, 2001, άρθρο 6 παρ. 5, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, Οργάνωση νοσοκομείων, Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Αρ Φύλλου 37, Τεύχος Ι,1091.

Μπακόλα Ε, Ζυγά Σ, Πανουτσόπουλος Γ, Αλικάρη Β.(2015). Παρακίνηση νοσηλευτών και νοσηλευτική ηγεσία, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 7 (2), 58-64.

Πολλάλης Γ, Βοζίκης Α, Ρήγα Μ.(2012).Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των ιατρικών σφαλμάτων: ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα, Το Βήμα του Ασκληπιού, 11(4), 577-592.

ΥΥΚΑ.(2009).Γραφείο Γενικού Γραμματέα ΥΥΚΑ, Δεδομένα από τα ΤΕΠ της χώρας, Ετήσιος Αριθμός εξετασθέντων στα ΤΕΠ

ΥΥΚΑ, ΦΕΚ 1681/τ.Β΄/28-7-2011, Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους, ΑΔΑ: 4ΑΜΩΘ- 2Α9, διαθέσιμο στο:
http://www.ygeianet.gr/images/site/1510/23096_large/yp__apofash_gia_tis_sygxwneuseis_nosokomeiwn.pdf

Παραρτήματα

Παράρτημα 1: Άδεια της 6^{ης} ΥΠΕ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

ΠΑΤΡΑ 05 /11/2015

Αριθμ. Πρωτ. 33510

ΠΡΟΣ

κα Διαμαντή Ελεονώρα
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια
Πανεπιστημίου Κύπρου

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: Το από 25.10.2015 αίτημά σας

Σε απάντηση του παραπάνω αιτήματος, εγκρίνουμε τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια εκπόνησης της μεταπτυχιακής σας εργασίας με θέμα: «Διερεύνηση στάσεων για την ασφάλεια των εργαζόμενων στα Τμήματα Επειγόντων περιστατικών της Ηπείρου », με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΕΡΙΦ. ΗΠΕΙΡΟΥ
(με την παράκληση διευκόλυνσης της φοιτήτριας)

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Α. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

Παραρτημα2: ερευνητικό εργαλείο



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών στη

Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι απολύτως προσωπικό και **ανώνυμο**. Σκοπός του είναι να εκτιμηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την ασφάλεια στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) στην περιφέρεια Ηπείρου. Η βοήθειά σας είναι πολύτιμη και τα αποτελέσματα θα συμβάλουν στην αύξηση της γνώσης.

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

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

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας.

1. Φύλο:

Άρρεν	Θήλυ

2. Ηλικία

3. Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεσθε:

ΠΓΝΙ	Γενικό Νοσοκομείο Χατζηκώστα	Γενικό Νοσοκομείο Άρτας	Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας	Γενικό Νοσοκομείο Φιλιππών

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

5. Συνολικός χρόνος εργασίας στο ΤΕΠ (χρόνια)

6. Επαγγελματική ιδιότητα (επιλέξτε):

Ιατρός ειδικός	Ιατρός ειδικευμένο ς	Νοσηλεύτης/ Νοσηλεύτρια	Τεχνολόγος (ακτινολόγος, ιατρικών εργαστηρίων)	Διοικητικό προσωπικ ό	Άλλο προσωπικό (τραυματιοφορέας, βοηθός θαλ.)
Ειδικότητα	Ειδικότητα				

7. Επίπεδο εκπαίδευσης

Απόφοιτος 2βάθμιας	Απόφοιτος 2ετούς σχολής	Απόφοιτος ΤΕΙ	Απόφοιτος ΑΕΙ	Κάτοχος τίτλου Msc	κάτοχος τίτλου Phd	Άλλο

8. Είστε υπάλληλος:

Μόνιμος	Αορίστου χρόνου	Συμβασιούχος

9. Συνήθης βάρδια που δουλεύετε στο ΤΕΠ:

10.

Πρωινή	Απογευματινή	Νυχτερινή	Κυλιόμενο ωράριο	24ώρο

11. Έχετε εργαστεί σε άλλο νοσοκομείο (κυκλώστε); ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν **ΝΑΙ**, βαθμολογήστε από 0-10, αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα άλλα;

12. Έχετε εργαστεί σε άλλο ΤΕΠ (κυκλώστε); ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν **ΝΑΙ**, βαθμολογήστε από 0-10, αυτό το ΤΕΠ σε σχέση με τα άλλα

13. Η εργασία στο ΤΕΠ υπήρξε δική σας επιλογή; ΝΑΙ ΟΧΙ

14. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους:
Νοσηλευτές:
Ιατρούς:

15. Από 0-10, πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς σ'αυτό το ΤΕΠ;

Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση με τη συγκεκριμένο ΤΕΠ που εργάζεστε, κυκλώνοντας ένα αριθμό για την κάθε ερώτηση σύμφωνα με την κλίμακα:

Διαφωνώ απόλυτα (1), Διαφωνώ κάπως (2), Ουδέτερος/η (3), Συμφωνώ κάπως (4), Συμφωνώ απόλυτα (5)

1	Τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο σε αυτό το ΤΕΠ	1	2	3	4	5
2	Μου αρέσει η δουλειά μου	1	2	3	4	5
3	Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το ΤΕΠ	1	2	3	4	5
4	Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το ΤΕΠ	1	2	3	4	5
5	Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το ΤΕΠ	1	2	3	4	5
6	Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού	1	2	3	4	5
7	Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση	1	2	3	4	5
8	Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	1	2	3	4	5
9	Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά	1	2	3	4	5
10	Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	1	2	3	4	5
11	Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία	1	2	3	4	5
12	Σε αυτό το ΤΕΠ είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη	1	2	3	4	5
13	Η ενημέρωση (πχ η αναφορά της κατάστασης του κάθε ασθενή στο τέλος κάθε βάρδιας) είναι σημαντική για την ασφάλεια των ασθενών	1	2	3	4	5
14	Σε αυτό το ΤΕΠ γίνονται εμπειριστατωμένες αναφορές για την κατάσταση του κάθε ασθενή	1	2	3	4	5
15	Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	1	2	3	4	5
16	Όταν με διακόπτουν από την εργασία μου η ασφάλεια των ασθενών μου δεν επηρεάζεται	1	2	3	4	5
17	Όλο το προσωπικό στο δικό μου ΤΕΠ αναλαμβάνει την ευθύνη για την ασφάλεια των ασθενών	1	2	3	4	5
18	Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	1	2	3	4	5
19	Τα επίπεδα του προσωπικού σε αυτό το ΤΕΠ είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα του αριθμού των Ασθενών	1	2	3	4	5
20	Οι αποφάσεις σε αυτό το ΤΕΠ λαμβάνονται μετά από συμβουλές από τους κατάλληλους Ανθρώπους	1	2	3	4	5
21	Το Νοσοκομείο προάγει την ομαδική εργασία και τη συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό του	1	2	3	4	5
22	Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιοσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	1	2	3	4	5
23	Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το ΤΕΠ διευκολύνει την μάθηση από τα λάθη των άλλων	1	2	3	4	5
24	Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	1	2	3	4	5
25	Ο εξοπλισμός σε αυτό το ΤΕΠ είναι επαρκής	1	2	3	4	5
26	Σε αυτό το ΤΕΠ είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών	1	2	3	4	5
27	Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοση μου	1	2	3	4	5
28	Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	1	2	3	4	5
29	Έχω δει άλλους να κάνουν λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τους ασθενείς	1	2	3	4	5
30	Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο ΤΕΠ	1	2	3	4	5
31	Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο	1	2	3	4	5
32	Οι διαφωνίες σε αυτό το ΤΕΠ επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	1	2	3	4	5

33	Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	1	2	3	4	5
34	Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	1	2	3	4	5
35	Το άγχος από προσωπικά μου προβλήματα επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου	1	2	3	4	5
36	Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	1	2	3	4	5
37	Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το ΤΕΠ να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	1	2	3	4	5
38	Οι διακοπές στη συνεχόμενη παροχή φροντίδας των ασθενών (π.χ. αλλαγή βάρδιας, μεταφορά ασθενών) μπορεί να είναι επιζήμιες για την ασφάλεια των ασθενών	1	2	3	4	5
39	Κατά την αντιμετώπιση ενός επείγοντος περιστατικού μπορώ να προβλέψω τις επόμενες ενέργειες του υπόλοιπου προσωπικού	1	2	3	4	5
40	Οι ιατροί και οι νοσηλευτές σε αυτό το ΤΕΠ εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	1	2	3	4	5
41	Συχνά δεν μπορώ να εκφράσω τη διαφωνία μου προς τους Ιατρούς σε αυτό το ΤΕΠ	1	2	3	4	5
42	Τα πολύ ψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας με ενεργοποιούν και βελτιώνουν την απόδοσή μου	1	2	3	4	5
43	Οι σωστοί επαγγελματίες μπορούν να αφήσουν τα προσωπικά τους προβλήματα στο περιθώριο όταν εργάζονται	1	2	3	4	5
44	Το ηθικό σε αυτό το ΤΕΠ είναι υψηλό	1	2	3	4	5
45	Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	1	2	3	4	5
46	Γνωρίζω το όνομα και το επίθετο όλων των συναδέλφων που εργάστηκαν μαζί μου στην τελευταία βάρδια	1	2	3	4	5
47	Έχω κάνει λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν ασθενείς	1	2	3	4	5
48	Οι Ιατροί σε αυτό το ΤΕΠ κάνουν καλή δουλειά	1	2	3	4	5
49	Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτική κρίση)	1	2	3	4	5
50	Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας (π.χ. έλεγχος φαρμάκων, έλεγχος αναπνευστήρων, άλλες εντολές)	1	2	3	4	5
51	Αν χρειαστεί, γνωρίζω τον τρόπο να αναφέρω λάθη μπορεί να συμβούν σε αυτό το ΤΕΠ	1	2	3	4	5
52	Η ασφάλεια των ασθενών ενισχύεται συνεχώς ως προτεραιότητα σε αυτό το ΤΕΠ	1	2	3	4	5
53	Η διαπροσωπική επικοινωνία σε αυτό το ΤΕΠ είναι περισσότερο φιλική παρά τυπικά ιεραρχική	1	2	3	4	5
54	Όλα τα σημαντικά θέματα μεταφέρονται πολύ καλά κατά τη διάρκεια της αλλαγής βάρδιας	1	2	3	4	5
55	Υπάρχει καθολική συμμόρφωση σε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τεκμηριωμένα κριτήρια σε αυτό το ΤΕΠ	1	2	3	4	5
56	Το προσωπικό δεν τιμωρείται για λάθη που αναφέρθηκαν μέσω της διαδικασίας αναφοράς συμβάντων	1	2	3	4	5
57	Η αναφορά λαθών ανταμείβεται σε αυτό το ΤΕΠ	1	2	3	4	5
58	Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τις αναφορές συμβαμάτων χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών σε αυτό το ΤΕΠ	1	2	3	4	5
59	Κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. επείγουσας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης) η απόδοσή μου δεν επηρεάζεται όταν συνεργάζομαι με άπειρο ή λιγότερο ικανό προσωπικό	1	2	3	4	5
60	Το προσωπικό συχνά αγνοεί κανόνες ή κατευθυντήριες οδηγίες (π.χ. πλύσιμο χεριών, θεραπευτικά πρωτόκολλα, ασηψία) οι οποίες ισχύουν σε αυτό το ΤΕΠ	1	2	3	4	5
61	Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία οδηγούν σε καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας υγείας, είναι συχνά	1	2	3	4	5
62	Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών, είναι συχνά	1	2	3	4	5
63	Ένα εμπιστευτικό σύστημα αναφοράς το οποίο τεκμηριώνει ιατρικά συμβάματα είναι χρήσιμο για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών	1	2	3	4	5
64	Μπορεί να διστάζω να χρησιμοποιήσω ένα σύστημα αναφοράς για ιατρικά συμβάματα διότι ανησυχώ μήπως κάποιος με αναγνωρίσει	1	2	3	4	5
65	Έχετε συμπληρώσει αυτό το ερωτηματολόγιο στο παρελθόν;	ΝΑΙ			ΌΧΙ	

Παρακαλώ ελέγξτε..... απαντήσατε σε όλες τις προηγούμενες ερωτήσεις;

Σχόλια: Αναφέρετε 3 τρόπους για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στο ΤΕΠ

.....

.....

.....

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν το πώς διαχειρίζεστε τα συναισθήματά σας γενικά. Σημειώστε με ένα κύκλο τον βαθμό που κάθε πρόταση εκφράζει το πώς αισθάνεστε.

		ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1	Τις περισσότερες φορές καταλαβαίνω (έχω μια καλή αίσθηση) το γιατί αισθάνομαι τα συναισθήματα που νοιώθω (έτσι όπως αισθάνομαι).	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
2	Πάντα μπορώ να καταλάβω πώς αισθάνονται οι φίλοι μου με βάση την συμπεριφορά τους	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
3	Πάντα θέτω στόχους για τον εαυτό μου και μετά βάζω τα δυνατά μου για να τους πετύχω	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
4	Μπορώ με την λογική να ελέγξω τον θυμό μου και να αντεπεξέλθω τις δυσκολίες.	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
5	Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
6	Είμαι καλός παρατηρητής των συναισθημάτων των άλλων	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
7	Πάντα 'λέω στον εαυτό μου' ότι είμαι ένα άξιο και ικανό άτομο.	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
8	Είμαι απόλυτα ικανός να ελέγξω τα συναισθήματά μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
9	Πάντα καταλαβαίνω πώς αισθάνομαι πραγματικά	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
10	Είμαι ευαίσθητος στα συναισθήματα και την συγκινησιακή κατάσταση των άλλων ανθρώπων	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
11	Είμαι ένα άτομο με ισχυρά κίνητρα	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
12	Όταν θυμώνω, πάντα μπορώ να ηρεμήσω γρήγορα	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
13	Πάντα γνωρίζω αν είμαι χαρούμενος ή όχι	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
14	Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων των ανθρώπων γύρω μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
15	Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
16	Έχω καλό έλεγχο των συναισθημάτων μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	

Ευχαριστούμε για τον χρόνο που διαθέσατε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου. Η συμμετοχή σας είναι σημαντική.

Παράρτημα 3: Άδεια για τη χρήση του ερωτηματολογίου SAQ



Medical School
University of Texas at Houston-Memorial Hermann
Center for Healthcare Quality and Safety

October 5, 2015

Dear Eleonora Diamanti,

You have our permission to use any of the following Safety Attitudes Questionnaires and the corresponding scoring keys:

- Safety Attitudes Questionnaire – Short Form
- Safety Attitudes Questionnaire – Teamwork and Safety Climate
- Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version
- Safety Attitudes Questionnaire – ICU Version
- Safety Attitudes Questionnaire – Labor and Delivery Version
- Safety Attitudes Questionnaire – Operating Room Version
- Safety Attitudes Questionnaire – Pharmacy Version
- Safety Climate Survey

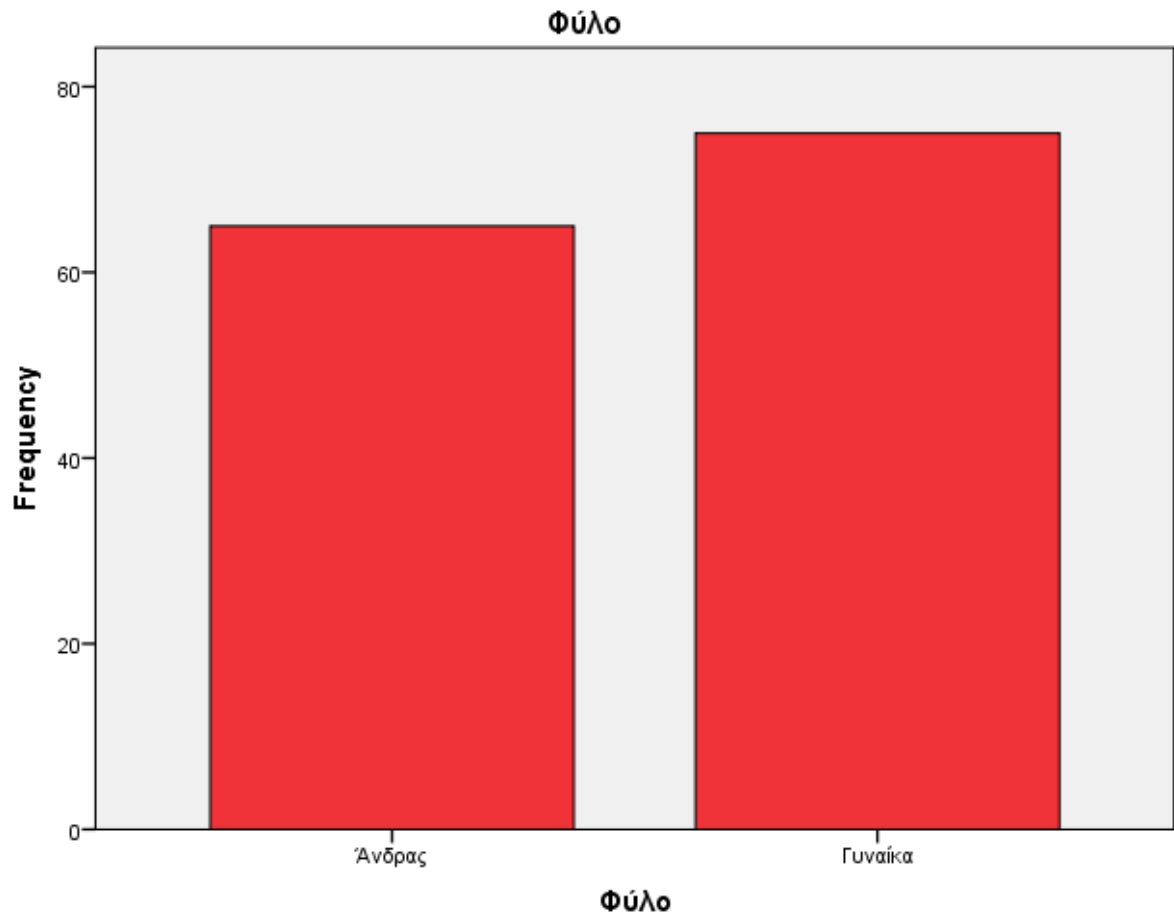
Please note, we do not have editable versions for any of the SAQ surveys but feel free to modify the surveys to meet your research endeavors.

Respectfully,

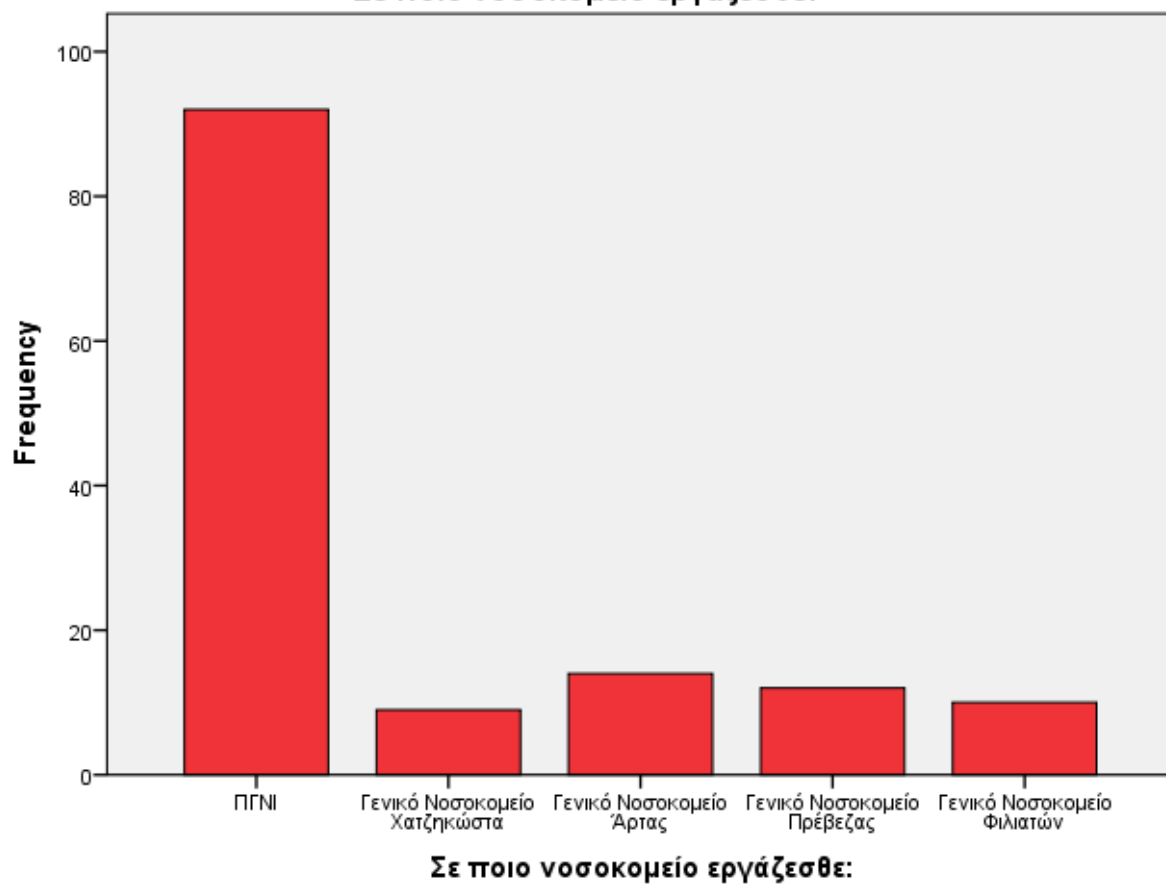
University of Texas at Houston-Memorial Hermann
Center for Healthcare Quality and Safety Team

6410 Fannin Street
UTPB Suite 1100
Houston, TX 77030
<https://med.uth.edu/chqs/>

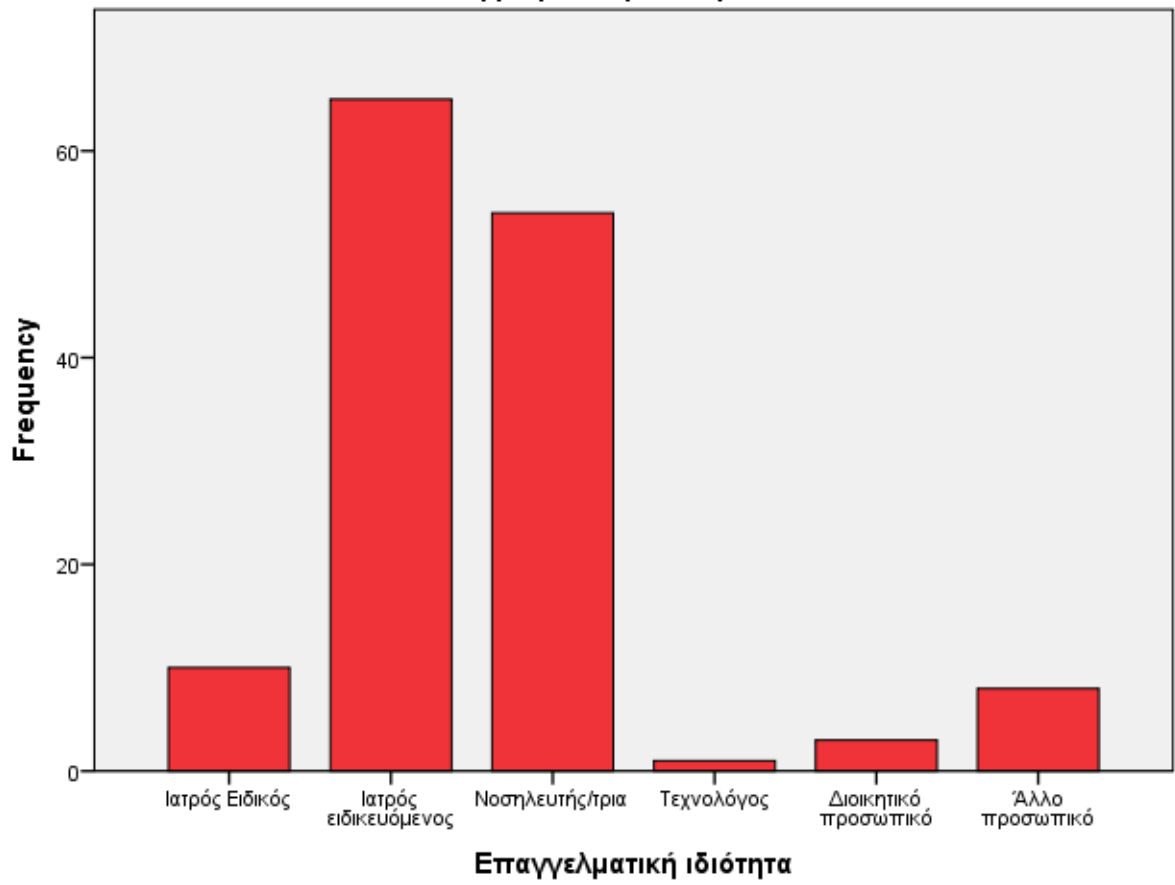
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

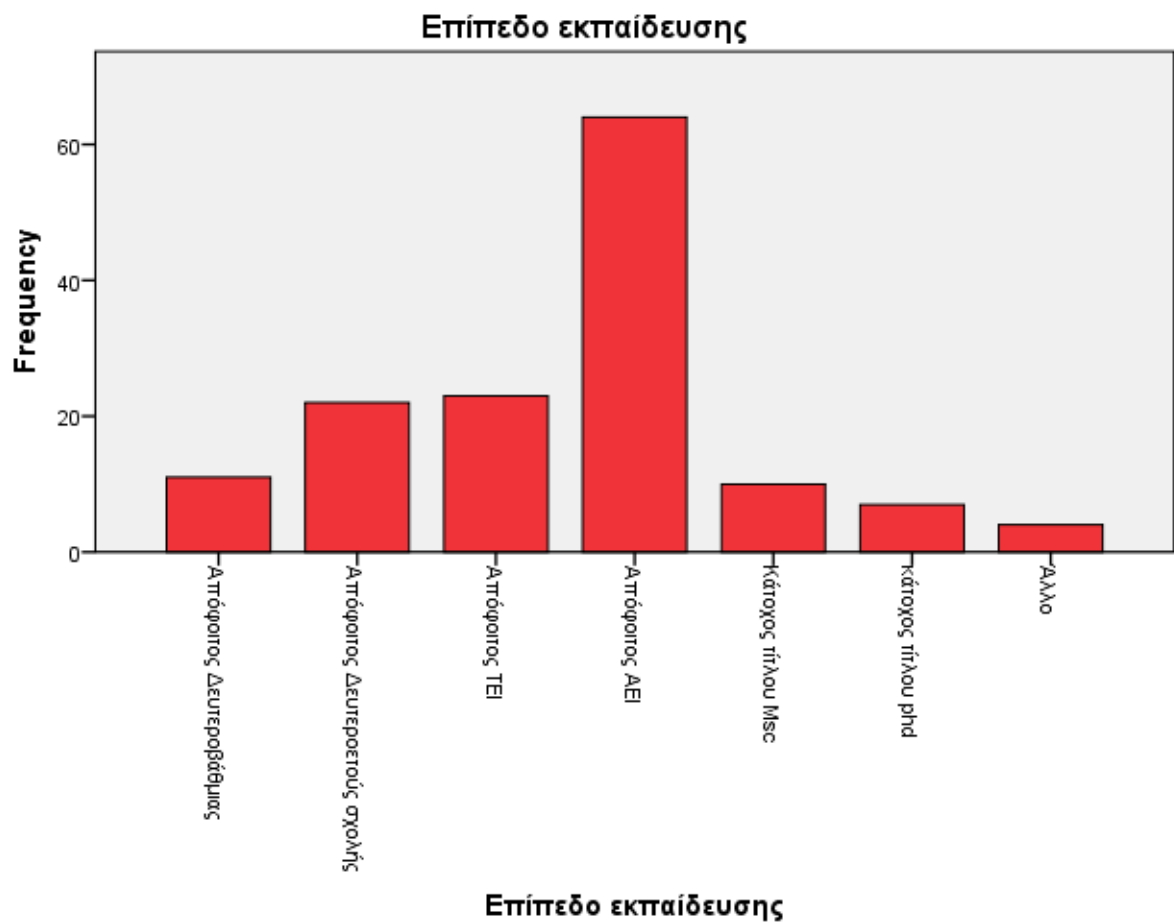


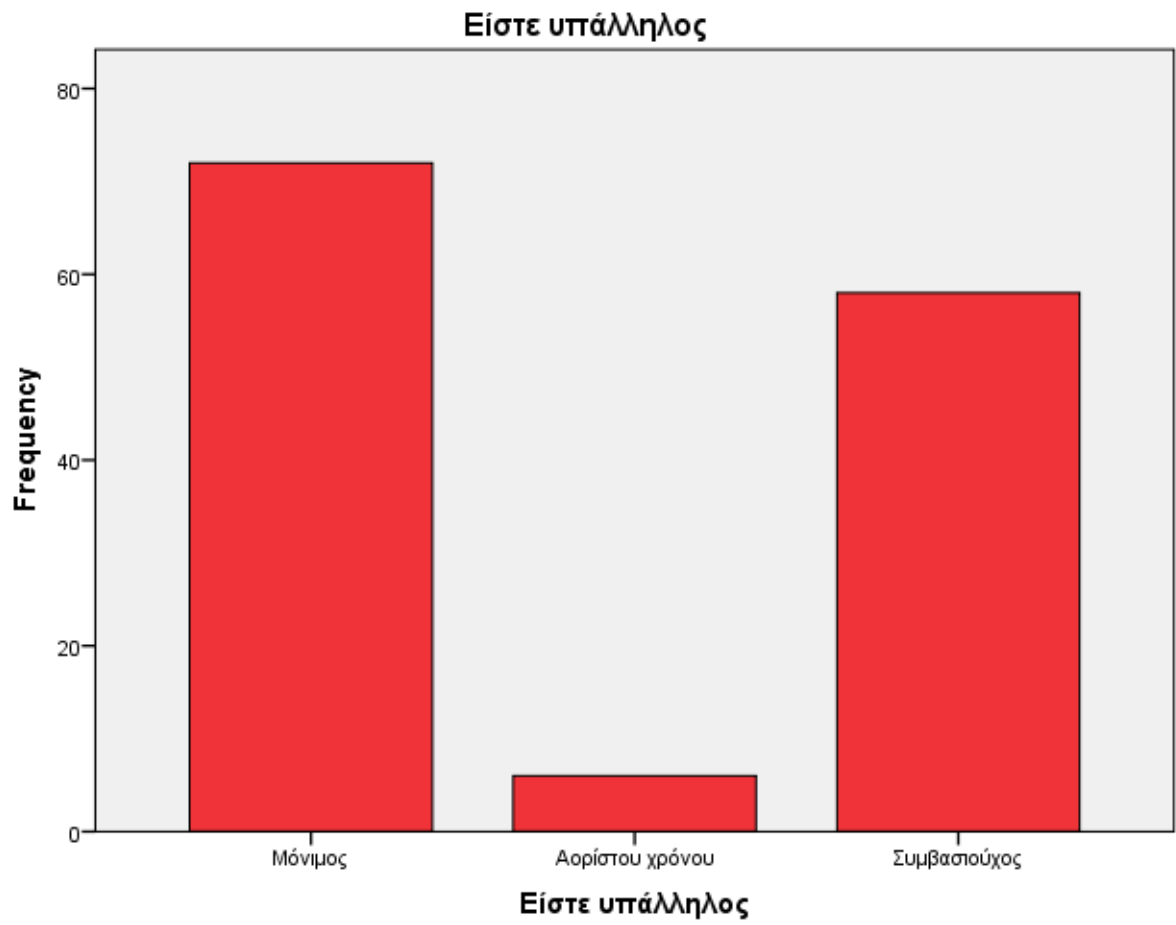
Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεσθε:



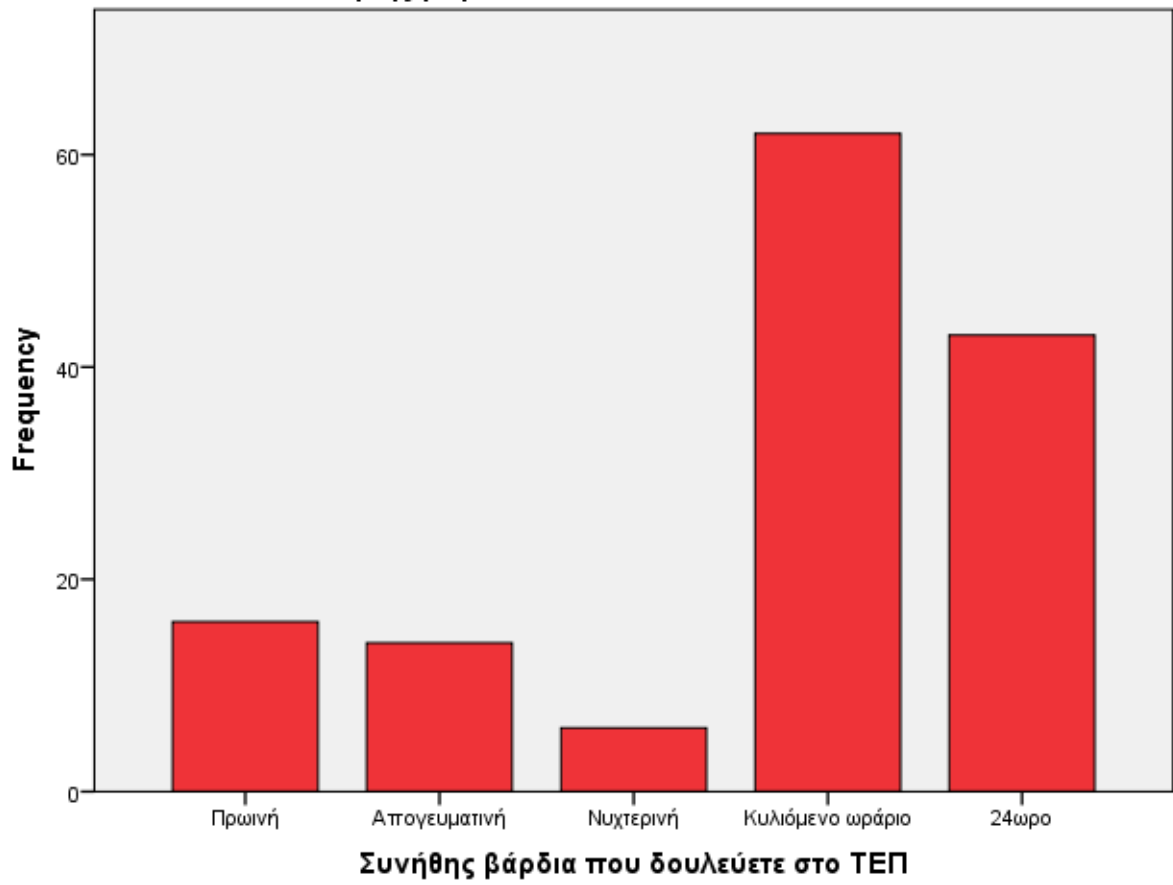
Επαγγελματική ιδιότητα

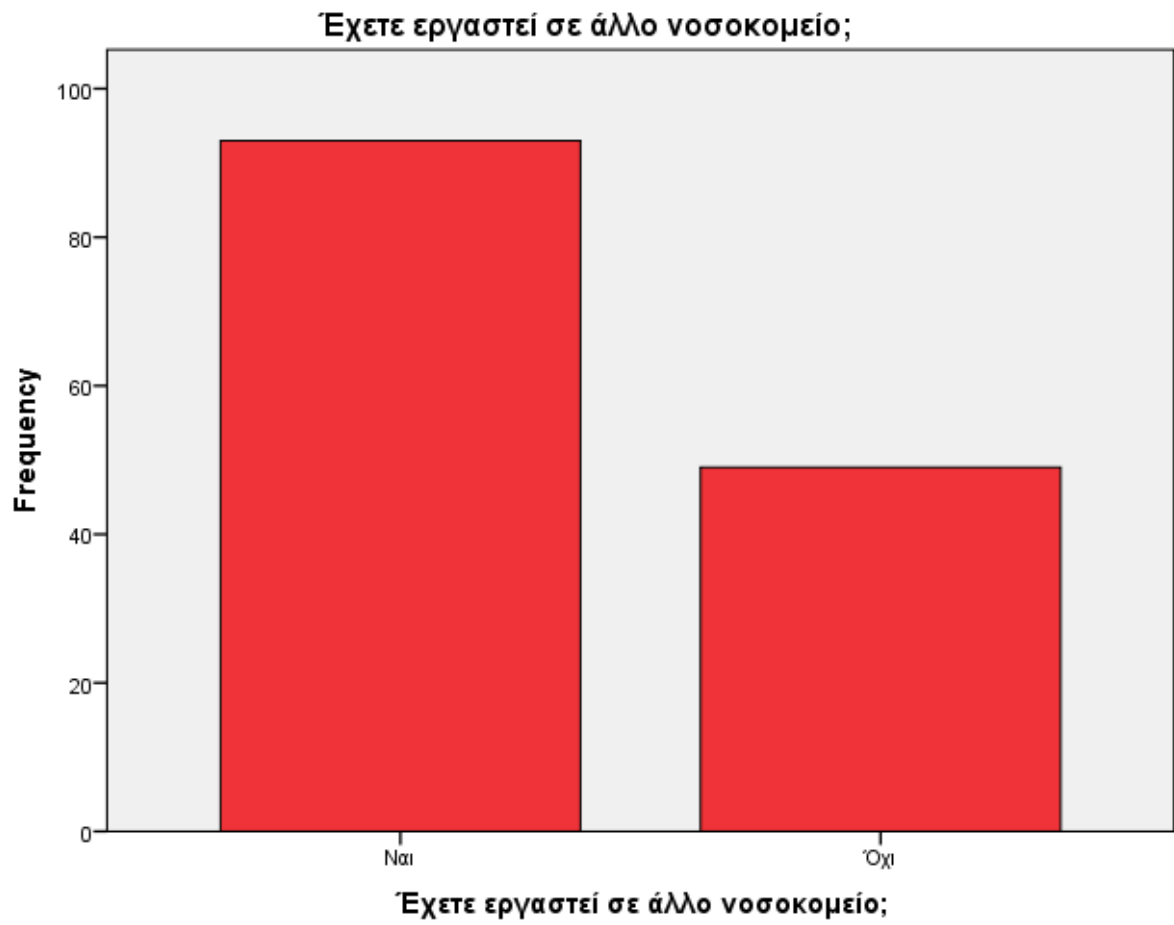


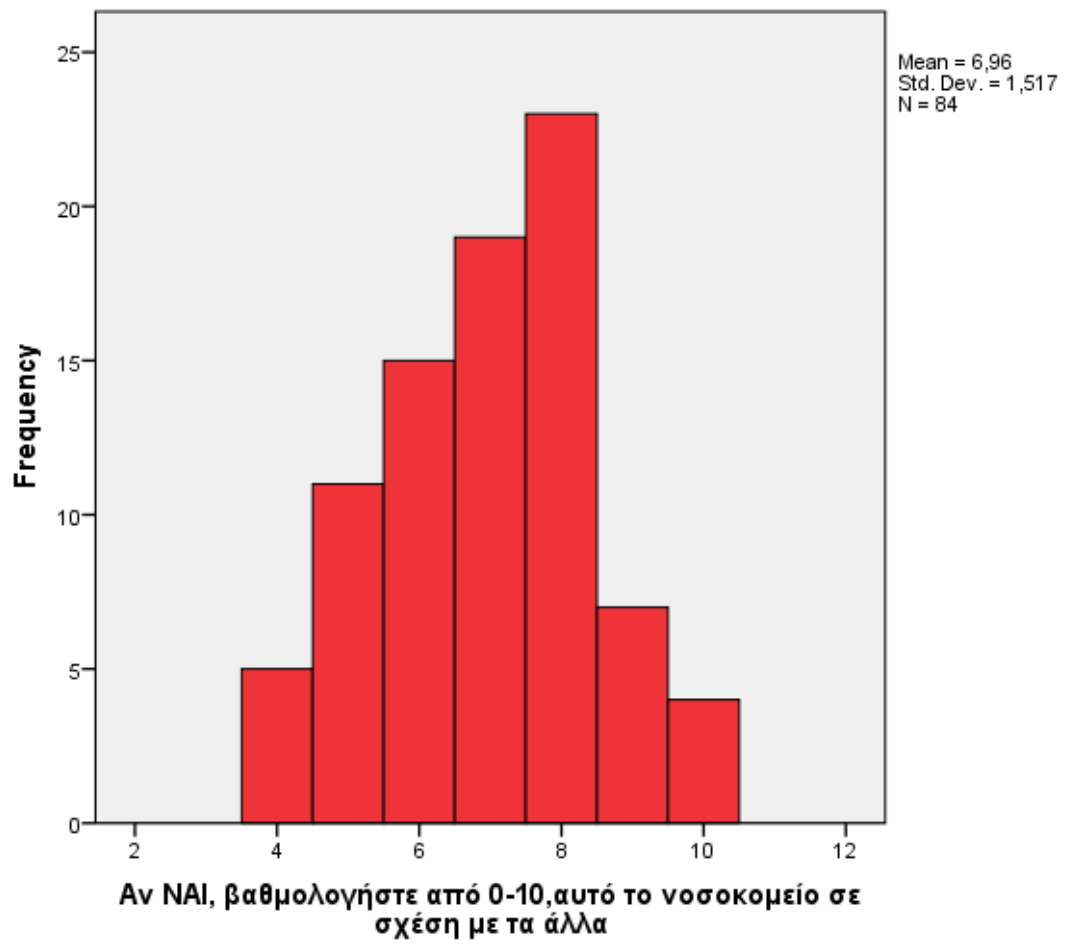


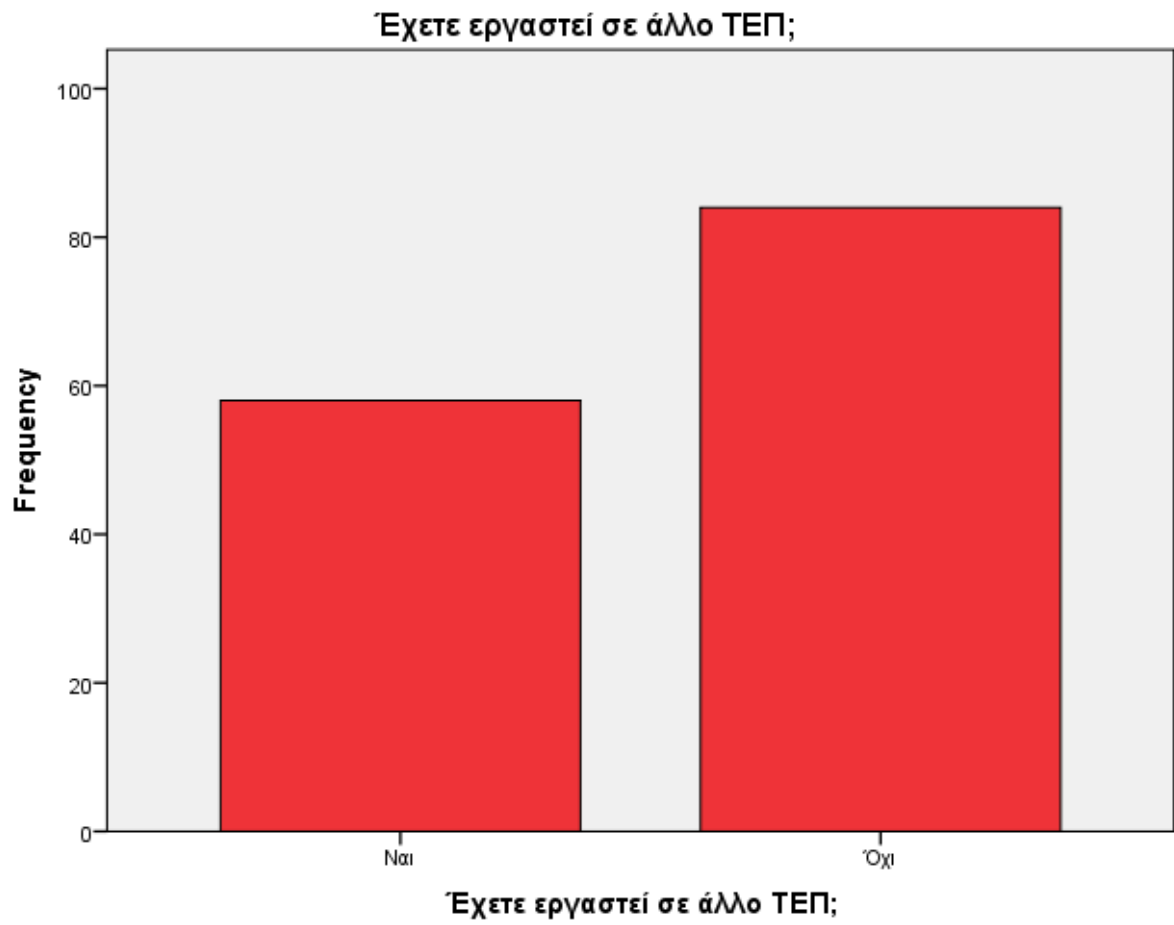


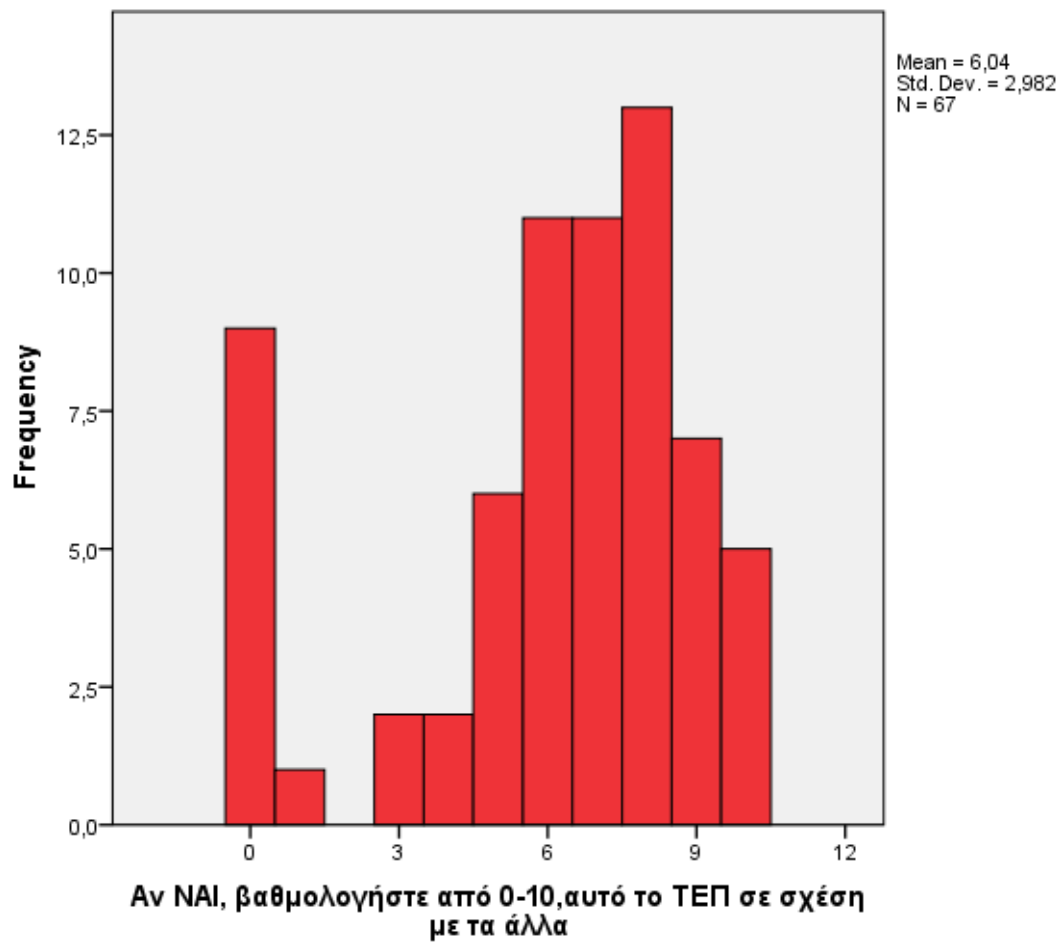
Συνήθης βάρδια που δουλεύετε στο ΤΕΠ



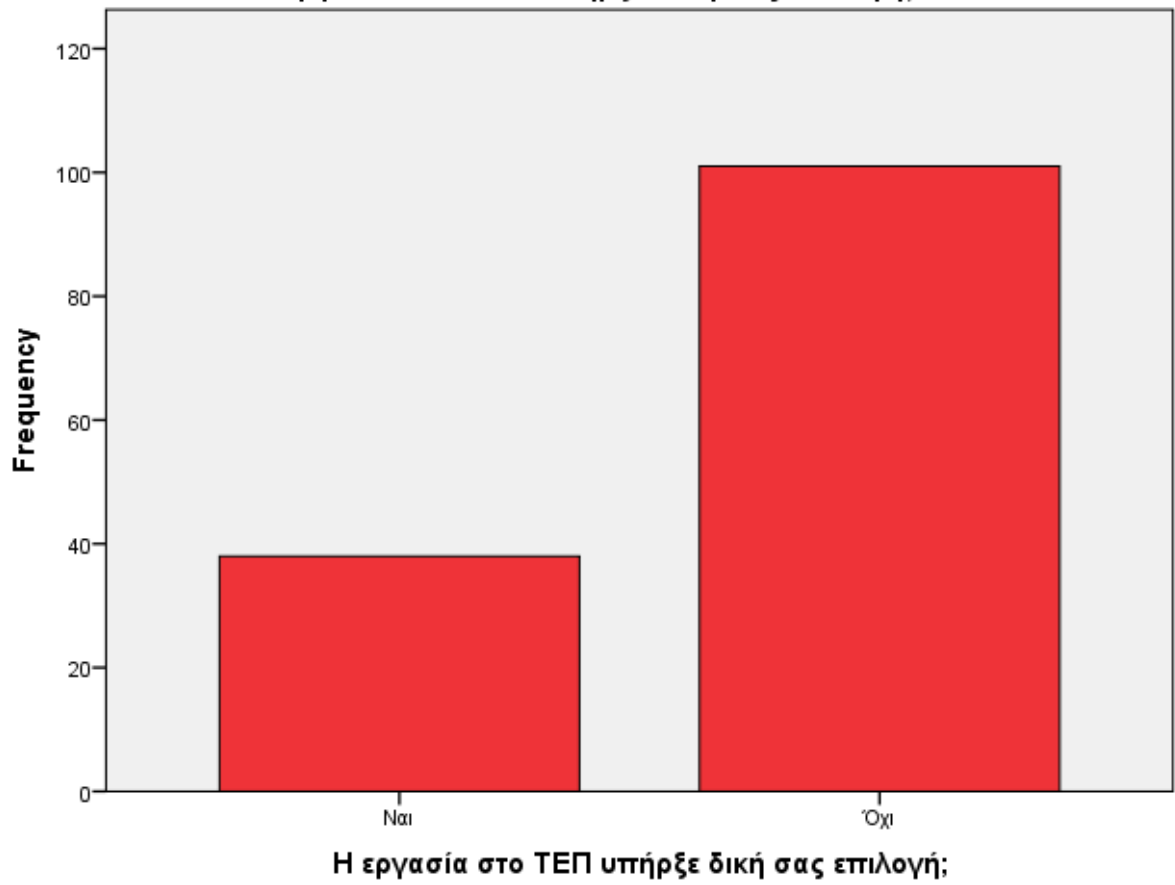


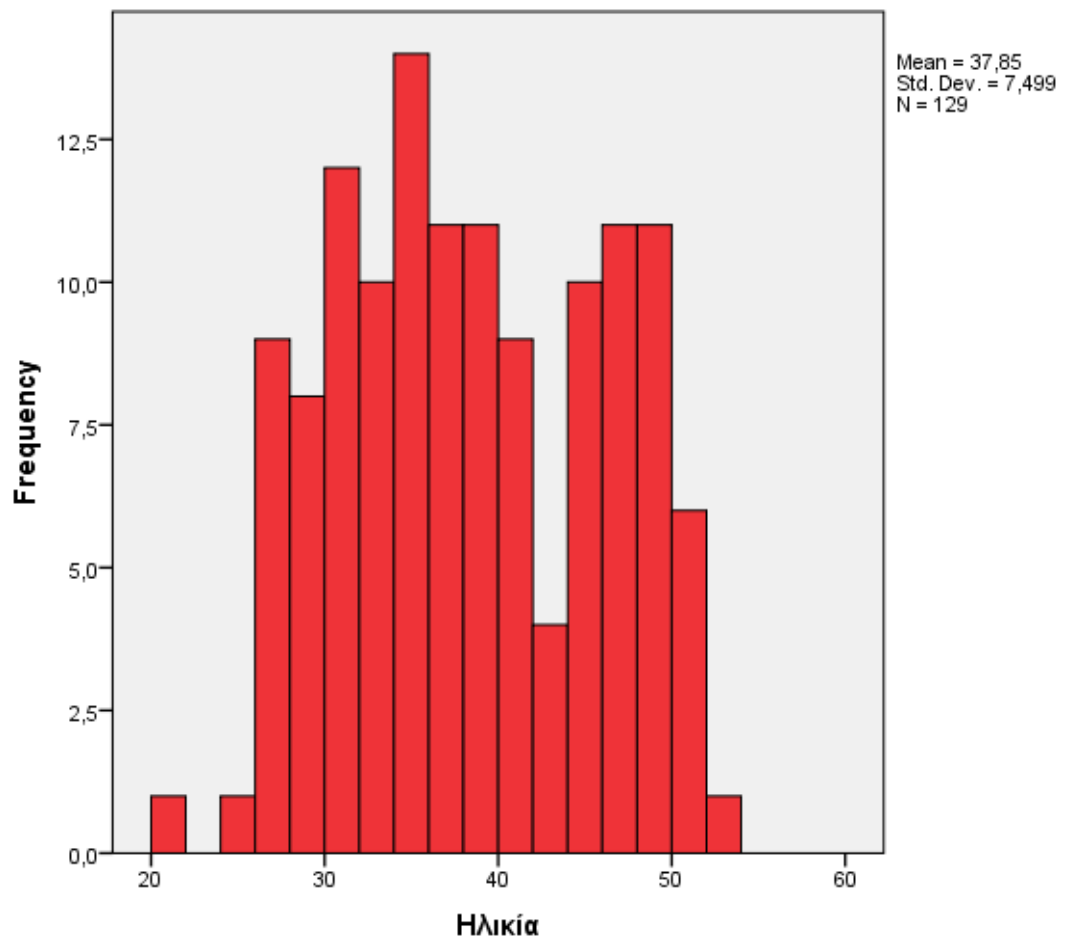


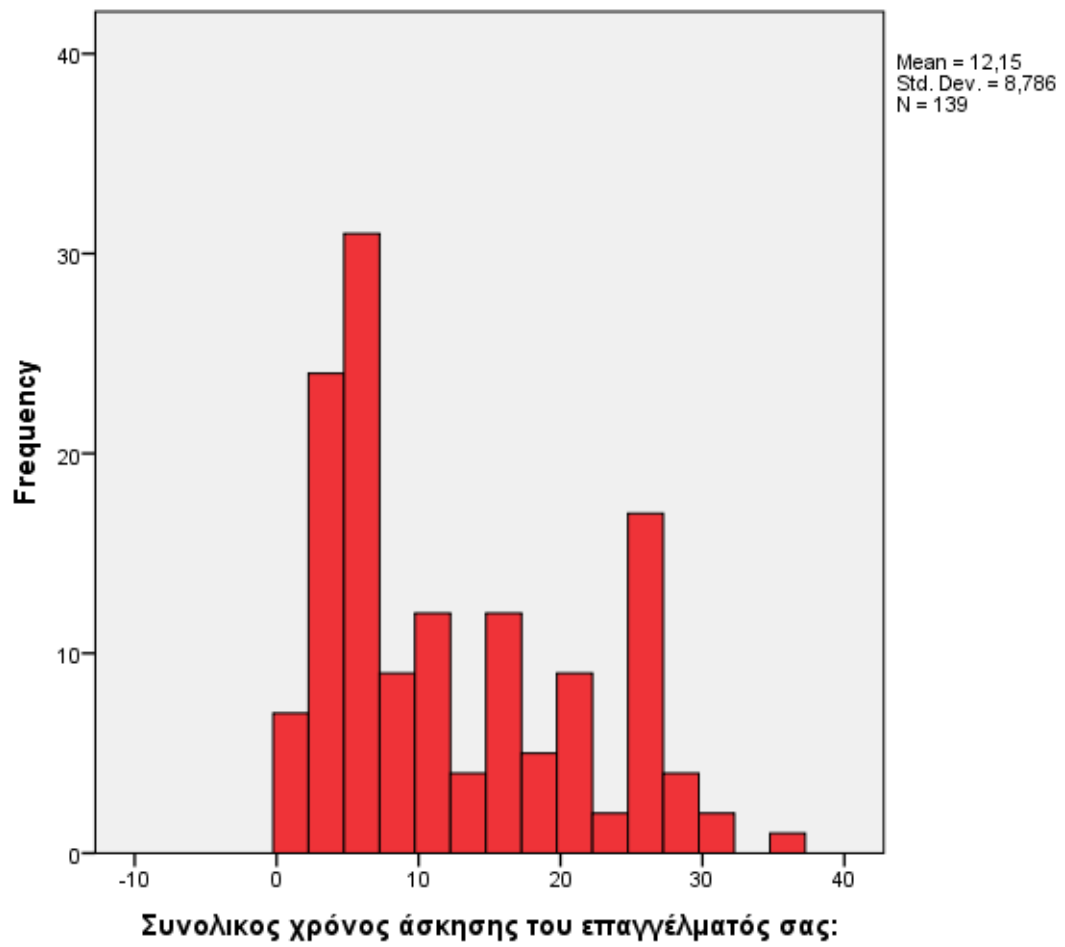


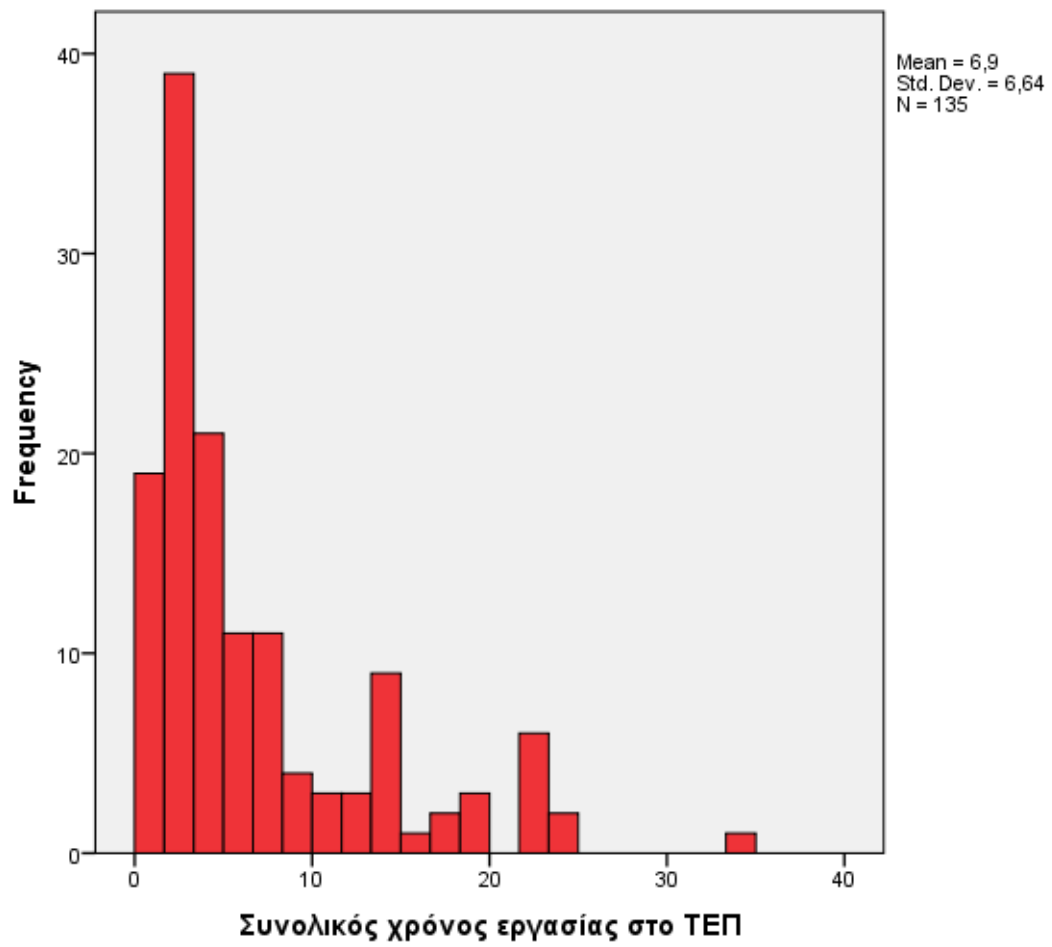


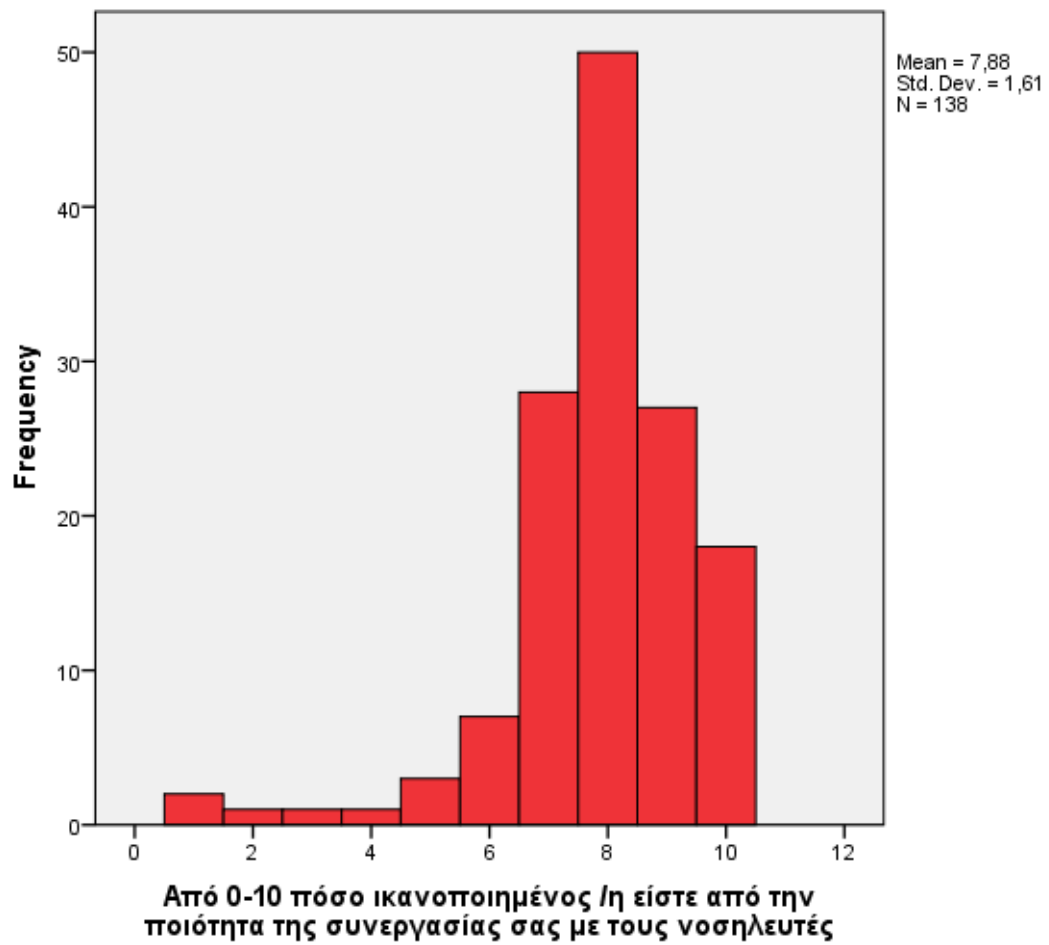
Η εργασία στο ΤΕΠ υπήρξε δική σας επιλογή;

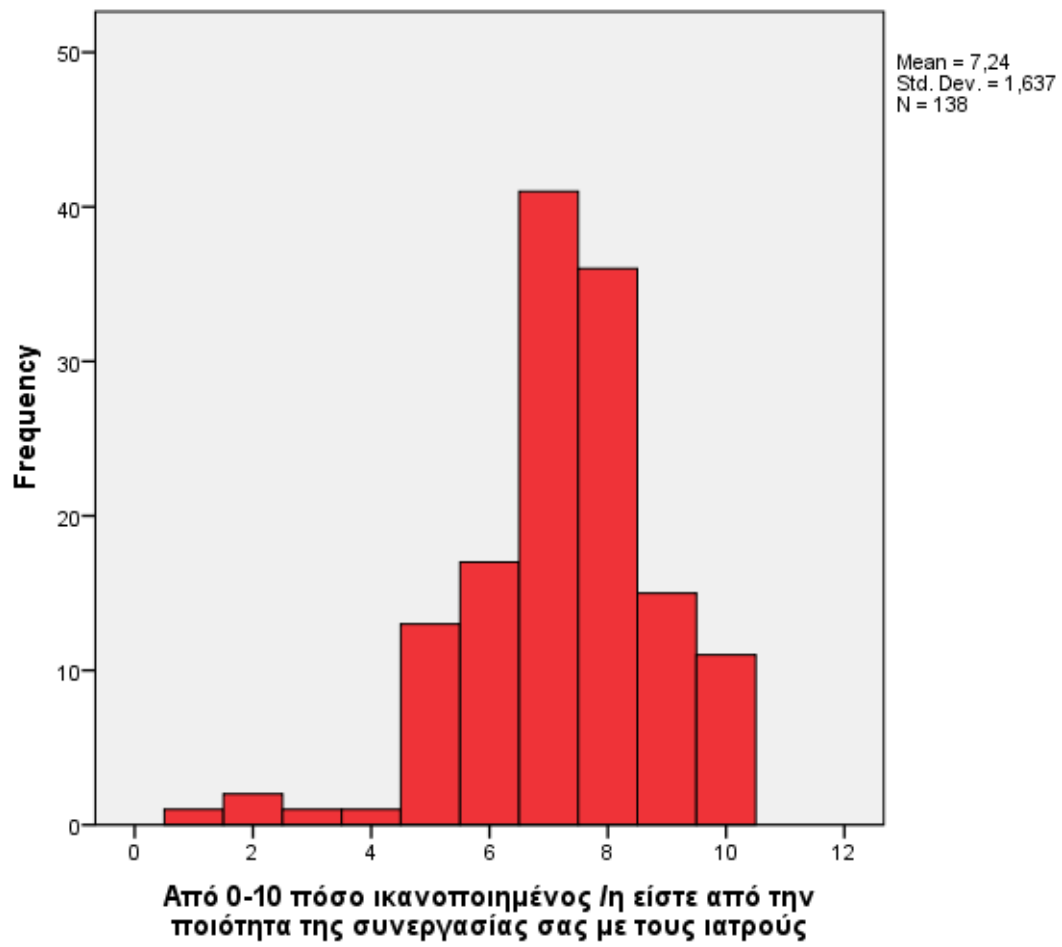


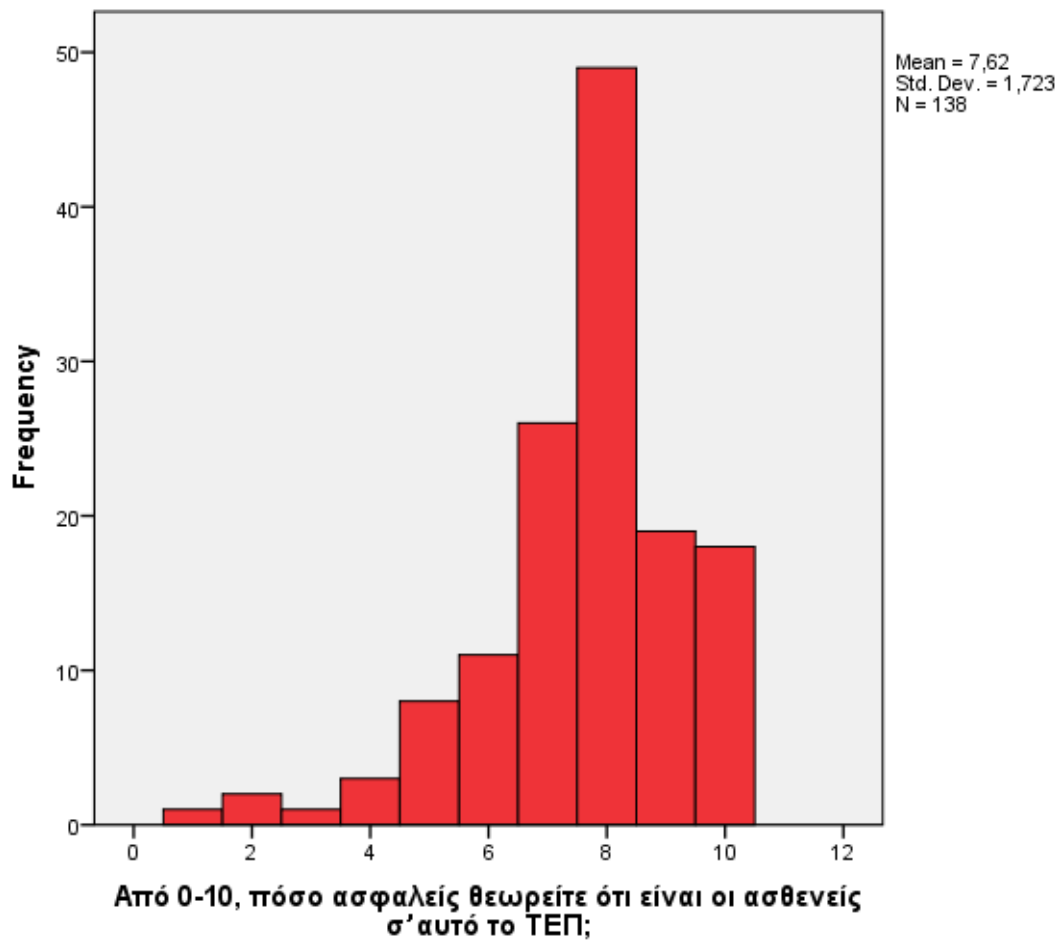




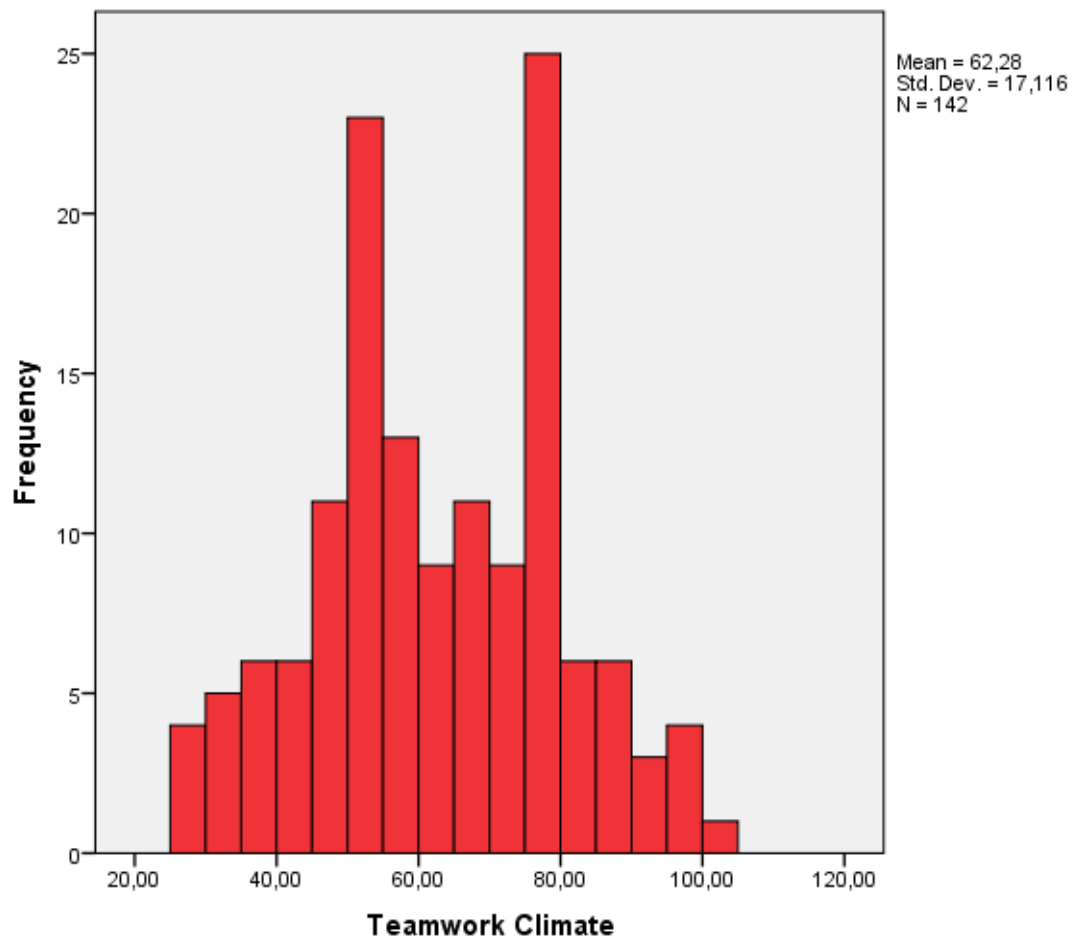


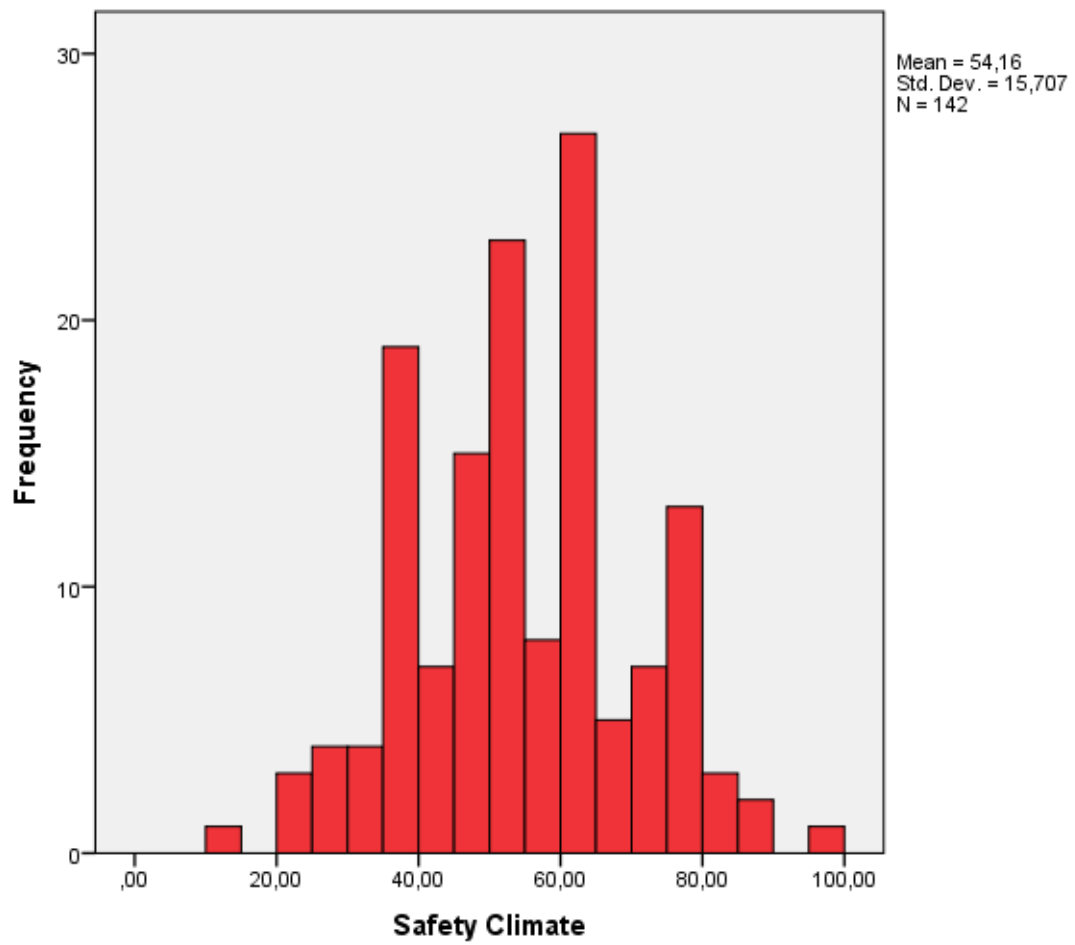


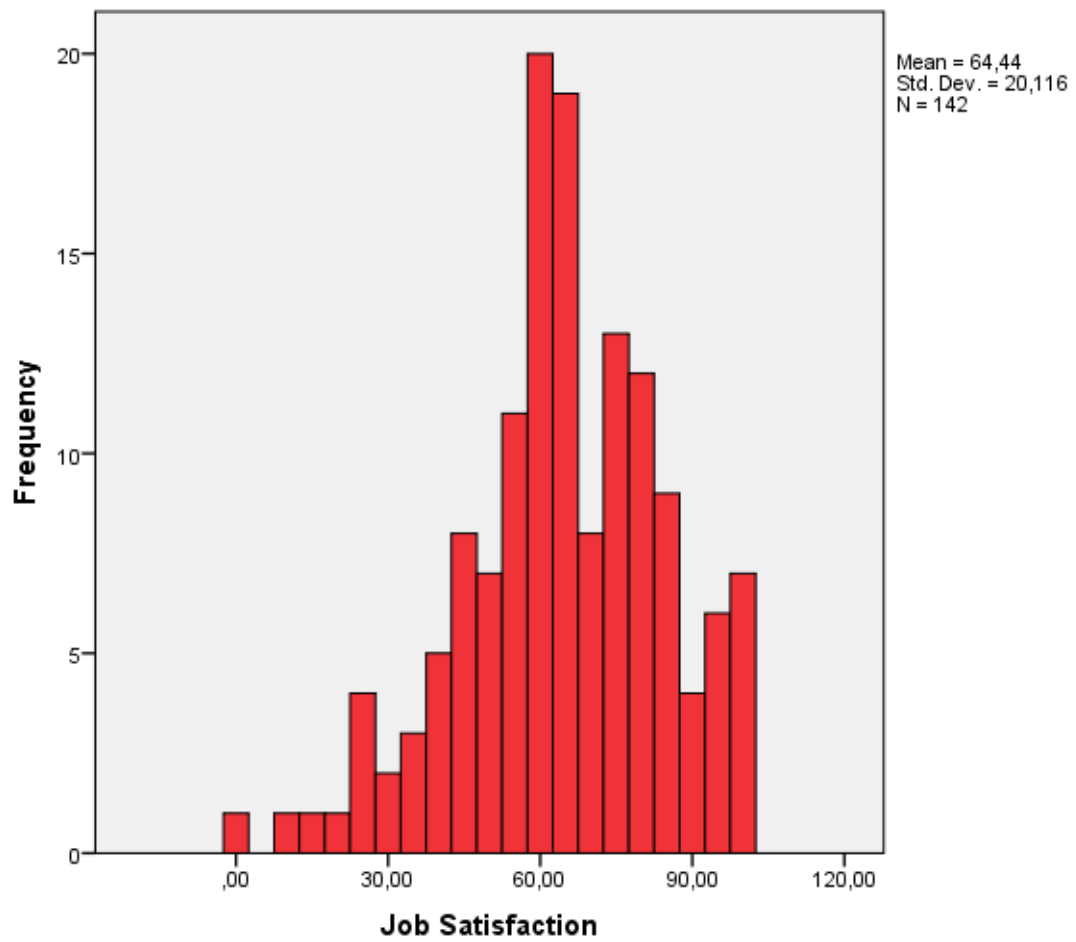


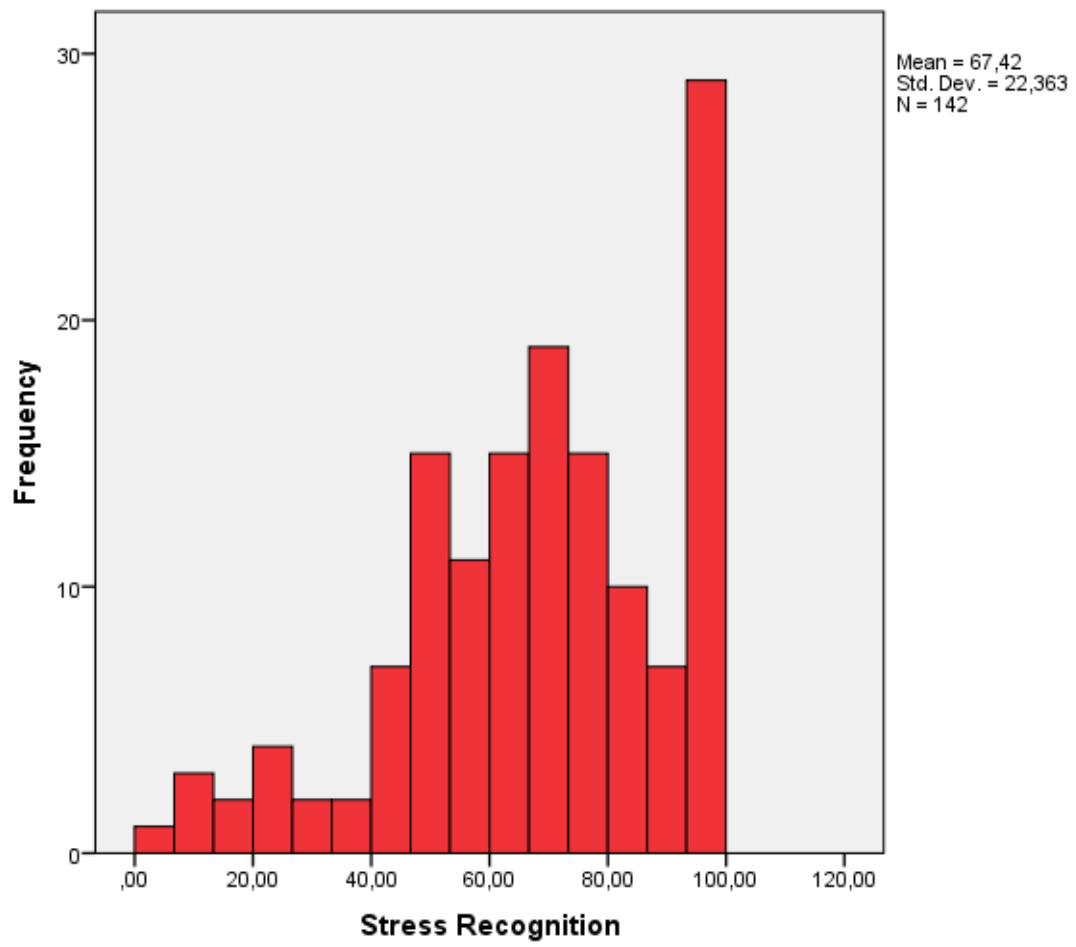


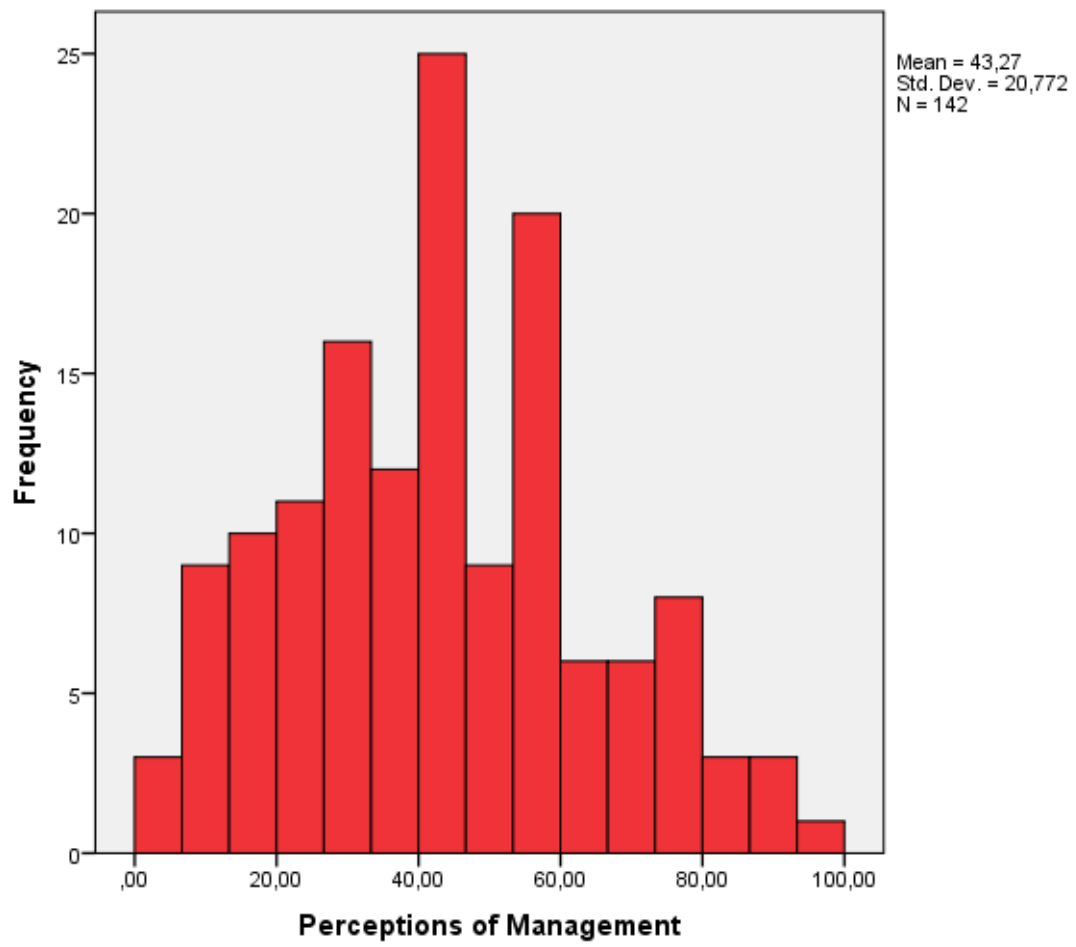
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

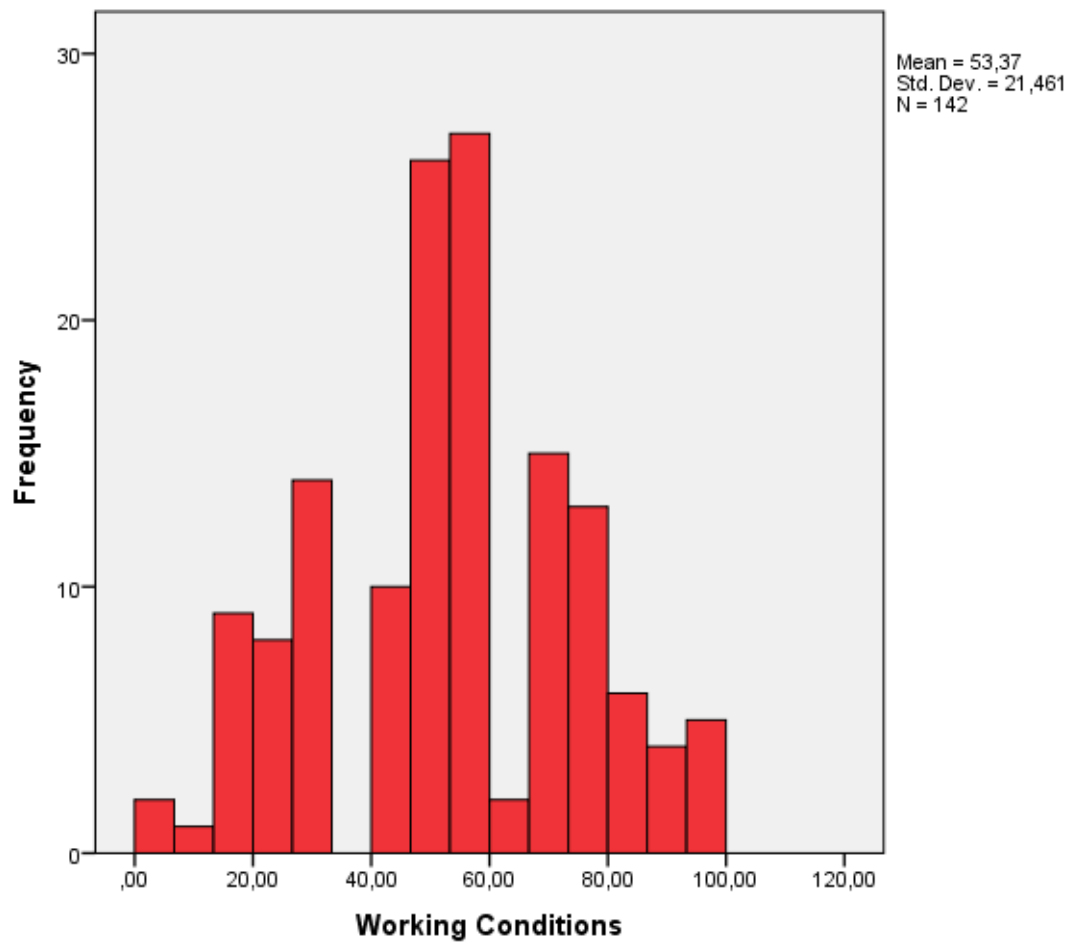


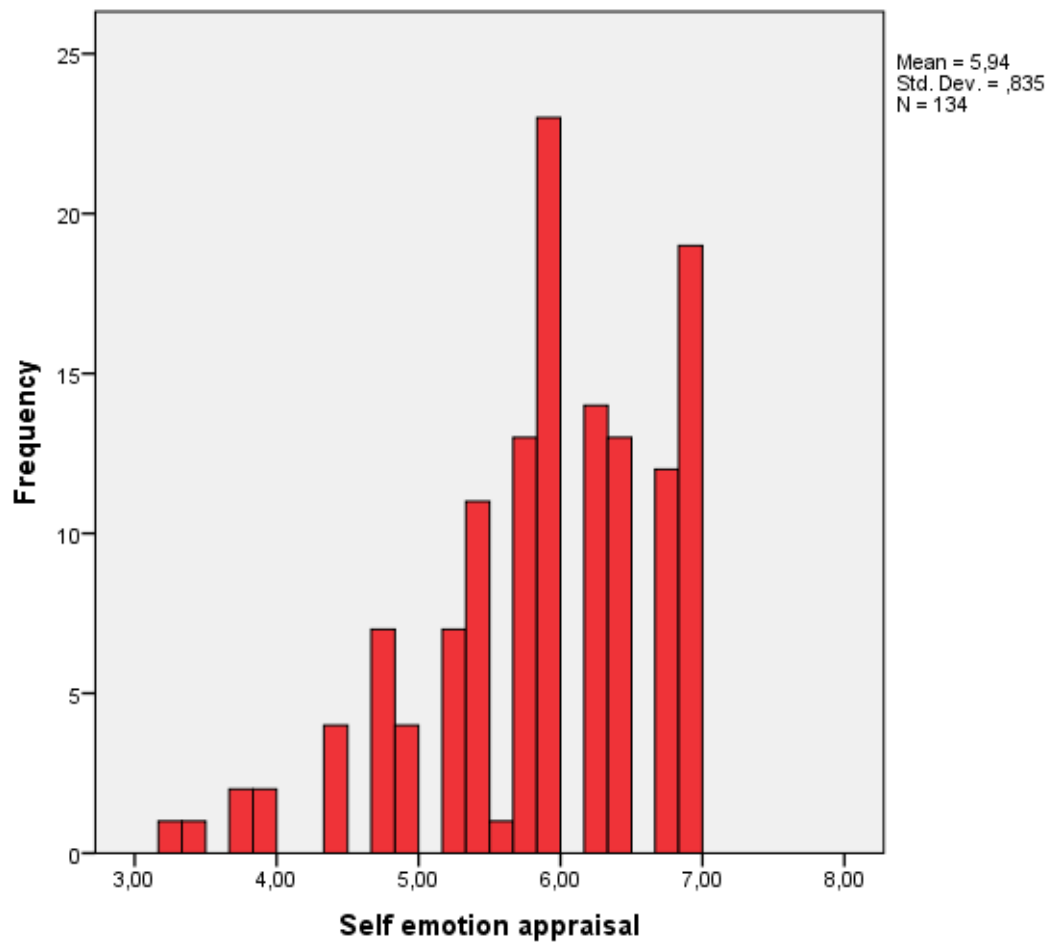


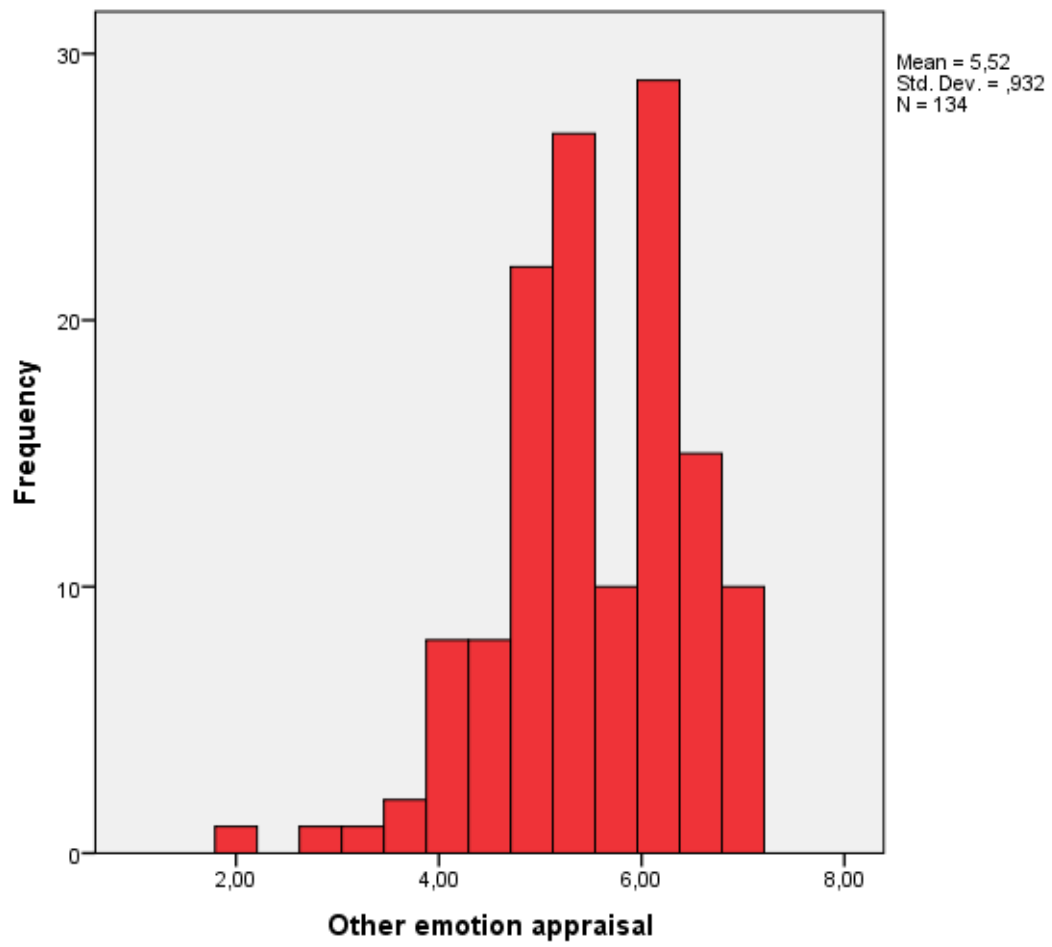


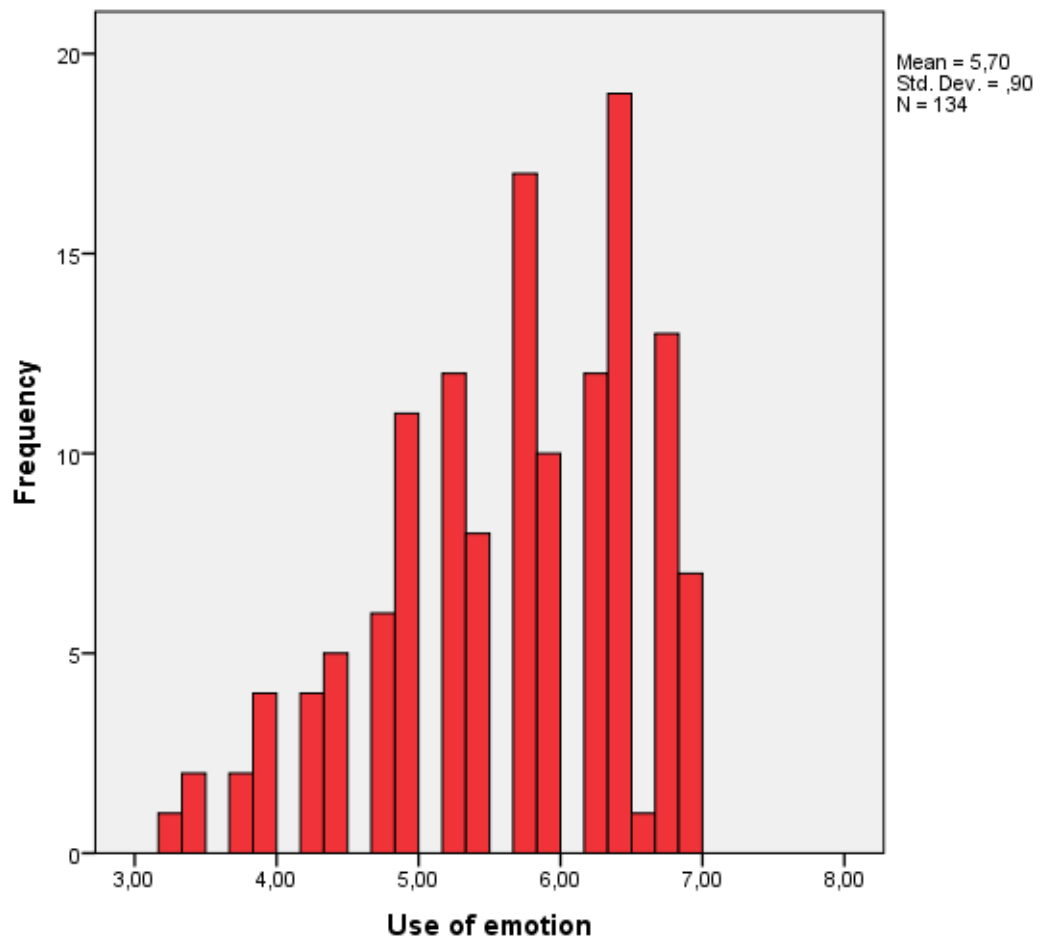


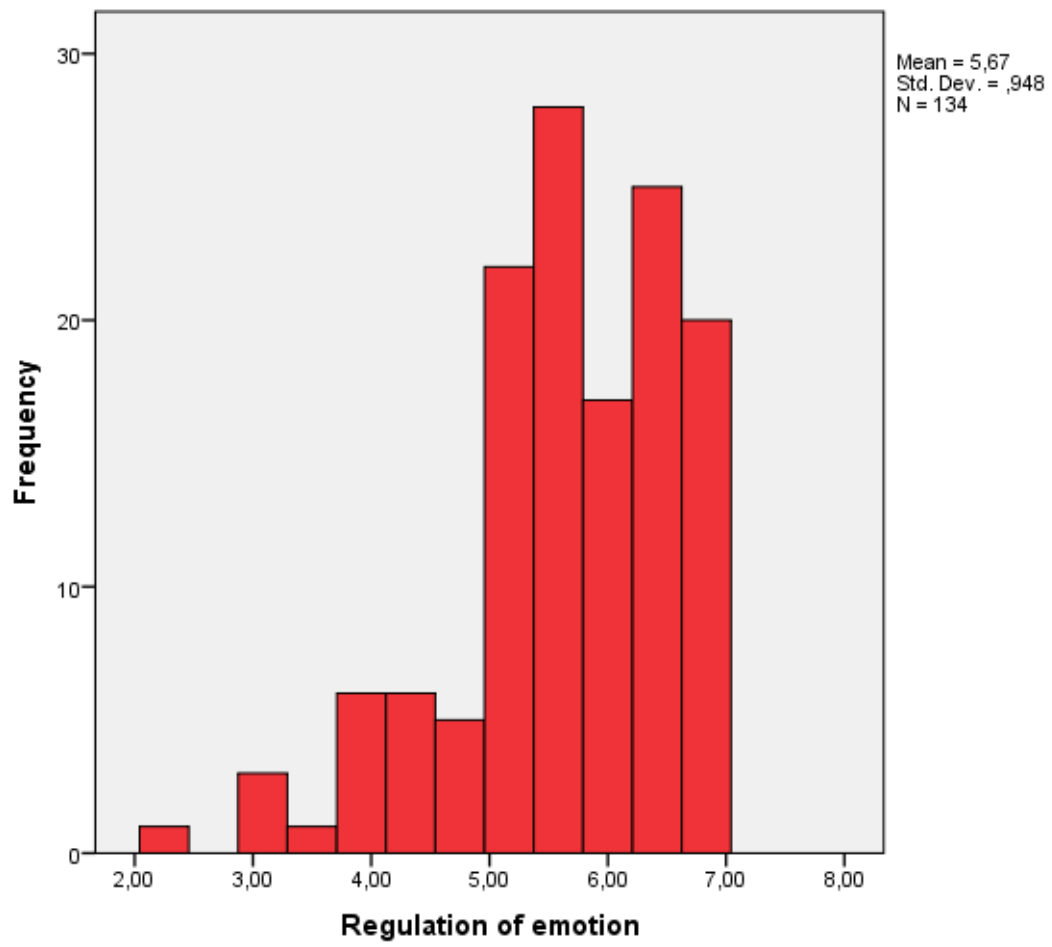












SAQ COMPARISONS

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Teamwork Climate	Πρωινή	Απογευματινή	8,89063	6,15790	1,000	-8,6813	26,4625
		Νυχτερινή	9,14063	8,05512	1,000	-	32,1263
		Κυλιόμενο ωράριο	6,75353	4,71832	1,000	-6,7105	20,2175
		24ωρο	13,53888	4,92752	,068	-,5221	27,5998
	Απογευματινή	Πρωινή	-8,89063	6,15790	1,000	-	8,6813
		Νυχτερινή	,25000	8,21054	1,000	-	23,6792
		Κυλιόμενο ωράριο	-2,13710	4,97901	1,000	16,3450	12,0708
		24ωρο	4,64826	5,17768	1,000	-	19,4231
	Νυχτερινή	Πρωινή	-9,14063	8,05512	1,000	-	13,8451
		Απογευματινή	-,25000	8,21054	1,000	-	23,1792
		Κυλιόμενο ωράριο	-2,38710	7,19415	1,000	22,9160	18,1418
		24ωρο	4,39826	7,33305	1,000	-	25,3235
	Κυλιόμενο ωράριο	Πρωινή	-6,75353	4,71832	1,000	-	6,7105
		Απογευματινή	2,13710	4,97901	1,000	-	16,3450
		Νυχτερινή	2,38710	7,19415	1,000	-	22,9160
		24ωρο	6,78535	3,33934	,441	-2,7436	16,3143
	24ωρο	Πρωινή	-13,53888	4,92752	,068	-	,5221
		Απογευματινή	-4,64826	5,17768	1,000	-	10,1265
		Νυχτερινή	-4,39826	7,33305	1,000	-	16,5270
		Κυλιόμενο ωράριο	-6,78535	3,33934	,441	-	2,7436
Safety Climate	Πρωινή	Απογευματινή	12,69420	5,52444	,231	-3,0701	28,4585
		Νυχτερινή	2,05729	7,22649	1,000	-	22,6785
		Κυλιόμενο ωράριο	2,52369	4,23295	1,000	-9,5553	14,6026
		24ωρο	12,19586	4,42062	,066	-,4186	24,8103
	Απογευματινή	Πρωινή	-12,69420	5,52444	,231	-	3,0701
		Νυχτερινή	-10,63690	7,36592	1,000	-	10,3821
		Κυλιόμενο ωράριο	-10,17051	4,46682	,244	-	2,5758
		24ωρο	-	-	-	22,9168	-

Job Satisfaction	Νυχτερινή	24ωρο	-4,9834	4,64505	1,000	-	12,7566
		Πρωινή	-2,05729	7,22649	1,000	13,7533	18,5639
		Απογευματινή	10,63690	7,36592	1,000	22,6785	31,6560
	Κυλιόμενο ωράριο	Κυλιόμενο ωράριο	,46640	6,45408	1,000	-	18,8835
		24ωρο	10,13857	6,57869	1,000	17,9507	28,9112
		Πρωινή	-2,52369	4,23295	1,000	-8,6341	9,5553
	24ωρο	Απογευματινή	10,17051	4,46682	,244	14,6026	22,9168
		Νυχτερινή	-4,6640	6,45408	1,000	-2,5758	17,9507
		24ωρο	9,67217*	2,99582	,016	18,8835	18,2209
	Πρωινή	Πρωινή	-12,19586	4,42062	,066	1,1234	,4186
		Απογευματινή	,49834	4,64505	1,000	-	24,8103
		Νυχτερινή	-10,13857	6,57869	1,000	12,7566	8,6341
	Απογευματινή	Κυλιόμενο ωράριο	-9,67217*	2,99582	,016	28,9112	-1,1234
		Απογευματινή	11,16071	7,20733	1,000	-9,4058	31,7272
		Νυχτερινή	-1,45833	9,42787	1,000	-	28,3613
	Νυχτερινή	Κυλιόμενο ωράριο	5,02016	5,52242	1,000	28,3613	25,4446
		24ωρο	14,20058	5,76726	,151	-2,2566	20,7787
		Πρωινή	-11,16071	7,20733	1,000	10,7384	30,6578
	Απογευματινή	Νυχτερινή	-12,61905	9,60978	1,000	-	31,7272
		Κυλιόμενο ωράριο	-6,14055	5,82754	1,000	40,0411	14,8030
		24ωρο	3,03987	6,06006	1,000	-	22,7697
	Νυχτερινή	24ωρο	3,03987	6,06006	1,000	14,2529	20,3326
		Πρωινή	1,45833	9,42787	1,000	-	28,3613
		Απογευματινή	12,61905	9,60978	1,000	25,4446	40,0411
	Κυλιόμενο ωράριο	Κυλιόμενο ωράριο	6,47849	8,42017	1,000	-	30,5059
		24ωρο	15,65891	8,58274	,703	17,5489	40,1502
		Πρωινή	-5,02016	5,52242	1,000	-8,8324	10,7384
	24ωρο	Απογευματινή	6,14055	5,82754	1,000	20,7787	22,7697
		Νυχτερινή	-6,47849	8,42017	1,000	10,4886	17,5489
		24ωρο	9,18042	3,90843	,203	-	30,5059
24ωρο	Πρωινή	-14,20058	5,76726	,151	30,5059	17,5489	
	Απογευματινή	-3,03987	6,06006	1,000	-1,9725	20,3333	
	Νυχτερινή	-15,65891	8,58274	,703	30,6578	2,2566	
Κυλιόμενο ωράριο	Κυλιόμενο ωράριο	-9,18042	3,90843	,203	-	20,3326	
	24ωρο	9,18042	3,90843	,203	20,3326	14,2529	
	Πρωινή	-14,20058	5,76726	,151	-	8,8324	
24ωρο	Απογευματινή	-3,03987	6,06006	1,000	40,1502	8,8324	
	Νυχτερινή	-15,65891	8,58274	,703	-	40,1502	
	Κυλιόμενο ωράριο	-9,18042	3,90843	,203	20,3333	1,9725	

Stress Recognition	Πρωινή	Απογευματινή	-5,13393	8,26447	1,000	-	18,4492	
		Νυχτερινή	2,60417	10,81071	1,000	-	33,4531	
		Κυλιόμενο ωράριο 24ωρο	2,16734	6,33242	1,000	-	20,2372	
			-2,82413	6,61318	1,000	-	16,0469	
	Απογευματινή	Πρωινή	5,13393	8,26447	1,000	-	28,7170	
		Νυχτερινή	7,73810	11,01929	1,000	-	39,1822	
		Κυλιόμενο ωράριο 24ωρο	7,30127	6,68229	1,000	-	26,3695	
			2,30980	6,94892	1,000	-	22,1389	
	Νυχτερινή	Πρωινή	-2,60417	10,81071	1,000	-	28,2448	
		Απογευματινή	-7,73810	11,01929	1,000	-	23,7061	
		Κυλιόμενο ωράριο 24ωρο	-,43683	9,65520	1,000	-	27,1148	
			-5,42829	9,84162	1,000	-	22,6553	
	Κυλιόμενο ωράριο	Πρωινή	-2,16734	6,33242	1,000	-	15,9026	
		Απογευματινή	-7,30127	6,68229	1,000	-	11,7670	
		Νυχτερινή	,43683	9,65520	1,000	-	27,9885	
		24ωρο	-4,99147	4,48170	1,000	-	7,7973	
	24ωρο	Πρωινή	2,82413	6,61318	1,000	-	21,6952	
		Απογευματινή	-2,30980	6,94892	1,000	-	17,5193	
		Νυχτερινή	5,42829	9,84162	1,000	-	33,5119	
		Κυλιόμενο ωράριο 24ωρο	4,99147	4,48170	1,000	-	17,7802	
	Perceptions of Management	Πρωινή	Απογευματινή	9,15848	7,67429	1,000	-	31,0575
			Νυχτερινή	-2,02604	10,03869	1,000	-	26,6199
			Κυλιόμενο ωράριο 24ωρο	2,25756	5,88021	1,000	-	19,0371
				5,07667	6,14092	1,000	-	22,6001
Απογευματινή		Πρωινή	-9,15848	7,67429	1,000	-	12,7405	
		Νυχτερινή	-11,18452	10,23239	1,000	-	18,0141	
		Κυλιόμενο ωράριο 24ωρο	-6,90092	6,20510	1,000	-	10,8057	
			-4,08181	6,45269	1,000	-	14,3313	
Νυχτερινή		Πρωινή	2,02604	10,03869	1,000	-	30,6720	
		Απογευματινή	11,18452	10,23239	1,000	-	40,3832	
		Κυλιόμενο ωράριο 24ωρο	4,28360	8,96571	1,000	-	29,8677	

Working Conditions	Κυλιόμενο ωράριο	24ωρο	7,10271	9,13881	1,000	-	18,9754	33,1808
		Πρωινή	-2,25756	5,88021	1,000	-	19,0371	14,5219
		Απογευματινή	6,90092	6,20510	1,000	-	10,8057	24,6075
		Νυχτερινή	-4,28360	8,96571	1,000	-	29,8677	21,3005
	24ωρο	24ωρο	2,81911	4,16166	1,000	-	-9,0564	14,6946
		Πρωινή	-5,07667	6,14092	1,000	-	22,6001	12,4468
		Απογευματινή	4,08181	6,45269	1,000	-	14,3313	22,4949
		Νυχτερινή	-7,10271	9,13881	1,000	-	33,1808	18,9754
	Πρωινή	Κυλιόμενο ωράριο	-2,81911	4,16166	1,000	-	14,6946	9,0564
		Απογευματινή	9,06473	7,59181	1,000	-	12,5989	30,7284
		Νυχτερινή	12,42188	9,93080	1,000	-	15,9162	40,7600
		Κυλιόμενο ωράριο	7,20817	5,81701	1,000	-	-9,3910	23,8073
	Απογευματινή	24ωρο	18,26781*	6,07492	,031	-	,9327	35,6029
		Πρωινή	-9,06473	7,59181	1,000	-	30,7284	12,5989
		Νυχτερινή	3,35714	10,12241	1,000	-	25,5277	32,2420
		Κυλιόμενο ωράριο	-1,85657	6,13840	1,000	-	19,3728	15,6597
	Νυχτερινή	24ωρο	9,20307	6,38334	1,000	-	-9,0121	27,4183
		Πρωινή	-12,42188	9,93080	1,000	-	40,7600	15,9162
		Απογευματινή	-3,35714	10,12241	1,000	-	32,2420	25,5277
		Κυλιόμενο ωράριο	-5,21371	8,86934	1,000	-	30,5229	20,0954
	Κυλιόμενο ωράριο	24ωρο	5,84593	9,04059	1,000	-	19,9519	31,6437
		Πρωινή	-7,20817	5,81701	1,000	-	23,8073	9,3910
		Απογευματινή	1,85657	6,13840	1,000	-	15,6597	19,3728
		Νυχτερινή	5,21371	8,86934	1,000	-	20,0954	30,5229
24ωρο	24ωρο	11,05964	4,11693	,081	-	-,6882	22,8075	
	Πρωινή	18,26781*	6,07492	,031	-	35,6029	-,9327	
	Απογευματινή	-9,20307	6,38334	1,000	-	27,4183	9,0121	
	Νυχτερινή	-5,84593	9,04059	1,000	-	31,6437	19,9519	
		Κυλιόμενο ωράριο	-11,05964	4,11693	,081	-	22,8075	,6882

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

WLES COMPARISONS

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Self emotion appraisal	Πρωινή	Απογευματινή	,01711	,30162	1,000	-,8445	,8787
		Νυχτερινή	-,28646	,39455	1,000	-1,4135	,8406
		Κυλιόμενο ωράριο	-,30994	,23411	1,000	-,9787	,3588
		24ωρο	,14608	,24213	1,000	-,5456	,8377
	Απογευματινή	Πρωινή	-,01711	,30162	1,000	-,8787	,8445
		Νυχτερινή	-,30357	,40216	1,000	-1,4523	,8452
		Κυλιόμενο ωράριο	-,32706	,24672	1,000	-1,0318	,3777
		24ωρο	,12897	,25435	1,000	-,5976	,8555
	Νυχτερινή	Πρωινή	,28646	,39455	1,000	-,8406	1,4135
		Απογευματινή	,30357	,40216	1,000	-,8452	1,4523
		Κυλιόμενο ωράριο	-,02348	,35435	1,000	-1,0357	,9887
		24ωρο	,43254	,35970	1,000	-,5950	1,4600
	Κυλιόμενο ωράριο	Πρωινή	,30994	,23411	1,000	-,3588	,9787
		Απογευματινή	,32706	,24672	1,000	-,3777	1,0318
		Νυχτερινή	,02348	,35435	1,000	-,9887	1,0357
		24ωρο	,45602	,16889	,079	-,0264	,9385
	24ωρο	Πρωινή	-,14608	,24213	1,000	-,8377	,5456
		Απογευματινή	-,12897	,25435	1,000	-,8555	,5976
		Νυχτερινή	-,43254	,35970	1,000	-1,4600	,5950
		Κυλιόμενο ωράριο	-,45602	,16889	,079	-,9385	,0264
Other emotion appraisal	Πρωινή	Απογευματινή	,19048	,32564	1,000	-,7397	1,1207
		Νυχτερινή	-,45833	,42596	1,000	-1,6751	,7584
		Κυλιόμενο ωράριο	-,38712	,25275	1,000	-1,1091	,3349
		24ωρο	,31548	,26141	1,000	-,4313	1,0622
	Απογευματινή	Πρωινή	-,19048	,32564	1,000	-1,1207	,7397
		Νυχτερινή	-,64881	,43418	1,000	-1,8891	,5914
		Κυλιόμενο ωράριο	-,57760	,26636	,320	-1,3385	,1833
		24ωρο	,12500	,27460	1,000	-,6594	,9094
	Νυχτερινή	Πρωινή	,45833	,42596	1,000	-,7584	1,6751
		Απογευματινή	,64881	,43418	1,000	-,5914	1,8891

		Κυλιόμενο ωράριο	,07121	,38257	1,000	-1,0216	1,1640
		24ωρο	,77381	,38835	,484	-,3355	1,8831
	Κυλιόμενο ωράριο	Πρωινή	,38712	,25275	1,000	-,3349	1,1091
		Απογευματινή	,57760	,26636	,320	-,1833	1,3385
		Νυχτερινή	-,07121	,38257	1,000	-1,1640	1,0216
		24ωρο	,70260*	,18234	,002	,1817	1,2234
	24ωρο	Πρωινή	-,31548	,26141	1,000	-1,0622	,4313
		Απογευματινή	-,12500	,27460	1,000	-,9094	,6594
		Νυχτερινή	-,77381	,38835	,484	-1,8831	,3355
		Κυλιόμενο ωράριο	-,70260*	,18234	,002	-1,2234	-,1817
Use of emotion	Πρωινή	Απογευματινή	,52381	,32722	1,000	-,4109	1,4585
		Νυχτερινή	-,08333	,42803	1,000	-1,3060	1,1393
		Κυλιόμενο ωράριο	,12576	,25397	1,000	-,5997	,8512
		24ωρο	,39087	,26268	1,000	-,3595	1,1412
	Απογευματινή	Πρωινή	-,52381	,32722	1,000	-1,4585	,4109
		Νυχτερινή	-,60714	,43629	1,000	-1,8534	,6391
		Κυλιόμενο ωράριο	-,39805	,26766	1,000	-1,1626	,3665
		24ωρο	-,13294	,27593	1,000	-,9211	,6553
	Νυχτερινή	Πρωινή	,08333	,42803	1,000	-1,1393	1,3060
		Απογευματινή	,60714	,43629	1,000	-,6391	1,8534
		Κυλιόμενο ωράριο	,20909	,38442	1,000	-,8890	1,3072
		24ωρο	,47421	,39023	1,000	-,6405	1,5889
	Κυλιόμενο ωράριο	Πρωινή	-,12576	,25397	1,000	-,8512	,5997
		Απογευματινή	,39805	,26766	1,000	-,3665	1,1626
		Νυχτερινή	-,20909	,38442	1,000	-1,3072	,8890
		24ωρο	,26512	,18322	1,000	-,2583	,7885
	24ωρο	Πρωινή	-,39087	,26268	1,000	-1,1412	,3595
		Απογευματινή	,13294	,27593	1,000	-,6553	,9211
		Νυχτερινή	-,47421	,39023	1,000	-1,5889	,6405
		Κυλιόμενο ωράριο	-,26512	,18322	1,000	-,7885	,2583
Regulation of emotion	Πρωινή	Απογευματινή	,42336	,34044	1,000	-,5491	1,3958
		Νυχτερινή	,49479	,44532	1,000	-,7773	1,7669
		Κυλιόμενο ωράριο	,20464	,26423	1,000	-,5501	,9594
		24ωρο	,69717	,27329	,119	-,0835	1,4778
	Απογευματινή	Πρωινή	-,42336	,34044	1,000	-1,3958	,5491
		Νυχτερινή	,07143	,45392	1,000	-1,2252	1,3680

	Κυλιόμενο ωράριο	-,21872	,27847	1,000	-1,0142	,5767
	24ωρο	,27381	,28708	1,000	-,5462	1,0939
Νυχτερινή	Πρωινή	-,49479	,44532	1,000	-1,7669	,7773
	Απογευματινή	-,07143	,45392	1,000	-1,3680	1,2252
	Κυλιόμενο ωράριο	-,29015	,39995	1,000	-1,4326	,8523
	24ωρο	,20238	,40599	1,000	-,9573	1,3621
Κυλιόμενο ωράριο	Πρωινή	-,20464	,26423	1,000	-,9594	,5501
	Απογευματινή	,21872	,27847	1,000	-,5767	1,0142
	Νυχτερινή	,29015	,39995	1,000	-,8523	1,4326
	24ωρο	,49253	,19062	,109	-,0520	1,0371
24ωρο	Πρωινή	-,69717	,27329	,119	-1,4778	,0835
	Απογευματινή	-,27381	,28708	1,000	-1,0939	,5462
	Νυχτερινή	-,20238	,40599	1,000	-1,3621	,9573
	Κυλιόμενο ωράριο	-,49253	,19062	,109	-1,0371	,0520

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.